



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 04, F +41 26 305 29 09
www.fr.ch/dsas

Projekt für die Koordination der Betreuung Suchtkranker (illegale Drogen und Alkohol)¹

Bericht des Staatsrats

Mai 2012

¹ Ursprünglich Projekt für die «Koordination der Betreuung drogen- und alkoholabhängiger Personen» genannt

Unser Dank gilt:

den Mitgliedern der Projektgruppe und des Steuerungsausschusses für ihre Mitwirkung an den Arbeiten und ihren Beitrag an die Abfassung des Berichts,

dem «Indikationsteam»,

Frau Virginie Salamin und Frau Kangaji Kasongo für ihre Mitwirkung in der Auswertung des Pilotprojekts für Indikation und Case Management,

Herrn Philippe Vallat für seine konstruktive Beratung,

Frau Rose Steinmann für die deutsche Übersetzung des Berichts.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1. Einführung	12
2. Das Koordinationsprojekt.....	13
2.1. Rückblick	13
2.2. Ziele des Projekts	15
2.3. Spezifische Ziele und Beurteilung.....	15
2.4. Organigramm.....	17
2.5. Arbeitsprozess	19
2.6. Budget	19
3. Allgemeines	20
3.1. Sucht	20
3.2. Die vier Säulen	22
3.3. Konsummuster.....	23
3.4. Geltungsbereich des Koordinationsprojekts	24
3.5. Epidemiologie und Tendenzen	24
3.5.1. Drogen.....	24
3.5.2. Alkohol.....	27
3.5.3. Medikamente	28
3.6. Suchtbedingte Kosten in der Schweiz	29
3.6.1. Die sozialen Kosten des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz	30
3.6.2. Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz	32
3.7. Das Freiburger Dispositiv für die Betreuung Suchtkranker	33
4. Im Betreuungsbereich erfasste Bedürfnisse	34
4.1. Zusammenfassung des Berichts «La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg». Universität Lausanne, Mai 2009	35
4.2. Zusammenfassung der Gedankengänge des Berichts «Behandlungszugang für Substanzkonsumenten: Literaturübersicht in Bezug auf die «niedrigschwellige» und «intermediäre» Betreuung von Personen, die von illegalen Drogen und Alkohol abhängig sind», FERARIHS, März 2009	39
4.3. Andere Bedürfnisse	42

5. Ergebnisse und Vorschläge	43
5.1. Leistungen	43
5.1.1. Spezialisiertes «theoretisches» Dispositiv und Vergleich mit dem bestehenden System.....	44
5.1.2. Verbesserungsvorschläge	50
5.1.3. Umsetzung der Verbesserungsvorschläge	56
5.2. Indikation und Case Management	57
5.2.1. Definition und Ziele des Indikationsverfahrens	57
5.2.2. Das Pilotprojekt PICA (kantonaler Indikationsprozess).....	57
5.2.3. Auswertung des Pilotprojekts	59
5.2.4. Vorschläge für die Verbesserung des Indikationsprozesses	63
5.3. Organisation der Stiftung Le Tremplin, der Stiftung Le Torry und des Vereins Le Radeau	67
5.4. Koordinations- und Steuerungsstruktur	68
5.4.1. Zusammensetzung, Arbeitsweise und Aufgaben der Koordinations- und Steuerungsstruktur	68
6. Schlussfolgerung	70
Anhang 1: Das Freiburger Dispositiv der Betreuung Suchtkranker	71

Zusammenfassung

Diese Zusammenfassung verschafft einen Überblick über die Hauptelemente des Berichts und die berücksichtigten Vorschläge. Für eingehende Informationen ist der Bericht in seinem vollständigen Wortlaut heranzuziehen.

Einführung

Das Freiburger System der Betreuung Suchtkranker verfügt über zahlreiche und dem Bedarf vieler Zielgruppen angepasste Leistungen. Der Staatsrat war sich aber bewusst, dass Verbesserungen der Betreuung angezeigt sind, und rief daher im Jahr 2008 das Projekt für die Koordination der Betreuung Suchtkranker ins Leben.

Das von der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) in Auftrag gegebene Projekt wurde von einem Projektleiter koordiniert, der dem Kantonsarztamt zugewiesen ist. Die Steuerung oblag einem Ausschuss, dem Dienstchefinnen und Dienstchefs der GSD sowie eine Vertreterin der Sicherheits- und Justizdirektion (SJD) angehörten.

Das Ziel des Koordinationsprojekts bestand in der Schaffung eines kantonalen Dispositivs der Betreuung Suchtkranker. Dieses sollte die folgenden Merkmale aufweisen:

- > Es beinhaltet ein qualitativ hoch stehendes Angebot, das den heutigen und nachweislichen Bedürfnissen und Problemen gerecht wird.
- > Es beruht auf einer interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit.
- > Es beinhaltet eine auf die suchtkranke Person zentrierte Behandlungskette.
- > Es nutzt die verfügbaren Ressourcen optimal (Wirksamkeit und Effizienz).
- > Es strebt eine laufende Verbesserung und Anpassung an (Bedarf/Angebote, Funktionieren, Ergebnisse).

Eine Projektgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern von Einrichtungen und Dienststellen, die direkt oder stark in die Betreuung Suchtkranker eingebunden sind, erarbeitete zuhanden des Staatsrats Vorschläge für Massnahmen, mit denen die Projektziele erreicht werden sollen.

Finanziert wurde das Projekt durch den Fonds für die Bekämpfung der Drogenabhängigkeit. Es berücksichtigte die Probleme sowohl des Alkoholmissbrauchs als auch der Abhängigkeit von illegalen Drogen.

Der Bericht stellt die Ergebnisse sowie die im Rahmen des Projekts erarbeiteten und vom Staatsrat berücksichtigten Vorschläge vor. Er gliedert sich wie folgt:

- > Vorstellung des Projekts, seines Rahmens und seiner Ziele (2. Kapitel),
- > Allgemeines (Sucht, Epidemiologie, soziale Kosten, heutiges Freiburger System) (3. Kapitel),
- > Bedürfnisse (4. Kapitel),
- > Ergebnisse und Vorschläge (5. Kapitel).

Die Ergebnisse und Vorschläge werden nach den folgenden Gebieten vorgestellt:

- > Leistungen (Kapitel 5.1),
- > Indikation und Case Management (Kapitel 5.2),

- > Organisation der Stiftung Le Tremplin, der Stiftung Le Torry und des Vereins Le Radeau (Kapitel 5.3),
- > Koordinations- und Steuerungsstruktur (Kapitel 5.4).

Das Ende des Koordinationsprojekts bedeutet das Ende einer ersten Etappe. Die zweite Etappe wird in der Verwirklichung der unterbreiteten Vorschläge bestehen.

Epidemiologie

Für den Kanton Freiburg lässt sich die Zahl der Personen mit chronischem Alkoholkonsum anteilmässig auf **9'000** veranschlagen.

Die Anzahl alkoholabhängiger Personen lässt sich für den Kanton Freiburg anteilmässig auf **10'000** veranschlagen.

Nach einer im Rahmen des Koordinationsprojekts erfolgten Literaturübersicht konsumieren schätzungsweise 0.5% der Erwachsenenbevölkerung des Kantons Freiburg mindestens einmal täglich andere Drogen als Alkohol oder Cannabis, somit rund **1'400 Personen**.

Suchtbedingte Kosten in der Schweiz

Die sozialen Kosten (Summe der direkten, indirekten und immateriellen Kosten) des Konsums illegaler Drogen im Kanton Freiburg können auf **jährlich 143 Mio. Franken** veranschlagt werden.

Die sozialen Kosten (Summe der direkten, indirekten und immateriellen Kosten) des Alkoholmissbrauchs im Kanton Freiburg können auf **jährlich 226 Mio. Franken** veranschlagt werden.

Ergebnisse und Vorschläge

Dieses Kapitel fasst die konkreten Ergebnisse zusammen, die im Rahmen des Koordinationsprojekts erzielt wurden, sowie die Vorschläge für das weitere Vorgehen in den folgenden vier Teilbereichen des Projekts:

- > Leistungen,
- > Indikation und Case Management,
- > Organisation der Stiftung Le Tremplin, der Stiftung Le Torry und des Vereins Le Radeau,
- > Koordinations- und Steuerungsstruktur.

Im Rahmen des Koordinationsprojekts wurden die folgenden konkreten Ergebnisse erzielt:

- > Bericht «La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg», Universität Lausanne, Mai 2009²

² Dieser Bericht (nur französisch) findet sich auf der Website:
http://www.fr.ch/smc/fr/pub/drog_alco_tab_dependances.htm

Dieser Bericht wurde unter Einbezug der Netzwerke im Sozial-, Gesundheits-, Gerichts- und Polizeibereich erstellt. Er war eine der wichtigen Grundlagen für die Konzipierung der Vorschläge im Zusammenhang mit Leistungen und Indikation.

- > Bericht «Behandlungszugang für Substanzkonsumenten. Literaturübersicht in Bezug auf die 'niedrigschwellige' und 'intermediäre' Betreuung von Personen, die von illegalen Drogen und Alkohol abhängig sind, FERARIHS, März 2009 (mitfinanziert durch Infodrog³, Bern)⁴
Dieser Bericht war eine der wichtigen Grundlagen für die Konzipierung der Vorschläge im Zusammenhang mit den Leistungen.
- > Durchführung des Pilotprojekts für Indikation und Case Management (Erwachsene und Jugendliche).
Dieses Projekt wurde durch die Partner des Netzwerks für Suchtprobleme konzipiert und durchgeführt und ermöglichte es, die vorgesehenen Prozesse und Instrumente zu testen sowie Verbesserungsvorschläge für das weitere Vorgehen zu machen.
- > Unterzeichnung der Zusammenarbeitsvereinbarung durch die Stiftung Le Tremplin, die Stiftung Le Torry und den Verein Le Radeau, mit der das «Netzwerk der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke (NFES)» errichtet wurde, und Beginn der Arbeiten für die Umsetzung ihrer Ziele (namentlich in den Bereichen «Einsetzung administrativer Synergien», «Einsetzung von Synergien im Informatikbereich» und «Einsetzung von Synergien auf der Ebene der Versicherungsportefeuilles»).
- > Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Betreuungsleistungen.
- > Vorschlag für die Koordinations- und Steuerungsstruktur.

Allgemein konnten die Mitglieder des Netzwerks für Suchtprobleme dank des Koordinationsprojekts einander besser kennen lernen (Arbeitsweise, Kompetenzen, Leistungen, jeweilige Kultur usw.), ihre auf Kantonsebene vernetzte Zusammenarbeit intensivieren und eine gemeinsame Sicht des Suchtproblems entwickeln. In der Folge konnten schon einige Anpassungen in Bezug auf Leistungen und Praktiken vorgenommen werden.

Leistungen

In einem ersten Schritt wurde aufgrund der Kenntnisse der Projektgruppenmitglieder, der Bedarfsanalyse und der Literatur ein «theoretisches» Betreuungsdispositiv erarbeitet.

Anschliessend wurde dieses «theoretische» Dispositiv mit der heutigen Situation im Kanton verglichen.

Auf diese Weise war es möglich, in einem dritten Schritt Vorschläge für die Verbesserung des Betreuungsdispositivs zu machen, sie zu untermauern und dem Staatsrat zu unterbreiten.

³ Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

⁴ Dieser Bericht (deutsch und französisch) findet sich auf der Website:

http://www.fr.ch/smc/fr/pub/drog_alco_tab_dependances.htm

Berücksichtigt wurden die folgenden Vorschläge:

Erwachsene

- > U1. gemischte stationäre medizinische Leistungen (somatische und psychiatrische),
- > U2. stationäre Leistungen in Krisen, die durch eine soziale Situation ausgelöst werden,
- > U3. Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung,
- > U4. Tageszentrum mit somatischer Gesundheitsversorgung,
- > U5. «niedrigschwellige» Lebenswelt.

- > N1. suchtspezifische Liaison-Leistungen,
- > N2. «Sozial-Bistro»,
- > N3. Lebenswelt «Abstinenz»,
- > N4. Tageszentrum «Abstinenz».

Jugendliche

Für Jugendliche zeigte die Analyse, dass das heutige System durch die folgenden Leistungen ergänzt werden muss:

- > stationäre Struktur,
- > Eingliederungs-/Ausbildungswerkstätten.

Diese Leistungen gelten als «unverzichtbar» (Vorschlag U6).

Andere Verbesserungsvorschläge

- > A1. Sensibilisierung der nicht spezialisierten Akteure (ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger, Schulärztinnen und -ärzte, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Erzieherinnen und Erzieher) auf die Wichtigkeit der Früherkennung und der frühzeitigen Intervention sowie Verstärkung ihrer Kompetenzen (Akteure, die Jugendliche und Erwachsene betreuen).
- > A2. Schaffung eines kantonalen Informationssystems, um vollständigere, zuverlässigere und besser koordinierte quantitative Kenntnisse der Abhängigkeit zu gewinnen.
- > A3. Ausweitung der Abgabe von Spritzen und sterilem Material.
- > A4. Entwicklung der Leistungen im Zusammenhang mit dem kontrollierten Alkoholkonsum und der Unterstützung von Angehörigen Suchtkranker; Entwicklung der Information der Bevölkerung (Telefon, online).
- > A5. Möglichkeit der Einrichtungen – Stiftung Le Tremplin, Stiftung Le Torry und Verein Le Radeau – ambulante Leistungen zu entwickeln.
- > A6. Einführung von Substitutionsbehandlungen in Bellechasse.
- > A7. Verbesserung der Betreuung von Eltern und Kindern namentlich durch die stationären Einrichtungen.
- > A8. Entwicklung der Leistungen für ältere Suchtkranke.
- > A9. Prüfung der Modalitäten einer vorübergehenden institutionellen Betreuung (z. B. bis zu drei Monaten) von Personen mit einer vorläufigen Aufenthaltsbewilligung (F,N,S) oder ohne gültige Papiere.

Die «unverzichtbaren» Leistungen (U) sollen eine Lücke in der Kontinuität der Betreuung füllen. Die «nötigen» Leistungen (N) verbessern die Qualität des Betreuungsdispositivs. Die «anderen Verbesserungsvorschläge» (A) bestehen aus Vorschlägen verschiedener Art.

Insgesamt handelt es sich um Leistungen, die künftig entsprechend den gewählten Prioritäten entwickelt werden müssen. Ein Umsetzungsplan muss noch ausgearbeitet werden.

In diesem Sinne werden die als «unverzichtbar» beurteilten Leistungen vor denjenigen verwirklicht, die als «nötig» beurteilt wurden, und zwar ab 2014.

Von den «unverzichtbaren» Leistungen sollen die folgenden vorrangig verwirklicht werden:

- > U2. Stationäre Leistungen für Krisen, die durch eine soziale Situation ausgelöst wurden,
- > U3. Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung,
- > U5. «Niedrigschwellige» Lebenswelt.

Über die Leistung U3 wird es auch möglich sein, die Leistungen «U4. Tageszentrum mit somatischer Gesundheitsversorgung» und «N1. Suchtspezifische Liaison-Leistungen» zu verwirklichen.

Die Vorschläge «A1. Sensibilisierung der nicht spezialisierten Akteure» und «A2. Schaffung eines kantonalen Informationssystems» werden schon ab 2012 verwirklicht, da sie inhaltlich eng mit der Steuerung des Dispositivs verbunden sind.

Die Verwirklichung der Vorschläge wird mit den Arbeiten weiterer Projekte koordiniert, wie zum Beispiel mit den Projekten des FNPG und des HFR oder den Arbeiten des Projekts für die Umsetzung der neuen Gesetzgebung über behinderte Personen/NFA.

Indikation und Case Management

Im Rahmen des Koordinationsprojekts wurde ein Pilotprojekt für Indikation und Case Management (Jugendliche und Erwachsene) erarbeitet, umgesetzt und ausgewertet. Es wurden Verbesserungsvorschläge formuliert.

Der Indikationsprozess bestimmt gemeinsame Verfahren und Instrumente mit dem Ziel einer bestmöglichen Übereinstimmung zwischen dem Bedarf einer suchtkranken Person und den erteilten Leistungen; hinzu kommt das Ziel einer innert eines definierten Zeitraums begleiteten Betreuung (Case Management).

Der im Rahmen des Pilotprojekts vorgeschlagene Indikations- und Case Management-Prozess betraf die Hauptakteure der spezialisierten Betreuung Suchtkranker. Dabei handelt es sich um:

die Stiftung Le Tremplin, die Stiftung Le Torry, den Verein Le Radeau, den Verein REPER (in Zusammenarbeit mit der Suchtpräventionsstelle), die Behandlungskette für Suchtstörungen des Freiburger Netzwerks für psychische Gesundheit (FNPG), den Sektor Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des FNPG.

Ursprünglich war das Pilotprojekt für alle Personen vorgesehen, die die Leistungen des Freiburger Netzwerks für Suchtprobleme beanspruchen.

Während des Pilotprojekts und für Erwachsene musste aber aus Ressourcengründen die Zielgruppe auf die Nachfrage nach stationärer Betreuung (durch die Stiftung Le Tremplin, die Stiftung Le Torry, den Verein Le Radeau und die ausserkantonalen Einrichtungen) reduziert werden.

Aus den während des Pilotprojekts erhobenen Daten geht hervor, dass die allfällige Beurteilung aller an das Netzwerk für Suchtprobleme gelangenden Personen nach dem getesteten Prozess erhebliche Ressourcen erfordern würde.

Zudem konnte die Wertschöpfung einer solchen Leistung für sämtliche Benutzerinnen und Benutzer noch nicht veranschlagt werden, wohingegen dies für die berücksichtigte Zielgruppe mit positivem Ergebnis möglich war.

Im Hinblick darauf, dass die Ressourcen beschränkt sind und die Diskussionen über die Indikation fortgesetzt werden müssen, wurde beschlossen, ein Präindikationssystem (Selektion) einzuführen. Mit diesem soll bestimmt werden, welche Klientin oder welcher Klient unter all denen, die an das Netzwerk für Suchtprobleme gelangen oder von ihm betreut werden, zwingend in den Genuss der Indikationsleistung kommen muss (Optimierung der Indikationsleistung im Verhältnis zum erwarteten Gewinn).

Der Zweck besteht darin, Zielgruppen von Klientinnen und Klienten zu bestimmen, die nach dem getesteten Prozess von der Indikationsleistung profitieren werden, und auf empirische Weise die positiven und negativen Auswirkungen der Indikation auf die festgelegten Zielgruppen zu untersuchen.

Je nach den Ergebnissen dieses Vorgehens kann in einer zweiten Phase eine Ausweitung der Zielgruppen erwogen werden.

Das Thema Case Management wurde in den Arbeiten des Pilotprojekts diskutiert und berücksichtigt. Es war aber in diesem Rahmen nicht möglich, dieses Konzept, das eine wesentliche Grundlage eines Versorgungssystems darstellt und erheblich zu dessen Kohärenz und Effizienz beiträgt, begrifflich auszuformen. Daher wurde beschlossen, das Netzwerk für Suchtprobleme zu beauftragen, die Überlegungen weiterzuführen und parallel zur Aufstellung des obgenannten Präindikationssystems ein Case Management-Projekt zu konkretisieren.

Was die Jugendlichen angeht, so ist allgemein die Zahl an Dossiers zu gering, um aus den Ergebnissen des Pilotprojekts repräsentative Schlüsse ziehen zu können.

Das Netzwerk für Suchtprobleme stellt fest, dass die Anzahl der für eine solche Indikation bereiten Jugendlichen gering ist. Auch scheint seiner Ansicht nach die Indikationsleistung, wie sie im Rahmen des Pilotprojekts geprüft wurde, für Jugendliche, bei denen der Substanzenmissbrauch häufig ein Begleitsymptom anderer Probleme ist, kein passendes und zweckmässiges Instrument zu sein; daher müsste die Bandbreite der bei einer solchen Beurteilung berücksichtigten Bereiche erweitert werden.

Solche Überlegungen gehen aber über den Rahmen des Koordinationsprojekts und des Netzwerks für Suchtprobleme hinaus. Es wurde daher beschlossen, sie in ein anderes Projekt einzubinden, das alle Akteure, die von der Betreuung von Jugendlichen in Schwierigkeiten betroffen sind, einbezieht.

Organisation der Stiftung Le Tremplin, der Stiftung Le Torry und des Vereins Le Radeau

Die drei betroffenen Einrichtungen unterzeichneten am 16. März 2011 eine Zusammenarbeitsvereinbarung, die von der GSD genehmigt wurde. Diese Vereinbarung institutionalisierte formell die Zusammenarbeit zwischen den drei Einrichtungen, die das «Netzwerk der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke (NFES)» errichteten. Verabschiedet wurde auch eine Planung der Umsetzung der bis 2014 zu erreichenden Ziele dieser Vereinbarung.

Das NFES ist eine einfache Gesellschaft nach Artikel 530ff. OR.

Es bezweckt, die Effizienz und Wirksamkeit der Tätigkeiten seiner Mitglieder durch die Zusammenarbeit auf verschiedenen Gebieten zu optimieren. Dabei wird die Differenzierung der von jeder der drei Einrichtungen angebotenen und auf ihr jeweiliges Zielpublikum ausgerichteten Leistungen nicht tangiert.

Koordinations- und Steuerungsstruktur

Das künftige Betreuungsdispositiv für Suchtkranke muss zwingend nach steter Verbesserung und Anpassung streben (Bedarf/Angebote, Funktionieren, Ergebnisse). Wichtig ist ausserdem, dass es die Umsetzung der Vorschläge, die in den Bereichen Leistungen, Indikation und Case Management gemacht wurden, koordiniert.

Es wurde beschlossen, eine Kommission für die Betreuung Suchtkranker einzusetzen und eine Koordinatorenstelle zu schaffen (kantonale/r Beauftragte/r für Suchtfragen).

Die Kommission soll aus sieben Mitgliedern bestehen, die die folgenden Instanzen vertreten:

- > Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD),
- > Sicherheits- und Justizdirektion (SJD),
- > Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG),
- > freiburger spital (HFR),
- > Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg (AGKF),
- > Netzwerk der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke (NFES),
- > im Suchtbereich tätige Organe der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Kommission wird auch beauftragt, eine jährliche Zusammenkunft mit den Vertreterinnen und Vertretern anderer, nicht in der Kommission einsitzender Behörden, Organisationen oder in die Betreuung implizierter Kreise (Polizei, Richter, Vormundschaft, Einrichtungen, Dienste usw.) zu organisieren (**Fachleute-Forum**). Der Zweck besteht darin, die Tätigkeiten zu koordinieren, eine Bilanz über laufende Projekte zu ziehen sowie die Informationen einzuholen, die die Koordinatorin/der Koordinator und die Kommission zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben brauchen.

Wenn nötig, kann die Kommission Mitglieder des Fachleute-Forums oder andere Akteure mit beratender Stimme auch zu den anderen Sitzungen einladen.

1. Einführung

Das Freiburger System der Betreuung Suchtkranker verfügt über zahlreiche und den Bedürfnissen vieler Zielgruppen angepasste Leistungen. Der Staatsrat war sich aber bewusst, dass Verbesserungen der Betreuung angezeigt sind, und rief daher im Jahr 2008 das Projekt für die Koordination der Betreuung Suchtkranker ins Leben.

Das von der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) in Auftrag gegebene Projekt wurde von einem Projektleiter koordiniert, der dem Kantonsarztamt zugewiesen ist. Die Steuerung oblag einem Ausschuss, dem Dienstchefinnen und Dienstchefs der GSD sowie eine Vertreterin der Sicherheits- und Justizdirektion (SJD) angehörten.

Das Ziel des Koordinationsprojekts galt der Einsetzung eines kantonalen Dispositivs für die Betreuung Suchtkranker. Dieses sollte die folgenden Kennzeichen aufweisen:

- > Es beinhaltet ein qualitativ hoch stehendes Angebot, das den aktuellen und erwiesenen Bedürfnissen und Problemen gerecht wird.
- > Es beruht auf einer interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit.
- > Es beinhaltet eine auf die suchtkranke Person zentrierte Behandlungskette.
- > Es nutzt die verfügbaren Ressourcen optimal (Wirksamkeit und Effizienz).
- > Es strebt nach einer laufenden Verbesserung und Anpassung (Bedarf/Angebote, Funktionieren, Ergebnisse).

Eine Projektgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern von Einrichtungen und Dienststellen, die direkt oder stark in die Betreuung Suchtkranker einbezogen sind, erarbeitete Vorschläge für Massnahmen, mit denen die Projektziele erreicht werden sollen.

Finanziert wurde das Projekt durch den Fonds für die Bekämpfung der Drogenabhängigkeit. Es berücksichtigte die Probleme sowohl des Alkoholmissbrauchs als auch der Abhängigkeit von illegalen Drogen.

Dieser Bericht stellt die Ergebnisse und die vom Staatsrat berücksichtigten Vorschläge vor. Er gliedert sich wie folgt:

- > Vorstellung des Projekts, seines Rahmens und seiner Ziele (2. Kapitel),
- > Allgemeines (Sucht, Epidemiologie, soziale Kosten, heutiges Freiburger System) (3. Kapitel),
- > Bedürfnisse (4. Kapitel),
- > Ergebnisse und Vorschläge (5. Kapitel).

Die Ergebnisse und Vorschläge werden nach den folgenden Gebieten vorgestellt:

- > Leistungen (Kapitel 5.1),
- > Indikation und Case Management (Kapitel 5.2),
- > Organisation der Stiftung Le Tremplin, der Stiftung Le Torry und des Vereins Le Radeau (Kapitel 5.3),
- > Koordinations- und Steuerungsstruktur (Kapitel 5.4).

Das Ende des Koordinationsprojektes bedeutet das Ende einer ersten Etappe. Der zweite Schritt

wird in der Verwirklichung der unterbreiteten Vorschläge bestehen.

2. Das Koordinationsprojekt

2.1. Rückblick

In seiner heutigen Form startete das Koordinationsprojekt im Januar 2008, und es sollte ursprünglich bis Ende 2009 laufen. In diesem Zeitraum von zwei Jahren konnten die Ziele des Projekts aber nicht erreicht werden, dies wegen der Vielschichtigkeit des Gebiets und weil die Projektpartner die für das Projekt nötigen Ressourcen nicht immer über ihre gewohnten Tätigkeiten hinaus zur Verfügung stellen konnten. Daher wurde das Projekt bis Ende 2011 verlängert.

Vor der Lancierung des Koordinationsprojekts folgten mehrere Initiativen aufeinander, um im Kanton der Entwicklung der Drogen- und Alkoholabhängigkeit zu begegnen und Lösungen für die neuen Herausforderungen und Probleme zu finden. Die finanziellen Bedenken, die Entwicklung der Probleme Suchtkranker sowie die Zusammenarbeit zwischen den bestehenden Strukturen waren Themen zahlreicher Arbeitsgruppen.

In diesem Zusammenhang sind zu nennen:

Mai 1998	Politisches Gesamtkonzept für die Bekämpfung der Drogensucht und der Hilfe an Drogenabhängige GSD;
September 2000	Bericht der Arbeitsgruppe für ein kantonales Konzept der Behandlung von Drogenabhängigkeit, im Auftrag von Ruth Lüthi, Staatsrätin GSD;
September 2002	Aktualisierung des politischen Konzepts für die Bekämpfung der Drogensucht und der Hilfe an Drogenabhängige durch die von der GSD beauftragte Kommission für Drogenabhängigkeit;
Januar 2005	Aus Dienstchefinnen und Dienstchefs bestehende Koordinationsgruppe für die Betreuung im Suchtbereich und Vernehmlassung bei den betroffenen Einrichtungen (Stiftung Le Tremplin, Verein Le Radeau, Stiftung Le Torry). Diese Gruppe war bis März 2006 tätig;
Mai 2006	Lancierung des vom Kantonsarzt gesteuerten Projekts «Koordination der Betreuung drogen- und alkoholabhängiger Personen» und Unterbreitung der Ergebnisse an die GSD. Im November 2006 wurde das Projekt wegen mangelnder Personalressourcen bis Januar 2008 eingestellt.

Die Arbeiten im Rahmen der bis März 2006 bestehenden Koordinationsgruppe für die Betreuung im Suchtbereich drehten sich im Wesentlichen um die stationäre Betreuung (Stiftung Le Tremplin, Verein Le Radeau, Stiftung Le Torry). Ab der Lancierung des Projekts «Koordination der Betreuung drogen- und alkoholabhängiger Personen» im Mai 2006 hingegen wurde das Diskussionsfeld ausgeweitet, indem weitere vom Suchtbereich betroffene Akteure einbezogen wurden (Akteure des medizinischen, sozialen und strafrechtlichen Bereichs), um ein vollständiges und kohärentes Dispositiv zu erreichen.

Auf dieser Grundlage und in Fortsetzung der früheren Diskussionen wurden die Arbeiten des Koordinationsprojekts für die Betreuung Suchtkranker im Januar 2008 aufgenommen.

Auf die Betreuung bezogen wurde im Jahr 2008 hauptsächlich Folgendes festgestellt:

- > Die Zusammenarbeit zwischen den für die Betreuung zuständigen Einrichtungen und Dienststellen ist insgesamt unsystematisch. Die Einrichtungen und Dienststellen haben keine gemeinsame Perspektive für eine Zusammenarbeit, die gemeinsame Ziele bezüglich Koordination und Betreuung beinhaltet.
- > Es gibt keine offiziellen Betreuungsrichtlinien (kantonales Konzept).
- > Auch die auf weitere Partner ausgedehnte Zusammenarbeit ist insgesamt unsystematisch.
- > Einrichtungen und Dienststellen haben mehrere hängige Projekte für die verschiedenen Zielgruppen, aber nicht unbedingt eine Gesamtsicht.
- > Die aktuellen Bedürfnisse sind nicht ermittelt.
- > Bestimmte sozialpädagogische Einrichtungen haben oder hatten Sorgen in Bezug auf Belegungsgrad und Finanzierung.
- > Die Kriterien für Unterbringungen in den kantonalen Einrichtungen sind nicht festgelegt; dies gilt auch für Platzierungen in Einrichtungen ausserhalb des Kantons.
- > Was die Vorstellung von Betreuung, Projekten und Bedürfnissen angeht, so sind nur die Positionen einiger weniger Einrichtungen bekannt. In der Diskussion vor 2008 sind bestimmte Akteure des Suchtbereichs nicht befragt worden.
- > Nicht bekannt ist, ob das - bestehende und/oder durch Projekte vorgeschlagene - Angebot dem Bedarf entspricht, welches (quantitativ oder problembezogen) die nicht gedeckten Bedürfnisse sind und wie das Betreuungsangebot allenfalls anders verknüpft werden könnte, um den heutigen Bedürfnissen gerechter zu werden. Der von den Einrichtungen auf dem Weg über verschiedene Projekte gemeldete Bedarf ist auf keine methodische Analyse abgestützt und insgesamt nicht quantifiziert. Die von abhängigen Personen geäusserten Bedürfnisse sind nicht bekannt.

2.2. Ziele des Projekts⁵

Hier folgt die qualitative Beschreibung der erwünschten Situation:

Der Kanton Freiburg verfügt über ein Dispositiv der Betreuung Suchtkranker, die von Alkohol oder illegalen Drogen abhängig sind. Dieses Dispositiv weist die folgenden Merkmale auf:

- > Es besteht in einem qualitativ hoch stehenden Angebot, das den aktuellen und erwiesenen Bedürfnissen und Problemen gerecht wird.
- > Es beruht auf einer interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit.
- > Es beinhaltet eine auf die suchtkranke Person zentrierte Behandlungskette.
- > Es nutzt die verfügbaren Ressourcen optimal (Wirksamkeit und Effizienz).
- > Es strebt eine laufende Verbesserung und Anpassung an (Bedarf/Angebote, Funktionieren, Ergebnisse).

Das Dispositiv muss:

- > Leistungen anbieten, die vom Bereich der Schadensminderung bis zum Therapiebereich reichen, sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der betroffenen Personen ausrichten und in ihrem Interesse liegen,
- > auf die soziale Integration der betroffenen Personen hinzielen, entsprechend den Möglichkeiten, die sie zu einem bestimmten Zeitpunkt haben,
- > diesen Anforderungen in Berücksichtigung des finanziellen Rahmens entsprechen, indem es die heutigen Ressourcen optimal zu nutzen sucht.

2.3. Spezifische Ziele und Beurteilung

Die spezifischen Ziele des Koordinationsprojekts waren die folgenden:

- 1. Es existiert ein Katalog der Betreuungsleistungen (Erwachsene und Jugendliche) sowie eine konkrete Planung seiner Umsetzung.**
 - 1.1. Die Bedürfnisse sind bekannt.
 - 1.2. Die heutigen Leistungen sind bekannt.
 - 1.3. Die Abweichungen zwischen den Bedürfnissen der Zielgruppen und den angebotenen Betreuungsleistungen sind identifiziert und nach ihrer Priorität beurteilt.
- 2. Ein umfassendes kantonales System der Betreuung Suchtkranker ist formalisiert und in Betrieb genommen oder geplant.**
 - 2.1. Ein Indikationsprozess ist getestet, validiert und in Kraft gesetzt.

⁵ Für die Erarbeitung des Zwecks und der Ziele erfolgte eine interkantonale Analyse der Betreuungsmodalitäten. Für die Zielvorstellung sowie die praktischen Aspekte des Freiburger Koordinationsprojekts lieferten insbesondere die Modelle der Kantone Wallis, Waadt, Basel, Bern und Solothurn Anregungen in Bezug auf Struktur, Leistungen sowie Indikation und Case Management.

- 2.2. Die Organisation (Leistungen, Formen der Zusammenarbeit, Strukturen usw.) der Stiftung Le Torry, der Stiftung Le Tremplin und des Vereins Le Radeau ist analysiert und gegebenenfalls angepasst und eingebettet.
- 2.3. Es besteht eine gemeinsame und als solche identifizierbare, formalisierte und eingesetzte Struktur der Koordination und Steuerung des Dispositivs.

Eine Beurteilung, inwieweit die Ziele erreicht worden sind, findet sich in der nachstehenden Tabelle.

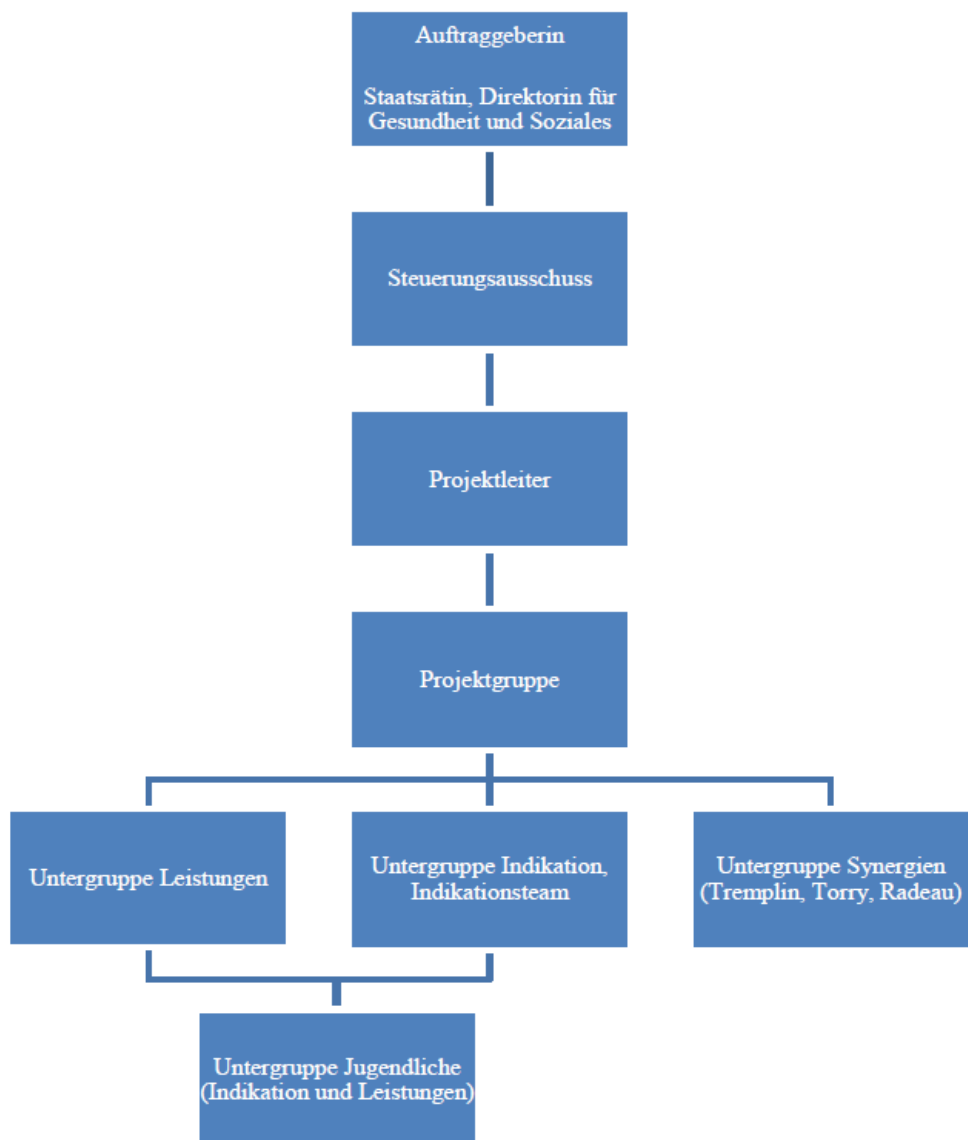
	Ziel	Beurteilung
1	Es existiert ein Katalog der Betreuungsleistungen (Erwachsene und Jugendliche) sowie eine konkrete Planung seiner Umsetzung.	Ziel erreicht. Die konkrete Planung wird im Rahmen der Ausarbeitung des Umsetzungsplans bestimmt.
1.1	Die Bedürfnisse sind bekannt.	Ziel erreicht.
1.2	Die heutigen Leistungen sind bekannt.	Ziel erreicht
1.3	Die Abweichungen zwischen dem Bedarf der Zielgruppen und den angebotenen Betreuungsleistungen sind identifiziert und nach ihrer Vorrangigkeit beurteilt.	Ziel erreicht
2	Ein umfassendes kantonales System der Betreuung Suchtkranker ist formalisiert und in Betrieb genommen oder geplant.	Ziel erreicht
2.1	Ein Indikationsprozess ist getestet, validiert und in Kraft gesetzt.	Ziel erreicht. Der im Rahmen des Pilotprojekts erarbeitete Prozess muss reaktiviert und verbessert und es muss ein Präindikationssystem eingeführt werden.
2.2	Die Organisation (Leistungen, Formen der Zusammenarbeit, Strukturen usw.) der Stiftung Le Torry, der Stiftung Le Tremplin und des Vereins Le Radeau ist analysiert und gegebenenfalls angepasst und eingebettet.	Ziel erreicht. Eine Zusammenarbeitsvereinbarung (NFES ⁶) wurde am 16. März 2011 von den drei Einrichtungen unterzeichnet. Eine Planung ihrer Umsetzung ist verabschiedet

⁶ Netzwerk der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke

		worden.
2.3	Es besteht eine gemeinsame und als solche identifizierbare, formalisierte und eingesetzte Struktur der Koordination und Steuerung des Dispositivs.	Entscheide sind gefällt. Die Koordinationsstruktur muss jetzt aufgestellt werden.

2.4. Organigramm

Das Organigramm des Koordinationsprojekts präsentiert sich wie folgt:



Auftraggeberin	Staatsrätin und Direktorin für Gesundheit und Soziales A.-Cl. Demierre (die an die Stelle von Staatsrätin Ruth Lüthi getreten ist)
Steuerungsausschuss	<p>P. Zurich, Vorsteher des Amtes für Gesundheit, Präsident</p> <p>M. Aebischer, Vorsteherin des Sozialvorsorgeamtes</p> <p>Cl. Godat, Generalsekretärin der Direktion für Sicherheit und Justiz</p> <p>Dr. C.-Y. Lee, Kantonsarzt</p> <p>F. Mollard, Vorsteher des Kantonalen Sozialdienstes</p>
Projektleiter	G. Biscontin, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Kantonsarztamt
Projektgruppe	<p>S. Abid, Leitender Arzt, Behandlungskette für Suchtstörungen des FNPG</p> <p>Dr. F. Abril, niedergelassener Arzt (seit März 2009)</p> <p>E. Barboni, Direktorin, Verein Le Radeau</p> <p>J.-C. Beaud, Sektorverantwortlicher, Verein REPER (seit Januar 2009)</p> <p>Dr. D. Belkaaloul, Leitende Ärztin, Behandlungskette für das Jugendalter des FNPG (bis Januar 2011)</p> <p>Dr. A. Kuntz, Leitender Arzt, Behandlungskette für Suchtstörungen des FNPG (seit März 2011)</p> <p>Dr. P. Lavenex, Leitender Arzt, Behandlungskette für Krisenintervention und Konsultation-Liaison des FNPG (bis Mai 2011)</p> <p>T. Radermecker, Direktor, Stiftung Le Torry</p> <p>Dr. J.-L. Rime, niedergelassener Arzt (bis Dezember 2008)</p> <p>Dr. Cl. Uehlinger, ärztlicher Unter-Direktor, Behandlungskette für Suchtstörungen des FNPG (bis Dezember 2010)</p> <p>F. Vallat, Direktor, Stiftung Le Tremplin</p> <p>Ph. Wüst, Direktor, Verein Le Radeau (bis Dezember 2008)</p> <p>Dr. K. Zahedi, Oberarzt, HFR</p>
Projekt-Untergruppen	<p>Mitglieder der Projektgruppe</p> <p>L. Galley, Sektorverantwortliche von REPER, und Cl. Rehmann, Verantwortliche der Suchtpräventionsstelle, wirkten ebenfalls an den</p>

	<p>Arbeiten der Untergruppe für Jugendliche mit.</p> <p>Das «Indikationsteam», das das Pilotprojekt für Indikation umgesetzt hat, bestand aus Mitgliedern der Projektgruppe und der Unterprojektgruppen sowie aus mehreren Mitarbeitenden der implizierten Einrichtungen und Dienststellen.</p> <p>Virginie Salamin, FNPG, und Kangaji Kasongo, KAA, beteiligten sich an der Auswertung des Pilotprojekts für Indikation und Case Management.</p>
--	---

2.5. Arbeitsprozess

Die Arbeiten des Koordinationsprojekts nahmen vier Jahre in Anspruch. Während dieser Zeit traten die Projektgruppe wie die Projekt-Untergruppen in regelmässigen Abständen entsprechend den vorrangigen Arbeiten und Themen zusammen. Zeitweilig reihten sich die Sitzungen dicht aneinander. Auch der Steuerungsausschuss trat regelmässig zusammen. Dabei fanden mehrere Sitzungen mit der Projektgruppe oder mit Projekt-Untergruppen statt. Die Projektgruppe erarbeitete einen Bericht, der vom Steuerungsausschuss und von der GSD überarbeitet wurde, bevor er dem Staatsrat für die abschliessenden Entscheide unterbreitet wurde.

Während der Dauer des Projekts verliessen mehrere Mitglieder die Projektgruppe und andere traten ihr bei. Bestimmte Perioden bedeuteten eine grosse Belastung für einige Partner. Diese Faktoren beeinflussten den Arbeitsrhythmus und verlangsamten ihn häufig.

Entsprechend den angestrebten Zielen handelte es sich um zahlreiche nicht-staatliche und staatliche Partner. Dies machte das Projekt sowohl auf der inhaltlichen als auch auf Prozessebene sehr komplex.

Darüber hinaus mussten die implizierten Partner bei der Aufstellung des Koordinationsprojekts erstmals koordiniert zusammenarbeiten. Der Prozess bewirkte einen offenen Umgang mit Veränderungen und die Schaffung einer gemeinsamen Kultur, die noch konsolidiert werden muss.

Allgemein konnten die Projektpartner dank der Arbeiten am Projekt sich gegenseitig besser kennen lernen, was die Zusammenarbeit in der Betreuung erleichtern wird.

2.6. Budget

Das Projekt wurde durch den Fonds für die Bekämpfung der Drogensucht finanziert. Dieser richtete Zahlungen in Höhe von insgesamt 353'000.- Franken aus, was einem Jahresdurchschnitt von 88'250.- Franken entspricht.

Die Hauptkosten waren die Folgenden:

- > Gehalt des Projektleiters (80 % in den Jahren 2008, 2009, 2010 und 50 % im Jahr 2011),
- > Analyse des Betreuungsbedarfs durch die Universität Lausanne (40'000.- Franken),

- > Literaturübersicht in Bezug auf die «niedrigschwellige» und «intermediäre» Betreuung von Personen, die von illegalen Drogen und Alkohol abhängig sind, Institut FERARHIS (5'000.- Franken; mit einer zusätzlichen Beteiligung von Infodrog⁷, Bern, in Höhe von 5'000.- Franken),
- > Begleitung des Projektleiters (Instrumente, Projektmanagement) durch Philippe Vallat – reflecta ag (14'000.- Franken),
- > Externer Begleitungsauftrag (an die B'VM AG, Bern) der Stiftung Le Tremplin, der Stiftung Le Torry und des Vereins Le Radeau zwecks Vorschlag institutioneller Synergien (20'000.- Franken, über das Budget der Einrichtungen).

Die Mitglieder der Projektgruppe und der Projekt-Untergruppen sowie die Mitglieder des Steuerungsausschusses beteiligten sich im Rahmen ihrer jeweiligen Funktion an den Arbeiten des Koordinationsprojekts und erhielten deshalb keine weiteren Entschädigungen. Da der Projektleiter administrativ dem Kantonsarztamt (KAA) angegliedert ist, kamen ihm während der ganzen Projektdauer die thematische und strategische Beratung des Kantonsarztes sowie die administrative Unterstützung des KAA zugute. Das Pilotprojekt für Indikation (Kapitel 5.2) wurde von den Partnern im Rahmen ihrer Ressourcen durchgeführt; dies verlangte ihnen einen grossen Einsatz ab.

3. Allgemeines

3.1. Sucht⁸

Dank der Forschung auf dem Gebiet der Neurowissenschaften ist man zu einer besseren Kenntnis der Veränderungen gelangt, die im Gehirn stattfinden, wenn jemand psychotrope Substanzen zu sich nimmt.

Allen abhängigkeiterzeugenden Substanzen ist gemeinsam, dass sie auf einen Teil des Gehirns, das mesolimbische System, wo der Motivations-Belohnungskreislauf lokalisiert ist, einwirken. Die Hirnzellen, die Neuronen, kommunizieren untereinander, indem sie Informationen in Form von Nervenimpulsen austauschen. Der Impuls läuft über das Axon, die Verlängerung des Neurons, und gelangt an die Verbindung zwischen zwei Neuronen, die Synapse. Im vorliegenden Fall löst der Impuls die Produktion von Dopamin, einem chemischen Botenstoff, aus. Das Dopamin pendelt zwischen dem die Information sendenden Neuron und dem Rezeptorneuron und erzeugt ein Wohlgefühl. Der Belohnungskreislauf an und für sich ist ein für das Überleben funktionelles und wesentliches System. Über das Dopamin ermöglicht er die Verstärkung neuer positiver oder geeigneter Verhaltensweisen in einer bestimmten Situation und die Unterdrückung solcher, die weniger positiv oder geeignet sind. Damit erzeugt er ein echtes Lernsignal.

Die abhängigkeiterzeugenden Substanzen wirken alle durch eine Steigerung der im Belohnungskreislauf freigesetzten Dopaminmenge. Damit erzeugen sie ein mächtiges Lernsignal, das zum weiteren Konsum ermuntert.

Jede Substanz aber hat aber ausserhalb dieses Kreislaufes ihre eigene spezifische Wirkung im Gehirn.

⁷ Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

⁸ Aus « Collège romande de médecine de l'addiction COROMA, Neurosciences de l'addiction, 2009 ».

So lassen sich die psychoaktiven Substanzen entsprechend ihrer pharmakologischen Wirkung ausserhalb des Belohnungskreislaufs - aufputschende Wirkung (Nikotin, Kokain usw.), Dämpfungseffekt (Alkohol, Heroin usw.) oder halluzinogene Wirkung (Cannabis usw.) - in eine der drei grossen Familien psychotroper Substanzen einteilen.

Der gelegentliche Konsum psychoaktiver Substanzen verschafft ein Wohlgefühl, das viel intensiver als bei normaler Hirntätigkeit ist. Der wiederholte und chronische Konsum psychotroper Substanzen bewirkt aber ein chemisches Ungleichgewicht im Gehirn. Das Gehirn wird versuchen, durch die Anpassung an diese Substanzen ein neues Gleichgewicht zu finden und wieder normal zu funktionieren. Dieser Kompensationsprozess führt aber zu vorübergehenden und langfristigen Veränderungen. So reagiert das Hirn mit der Zeit weniger empfindlich auf die psychotrope Substanz, und dies veranlasst die Konsumentin oder den Konsumenten, immer häufigere und höhere Dosen zu sich zu nehmen, um die gleichen Wirkungen wie anfänglich zu spüren. Wird der Konsum eingestellt, so bricht das neue Gleichgewicht, das einem regelmässigen Konsum der psychoaktiven Substanz Rechnung trug, zusammen. In der Folge stellen sich Empfindungen wie Traurigkeit, Angst, Missmut und Gereiztheit (Dysphorie) ein. Schliesslich konsumiert die Person nicht mehr, um ihren üblichen Zustand zu verbessern, sondern um ihn möglichst wiederzuerlangen, und dies führt zu immer stärkeren Anpassungsleistungen ihres Gehirns. Auf diese Weise bekämpft sie ihren eigenen natürlichen Anpassungsprozess. An diesem Punkt spricht man von Abhängigkeit. Die Mangelsymptome bei der Einstellung des Konsums sind Ausdruck dieses neuen Ungleichgewichts im Hirn.

Nicht nur steigt beim Konsum abhängigkeiterzeugender Substanzen der Dopaminspiegel massiver, als dies bei natürlichen Belohnungen der Fall ist, sondern es wird auch jedes Mal eine grössere Menge freigesetzt, sobald das Gehirn der Substanz erneut ausgesetzt ist. Dies führt zu einer kontinuierlichen Verstärkung der mit der Einnahme der psychotropen Substanz einhergehenden Verhaltensweisen bis hin zum Auftreten eines automatisierten und zwanghaften Verhaltens. Die Person spürt ein unbezwingliches Konsumbedürfnis und zwar obwohl sie sich der negativen Auswirkungen auf ihre Gesundheit und ihr Sozialleben bewusst ist.

In gleicher Weise zu beobachten ist auch Suchtverhalten, das keinen Konsum von Substanzen beinhaltet, wie etwa Spielsucht, Onlinesucht, Sexsucht usw.

Mehrere wissenschaftliche Studien befassten sich mit den verschiedenen individuellen Faktoren, die einen Einfluss auf die Suchtanfälligkeit haben können. So scheinen zum Beispiel genetische Faktoren zu bestehen, die ein «günstiges Terrain» für die Sucht bereiten. Einige Studien heben auch die Bedeutung der Verbindung zwischen Stress und Abhängigkeit hervor, wobei die Stressanfälligkeit von einem Individuum zum anderen variiert. Auch scheint die Wahrscheinlichkeit von Suchterkrankung im Erwachsenenalter höher zu sein, wenn die Person der Substanz schon früh in ihrem Leben ausgesetzt war.

Biologische Faktoren allein reichen aber nicht aus, alles zu erklären. Die persönliche Geschichte der Einzelperson, was sie erlebt und in welchem Umfeld sie sich entwickelt, sind ebenfalls zu berücksichtigen. So scheinen die Variationen der individuellen Suchtanfälligkeit durch die Wechselwirkung mehrerer biologischer, umweltbedingter, individueller, sozialer und kultureller Faktoren bedingt zu sein.

Die verschiedenen Behandlungsformen für Personen, die eine Sucht entwickelt haben, zielen darauf hin, dass die Konsumentin oder der Konsument das mit dem Substanzkonsum verbundene Verhalten «verlernt» und dann unter Konsumverzicht neue Verhaltensweisen erlernen kann.

Dies kann zum Beispiel über Psychotherapien geschehen, welche die Motivation der Konsumentin oder des Konsumenten zum Substanzgebrauch durch die Motivation zu anderem (befriedigendem und lustvollem) Verhalten ersetzen.

Es gibt auch verschiedene Arten pharmakologischer Behandlung. So helfen bestimmte Substanzen, indem sie die Wirkungsweise der psychotropen Substanz im Organismus verändern und deren gesuchte Wirkung aufheben oder indem sie sehr unangenehme Reaktionen hervorrufen (z. B. Antabus, die sich bei einem Alkoholkonsum höchst unangenehm auswirken). Andere Substanzen werden zur Substitutionsbehandlung verwendet, da sie in ihrer Wirkungsweise die gleichen Effekte hervorbringen wie die psychotropen Stoffe, aber ohne deren schädliche Auswirkungen. Mit dieser Behandlungsart ist es nicht nur möglich, die mit dem Substanzkonsum verbundenen Risiken, sondern auch die Sterblichkeit (in Verbindung mit der Qualität des auf der Strasse gehandelten Produkts, der Dosierung und der assoziierten Kriminalität) zu senken. Substitutionsbehandlungen, die bei Abhängigkeit von Opioiden breit zur Anwendung kommen, gibt es jedoch nicht für alle Substanzen (wie etwa Kokain).

Im Auge zu behalten ist auch, dass stets eine Rückfallgefahr besteht, auch nach einer langen Zeit des Entzugs; die Sucht ist ein chronisches und häufig wiederkehrendes Leiden.

Auch scheint die Kombination einer pharmakologischen mit einer psychotherapeutischen Behandlung die besten Ergebnisse zu zeitigen.

Die neurowissenschaftlichen Forschungen zeigen also, dass abhängigkeiterzeugende Substanzen die mit den Lernmechanismen verbundenen biologischen Prozesse stören, so dass das Konsumverhalten gelernt und extrem verstärkt wird und es der Konsumentin oder dem Konsumenten zuletzt unmöglich wird, das Verlangen nach der Substanz zu bezwingen, obwohl sie oder er um die schädlichen Auswirkungen des Substanzkonsums weiss. Anhand dieser Ergebnisse lässt sich aufzeigen, dass die Sucht eine echte Störung bestimmter Mechanismen im Gehirn ist.

3.2. Die vier Säulen⁹

Die Freiburger Drogen- und Alkoholpolitik beruht auf den vier Säulen: Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression/Marktregulation.

Die **Prävention** trägt zur Verminderung des Drogen- und Alkoholkonsums bei, indem sie zu verhindern sucht, dass Einzelpersonen in den Konsum einsteigen und Probleme der Abhängigkeit entwickeln¹⁰. In der Prävention geht es also nicht nur darum, den Erstkonsum zu verhindern, sondern auch die Entwicklung einer Abhängigkeit. Mit anderen Worten, es geht darum, den Übergang von einem risikoarmen Drogen- oder Alkoholkonsum zum problematischen Konsum oder gar zur Abhängigkeit zu verhindern.

⁹ Hauptquelle: «Die Drogenpolitik der Schweiz». Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006–2011, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2006.

¹⁰ In der Schweizer Literatur werden die Begriffe «Abhängigkeit» und «Sucht» häufig synonym verwendet. Dies gilt auch für diesen Bericht.

Die **Therapie** trägt zur Verminderung des Drogen- und Alkoholkonsums bei, indem sie es den betroffenen Personen ermöglicht, dauerhaft aus der Abhängigkeit auszusteigen oder diese Perspektive zumindest offen zu halten. Darüber hinaus fördert sie die Gesundheit und die soziale Integration der in Behandlung stehenden Personen. Im Therapiebereich geht es darum, den Suchtkranken eine wirksame Hilfe zu bieten. Es muss ihnen die Möglichkeit des Ausstiegs aus ihrer Abhängigkeit geboten werden. Es gibt jedoch eine grosse Zahl von Personen, die nicht aussteigen wollen oder können. Für einige von ihnen muss vor allem die Möglichkeit erhalten bleiben, dass ihnen dies eines Tages gelingt, indem man für die Erhaltung ihrer Gesundheit und sozialen Integration sorgt. Ihre soziale Ausgrenzung zu verhindern ist ein Hauptziel, um die sowohl individuellen als auch kollektiven Auswirkungen (namentlich die damit verbundenen Kosten) zu vermindern.

Die **Schadensminderung** trägt zur Verminderung der negativen Auswirkungen des Drogenkonsums auf die Konsumentinnen und Konsumenten selbst und indirekt auf die Gesellschaft bei, indem sie einen Konsum ermöglicht, der weniger individuelle und soziale Probleme zur Folge hat. Abhängige Personen leben oft am Rande der Gesellschaft. Sie haben dem Grundwert der Menschenwürde entsprechend Anspruch auf vorbehaltlose Hilfe zur Verbesserung ihrer Situation. Herkömmlicher Weise tritt hier die Überlebenshilfe auf den Plan. Schadensminderung betrifft heute aber nicht nur die Abhängigkeit, sondern bereits den problematischen Konsum, und sie umfasst sämtliche Substanzen. Ganz allgemein zielt sie darauf hin, es den Personen zu ermöglichen, eine Phase des Drogen- oder Alkoholkonsums mit möglichst wenigen physischen, psychischen und auch sozialen Schädigungen zu durchleben. Die Schadensminderung muss auch die Verringerung der durch Drogen- und Alkoholkonsum verursachten sozialen Kosten ermöglichen. Es geht ferner darum, dass die Gesundheit und Lebensqualität von Angehörigen und Personen, die Konsumierenden nahe stehen, möglichst wenig beeinträchtigt werden. Als gewünschte Begleiterscheinung dient die Schadensminderung auch der Verringerung der Sichtbarkeit des Drogenproblems in der Öffentlichkeit.

Durch geeignete Eindämmungsmassnahmen mit dem Ziel der Anwendung des Verbots illegaler Drogen trägt die **Repression/Marktregulation** insbesondere dazu bei, die negativen Folgen des Drogenkonsums für die Gesellschaft zu verhindern. In Bezug auf Alkohol geht es darum, Marktregulationsmassnahmen umzusetzen (Verkaufszeiten, Mindestalter, Steuern usw.).

3.3. Konsummuster¹¹

In diesem Kapitel werden drei Konsummuster definiert. Diese Definitionen sind wichtig, um den Geltungsbereich des Koordinationsprojekts für die Betreuung Suchtkranker abzustecken.

Risikoarmer Konsum: gelegentlicher und/oder tief dosierter Konsum, den das Individuum gut unter Kontrolle hat.

Problematischer Konsum: Dieses Konsumverhalten schliesst zum einen den riskanten, zum anderen den schädlichen Gebrauch ein. Im ersten Fall sind die Probleme unterschwellig vorhanden, der zweite Fall äussert sich in beobachtbaren physischen, psychischen oder sozialen Problemen. Dies ist die von der WHO gewählte Definition. Sie entspricht dem (die Abhängigkeit ausschliessenden) Begriff des «Missbrauchs» in der Einteilung der vierten Ausgabe des amerikanischen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

¹¹ Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), «Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen», Verlag Hans Huber, Bern, 2006.

Abhängiger Konsum: Konsum, der durch exzessiven Gebrauch und zahlreiche Probleme gekennzeichnet ist. Typisch sind die Probleme der Toleranzsteigerung und des Entzugs. Die Person verliert die Kontrolle über ihren Konsum, obwohl sie sich der mit ihm verbundenen Probleme bewusst ist.

3.4. Geltungsbereich des Koordinationsprojekts

Zielgruppe des Koordinationsprojekts für die Betreuung Suchtkranker ist die «abhängige» Bevölkerung, die Alkohol und/oder illegale Drogen konsumiert¹². Das Projekt befasst sich mit der Therapie und der Schadensminderung. Obwohl die Grenzen zwischen den Konsummustern nicht klar zu ziehen sind, bewegten sich die Diskussionen zu den Leistungen im Wesentlichen innerhalb dieses Perimeters.

In Bezug auf die Jugendlichen hingegen galten die Überlegungen hauptsächlich dem problematischen Konsum. Denn in dieser Zielgruppe überwiegt eher diese Konsumart gegenüber der Abhängigkeit.

3.5. Epidemiologie und Tendenzen

In diesem Kapitel werden die wichtigsten epidemiologischen Daten über den Drogen- und Alkoholkonsum zusammengefasst.

3.5.1. Drogen¹³

Berücksichtigt man die gesamte in der Schweiz lebende Bevölkerung im Alter von 15 bis 39 Jahren, so hat nur eine Minderheit einmal in ihrem Leben Drogen konsumiert. Für Substanzen wie Heroin, Kokain oder Ecstasy beträgt der Anteil weniger als 4%.

Cannabis ist die in der Schweiz am meisten verbreitete illegale Droge. 2007 hatte rund ein Fünftel der Schweizer Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren mindestens einmal im Lauf ihres Lebens Cannabis konsumiert (Lebensprävalenz). Von den 15- bis 19-Jährigen gaben 30.1% der jungen Männer und 16.7% der jungen Frauen an, mindestens einmal in ihrem Leben Haschisch oder Marihuana konsumiert zu haben. In dieser Altersklasse war der Prozentsatz von Personen mit mindestens einer Cannabis-Erfahrung in den letzten zehn Jahren leicht rückläufig.

Gemäss den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 nannten 3.4% der Bevölkerung ab 15 Jahren einen «aktuellen Konsum», konsumierten also zum Zeitpunkt der Umfrage

¹² In den Überlegungen wurden wenn nötig die spezifischen Bedürfnisse der alkoholabhängigen gegenüber der drogenabhängigen Bevölkerung berücksichtigt und umgekehrt. Diese Bedürfnisse können verschieden sein, wie im Bericht «La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg», Universität Lausanne, Mai 2009, aufgezeigt.

¹³ «Die Drogenpolitik der Schweiz». Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006–2011, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2006.

Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), «Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen», Verlag Hans Huber, Bern
Sucht Info Schweiz, <http://www.sucht-info.ch/>

Der Prozentsatz von Personen, die «mindestens einmal wöchentlich Cannabis geraucht hatten», ist von 1.7% im Jahr 2002 auf 1.3% im Jahr 2007 gesunken (Allgemeinbevölkerung). In der Altersklasse der 20- bis 24-Jährigen, die den grössten Anteil jener ausmachen, die mindestens einmal wöchentlich Cannabis konsumieren, betrug der Prozentsatz 5.0% im Jahr 2007 gegenüber 6.4% im Jahr 2002.

Rund 65% der drogenabhängigen Personen stehen in Behandlung, die grosse Mehrheit von ihnen in einer methadongestützten Behandlung. Die breite Anwendung dieser Therapie und die Massnahmen der Schadensminderung haben weitgehend zu einem Rückgang der Anzahl Todesfälle beigetragen. Die gesundheitliche Situation dieser Personen bleibt deswegen nicht weniger kritisch. So stellt der Mehrfachkonsum vor immer mehr Probleme. Darüber hinaus geben einige Personen nach wie vor gebrauchte Spritzen aneinander weiter und laufen somit Gefahr, sich mit bestimmten Krankheiten zu infizieren. Die Infektionsrate mit HIV hat sich zwar bei einem Stand zwischen 5 und 15% stabilisiert, die Hepatitis hingegen breitet sich unaufhörlich aus, und einige Studien zeigen auf, dass praktisch alle Drogenabhängigen vom Hepatitis-Virus C infiziert sind. Die Personen, die die Hilfe der Fachstellen beanspruchen, haben mehrheitlich eine lange «Drogenkarriere» hinter sich. Viele von ihnen leiden ausserdem an verschiedenen, oft psychischen Erkrankungen. Zwar haben nur 10% dieser Personen keine Wohnung, jedoch ist die Mehrzahl von ihnen arbeitslos. In den meisten Fällen leben sie von der Sozialhilfe. Einkünfte aus illegalen Tätigkeiten sind hingegen seltener, und auch die Prostitution für die Finanzierung des Drogenkaufs ist zurückgegangen. Hingegen ist festzustellen, dass die berufliche Wiedereingliederung auch für stabilisierte Personen schwierig ist.

Entwicklung des Konsums

In Bezug auf die Konsummuster wurden mehrere Tendenzen festgestellt.

Konsumierte Substanzen: Während der Heroinkonsum¹⁴ stagniert, sind der Kokain- und der Mehrfachkonsum¹⁵ im Anstieg begriffen. Gemäss Studien, die in den niedrigschwelligen Strukturen erfolgten, machen die betroffenen Personen, die ausschliesslich Heroin konsumieren, noch 15% aus. Zahlreiche Strukturen sehen sich häufiger mit Gewalt und Aggressionen in Verbindung mit dem Kokainkonsum konfrontiert. Bis zum heutigen Tag bieten weder die Schadensminderung noch die Therapie eine befriedigende Lösung für das Kokainproblem.

Konsumformen: Die früher hauptsächlich injizierten Drogen Heroin und Kokain werden immer häufiger in anderer Form konsumiert, vor allem geraucht und inhaliert. Die Angebote der Schadensminderung und der Therapie sind unzureichend auf diese neuen Konsumformen eingestellt.

Konsumorte: Für Jugendliche und junge Erwachsene wird der Konsum von Freizeitdrogen in den kommenden Jahren ein Problem bleiben. Die Konsumierenden sind sich dieses Problems noch nicht genügend bewusst. Im Übrigen ist eine Vermischung des Milieus der «Techno-Abende» mit demjenigen der harten Drogen zu befürchten.

¹⁴ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Akteure des Freiburger und des Waadtländer Terrains seit einem Jahr eine erneute Attraktivität des Heroins für Jugendliche und junge Erwachsene beobachten.

¹⁵ Gleichzeitiger Konsum mehrerer psychoaktiver Substanzen, einschliesslich Alkohol.

Entwicklung des Konsumentenprofils

Das Alter, das Geschlecht, die Herkunft sowie psychische Probleme bilden zusätzliche Probleme für die Konsumierenden. Künftig wird die Drogenhilfe den folgenden Entwicklungen Rechnung tragen müssen:

Junge Menschen: Bei den jungen Leuten ist der steigende Konsum von Alkohol und Cannabis problematisch. Bei den Behandlungsstrukturen für Jugendliche häuft sich die Behandlungsnachfrage. Spezialisierte Beratungs- und Behandlungsangebote sind in diesem Bereich noch zu selten.

Alterung abhängiger Personen: Die Anzahl älterer Abhängiger, die schon mehrere stationäre Aufenthalte und verschiedene ambulante Substitutionsprogramme hinter sich haben, nimmt zu. Viele müssen als chronisch abhängig betrachtet werden. Mit dem Alter treten andere Krankheiten hinzu, namentlich bei Personen, die mit HIV und Hepatitis-Viren infiziert sind. Das klassische Therapieziel, die Abstinenz, stösst an seine Grenzen. Diese Personen müssen in den Genuss einer Substitutions- und Langzeitbehandlung kommen, die in bestimmten Fällen bis zum Lebensende dauern kann. Bis in zehn Jahren wird sich die Drogenhilfe dem Altersproblem gegenüber sehen. Die spezifischen Angebote an ältere abhängige Personen sind nichtexistent, und die anderen Angebote (Altersheime, Langzeitpflege, Hilfe und Pflege zu Hause) eignen sich nicht für die Bedürfnisse dieser Personen.

Geschlecht: Sowohl im Therapiebereich als auch im Bereich der Schadensminderung bestehen einige spezifische Angebote (namentlich für Frauen). Heute suchen die Fachleute geschlechtsspezifische Strategien in gemischten Strukturen (Frauen und Männer) zu definieren. Obwohl sie in Bezug auf die Bedürfnisse, die Ziele und die Zweckmässigkeit solcher Angebote einhelliger Meinung sind, erweist sich deren konkrete Umsetzung noch als schwierig.

Elternschaft: Häufig berührt das Abhängigkeitsproblem zwei oder drei Generationen. Die abhängigen Eltern sind hin und her gerissen zwischen ihrer Elternrolle und ihrem Konsum psychoaktiver Substanzen und die Kinder zwischen dem Verschweigen des Problems und dem Gefühl oder der Notwendigkeit, Verantwortung für ihre Eltern zu übernehmen und selber für sich zu sorgen. Zu wenige Angebote tragen diesem Eltern-Kinder-Problem auf konzeptioneller und professioneller Ebene Rechnung.

Herkunft: Die Abhängigkeit bei Personen mit Migrationshintergrund wird ebenfalls als ein besonderes Risiko betrachtet. Aufgrund von kulturellen Unterschieden und Sprachbarrieren gestaltet sich der Zugang dieser Personen zum Hilfesystem schwieriger. Es fehlt schweizweit an anwendbaren Modellen, um hier Abhilfe zu schaffen.

Psychische Probleme: Das Problem von Zweifachdiagnosen bei Abhängigen ist seit einigen Jahren anerkannt. Die vielschichtige Kombination von psychischer Krankheit und Konsum psychoaktiver Substanzen stellt die verschiedenen Fachleute vor neue Herausforderungen. Mit der Tendenz zur Verkürzung der Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken werden diese noch verschärft.

Nach einer Literaturübersicht im Rahmen des Koordinationsprojekts¹⁶ wird angenommen, dass 0,5% der Erwachsenenbevölkerung des **Kantons Freiburg** mindestens einmal täglich andere Drogen als Alkohol und Cannabis konsumieren, somit rund 1'400 Personen.

3.5.2. Alkohol¹⁷

Problematischer Alkoholkonsum hat viele Gesichter und wird zuweilen auch als «missbräuchlicher», «übertriebener» oder «risikoreicher» Konsum bezeichnet. Er tritt in folgenden Formen – teilweise kombiniert – in Erscheinung:

- > Rauschtrinken (episodisch zu hoher Konsum),
- > Chronischer Alkoholkonsum (regelmässig zu hoher Konsum),
- > Situationsunangepasster Alkoholkonsum.

In der Schweiz trinken über eine halbe Million Personen bei wiederkehrenden Gelegenheiten zu viel Alkohol, ein Teil von ihnen tut dies sogar chronisch. Rauschtrinkende sind in allen Alterskategorien zwischen 15- und 44-Jährigen in absoluten Zahlen etwa gleich stark vertreten. Anteilsmässig nimmt die Anzahl Rauschtrinkender mit höherem Alter ab. Rauschtrinken ist zudem eine eher männliche Domäne, jedoch mit zunehmender Verbreitung unter Frauen.

Der Anteil der unter 16-Jährigen, die bereits mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken waren, hat in den Neunzigerjahren signifikant zugenommen. Seit dem Jahr 2002 konnte der bedenkliche Trend zwar gebrochen werden, heute haben aber immer noch über ein Viertel der Jungen und knapp ein Fünftel der Mädchen im Alter von 15 Jahren bereits zwei oder mehr «Sauf-Abenteuer» hinter sich, ein beträchtlicher Teil schon mit 13 Jahren oder früher.

Nach der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 trinken im Kanton Freiburg 14,2% der Personen täglich Alkohol, 44,2% mindestens einmal wöchentlich und 41,7% seltener oder nie. Der Anteil von Personen, die selten oder nie Alkohol trinken, ist bei den Frauen fast doppelt so hoch (54,0%) als bei den Männern (28,7%). Ausserdem trinken mehr Männer täglich Alkohol als Frauen (18,1 gegenüber 10,5%). Im Kanton Freiburg liegen die Prozentsätze je Konsumstufe zwischen der deutschsprachigen Schweiz und der Romandie – und im schweizerischen Mittel. Die Häufigkeit des Alkoholkonsums steigt mit dem Alter, jedoch nimmt der Anteil von Personen, die selten oder nie Alkohol trinken, nach dem Alter von 65 Jahren zu. Seit 1992 ist der Prozentsatz der täglich Alkohol konsumierenden Personen im Kanton Freiburg von 22,9 auf 14,2% gesunken. Zwischen 2002 und 2007 ist der Prozentsatz von abstinenten Freiburgerinnen und Freiburgern von 24,2 auf 16,5% zurückgegangen.

In der Schweiz trinken schätzungsweise 260 000 Personen im Alter zwischen 15 und 75 Jahren chronisch zuviel Alkohol¹⁸, mehr als die Hälfte davon (155 000 Personen) sind gleichzeitig

¹⁶ « Behandlungszugang für Substanzkonsumenten: Literaturübersicht in Bezug auf 'niedrigschwellige' und 'intermediäre' Betreuung von Personen, die von Alkohol und illegalen Drogen abhängig sind», FERARIHS, März 2009.

¹⁷ Nationales Programm Alkohol 2008 – 2012, Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2008; Gesundheit im Kanton Freiburg, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsobservatorium Schweiz, Neuenburg 2009.

¹⁸ Als «chronischer Konsum» wird der regelmässige und wegen der Häufigkeit und Menge nicht mehr als risikoarm einzustufende Alkoholkonsum bezeichnet. Nach den gängigen internationalen Standards beginnt der chronische

episodisch Rauschtrinkende und gelten demzufolge als «Risikokumulierende». Chronisches Trinken nimmt mit dem Alter deutlich zu und ist bei den über 50-Jährigen besonders verbreitet. Männer haben einen wesentlich stärkeren Hang zum chronischen Alkoholkonsum: Rund vier Fünftel der regelmässig Vieltrinkenden sind männlich.

Für den **Kanton Freiburg** lässt sich die Anzahl Personen, die chronisch Alkohol trinken, anteilmässig auf **9'000** veranschlagen.

Der situationsunangepasste Konsum kann äusserst verschiedene Formen annehmen, es ist daher unmöglich, sie alle zu beschreiben. Hier einige Beispiele:

- > *Trinken und Strassenverkehr*: 2006 wurde in der Schweiz 18'600 Personen der Führerausweis wegen Trunkenheit am Steuer entzogen (0,8 Promille oder mehr), hinzu kamen 6295 Geldbussen (zwischen 0,5 und 0,8 Promille).
- > *Trinken am Arbeitsplatz*: In den Unternehmen ist durchschnittlich mit mindestens 5 % der Mitarbeitenden (entspricht rund 200'000 Personen in der Schweiz) zu rechnen, die namhafte Alkoholprobleme haben.
- > *Trinken beim Aktivsport*: Unter Belastung oder während der Regenerationsphase stellt Alkohol ein beträchtliches Gesundheitsrisiko dar und kann unter anderem zu Verletzungen, Kreislaufkollaps oder Herzinsuffizienzen führen. Zudem nimmt im Mannschaftssport die Gefahr der Verletzung anderer unter Alkoholeinfluss erheblich zu.
- > *Trinken während der Schwangerschaft*: In der Schweiz werden jährlich rund 5000 Ungeborene durch übermässigen Alkoholkonsum der Mutter dem Risiko von fötalen Alkoholschädigungen ausgesetzt, was rund 7,5% der Lebendgeburten entspricht.
- > *Trinken bei Medikamenteneinnahme*: Viele Medikamente sind mit Alkohol schlecht oder gar nicht verträglich, und bei Krankheit beeinträchtigt der Alkoholkonsum den Genesungsprozess beträchtlich. Aufgrund der verbreiteten Medikamenteneinnahme (unter anderem im Alter) tritt diese Form des unangepassten Trinkens häufig auf.

In der Schweiz ist schätzungsweise von rund 300'000 **alkoholabhängigen** oder zumindest stark abhängigkeitsgefährdeten Personen auszugehen, davon sind gut zwei Drittel Männer (ACT-INFO 2006). Alkoholabhängigkeit gilt (in Anwendung des WHO-Diagnoseschlüssels) hierzulande als die bei Spitalaufenthalt am häufigsten diagnostizierte Männerkrankheit. Sie tritt bei Männern und Frauen zwischen 40 und 55 Jahren überproportional in Erscheinung (BAG 2004).

Für den **Kanton Freiburg** lässt sich die Anzahl alkoholabhängiger Personen anteilmässig auf **10'000** veranschlagen.

3.5.3. Medikamente¹⁹

Aus den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 geht hervor, dass nahezu in allen Altersklassen der Bevölkerung anteilmässig mehr Frauen als Männer täglich Medikamente wie Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel einnehmen.

Konsum bei der systematischen Einnahme von durchschnittlich 20 Gramm reinen Alkohols (entspricht rund zwei 2 Standardgläsern) pro Tag bei Frauen bzw. 40 Gramm (entspricht rund vier Standardgläsern) bei Männern. Personen, die chronisch Alkohol trinken, werden nicht zu den Alkoholabhängigen gerechnet.

¹⁹ Der Website von Sucht Info Schweiz entnommen www.sucht-info.ch

In der Altersgruppe der ab 75-Jährigen ist zu beobachten, dass in der Woche vor der Umfrage 17% der Frauen täglich ein Schmerzmittel und 17% ein Schlafmittel einnahmen. Bei den Beruhigungsmitteln betrug dieser Anteil 6%. Der höhere Verbrauch an Schlaf- und Schmerz-, aber auch an Beruhigungsmitteln bei älteren Personen ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass diese Population vermehrt an chronischen Krankheiten und häufiger Schlaflosigkeit leidet.

Nach der letzten Umfrage nimmt der Anteil von Männern, die täglich Schlafmittel einnehmen, in den Altersgruppen ab 35 Jahren zu, hingegen zeigt sich keine lineare Tendenz für die tägliche Einnahme von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln. Zu beobachten ist aber, dass die tägliche Einnahme von Schmerz- und Beruhigungsmitteln bei den Männern zwischen 55 und 64 Jahren stark zunimmt. Eine mögliche Erklärung wäre, dass Männer wenige Jahre vor dem Pensionsalter mit der vermehrten Einnahme solcher Medikamente ein Nachlassen der Leistungsfähigkeit sowie Stress und zunehmende Gesundheitsprobleme zu bekämpfen suchen.

90.8% der täglich eingenommenen Medikamente solcher Art sind ärztlich verschrieben worden. Der regelmässige und längere Gebrauch bestimmter Schlaf- und Beruhigungsmittel (insbesondere Benzodiazepine) – auch in niedrigen Dosen – kann zur Abhängigkeit führen.

2010 hatten 12% der Personen, die in stationäre, auf die Behandlung von Problemen in Verbindung mit legalen Substanzen spezialisierte Einrichtungen eintraten, psychotrope Arzneimittel als Haupt- oder sekundäres Problem. Am häufigsten handelte es sich um Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel). Dieser Prozentsatz liegt unter dem in den Vorjahren verzeichneten Anteil.

3.6. Suchtbedingte Kosten in der Schweiz

In diesem Kapitel werden die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs und des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz zusammengefasst, wie sie vom Institut de recherches économiques et régionales der Universität Neuenburg²⁰ errechnet wurden.

Die Kosten werden in drei grosse Kategorien eingeteilt: direkte, indirekte und immaterielle Kosten. Diese Kosten insgesamt werden «soziale Kosten» genannt.

Um eine Vorstellung von den Kosten für den Kanton Freiburg zu vermitteln, werden die Schweizer Zahlen hier mit einer Quote von 3.5 % versehen dargestellt (Einwohnerzahlquote²¹). Natürlich handelt es sich um eine Schätzung. Was den Bereich der stationären Betreuung und der Substitutionsbehandlung mit Methadon angeht, so kann aber durch einen Vergleich mit den realen Kosten eine Ähnlichkeit der Zahlen bestätigt werden.

²⁰ C. Jeanrenaud, G. Widmer, S. Pellegrini, Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse, Universität Neuenburg, 2005 ; C. Jeanrenaud, F. Priez, S. Pellegrini, H. Chevrou-Séverac, S. Vitale, Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse, Universität Neuenburg, 2003

²¹ Es handelt sich um den aufgerundeten prozentualen Anteil der Freiburger Bevölkerung im Jahr 2000 (241'706 gemäss dem Amt für Statistik des Kantons Freiburg) an der Schweizer Bevölkerung im selben Jahr (7'204'000 gemäss dem Bundesamt für Statistik). Für das Jahr 2009 beträgt dieser Anteil 3.6%.

3.6.1. Die sozialen Kosten des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz

Die folgende Tabelle fasst die Gesamtkosten zusammen:

Kostenkategorie	Definition	Schweiz (Jahr 2000)	Freiburg (Richtwert, pro rata 3.5% CH)
Direkte Kosten	Es handelt sich um gesundheitliche und materielle Schäden, die zu behandeln oder wieder gut zu machen sind (ärztliche und Spitalbehandlungen, Drogenpolitik usw.)	1.4 Milliarden	49 Mio.
Indirekte Kosten	Es handelt sich um die Auswirkungen der Drogensucht auf die Arbeitsfähigkeit und die Produktivität (vorzeitiger Tod, Krankheit, Absolvierung einer Behandlung, strafrechtlicher Freiheitsentzug)	2.3 Milliarden	80 Mio.
Immaterielle Kosten	Es handelt sich um den Verlust der Lebensqualität abhängiger Personen und das Leiden der Angehörigen	0.4 Milliarden	14 Mio.
Soziale Kosten		4.1 Milliarden	143 Mio.

Die direkten Kosten können wie folgt aufgeschlüsselt werden:

	Schweiz (Jahr 2000) in Millionen Franken	Freiburg (Richtwert, pro rata 3.5% CH), in Millionen Franken
Ärztliche und Spitalbehandlungen	146.3	5.1
> Ärztliche Behandlungen und Medikamente auf Rezept	> 48.4	> 1.7
> Stationäre Behandlungen (Allgemein- und psychiatrische Spitäler)	> 97.9	> 3.4
Drogenpolitik²²	1225.8	42.9
1. Prävention und Forschung	53.2	1.9
2. Therapie der Drogenabhängigkeit		
> Stationäre Einrichtungen	175.3	6.1
> Ambulante Behandlungen		
> Ärztliche Heroinverschreibung	> 18.1	> 0.63 ²³
> Methadon-Behandlungen	> 120.8	> 4.2
3. Schadensminderung und Überlebenshilfe		
> Niedrigschwellige Pflegeangebote	> 60.0	> 2.1
4. Repression	798.4	28
> Polizeikorps	> 521.8	> 18.3
> Andere Polizeieinheiten	> 25.2	> 0.9
> Justiz	> 19.4	> 0.7
> Strafvollzugsanstalten	> 181.7	> 6.4
> Andere strafrechtliche Einrichtungen	> 47.7	> 1.7
> Bewährungshilfe	> 2.5	> 0.1
Direkte Kosten HIV/Aids	40.3	1.4
Total	1412.4	49.4

²² Von den vier Säulen der Drogenpolitik (Prävention, Schadensminderung, Therapie, Repression) absorbiert die Repression 2/3 der Ressourcen (C. Jeanrenaud, G. Widmer, S. Pellegrini, op. cit.).

²³ Falls es sie im Kanton gäbe, was derzeit nicht der Fall ist

Die indirekten Kosten, die sich für den Kanton Freiburg auf **80 Millionen Franken** belaufen, entsprechen dem Wert der wegen überhöhter Sterblichkeit und Gesundheitsschäden infolge Drogengebrauchs ausfallenden Produktion. Der Konsum illegaler Drogen verursacht vorzeitige Todesfälle, Invalidität und lang dauernde Arbeitsunfähigkeit.

Die immateriellen Kosten von 14 Millionen Franken für den Kanton Freiburg stellen den Verlust an Lebensqualität dar, den die wegen des Gebrauchs illegaler Drogen in ihrer Gesundheit geschädigten Personen erleiden, sowie die Einbusse der Lebensqualität bei den Angehörigen. Diese Kosten wurden nur für die Konsumentinnen und Konsumenten, die von Heroin und (oder) Kokain abhängig sind, veranschlagt.

Eine Umfrage bei einer Stichprobe der Schweizer Bevölkerung zeigt, dass eine Standardfamilie im Fall, da eines ihrer Kinder drogenabhängig wäre, im Jahr durchschnittlich rund 13 000 Franken ihres Lebensstandards opfern müsste, um dem Kind eine wirksame Behandlung zu ermöglichen. Diese Summe widerspiegelt das Leiden der von der Drogensucht direkt betroffenen Familien.

3.6.2. Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz

In gleicher Weise werden die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz in dieselben drei Kategorien eingeteilt.

Kostenkategorie	Definition	Schweiz (Jahr 1998)	Freiburg (Richtwert, pro rata 3.5% CH)
Direkte Kosten	Es handelt sich um Ressourcen, die die Gesellschaft für die medizinische Versorgung oder die Wiedergutmachung materieller Schäden aufwendet.	0.726 Milliarden	25 Mio.
Indirekte Kosten	Es handelt sich um die Einbusse aktueller und künftiger Produktivität aufgrund schädlichen Alkoholkonsums	1.465 Milliarden	51 Mio.
Immaterielle Kosten	Es handelt sich um den Verlust der Lebensqualität von direkt oder indirekt durch ein Alkoholproblem betroffenen Personen	4.289 Milliarden	150 Mio.
Soziale Kosten		6.480 Milliarden	226 Mio.

Eine auf die vier Säulen gestützte Tabelle wie für die Kosten des Drogenkonsums ist nicht möglich. Hingegen kann die Verteilung der **Behandlungskosten** wie folgt dargestellt werden:

	Schweiz, in Millionen Franken	Freiburg (Richtwert, pro rata 3.5% CH), in Millionen Franken
Ärztliche Grundversorger	123.9	4.3
Spitalbehandlungen	382.2	13.4
Stationäre Einrichtungen	47.5	1.7
Insgesamt	553.6	19.4

Mehrere Autoren, die sich für die Kosten interessierten, die durch den Missbrauch psychotroper Substanzen entstehen, suchten zwischen **vermeidbaren und unvermeidbaren Kosten** zu unterscheiden. Vermeidbar sind die Kosten, die durch eine **wirksame Gesundheitspolitik und wirksame Programme** beseitigt werden könnten. Unvermeidbar sind in erster Linie Kosten, die kurzfristig nicht reduziert werden können, weil zwischen der Produktexposition und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit eine lange Zeit verstreicht.

Die vermeidbaren Kosten infolge des Missbrauchs von Substanzen wie Tabak und Alkohol können veranschlagt werden. Nach einer australischen Studie (Collins und Lapsley 2002) könnten **62% der Kosten des Alkohol- und 45% der Kosten des Tabakmissbrauchs durch die Umsetzung einer geeigneten Präventionspolitik vermieden werden**. Für illegale Drogen ist eine solche Schätzung schwierig, da es an Daten fehlt.

3.7. Das Freiburger Dispositiv für die Betreuung Suchtkranker

In diesem Kapitel wird das heutige Angebot der Betreuung Suchtkranker im Kanton Freiburg zusammengefasst. Im Anhang 1 findet sich eine ausführlichere Beschreibung dieser Leistungen mit weiteren Informationen (spezifische Leistungen, Budgets, Belegungsgrade usw.).

Das kantonale Dispositiv verfügt im Behandlungsbereich und im Bereich der Schadensminderung über soziale Leistungen der stationären und ambulanten Betreuung. Sodann umfasst es sowohl stationäre als auch ambulante medizinische Leistungen.

Die hauptsächlichen Leistungserbringer sind:

- > Die Stiftung Le Tremplin: Ihr Zweck besteht in der Betreuung jeglicher Person, die infolge von Drogenproblemen in Schwierigkeiten ist. Hauptsächlich geht es um die soziale und berufliche Wiedereingliederung. Die Stiftung hat mehrere Tätigkeitssektoren.
- > Die Stiftung Le Torry, ein auf Alkoholabhängigkeit spezialisiertes Behandlungszentrum.
- > Der Verein Le Radeau: Dieser führt ein Betreuungszentrum für jegliche Personen, die von einem Suchtverhalten betroffen sind, insbesondere vom Drogen-, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch.

- > Der Verein REPER: Sein Zweck besteht darin, zur Gesundheitsförderung beizutragen und alle nützlichen Massnahmen für die Prävention von Abhängigkeit und Risikosituationen zu entwickeln. Er wendet sich an ein breites Publikum, ist aber vorrangig bei jungen Menschen aktiv.
- > Die Suchtpräventionsstelle: Ihr Auftrag besteht darin, Projekte der Gesundheitsförderung und der Suchtprävention im deutschsprachigen Kantonsteil zu initiieren, zu unterstützen oder zu begleiten.
- > Das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit, mit:
 - > der Behandlungskette für Suchtstörungen; diese ist der auf Sucht spezialisierte öffentliche Dienst und besteht aus dem ambulanten Suchtbehandlungszentrum in Freiburg und Bulle (CTA) sowie der Station Thalassa des Spitalbehandlungszentrums Marsens;
 - > der Behandlungskette für das Jugendalter; diese hat den Auftrag, die 13- bis 18-jährige Bevölkerung des Kantons Freiburg ambulant und stationär psychiatrisch und psychotherapeutisch zu betreuen.
- > Das freiburger spital HFR bietet Leistungen des Entzugs und der Notfallversorgung an.
- > Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und die Apotheken.
- > Die Notschlafstelle «La Tuile» und das Tageszentrum «Banc public», das Heim Tannenhof.

Ausserdem werden alljährlich rund 20 Kostengutsprachen für Betreuungen ausserhalb des Kantons gesprochen.

4. Im Betreuungsbereich erfasste Bedürfnisse

In diesem Kapitel werden die Betreuungsbedürfnisse zusammengefasst, die im Rahmen des Koordinationsprojekts hervorgehoben wurden und als Grundlage für die Erarbeitung der Verbesserungsvorschläge dienen.

Das Kapitel gliedert sich in drei Teile:

- > Zusammenfassung des Berichts «La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg»²⁴, Universität Lausanne, Mai 2009. Dieser Bericht wurde im Auftrag der Direktion für Gesundheit und Soziales verfasst.
- > Zusammenfassung der Gedankengänge des Berichts «Behandlungszugang für Substanzkonsumenten: Literaturübersicht in Bezug auf die «niedrigschwellige» und «intermediäre» Betreuung von Personen, die von illegalen Drogen und Alkohol abhängig sind», FERARIHS, März 2009²⁵. Dieser Bericht wurde im Auftrag des Kantonsarztamtes verfasst (mitfinanziert durch Infodrog²⁶, Bern).
- > Zusammenfassung der «Anderen Bedürfnisse» (Informationen von Seiten der Mitglieder der Projektgruppe und der Projekt-Untergruppen, aus dem Pilotprojekt für Indikation (s. Kap. 5.2), aus den Diskussionen mit den Mitgliedern des spezialisierten und des nicht spezialisierten

²⁴ Dieser (nur in französischer Sprache erhältliche) Bericht kann von der folgenden Website herunter geladen werden: http://www.fr.ch/smc/fr/pub/drog_alco_tab_dependances.htm

²⁵ Dieser Bericht (deutsch und französisch) kann von der folgenden Website herunter geladen werden: http://www.fr.ch/smc/fr/pub/drog_alco_tab_dependances.htm

²⁶ Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Netzwerks, aus Berichten über verschiedene Projekte.

4.1. Zusammenfassung des Berichts «La quadrature du cube, Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg». Universität Lausanne, Mai 2009

In diesem Kapitel werden (fett gedruckt) die Vorschläge der Autoren dieser Studie, die entsprechenden Statements/Auswirkungen und die allfälligen Verbesserungsvorschläge zusammengefasst.

> Schaffung eines kantonalen Informationssystems, um quantitativ vollständigere, zuverlässigere und koordinierte Kenntnisse der Abhängigkeit zu gewinnen.

Feststellungen /Auswirkungen

- > Verstreutheit der Informationen und unzureichende Statistik-Koordination der Einrichtungen für abhängige Personen (inhaltlich nicht harmonisierte Fragebögen); Längsschnittanalysen der individuellen Wege sind nahezu unmöglich; Unsichtbarkeit eines Teils der abhängigen Bevölkerungsgruppen (keine systematische Erfassung in bestimmten Fällen oder Datenaggregation); mangelnde Kommunikation wegen ungenügenden materiellen Mitteln und Personalbeständen.
 - > Unmöglichkeit, das Dispositiv auf einer quantitativen Grundlage zu verbessern und anzupassen.
- > Sensibilisierung der potenziellen Akteure (ärztliche Grundversorger/innen, Schulärztinnen/-ärzte, Arbeitsärztinnen/-ärzte, Sozialarbeiter/innen und Erzieher/innen) auf die Wichtigkeit der Sekundärprävention und der Frühintervention sowie Verstärkung ihrer Kompetenzen (Akteure für junge und erwachsene Menschen).
Kompetenzenvernetzung zwischen den ambulanten Strukturen und den nicht spezialisierten Akteuren der Sekundärprävention.**

Feststellungen /Auswirkungen

- > Die Akteure, die für die Erkennung eines risikoreichen Konsumverhaltens an vorderster Front stehen (ärztliche Grundversorger/innen, Schulärzt/inn/en, Arbeitsärzt/inn/en, Sozialarbeiter/innen und Erzieher/innen) beherrschen die Techniken der Frühintervention und des Motivationsgesprächs in sehr ungleichem Ausmass.
- > Die Personen werden nicht früh genug erfasst und betreut.

Verbesserungsvorschläge der Autoren der Studie:

- > Ausbildung, Information, Rolle eines «Ressourcendispositivs» für das spezialisierte Netzwerk, Supervisionen, Interventionen usw.
- > MeDroTox ; «Freiburger Classeur MedRoTox »
- > Rond-Point
- > Suchtspezifische Liaison-Leistungen

- > **Schaffung von Strukturen (Plätzen usw.), die vom Erwachsenenangebot abgekoppelt sind, für die Betreuung Jugendlicher und junger Erwachsener.**

Feststellungen / Auswirkungen

- > Dieser Leistungstyp fehlt.
- > **Verbesserung der somatischen und sozialen Betreuung durch das «niedrigschwellige» Angebot²⁷. Einführung eines Angebots «niedrigschwelliger» Substitutionsbehandlungen.**

Feststellungen / Auswirkungen

- > Im «niedrigschwelligen» Dispositiv fehlt es an somatischen Grundversorgungsleistungen. Zuweilen sind Klientinnen und Klienten mit ernsthaften somatischen Problemen im HFR, im Gefängnis oder in der Station Thalassa anzutreffen.
- > Ein Teil der abhängigen Bevölkerung ist nicht in der Behandlungskette angemeldet.
- > Einige weniger stabilisierte und vermehrt randständige Patientinnen und Patienten des CTA werden in ihrer Substitutionsbehandlung von privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzten und von Apotheken weiter betreut.
- > Innerhalb der Betreuung durch die ambulanten Strukturen der Stiftung Le Tremplin Unausgewogenheit zwischen Fachpersonen, Praktikantinnen/Praktikanten (je nachdem zu Beginn, im Lauf oder am Ende ihrer Ausbildung) und «Zivilisten», was für die ersteren nachteilig ist.
- > Risiken in Verbindung mit dem Fehlen eines niedrigschwelligen Dispositivs: Zunahme der Anzahl Injektionen mit Infektions-, HIV-, Hepatitis-, Overdose-Risiken usw.; Schwarzmarkt, Delinquenz, Prostitution.

Verbesserungsvorschläge der Autoren der Studie:

- > Konsumraum
- > Heroingestützte Behandlungsprogramme
- > Multidisziplinäres Angebot der grundlegenden Gesundheitsversorgung: Verstärkung des CTA-Teams, Einführung eines ambulanten Angebots, das aus einem mobilen Team besteht (und dem CTA, dem Tremplin, dem HFR, Frisanté oder einer anderen Fachstelle angegliedert ist)

²⁷ Die so genannt «niedrigschwellige» Betreuung - Aufnahmezentren, Injektionsräume und Suchtarbeit extra muros - ist durch einen niederschweligen Zugang gekennzeichnet. Sie sucht den Kontakt mit der Zielbevölkerung zu halten und hat zum Ziel, durch Dienstleistungen für eine minimale Hygiene, Gesundheitsversorgung und Beratung den mit dem Substanzenkonsum verbundenen Schaden zu mindern, namentlich das Risikoverhalten abhängiger Personen zu verringern. Diese Angebote haben auch zum Zweck, die Ordnung aufrecht zu erhalten und weitere Public Health-Ziele zu befördern. Die «niederschweligen» Zentren erfordern nur sehr wenige administrative Formalitäten. Die niederschweligen Programme stehen jeder Einzelperson mit einem Suchtproblem offen, unabhängig von ihrer Bereitschaft, einen Entzug zu machen oder den Konsum zu verändern.

Die «niedrigschwellige » Betreuung zielt weniger auf die Behandlung an sich ab als auf die Schadensminderung im Zusammenhang mit dem Substanzenkonsum und die Wahrung des Kontakts mit den Zielgruppen. Der Begriff «Schadensminderung» bezieht sich auf Projekte, Programme und Politiken, deren Ziel darin besteht, die schädlichen Auswirkungen des Drogen- oder Alkoholkonsums auf medizinischer, sozialer und wirtschaftlicher Ebene zu vermindern, und zwar sowohl bei den Konsumenten psychoaktiver Substanzen als auch bei der Gemeinschaft, der sie angehören.

- > Zusammenarbeit mit den übrigen niedrighschwelligen Strukturen (La Tuile, Banc public). Diese sind zwecks Stärkung des Zugangs zu den gesundheitlichen und sozialen Konsultationen darauf zu sensibilisieren, worauf es in der Prävention und Schadensminderung ankommt.
- > Einführung eines «niedrighschwelligen» Substitutionsbehandlungsangebots: beim CTA oder in Ausweitung des sozialen Angebots des Sektors Schadensminderung mit Unterstützung eines Angebots suchtspezifischer Liaison-Leistungen
- > **Einführung eines – stationären, intermediären²⁸ und ambulanten - Betreuungsangebots, das sowohl quantitativ als auch qualitativ die grösstmögliche Transversalität der Behandlungswege gewährleisten kann (biologisch, psychologisch, sozial, pädagogisch). Sehr breites Spektrum, das von der Notwendigkeit des Schutzes durch eine fürsorgliche Freiheitsentziehung zur Betreuung eines Projekts der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung reicht und innerhalb dessen die Dauer der Betreuung kurz bis sehr lang sein kann. Das Betreuungsangebot muss auf die beiden Betreuungstypen «Krisenintervention/Betreuung im Anschluss an Krisen²⁹» und «Nachsorge³⁰» abgestimmt werden, da der Bedarf ein jeweils anderer ist.**

Feststellungen / Auswirkungen

- > Fehlen teilstationärer Strukturen und Polarisierung des Angebots zwischen den Paradigmen der Abstinenz einerseits und der Substitution andererseits sowie einseitige Ausrichtung des stationären Angebots auf «hochschwellig» (Zugangsbedingungen; Zielbevölkerung; Ziele; Betreuungsangebot; Aufenthaltsdauer), was den Bedarf der spezialisierten medizinischen Strukturen nach einer therapeutischen Weiterbetreuung psychologisch-sozial-pädagogischer Art nicht zufrieden stellt³¹.
- > Nicht indizierte Hospitalisationen in der Station Thalassa sowie zu grosse Anzahl nicht indizierter Aufenthaltsverlängerungen ohne jede medizinische Rechtfertigung.

Verbesserungsvorschläge der Autoren der Studie:

- > Einsetzung eines Dispositivs mit einer Kombination von ambulant, teilstationär und stationär.
- > Soziale Krisenbetreuung.
- > Betreuung in einer intermediären stationären Struktur des «niederschwelligen» Typs.
- > Geschützte Wohnungen.
- > Einführung eines adäquaten Beschäftigungsangebots.

²⁸ Dank der so genannt «intermediären» Angebote (zuweilen «teilstationäre Strukturen» genannt) wie Tageszentren, geschützte Wohnungen oder begleitetes Wohnen mit ihren unterschiedlich langen Betreuungs- oder Beherbergungsleistungen können abhängige Personen die Qualität ihres psychischen, physischen und sozialen Gesundheitszustands verbessern, Krisensituationen vermeiden sowie einen Bezugsrahmen erhalten oder schaffen und ein Lebensprojekt entwickeln.

²⁹ Der Krisenbegriff ist einer Kurzzeitbetreuung zuzuordnen, deren Ziel in der Bewältigung einer Risikophase und der Stabilisierung von Patientinnen und Patienten besteht. Deren Bedarf und die Ziele einer Betreuung im Anschluss an eine Krise unterscheiden sich je nachdem, ob von Fällen in Verbindung mit einem übermässigen Substanzenkonsum oder von einer psychiatrischen Krise (Verhaltensstörungen) die Rede ist.

³⁰ Oder « nach dem Entzug ».

³¹ Während der Arbeiten des Koordinationsprojekts wurde die Polarisierung Abstinenz-Substitution und die einseitige Ausrichtung auf «hochschwellig» vermindert.

- > Verstärkung der Zusammenarbeit unter spezialisierten ambulanten Strukturen und stationären Strukturen.
 - > Einführung eines an das stationäre Angebot angelehnten Liaison-Angebots, das im Bedarfsfall zum Zug kommen kann (suchtspezifische Liaison; psychiatrische Liaison usw.).
 - > Integration des medizinisch-psychiatrischen Bereichs in die therapeutischen Teams des stationären Angebots der sozialen Einrichtungen.
 - > Einführung eines Protokolls über die Zusammenarbeit unter den zuweisenden Diensten und dem stationären Angebot.
 - > Schaffung günstiger Voraussetzungen für die Intervention von Schlüsselakteuren wie den ärztlichen Grundversorgern und Apotheken (Schnittstellen, Unterstützung usw.).
- > **Verbesserung des Prozesses für Indikation und Case Management und Koordinierung der verschiedenen laufenden Arbeiten (FNPG, NFA usw.).**

Feststellungen / Auswirkungen

- > Heraushebung bestimmter Schwierigkeiten im Rahmen der Diskussion und der Ausarbeitung des Indikationssystems: Identifikation der betroffenen Akteure; bruchstückhafte Kenntnisse des Bedarfs auf der Ebene des einzusetzenden Gesamtangebots und seiner Organisation; Verstreutheit der eingeleiteten sektoriellen Schritte und Schwierigkeiten ihrer Synchronisation (Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG); Arbeitsgruppe für forensische Psychiatrie; Arbeitsgruppe NFA usw.); Umsetzung der Behandlungskette für Suchtstörungen (CTA, Thalassa) im Rahmen des FNPG; Versuchung, die Probleme der interinstitutionellen Governance durch bilaterale Verfahren zu regeln, die die Quintessenz des Indikationsprozesses vernachlässigen.
- > **Verbesserung der Problemerkennung, der Transversalität im Ausgang des Spitalaufenthalts und der Indikationsstellung für den Entzug im Spital für somatische Pflege.**

Feststellungen / Auswirkungen

- > Ein medizinisches Protokoll (Spitalaufenthalte – Notfallabteilung, Innere Medizin) sieht ein Verfahren vor, nach dem die Patientinnen und Patienten einer systematischen Diagnose in Bezug auf Alkoholabhängigkeit unterzogen werden sollten. Derzeit scheint es schwierig zu sein, diese Bestimmung wirklich umzusetzen.
 - > Die Indikation für die Beanspruchung eines somatischen Spitals bei körperlichen Entzügen müsste präzisiert werden. Es scheint, dass zu viele Betten auf somatischer Ebene für Entzüge ohne Risikoindikation belegt werden.
 - > Fehlende Transversalität im Ausgang des Spitalaufenthalts.
- > **Einführung und Fortsetzung von Substitutionsbehandlungen in den geschlossenen Anstalten**
Verbesserung der Schadensminderung in den geschlossenen Anstalten (Präservative, steriles Material)
Bei Inhaftierungen Verbesserung des Zugriffs auf die Daten im Zusammenhang mit

Substitutionsbehandlungen Verbesserung der psychiatrischen und der Krisenbetreuung

Feststellungen / Auswirkungen

- > Die Einleitung von Substitutionsbehandlungen ist in keiner der geschlossenen Anstalten zulässig (Zentralgefängnis, Bellechasse, Tannenhof). Im Tannenhof und im Zentralgefängnis können extern verschriebene Substitutionsbehandlungen fortgesetzt werden. Die Anstalten von Bellechasse verbieten jede Substitutionsbehandlung und zwingen den Inhaftierten einen Entzug auf.
- > Das medizinische Personal insbesondere im Zentralgefängnis kann sich Situationen gegenüber sehen, in denen der Zugang zur Information über die Methadonverschreibung nicht gewährleistet ist.
- > Auf der Ebene der Schadensminderung wird dem Konsum psychotroper Produkte in den geschlossenen Anstalten nicht genügend Rechnung getragen.
- > Das Angebot in Krisensituationen ist ungenügend.
- > Das Angebot an psychiatrischer Betreuung scheint sehr unzureichend zu sein.
- > Prävalenzzahlen: HIV 1.1 %, Hepatitis B (HBV) 28.8 %, Hepatitis C (HCV) 9.5 %³².
- > Der Konsum psychotroper Stoffe auf intravenösem Weg, der Sprizentausch sowie ungeschützter Geschlechtsverkehr stellen die hauptsächlichen Risikofaktoren dar.
- > Nahezu einer von fünf Inhaftierten konsumiert Suchtmittel im Gefängnis; ungeschützter Geschlechtsverkehr ist im Gefängnis nicht selten.

Verbesserungsvorschläge der Autoren der Studie:

- > Aufnahme der geschlossenen Anstalten in das Dispositiv der Betreuung Suchtkranker.
- > Forensische Psychiatrie.

4.2. Zusammenfassung der Gedankengänge des Berichts «Behandlungszugang für Substanzkonsumenten: Literaturübersicht in Bezug auf die «niedrigschwellige» und «intermediäre» Betreuung von Personen, die von illegalen Drogen und Alkohol abhängig sind», FERARIHS, März 2009

Dieser Abschnitt enthält die Vorschläge der Autoren der Studie sowie eine zusammengefasste Erläuterung des jeweiligen Vorschlags.

- > Bedarfsvalidierung auf quantitativer Ebene.

Bessere Nutzung der bestehenden Statistikdaten über den Substanzgebrauch im Kanton Freiburg.

- > Erfassung der Bedürfnisse der Konsumentinnen und Konsumenten von Substanzen und ihrer Familien

Derzeit verfügen wir über nur wenige Informationen darüber, wie die Klientinnen und Klienten die

³² Nach einer vom Schweizerischen Nationalfonds für wissenschaftliche Forschung finanzierten Studie über die Epidemiologie von Infektionskrankheiten in den Gefängnissen des Kantons Waadt (2002-2004).

verschiedenen im Kanton angebotenen Dienstleistungen einschätzen. Auch fehlen uns Angaben über die Anzahl Personen, die verglichen mit der Gesamtzahl der in Frage kommenden Personen mit den Dienstleistungen in Kontakt kommen.

> Bestimmung der Betreuungsziele für den Kanton.

Zweckmässig wäre die Erarbeitung der Ziele für den Kanton in einem Prozess, der ein Maximum an Akteuren einbezieht, um einen politisch tragbaren Konsens zu erreichen.

> Koordination der Betreuung.

Die Betreuung der Konsumentinnen und Konsumenten von Substanzen erfordert häufig die Intervention mehrerer Einrichtungen und verschiedener Akteure. Um diese Betreuung zu optimieren, ist eine Koordination wünschenswert.

> Erforschung der Möglichkeiten des Disease Managements.

Das «Disease Management» besteht darin, zum Zweck eines optimalen Krankheitsmanagements die Sichtweisen der verschiedenen Akteure zusammenzustellen, zu synthetisieren und zu koordinieren. Es ermöglicht auch eine bessere Weiterleitung der Substanzkonsumentinnen und -konsumenten bei ihrem Eintritt in das Versorgungssystem und eine Minimierung des Schadens durch vorausschauendes Handeln.

> Flexibilisierung des Angebots durch vermehrte Polyvalenz und Vernetzung der Dienste.

Den neuen Problemen gegenüber scheint es nötig zu sein, die Angebote zu entwickeln oder auszuweiten, damit sie sich den verschiedenen Profilen der Substanzkonsumentinnen und -konsumenten sowie den neuen Formen des Konsums psychoaktiver Substanzen anpassen können. Intermediäre Strukturen wie Hausbesuche, eine Begleitung der Fälle oder auch eine Diversifizierung der Behandlungsangebote würden die Anpassung an die laufend sich ändernde Situation erlauben.

> Stimulierung der gezielten Prävention.

> Konsumentinnen und Konsumenten mit geringem Risiko: Förderung der Früherkennung.

Während Personen mit abhängigem Konsum und problematischem Konsum leicht diagnostiziert werden, erweist sich dies für Konsumentinnen und Konsumenten mit geringem Risiko als schwieriger. Es wäre angebracht, wirksamere Früherkennungsinstrumente für die allgemeine und die junge Bevölkerung zu entwickeln.

> Allgemeinbevölkerung: Sensibilisierung des ganzen Netzes.

Es wäre angebracht, alle Berufspersonen des medizinischen, psychologischen und sozialen Umfelds, - einschliesslich jener, die nicht im Suchtbereich tätig sind – auf die systematische Früherkennung bei Verdacht auf Risikokonsum zu sensibilisieren. Auf diese Weise könnte ein eventuelles oder wirklich bestehendes Substanzkonsumproblem so früh wie möglich erkannt, könnte interveniert und die Person schnellstmöglich an den ihrem Bedarf am besten entsprechenden Dienst weitergeleitet werden, damit sie einen selbstkompetenten Umgang mit der Substanz entwickelt. Dies würde auch einen regelmässigen Kontakt mit der Polizei bedingen.

> Junge Konsumentinnen und Konsumenten: Behebung von Mängeln.

Für junge Leute und insbesondere junge Männer bestehen nur sehr wenige Angebote, die ihren Bedürfnissen und Konsummustern entsprechen. Die vermehrte Organisation von Interventionen im Bereich Nightlife wäre zu begrüssen.

> Junge Konsumentinnen und Konsumenten: Intensivierung der gassennahen Arbeit.

> Frauen: Konzipierung spezifischer Angebote.

In bestimmten Strukturen wie etwa den niederschweligen sind die Frauen noch sehr schwach vertreten. Mit Evaluationsstudien konnte die Wirksamkeit von speziell auf sie zugeschnittenen Betreuungen aufgezeigt werden. Daher sollten es vermehrt Öffnungszeiten und Räume geben, die vermehrt für Frauen konzipiert sind.

> Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten: Diversifizierung des Angebots.

Die Betreuung von Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten scheint ebenfalls der Vielfalt zu entbehren. Die Entwicklung neuer Programme, die den verschiedenen Konsumententypen besser gerecht werden, scheint nötig zu sein. Le Torry hat übrigens ein Pilotprojekt für den kontrollierten Alkoholkonsum eingeführt.

> Alternde Bevölkerung abhängig Konsumierender: Erhöhung der Anzahl niederschwelliger Strukturen.

Für die alternde Population Substanzkonsumierender - häufig sind dies die randständigsten abhängigen Konsumentinnen und Konsumenten - sollten Strukturen geschaffen werden, die sich schon im Bereich der Schadensminderung bewährt haben, wie ein Injektionsraum oder neue Strassensozialarbeiterteams oder mobile Pflgeteams. Auch scheint es nötig zu sein, neue niederschwellige und intermediäre Strukturen einzusetzen, dank derer der Kontakt zu dieser Bevölkerungsgruppe gewahrt bleiben kann (auch wenn dies selten evaluiert worden ist).

> Intravenös Konsumierende: Vermehrter Zugang zu sterilen Spritzen.

Die Spritzenabgabe scheint allgemein zu bestimmten Zeiten nicht gewährleistet zu sein. Man könnte auch weitere Spritzenautomaten installieren wie zum Beispiel in Bulle oder Murten, um die Möglichkeit, sich abends und nachts Spritzen zu verschaffen, zu erweitern.

> Randständige abhängig Konsumierende: Einführung eines heroingestützten Behandlungsprogramms.

Denkbar wäre die Einführung eines heroingestützten Behandlungsprogramms im Kanton Freiburg, damit den randständigsten Konsumentinnen und Konsumenten, bei denen methadongestützte oder andere Substitutionsbehandlungen oder entzugsorientierte Behandlungen gescheitert sind, ebenfalls eine Betreuung zugute kommt.

> Die den Pflegediensten unbekanntes Bevölkerung: Entwicklung neuer Strategien.

Derzeit scheint die Entwicklung einer Strategie nötig zu sein, um Schüler/innen, Lernende, junge

Berufsleute und Studierende, die Cannabis und Alkohol konsumieren und häufig schulische oder berufliche Schwierigkeiten haben, zu erreichen. Auch für die Erreichung der Kokain konsumierenden Population müssten Anstrengungen erfolgen.

4.3. Andere Bedürfnisse

In diesem Abschnitt werden die hauptsächlichen Betreuungsbedürfnisse dargestellt, die auf anderem Weg als über die oben zusammengefassten Berichte zusammengestellt wurden.

Es handelt sich hauptsächlich um Informationen von Seiten der Mitglieder der Projektgruppe und der Projekt-Untergruppen, des Pilotprojekts für Indikation sowie um solche, die aus den Diskussionen mit den Mitgliedern der (spezialisierten und nicht spezialisierten) Netzwerke und aus Berichten über verschiedene Projekte gewonnen wurden.

Einige dieser Bedürfnisse wurden schon in den oben zusammengefassten Berichten aufgeführt. Dies erklärt sich daraus, dass mehrere in die Ausarbeitung der Berichte einbezogene Personen auch der Projektgruppe angehören, aber auch daraus, dass diese Bedürfnisse bei den Netzwerken ein echtes Echo finden.

Es handelt sich um die folgenden Bedürfnisse:

- > Verbleib/Begleitung zu Hause für jede Zielgruppe (in Konsumphase oder nicht) (Quelle: Konferenz der Friedensrichter; Projekt der Begleitung zu Hause (alternde und andere Personen), Tremplin und Office familial, 2003 (25-35 Klient/inn/en des Tremplin)).
- > Medizinisch-psychiatrische Station für suchtkranke Personen, die somatische und psychiatrische Pflegeleistungen brauchen. 5 Betten für Akutpflege, 5 Betten für Rehabilitation. Von Internisten und Suchtspezialisten geführte Station (Quelle: Projektgruppe).
- > Struktur für sichere Injektion, Projekt. Tremplin, 2002.
- > Stationäres Betreuungsangebot für Suchtkranke im chronischen Stadium, ohne Therapie- oder Abstinenzprojekt, freiwillig, mit Konsum von Alkohol und/oder illegalen Drogen (Quelle: Projekt für stationäre palliative Begleitung L'Abri; Motion Roche/Bulliard; Konferenz der Friedensrichter; La Tuile).
- > «Niedrigschwellige» stationäre Leistungen für Personen (jeglichen Alters), die nicht zu Hause bleiben können und für die sich der Rahmen der derzeitigen Einrichtungen nicht eignet (Quelle: Konferenz der Friedensrichter).
- > Sehr langfristige stationäre Betreuungsstruktur ohne Konsumerlaubnis für Abhängige, für die die von den verschiedenen spezialisierten Einrichtungen angebotenen Programme nachweislich ungeeignet sind und die vorläufig oder endgültig nicht in der Lage sind, sich wieder in den sozio-ökonomischen Kreislauf zu integrieren (Quelle: Projektgruppe).
- > Stationäres Betreuungsangebot für Mütter, Väter oder Paare zusammen mit ihren Kindern (Quelle: Projektgruppe).

- > Sensibilisierung der Strukturen für psychisch behinderte Personen auf die Betreuung Suchtkranker (Quelle: Projektgruppe).
- > Stationäres Betreuungsangebot für vor allem alkoholabhängige Personen von über 65 Jahren (Quelle: Pilotprojekt für Indikation).
- > Zugänglichkeit des stationären Angebots für Personen ohne gültige Papiere (Quelle: Projektgruppe).

5. Ergebnisse und Vorschläge

Dieses Kapitel beschreibt die Ergebnisse der Arbeiten des Koordinationsprojekts und die Entscheide des Staatsrats über das weitere Vorgehen in den folgenden vier Tätigkeitsbereichen des Projekts:

- > Leistungen³³,
- > Indikation und Case Management³⁴,
- > Organisation der Stiftung Le Tremplin, der Stiftung Le Torry und des Vereins Le Radeau³⁵,
- > Koordinations- und Steuerungsstruktur³⁶.

5.1. Leistungen

Dieses Kapitel stellt das gewählte Vorgehen und die Vorschläge für die Verbesserung des spezialisierten Dispositivs vor.

Zunächst wurde aufgrund der Kenntnisse der Projektgruppenmitglieder, der Bedarfsanalyse und der Literatur ein «theoretisches» Betreuungsdispositiv ausgearbeitet.

In der Folge wurde dieses «theoretische» Dispositiv mit der heutigen Situation im Kanton verglichen.

Dies ermöglichte es in einem dritten Schritt, Vorschläge für die Verbesserung des Betreuungsdispositivs zu machen, sie zu untermauern und dem Staatsrat zum Entscheid zu unterbreiten.

³³ Dieser Bereich steht in Verbindung mit dem Ziel 1 des Projekts «Es gibt einen Katalog der Betreuungsleistungen (Erwachsene und Jugendliche) sowie eine konkrete Planung seiner Umsetzung».

³⁴ Dieser Bereich steht in Verbindung mit dem Ziel 2.1 des Projekts 2.1 «Ein Indikationsprozess ist getestet, validiert und in Kraft gesetzt».

³⁵ Dieser Bereich steht in Verbindung mit dem Ziel 2.2 des Projekts «Die Organisation (Leistungen, Formen der Zusammenarbeit, Strukturen usw.) der Stiftung Le Torry, der Stiftung Le Tremplin und des Vereins Le Radeau ist analysiert und gegebenenfalls angepasst und eingebettet».

³⁶ Dieser Bereich steht in Verbindung mit dem Ziel 2.3 des Projekts «Es besteht eine gemeinsame formalisierte und eingesetzte Struktur der Koordination und Steuerung des Dispositivs, die als solche identifizierbar ist».

5.1.1. Spezialisiertes «theoretisches» Dispositiv und Vergleich mit dem bestehenden System

5.1.1.1. Einführung

Das spezialisierte «theoretische» Dispositiv entspricht demjenigen, das im Kanton bestehen müsste, um eine optimale Betreuung Suchtkranker, die den festgestellten Bedürfnissen bestmöglich gerecht wird, zu gewährleisten.

Das Grundparadigma für das erwünschte Betreuungsdispositiv ist dasjenige des Würfelmodells; dieses beruht auf einem biologischen, psychologischen und sozialen Bezugssystem, wonach Sucht als Ergebnis der Wechselwirkung folgender Faktoren definiert wird: somatische, psychologische und soziale Faktoren.

Unter dieser Voraussetzung wird die Berücksichtigung der umfassenden Dimension der Sucht einen kombinierten und multidimensionalen Ansatz medizinischer, psychologischer und sozialpädagogischer Art bedingen.

Die integrative Perspektive des biologisch-psychologisch-sozialpädagogischen Ansatzes bestimmt die Betreuungsstrukturen, die auf der Verknüpfung verschiedener Zuständigkeitsfelder innerhalb einer Vielfalt von Strukturen und spezialisierten sowie nicht spezialisierten Akteuren beruhen. Die verschiedenen Akteure des Dispositivs sind also gefordert, ihre Leistungen zu vernetzen.

Auf diese Weise wird die Betreuung «integriert» und nicht «parallel» oder «sequentiell» angeboten (Konzept I-BPS) und basiert das Dispositiv auf dem Vorrang der Komplementarität vor der Wettbewerbsfähigkeit, der Zusammenarbeit vor der blossen Leistungsstärke.

Auf Personen bezogen stützt sich das Dispositiv auf die folgenden Werte und Standpunkte:

1. Achtung vor der Person und ihren Entscheiden entsprechend ihren Möglichkeiten, (einschliesslich der Verantwortung für ihr Suchtverhalten),
2. Berücksichtigung der Person in ihrer Gesamtheit,
3. Überzeugung, dass die Sucht, auch wenn sie eine chronische und wiederkehrende Krankheit ist, in ihrem Verlauf unvorhersehbar ist und sich daher der Allgemeinzustand der betroffenen Person jederzeit zum Guten oder zum Schlechten hin weiterentwickeln kann.

Die Behandlung will bei den betroffenen Personen die Suche nach Alternativen, die Fähigkeit zu autonomen Entscheiden, die Entwicklung sozialer Kompetenzen sowie das Erlernen eines Risikomanagements fördern.

Die eingesetzten Behandlungen können entweder die Abstinenz fördern oder aktiv Projekte der Gesundheitshilfe oder Schadensminderung unterstützen.

5.1.1.2. Das «theoretische» Dispositiv für Erwachsene

a) Gesamtheit der Leistungen und ihre Definition

Das «theoretische» Dispositiv für Erwachsene müsste aus den folgenden Leistungen bestehen:

- > Ambulante medizinische und soziale Leistungen
- > Suchtspezifische Konsultation-Liaison-Leistungen
- > Stationäre medizinische Leistungen
 - > psychiatrische
 - > somatische
 - > gemischte (somatisch und psychiatrisch)
- > Leistungen der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung
 - > stationäre Struktur
 - > Wiedereingliederungswerkstätten
 - > geschützte Wohnungen
- > Stationäre Krisenleistungen
 - > von einer sozialen Situation ausgelöste Krise
 - > von einer gerichtsmedizinischen Situation ausgelöste Krise
 - > Notunterkunft
- > Leistungen des Typs «Lebenswelt»
 - > Lebenswelt «Abstinenz»
 - > Tageszentrum «Abstinenz»
- > Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung (Wohnort, Arbeitsplatz, Gaststätten)
- > Leistungen für konsumierende Personen – Schadensminderung / Überlebenshilfe
 - > Tageszentrum
 - > Beschäftigungswerkstätte
 - > «Sozial-Bistro»
 - > «niedrigschwellige» Lebenswelt

Diese Leistungen werden wie folgt definiert:

- > **Die ambulanten medizinischen und sozialen Leistungen** bestehen in herkömmlichen ambulanten Sprechstunden; diese ermöglichen es, zu beraten, ambulante Pflegeleistungen, Therapien und eine professionelle Begleitung anzubieten, bei der die bestmögliche Integration der Einzelperson in ihr gewohntes Lebensfeld angestrebt wird. Die abhängigen Personen, die zu diesen Angeboten Zugang haben, werden zum Grossteil stabilisiert.
- > **Suchtspezifische Liaison-Leistungen** bestehen in ambulanten Leistungen, die ausserhalb des institutionellen Rahmens des Leistungserbringers erteilt werden. Allgemein handelt es sich um Leistungen anderer Erbringer wie etwa stationärer oder intermediärer Einrichtungen (für soziale und berufliche Wiedereingliederung, Lebenswelt, Krisenbewältigung). Es handelt sich darum, die übrigen Leistungserbringer mit Leistungen zu unterstützen, über die sie selber nicht verfügen, die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen und die Betreuungsteams zu unterstützen.
- > **Die stationären medizinischen Leistungen** beinhalten eine Betreuung rund um die Uhr. Die abhängigen Personen halten sich dort freiwillig oder unfreiwillig unterschiedlich lange, aber für eine bestimmte Zeit auf, manchmal in einer Krisensituation oder infolge einer gerichtlichen

Massnahme. Die Hauptziele der Betreuung sind der Entzug, der Teilentzug, die Behandlung der Komorbidität und der Erwerb einer vermehrten Autonomie der abhängigen Personen. Je nach dem Profil der Patientinnen und Patienten handelt es sich um eine der drei Leistungsarten: psychiatrische, somatische oder gemischte (für Personen, die gleichzeitig eine somatische und psychiatrische Betreuung benötigen).

- > **Die Leistungen der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung** bilden das herkömmliche System der sozialen Betreuung abhängiger Personen. Dieses zielt über seine verschiedenen Strukturen auf die soziale und berufliche Wiedereingliederung der Klientinnen und Klienten hin, indem es verschiedene Betreuungsstufen entsprechend ihren Profilen anbietet. Die Dauer der Betreuung variiert von mittel- bis langfristig und beruht auf der Abstinenz von Produkten oder nicht verordneten Medikamenten. Geschützte Wohnungen können als Übergang vom stationären Aufenthalt zur Autonomie oder Begleitung zu Hause dienen.
- > **Die stationären Krisenleistungen** sind für Personen bestimmt, die eine stationäre Betreuung brauchen, um eine Situation zu bewältigen, die sich ohne Intervention verschlimmern und das bisher Erreichte in Frage stellen kann. Sie beinhalten keine spezifischen Betreuungsziele. Die Leistungen bei durch eine soziale Situation ausgelösten Krisen können sich über mehrere Tage bis einige Monate erstrecken und richten sich zum Beispiel an Personen, die das Spital verlassen, aber noch einer stationären Betreuung bedürfen. Sie ermöglichen es, eine Bilanz zu ziehen («Denkpause») und zu überlegen, welche Art der Betreuung in der Folge angebracht ist. Sie sind auch für ambulant oder zu Hause begleitete Personen bestimmt, die einer Zeit der Stabilisierung und Überlegung bedürfen, für die aber eine Spitaleinweisung oder stationäre Betreuung zur sozialen und beruflichen Eingliederung nicht angezeigt sind. Die gerichtsmedizinischen Leistungen sind für Personen bestimmt, die sich selber und andere gefährden.
- > **Die Leistungen des Typs «Lebenswelt Abstinenz»** sind für Personen bestimmt, für die eine stationäre Betreuung zur sozialen und beruflichen Eingliederung nicht geeignet ist und die weder allein leben noch zu Hause betreut werden können. Es handelt sich um eine sehr lange bis lebenslange stationäre Betreuung. Diese Leistung gilt Personen mit dem Wunsch nach einer Betreuung, die sich auf die Abstinenz von nicht verschriebenen Produkten oder Medikamenten stützt und einen kontrollierten Alkoholkonsum erlaubt.
- > **Das «Tageszentrum Abstinenz»** ist für Personen gedacht, die (mit oder ohne Begleitungsleistung) zu Hause oder in einer anderen Lebenswelt leben und tagsüber eine Beschäftigung brauchen (aber nicht unbedingt in einer Werkstätte arbeiten können) - dies in einem Kontext der Abstinenz von jeglichen nicht verschriebenen Produkten oder Medikamenten, einschliesslich Alkohol. Ein solches Tageszentrum kann auch für die Betreuung nach einem Spitalaufenthalt angezeigt sein. Es bietet der Person eine Begleitung und Unterstützung, während sie gleichzeitig ihre Lebenswelt zu bewältigen hat. Die vom Tageszentrum erbrachten Leistungen sind sozialmedizinischer Art.
- > **Die sozialmedizinischen Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung** (französisch «prestations médico-sociales conceptualisées de suivi de proximité», in der Literatur vielfach auch «aufsuchende» Betreuung genannt; Anmerkung der Übersetzerin) richten sich transversal an verschiedene Zielgruppen und bezwecken die Förderung des Verbleibs zu Hause, die Basis-Gesundheitsversorgung und die soziale Intervention im gewohnten Umfeld der Person (Zuhause, Arbeitsplatz, öffentlicher Raum usw.). Sie können zum Beispiel nach einem stationären (medizinischen oder sozialen) Aufenthalt, nach einer Krisenzeit, für eine langfristige Betreuung zum Zug kommen. Sie wenden sich auch an Personen in der Konsumphase.

Allgemein ermöglichen die «intermediären» oder «teilstationären» Strukturen wie Tageszentren, geschützte Wohnungen oder Formen des begleiteten Wohnens durch ihre unterschiedlich langen Betreuungs- und Beherbergungsleistungen den Suchtkranken eine Verbesserung ihrer psychischen, physischen und sozialen Gesundheit. Sie ermöglichen ihnen, Krisensituationen zu vermeiden, einen Bezugsrahmen zu erhalten oder zu schaffen und ein Lebensprojekt zu entwickeln. Dank dieser Leistungen kann auch die Zahl der Spitaltage verringert werden.

- > **Die Leistungen für Personen in der Konsumphase – Schadensminderung / Überlebenshilfe**, die sich häufig an randständige Personen richten, zeichnen sich dadurch aus, dass der Zugang zu ihnen niederschwellig ist. Das Ziel besteht in der Wahrung des Kontakts mit der Zielbevölkerung und der Minderung des mit dem Substanzkonsum verbundenen Schadens, namentlich des Risikoverhaltens. Zu diesem Zweck beinhalten sie Dienstleistungen für ein Mindestmass an Hygiene, Pflege und Beratung. Diese Angebote haben auch den Zweck, die Ordnung aufrecht zu erhalten und weitere Public Health-Ziele zu fördern.
- > **Das Tageszentrum** zielt auf die Überlebenshilfe an randständige Personen und namentlich Konsumentinnen und Konsumenten psychoaktiver Substanzen sowie auf die Schadensprävention bzw. Schadensminderung und die Rehabilitation ab. Die angebotenen Leistungen bestehen in der Abgabe von Mahlzeiten und Bekleidung, im Zugang zu Duschen und Waschküchen, in der Unterbringung, der gesundheitlichen Grundversorgung (an Ort und Stelle, aber auch im Milieu und in anderen niedrigschwelligen Betreuungsstrukturen), der HIV- und Hepatitis-Prävention, der Information oder auch der Spritzenabgabe. Das Tageszentrum sucht auch einen Gesundheitsversorgungsbedarf festzustellen oder abzuklären, die betreffende Person in Kontakt mit dem Gesundheitsversorgungssystem zu bringen und eine anderweitig bestehende Betreuung zu ergänzen.
- > **Die Beschäftigungswerkstätte** ergänzt das Tageszentrum durch ein in den Werkstätten organisiertes Beschäftigungsangebot.
- > **Das «Sozial-Bistro»** wendet sich hauptsächlich an eher randständige Alkoholabhängige in einer Konsumphase, die von den Gaststätten abgewiesen werden und daher auf der Strasse oder anderswo Alkohol konsumieren. Der Konsum illegaler Drogen ist im Sozial-Bistro nicht erlaubt. Das Sozial-Bistro zielt auch auf die Aufrechterhaltung der sozialen Bindung, die Schadensminderung, die Prävention, die Information sowie den Kontakt zum Gesundheitsversorgungssystem ab.
- > **Die «niedrigschwellige» Lebenswelt** ist für chronisch Suchtkranke (Alkohol und/oder illegale Drogen) gedacht, die keinen Abstinenzplan ins Auge fassen wollen oder können, nicht selbständig zu Hause oder durch eine andere Struktur begleitet leben können und die eine stationäre Lebenswelt für unbestimmte Dauer benötigen. Die «niedrigschwellige» Lebenswelt bietet eine auf die Überlebenshilfe und Schadensminderung zentrierte sozialmedizinische Begleitung. Sie zielt auf die Stabilisierung der Situation der Klientin oder des Klienten, die Aufrechterhaltung oder Entwicklung sozialer Bindungen und somit auf die Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung ab.

b) Nicht bestehende Leistungen

Die folgende Tabelle zeigt die bestehenden Leistungen für Erwachsene und hebt diejenigen hervor, die gemessen am «theoretischen» Dispositiv fehlen (nicht bestehende Leistungen).

Bestehende Leistungen	Nicht bestehende Leistungen
<p>Ambulante medizinische Leistungen: FNPG, Behandlungskette für Suchtstörungen (CTA Freiburg und Bulle)</p> <p>Ambulante soziale Leistungen: Stiftung Le Tremplin, Sozialdienst; Stiftung Le Torry, alcochoix</p>	<p>Suchtspezifische Liaison-Leistungen</p>
<p>Stationäre medizinische Leistungen:</p> <p>Psychiatrisch : FNPG, Spitalbehandlungszentrum Marsens</p> <p>Somatisch: HFR, Innere Medizin</p> <p>Leistungen der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung:</p> <p>Stationäre Struktur und Eingliederungswerkstätten:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Stiftung Le Torry (Alkohol) > Verein Le Radeau (illegale Drogen) > Stiftung Le Tremplin – Foyer Horizon (illegale Drogen) <p>Geschützte Wohnungen: Stiftung Le Tremplin – Foyer Horizon, Wohnungen</p> <p>Stationäre Krisenleistungen:</p> <p>Krise gerichtsmedizinischer Art: FNPG - Thalassa</p> <p>Notunterkunft: Verein La Tuile</p> <p>Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung (zu Hause, Arbeitsplatz, Strasse, Gaststätten usw.):</p> <ul style="list-style-type: none"> > medizinisch: psydom (zu Hause), Krankenpflege/Pflege zu Hause > sozial: Leistungen von REPER im Milieu 	<p>Stationäre medizinische Leistungen:</p> <p>gemischt (somatisch und psychiatrisch)</p> <p>Stationäre Krisenleistungen:</p> <p>Durch eine soziale Situation ausgelöste Krise</p> <p>Leistungen vom Typ «Lebenswelt»:</p> <p>Lebenswelt «Abstinenz»</p> <p>Tageszentrum «Abstinenz»</p> <p>Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung (zu Hause, Arbeitsplatz, Strasse, Gaststätten usw.):</p> <p>Konzipierte sozialmedizinische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> > medizinisch: Betreuung im Milieu, > sozial: zu Hause

(Jugendliche und junge Erwachsene)	
Tageszentrum: Stiftung – Zentrum Au Seuil Beschäftigungswerkstätte: Stiftung Le Tremplin – Werkstätten von Freiburg	Tageszentrum: somatische Gesundheitsversorgung an Ort und Stelle und mobil Sozial-Bistro «niedrigschwellige» Lebenswelt

5.1.1.3. Das «theoretische» Dispositiv für Jugendliche

a) Gesamtheit der Leistungen

Das «theoretische» Dispositiv für Jugendliche müsste aus den folgenden Leistungen bestehen:

- > Ambulante medizinische und soziale Leistungen
- > Suchtspezifische Liaison-Leistungen
- > Stationäre medizinische Leistungen
 - > psychiatrische
 - > somatische
- > Leistungen der sozialen und beruflichen Eingliederung
 - > Stationäre Struktur
 - > Eingliederungs-/Ausbildungswerkstätten
- > Stationäre Krisenleistungen
 - > durch eine soziale Situation ausgelöste Krise
 - > Krise gerichtsmedizinischer Art
 - > Notunterkunft
- > Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung (zu Hause, Arbeitsplatz, Strasse, Gaststätten usw.)

Die Leistungen werden analog zu denjenigen für Erwachsene definiert (s. Kapitel 5.1.1.2).

Allgemein muss für die Leistungen der Betreuung Jugendlicher auch das Ausbildungsumfeld (obligatorische, höhere und Berufsschulen usw.) berücksichtigt werden.

b) Nicht bestehende Leistungen

Die folgende Tabelle zeigt die im Kanton bestehenden Leistungen und hebt diejenigen hervor, die gemessen am «theoretischen» Dispositiv fehlen (nicht bestehende Leistungen).

Bestehende Leistungen	Nicht bestehende Leistungen
Ambulante medizinische Leistungen: FNPG, Behandlungskette für das Jugendalter Ambulante soziale Leistungen: REPER,	

<p>Jugendamt</p> <p>Liaison-Leistungen: FNPG, Behandlungskette für das Jugendalter, Behandlungskette für Suchtstörungen, Behandlungskette für Krisenintervention und Konsultation-Liaison</p>	
<p>Stationäre medizinische Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Psychiatrisch: FNPG, Spitalbehandlungszentrum Marsens > Somatisch: HFR, Pädiatrie und Notfallversorgung <p>Stationäre Krisenleistungen:</p> <p>Durch eine soziale Situation ausgelöste Krise: Transit</p> <p>Psychiatrisch bedingte Krise: FNPG, Spitalbehandlungszentrum Marsens</p> <p>Gerichtsmedizinisch bedingte Krise: FNPG, Spitalbehandlungszentrum Marsens</p> <p>Notunterkunft: La Tuile</p> <p>Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung (zu Hause, Arbeitsplatz, Strasse, Gaststätten usw.)</p> <ul style="list-style-type: none"> > soziale: REPER, JA > medizinische: Einheit PsyMobile des Sektors 1 des FNPG 	<p>Leistungen der sozialen und beruflichen Eingliederung:</p> <p>Stationäre Struktur³⁷</p> <p>Eingliederungs-/Ausbildungswerkstätten</p>

5.1.2. Verbesserungsvorschläge

Die vom Staatsrat berücksichtigten und in diesem Kapitel aufgeführten Vorschläge für die Betreuungsleistungen stützen sich auf die nicht vorhandenen Leistungen, wie sie aus dem Vergleich zwischen dem « theoretischen» Dispositiv und dem heutigen System hervorgehen, und die im 4. Kapitel zusammengefassten Feststellungen und Bedürfnisse.

³⁷ In bestimmten Fällen sind Platzierungen ausserhalb des Kantons möglich.

5.1.2.1. Erwachsene

Mit einer Analyse zwecks Beurteilung des Notwendigkeitsgrads der Einführung nicht bestehender Leistungen konnten die Leistungen herausgeschält werden, die als «unverzichtbar» und als «nötig» erachtet werden. Die Ergebnisse dieser Analyse werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

Beurteilung der Notwendigkeit der Einführung von derzeit nicht vorhandenen Leistungen für Erwachsene:

Nicht bestehende Leistungen	Unverzichtbar	Nötig
Suchtspezifische Liaison-Leistungen		X
Gemischte stationäre Leistungen (somatisch und psychiatrisch)	X	
Stationäre Leistungen für Krisen, die durch eine soziale Situation ausgelöst werden	X	
Lebenswelt «Abstinenz»		X
Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung (Wohnort, Arbeitsplatz, Strasse, Gaststätten usw.)	X	
Tageszentrum (Konsumphase) mit somatischer Gesundheitsversorgung	X	
«Sozialbistro»		X
«niedrigschwellige» Lebenswelt	X	
Tageszentrum «Abstinenz »		X

Die als «unverzichtbar» erachteten Leistungen sind:

- | |
|---|
| <p>U1. Gemischte stationäre medizinische Leistungen (somatisch und psychiatrisch)</p> <p>U2. Stationäre Leistungen für Krisen, die durch eine soziale Situation ausgelöst werden</p> <p>U3. Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung</p> |
|---|

U4. Tageszentrum mit somatischer Gesundheitsversorgung

U5. «Niedrigschwellige» Lebenswelt

Diese Leistungen müssen zusätzlich zum bestehenden Angebot eingeführt werden.

Als unverzichtbar gelten sie aus den folgenden Gründen:

- > Sie schliessen eine Lücke in der Kontinuität der Betreuung.
- > Sie ermöglichen die Sicherstellung einer effizienteren Betreuung, so dass von den derzeit betreuten Personen eine geringere Anzahl «durch die Maschen des Systems rutscht».
- > Sie verbessern den Zugang zu den Leistungen des Netzwerks für Suchtprobleme.

Aus wirtschaftlicher Sicht ermöglicht die Aufstellung dieser Leistungen eine Verminderung der suchtbedingten sozialen Kosten (s. Kapitel 2.6).

Die als «nötig» erachteten Leistungen zur Verbesserung des Betreuungssystems sind:

Leistungen	Argumente
N1. Suchtspezifische Liaison-Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> > Verbesserung der frühzeitigen Intervention bei Suchteinsteigern durch die Unterstützung nicht spezialisierter Einrichtungen > Kontinuität der Betreuung > Möglichkeit des Verbleibs der Personen in den nicht spezialisierten Strukturen
N2. «Sozial-Bistro»	<ul style="list-style-type: none"> > Verbesserung des Gesundheitszustands der randständigen alkoholabhängigen Population > Verringerung des Konsums in der Öffentlichkeit > Verbesserung der sozialen Integration der Klientinnen und Klienten > Erreichung eines Teils der Population alternder Abhängiger > Zugang zur Gesundheitsversorgung
N3. Lebenswelt «Abstinenz»	<ul style="list-style-type: none"> > Verringerung der unangemessenen «Wiedereingliederungs-»betreuungen > Verringerung der aus ärztlicher Sicht nicht angezeigten somatischen und psychiatrischen Spitalaufenthalte > Verringerung der ausserkantonalen Platzierungen und Verbleib der Klientinnen und Klienten im Freiburger Netzwerk, was eine bessere Kohärenz und Flexibilität der Betreuung erlaubt > Erreichung eines Teils der Population

	alternder Abhängiger
N4. Tageszentrum «Abstinenz»	<ul style="list-style-type: none"> > Verlagerung von stationären Betreuungen zur ambulanten Betreuung > Verringerung der unangemessenen «Wiedereingliederungs-»betreuungen > Verringerung der aus ärztlicher Sicht nicht angezeigten somatischen und psychiatrischen Spitalaufenthalte > Einführung einer intensiven integrierten Zusammenarbeit

5.1.2.2. Jugendliche

Für die Jugendlichen zeigte die Analyse (s. Kapitel 5.1.1.3 b), dass das heutige System durch die folgenden Leistungen ergänzt werden muss:

- > Stationäre Struktur
- > Eingliederungs-/Ausbildungswerkstätten

Diese Leistungen müssen als «unverzichtbar» angesehen und somit in Ergänzung zu den bestehenden Leistungen eingeführt werden (Vorschlag U6).

Als unverzichtbar gelten sie, weil sie eine Lücke in der Kontinuität der Betreuung füllen und dazu beitragen, dass weniger junge Leute durch die Maschen des Betreuungssystems rutschen.

5.1.2.3. Andere Verbesserungsvorschläge

Für die Verbesserung der Betreuung Suchtkranker müssen ausserdem weitere Massnahmen ergriffen werden. Im Folgenden werden diese Verbesserungsvorschläge beschrieben.

A1. Sensibilisierung der nicht spezialisierten Akteure (ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger, Schulärztinnen und -ärzte, Arbeitsärzte und -ärztinnen, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Erzieherinnen und Erzieher) auf die Wichtigkeit der Früherkennung und Frühintervention und Verstärkung ihrer Kompetenzen (Akteure, die junge Leute und Erwachsene betreuen).

Die nicht spezialisierten Akteure müssen befähigt werden, Risikokonsumverhalten und Konsummuster zu erkennen, die sich mit der Zeit zu einer Abhängigkeit entwickeln können, sowie eine Begleitung im Rahmen einer Leistung des Typs Frühintervention sicherzustellen oder die Person an eine spezialisierte Betreuung weiterzuleiten.

A2. Schaffung eines kantonalen Informationssystems, um vollständigere, zuverlässigere und koordinierte quantitative Kenntnisse über die Abhängigkeit zu gewinnen.

Derzeit bewirken die Verstreutheit der Informationsquellen und die unzureichend koordinierte Statistik der Einrichtungen, die Tatsache, dass Längsschnittanalysen der individuellen Laufbahnen nahezu unmöglich sind, die Unsichtbarkeit eines Teils der abhängigen Populationen/ihrer Konsum-

probleme und die fehlende Statistikkommunikation, dass es sehr schwierig ist, das Dispositiv und die Konzepte zu verbessern und auf einer quantitativen Grundlage anzupassen.

A3. Ausweitung der Abgabe von Spritzen und sterilem Material

Mit der Abgabe von Injektionsmaterial soll der Spritzentausch oder die Wiederverwendung von Spritzen verhindert werden. Sie zielt darauf ab, bei den intravenös Konsumierenden psychoaktiver Substanzen die Rückgabe gebrauchten Materials, die Zugänglichkeit und die Verwendung sterilen Materials auszuweiten, um die Risiken für sie selbst, zum Beispiel die Übertragung von HIV und Hepatitis, zu verringern. Ein weiterer Zweck besteht darin, die Ordnung aufrecht zu erhalten und Ziele der Public Health zu befördern. Häufig hat sie auch zum Ziel, den Kontakt mit der Zielgruppe zu halten und die für ihr Überleben nötigen Pflegeleistungen und Informationen zu erteilen.

Im Kanton Freiburg werden die Abgabe und der Austausch gebrauchten gegen steriles Material vom Tageszentrum Au Seuil der Stiftung Le Tremplin sichergestellt. Diese Struktur verfügt auch über einen ausserhalb installierten Automaten, der die Zugänglichkeit von Spritzen rund um die Uhr sicherstellt.

Darüber hinaus verkaufen die 71 Apotheken des Kantons steriles Injektionsmaterial und nehmen gebrauchtes Material zurück. Hierfür bietet ihnen der Kanton unentgeltliche Sammelbehälter an.

Die Menge des von den Apotheken verkauften Materials ist aber sehr gering. Das Zentrum Au Seuil ist nur in der Stadt Freiburg tätig. Sammelbehälter gibt es nur in den Apotheken, im Zentrum für Suchtbehandlung (CTA) und in der Notschlafstelle La Tuile. Regelmässig liegt gebrauchtes Injektionsmaterial an anderen Orten herum, vor allem an den Grand-Places.

A4. Entwicklung der Leistungen des kontrollierten Alkoholkonsums, der Unterstützung von Angehörigen Suchtkranker sowie der Information der Bevölkerung (Telefon, online).

Mehrere diesbezügliche Angebote bestehen derzeit im Netzwerk für Suchtprobleme. Damit diese Angebote den Bedürfnissen vermehrt entsprechen und ihr Fortbestand garantiert ist, müssen sie verbessert werden.

A5. Möglichkeit der Einrichtungen – Le Tremplin, Le Torry und Le Radeau – , ambulante Leistungen zu entwickeln

Wenn nötig, erteilen die Mitarbeitenden dieser Einrichtungen befristete ambulante Leistungen der Betreuung nach einem stationären Aufenthalt (Begleitung zu Hause, Gespräche im Rahmen der Einrichtung usw.), um den Übergang zur neuen Lebenssituation der Klientin oder des Klienten sicherzustellen. Diese Leistungen und allgemein die ambulanten Leistungen müssen ausgebaut werden, um eine intermediäre oder ambulante Betreuung zu fördern³⁸.

³⁸ Diese Option entspricht auch den Entwicklungen, die im strategischen Plan IFEG für die Behinderteneinrichtungen vorgesehen werden.

A6. Einführung von Substitutionsbehandlungen in Bellechasse³⁹

In keiner der geschlossenen Anstalten (Zentralgefängnis, Bellechasse, Tannenhof) dürfen Substitutionsbehandlungen eingeleitet werden. Nur extern verschriebene Substitutionsbehandlungen können im Tannenhof und im Zentralgefängnis weitergeführt werden. Die Anstalten von Bellechasse verbieten jede Substitutionsbehandlung und zwingen den Inhaftierten einen Entzug auf, der häufig nicht angezeigt ist. Denn die geschlossenen Anstalten sind keineswegs die für einen Entzug am besten geeigneten Orte. Ausserdem erhöhen diese Entzüge das Risiko einer Überdosis, entweder während des Aufenthalts in der Anstalt oder zum Zeitpunkt des Austritts. Auch kann bei sehr gefährdeten Personen die Einleitung einer Substitutionsbehandlung während des Aufenthalts in einer geschlossenen Anstalt einem Eingliederungsprozess zuträglich sein und die Einbindung in ein Gesundheitsversorgungsnetz nach dem Ende des Freiheitsentzugs erleichtern.

Jeder Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt sollte in einer Perspektive der Frühintervention und der Gesundheitsförderung erfolgen. Die Inhaftierung muss auch als günstiger Zeitpunkt für ein Handeln gedacht werden, das für die Gesundheit ausschlaggebend ist.

A7. Verbesserung der Betreuung von Eltern und Kindern, namentlich durch die stationären Einrichtungen

Es kommt vor, dass eine Frau oder ein Mann mit einem oder mehreren unterhaltsberechtigten Kindern stationär betreut werden muss. Wenn sich nach Beurteilung der Situation das Kind in der Einrichtung aufhalten muss (kurzzeitig wie etwa an Wochenenden, in Ferienzeiten oder auch länger) bedingt dies einen spezifischen Kontext und eine besondere Organisation sowie ein geeignetes Konzept, das den Bedürfnissen der Eltern sowie des Kindes Rechnung trägt. Im Kanton ist diese Betreuung derzeit nicht optimal und muss noch verbessert werden.

A8. Entwicklung der Leistungen für ältere Suchtkranke

Die Zahl älterer (vor allem alkoholabhängiger) Suchtkranker ist gross, und die spezifischen Begleitungsmaßnahmen sind derzeit nicht optimal. Eine Entwicklung dieser Leistungen und der Zusammenarbeit unter den bei älteren Menschen tätigen Akteuren ist nötig⁴⁰.

A9. Prüfung der Modalitäten einer vorübergehenden institutionellen Betreuung (z. B. bis zu drei Monaten) mit einer vorläufigen Aufenthaltsbewilligung (F, N, S) oder ohne gültige Papiere

Aus gesetzlichen Gründen können Personen ohne gültige Papiere nicht durch eine spezialisierte Einrichtung betreut werden. Unter diesen Personen sind aber einige suchtkrank, und ihre Betreuung ist nötig.

³⁹ Eine interdisziplinäre, von der SJD geführte Arbeitsgruppe «Zukunft des Heims Tannenhof und Gesundheitsversorgung von strafrechtlich verurteilten Personen» ist auf diesem Gebiet schon aktiv.

⁴⁰ Die stationäre Betreuung in den spezialisierten Einrichtungen (Tremplin, Torry, Radeau) ist grundsätzlich heute schon möglich. Es geht also darum, ihr ein Konzept zu verleihen und sie zu organisieren. Allgemein wird wie in den Behinderteneinrichtungen für die Bestimmung der Leistungen (z. B. Tageszentren) der Alterung der Bevölkerung sowie der von der öffentlichen Hand subventionierten nötigen Betreuung Rechnung getragen.

Der Staatsrat hat vor, die prioritären Vorschläge vorrangig umzusetzen, und berücksichtigt zum jetzigen Zeitpunkt die Vorschläge zur Schaffung eines heroingestützten Behandlungsprogramms und eines medizinisch betreuten Konsumraums nicht.

5.1.3. Umsetzung der Verbesserungsvorschläge

Dieses Kapitel stellt das beschlossene weitere Vorgehen für die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge im Zusammenhang mit den Leistungen vor.

Für 2014 wird die GSD einen Plan für die Umsetzung der Vorschläge erarbeiten. Der Plan wird in enger Zusammenarbeit mit dem Netzwerk für Suchtprobleme und seinen Partnern ausgearbeitet. Er wird dem Staatsrat zum Entscheid unterbreitet.

Die als «unverzichtbar» beurteilten Leistungen werden vor den «nötigen» Leistungen verwirklicht, und zwar ab dem Jahr 2014.

Unter den «unverzichtbaren» Leistungen werden die folgenden Vorschläge vorrangig verwirklicht:

- > U2. Stationäre Leistungen für Krisenfälle, die durch eine soziale Situation ausgelöst wurden,
- > U3. Leistungen der gassennah konzipierten Begleitung,
- > U5. «niedrigschwellige» Lebenswelt.

Über die Leistung U3 wird es auch möglich sein, die Leistungen «U4. Tageszentrum mit somatischer Gesundheitsversorgung» und «N1. Suchtspezifische Liaison-Leistungen» zu verwirklichen.

Die Vorschläge «A1. Sensibilisierung der nicht spezialisierten Akteure» und «A2. Schaffung eines kantonalen Informationssystems» werden schon ab 2012 verwirklicht, da sie inhaltlich stark mit der Steuerung des Dispositivs verbunden sind.

Die Verwirklichung der Vorschläge wird mit den Arbeiten anderer Projekte koordiniert, wie zum Beispiel den Projekten des FNPG und des HFR oder den Arbeiten des Projekts für die Umsetzung der neuen Gesetzgebung über behinderte Personen/NFA.

Mit dem vorliegenden Bericht hat sich der Staatsrat zur erwünschten allgemeinen Landschaft der Betreuung Suchtkranker im Kanton geäußert. Die endgültigen Entscheide werden aufgrund des Umsetzungsplans und der dem Staat verfügbaren Ressourcen fallen.

Mit der Zeit wird das heutige, um die in diesem Bericht enthaltenen Vorschläge ergänzte Dispositiv ein modulares und entwicklungsfähiges System bilden, das sich auf eine integrative Sicht der Leistungen biologischer, psychologischer und sozialer Art stützt. Damit wird es zu einer leistungsstarken und wirksamen Betreuung Suchtkranker beitragen und eine entsprechende Verminderung der suchtbedingten sozialen Kosten ermöglichen. Darüber hinaus wird das Dispositiv durch einen Präindikations-, Indikations- und Case Management-Prozess (s. Kapitel 5.2) und eine Koordinations- und Steuerungsstruktur (s. Kapitel 5.4) ergänzt.

Finanzieller Bedarf

Was die Leistungen angeht, so liegt der Bedarf ab 2014 im Wesentlichen auf der Ebene der Finanzierung der vorrangigen «unverzichtbaren» Vorschläge U2, U3 und U5.

Die Finanzierung der Koordination der Arbeiten wird im Rahmen der Finanzierung der Koordinations- und Steuerungsstruktur geregelt (Kap. 5.4).

5.2. Indikation und Case Management

Im Rahmen des Koordinationsprojekts wurde ein Pilotprojekt für Indikation und Case Management (Jugendliche und Erwachsene) erarbeitet und ausgewertet. Es wurden Verbesserungsvorschläge formuliert.

Über die Definition des Indikationsverfahrens und die Bestimmung seiner Ziele hinaus fasst dieses Kapitel den Beschrieb des Pilotprojekts, die erzielten Ergebnisse und die Entscheide des Staatsrats für das weitere Vorgehen zusammen.

5.2.1. Definition und Ziele des Indikationsverfahrens

Der Indikationsprozess legt gemeinsame Verfahren und Instrumente fest, um die bestmögliche Übereinstimmung zwischen dem Bedarf einer suchtkranken Person und den erteilten Leistungen sowie eine Begleitung der Betreuung über einen bestimmten Zeitraum hinweg (Fallbearbeitung, Case Management) zu erreichen.

Die Ziele des Indikationsprozesses sind:

- > ein **gemeinsames Verständnis des Problems** (gemeinsames Verständnis auf Seiten der Fachleute des Netzwerks und der Klientin oder des Klienten selber) sowie der Ziele der Klientin oder des Klienten,
- > ein kohärentes **Management des Wegs** der Klientinnen und Klienten, mit dem Brüche vermieden werden können,
- > eine **genaue Analyse** der Merkmale der Person nach systematischen und dem Netzwerk gemeinsamen Kriterien biologischer, psychologischer und sozialer Art,
- > eine **Koordination der Leistungen**,
- > die **Kontinuität der Betreuung**,
- > die Strukturierung der Betreuung in der Absicht, auf diese Weise eine optimale Wirksamkeit und Qualität zu geringeren Kosten zu erreichen (**optimale Zuteilung der Ressourcen**).

5.2.2. Das Pilotprojekt PICA (kantonaler Indikationsprozess)

a) Das Projekt und seine Ziele

Nach einer Phase der Diskussion über die Grundzüge des Projekts begannen die Arbeiten der konzeptuellen Ausarbeitung im August 2009. Für die erwachsenen Klientinnen und Klienten startete das Pilotprojekt im April 2010 und endete im November 2010. Für die Jugendlichen dauerte es von Juli 2010 bis Januar 2011.

Die Ziele des Pilotprojekts waren:

- > Prüfung der Machbarkeit des vorgeschlagenen Systems und Formulierung von Verbesserungsvorschlägen,
- > Erhebung epidemiologischer Daten von mindestens 50 Personen, um die Profile der Klientinnen und Klienten zu bestimmen und den Leistungsbedarf zu quantifizieren,
- > Beurteilung/Prüfung der für den Indikationsprozess nötigen Ressourcen,
- > Beurteilung der Zweckmässigkeit der gewählten Instrumente (FriQuest⁴¹ für Erwachsene, IGT-ado und ADAD⁴² für Jugendliche).

b) Beschrieb des vorgeschlagenen Prozesses

Der im Rahmen des Pilotprojekts anfänglich vorgeschlagene Indikationsprozess bestand in folgenden Schritten:

- > Die Koordinatorin/der Koordinator nimmt die Anträge auf Indikationsstellung über die Telefonnummer 026 305 30 70 entgegen.
- > Sie oder er teilt das Dossier entsprechend der Zielgruppe und der Verfügbarkeiten einem sozialmedizinischen Zweiergespann zu. Dieses entstammt einem Team, das sich aus Ärztinnen und Ärzten des FNPG und Sozialtätigen der sozialen Partner-Einrichtungen zusammensetzt (Indikationsteam).
- > Das Zweiergespann tritt mit der Klientin/dem Klienten zusammen und füllt den (für Jugendliche und Erwachsene spezifischen) Fragenkatalog aus. Nach dem allfälligen Einholen weiterer Informationen bei Dritten (Informationen aus dem Betreuungsnetz der betreffenden Person, medizinische Analysen usw.) schlägt es ein Betreuungsprojekt vor und bespricht es mit der Klientin oder dem Klienten. Anschliessend wird das Projekt mit den Mitgliedern des Betreuungsnetzes der betroffenen Person besprochen.
- > Aufgrund der Indikationsstellung begleiten das Betreuungsnetz der Person und der Case Manager die Klientin oder den Klienten in der Durchführung des Projekts.

In seiner ursprünglichen Konzeption wandte sich der Prozess ohne Altersunterschied an alle ab 13-jährigen Benutzerinnen und Benutzer der Leistungen des Freiburger Netzwerks für Suchtprobleme, wobei die niederschweligen und die Notfall-Leistungen nicht inbegriffen waren.

c) Implizierte Akteure

Der im Rahmen des Pilotprojekts vorgeschlagene Indikations- und Case Management-Prozess betraf die Hauptakteure der spezialisierten Betreuung Suchtkranker:

Stiftung Le Tremplin, Stiftung Le Torry, Verein Le Radeau, Verein REPER (in Zusammenarbeit mit der Suchtpräventionsstelle), Behandlungskette für Suchtstörungen des FNPG, Sektor für

⁴¹ Im Rahmen dieses Projekts für die Erwachsenenbevölkerung geschaffenes Instrument.

⁴² Schon bestehende und evaluierte Instrumente.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie des FNPG.

5.2.3. Auswertung des Pilotprojekts

5.2.3.1. Selbstbeurteilung

Es fand eine Selbstbeurteilung des Pilotprojekts statt; diese hatte die folgenden Ziele:

- > Verbesserung des Pilotprojekts,
- > Entscheidungshilfe für das weitere Vorgehen nach diesem Projekt.

Die für die Selbstbeurteilung nötigen Informationen wurden hauptsächlich über das Dossier der Klientin oder des Klienten⁴³ (Erwachsene und Jugendliche), das Formular für die Koordinatoren⁴⁴, die Fragebögen zur Zufriedenheit der Klientin oder des Klienten und ihres bzw. seines Betreuungsnetzes (zum Zeitpunkt der Indikationsstellung oder 3 Monate später) sowie die Besprechungen an den verschiedenen Diskussionsorten (Sitzungen des Indikationsteams, Projektgruppe und Steuerungsausschuss des Koordinationsprojekts) gesammelt. Es fanden zwei Evaluationssitzungen des Indikationsteams (focus groups) statt. Für den Jugendlichenbereich erfolgte eine spezifischere qualitative Selbstbeurteilung durch das Team für Jugendliche.

5.2.3.2. Ergebnisse für die erwachsenen Klientinnen und Klienten

a) Allgemeines

Die für das Pilotprojekt ursprünglich vorgesehene Zielgruppe bestand aus allen Personen, die die Leistungen des Freiburger Netzwerks für Suchtprobleme beanspruchen.

Für die Erwachsenen musste die Zielgruppe während des Pilotprojekts wegen Ressourcenfragen auf die Nachfragen nach stationärer Betreuung (durch die Stiftung Le Tremplin, die Stiftung Le Torry, den Verein Le Radeau und ausserkantonale Einrichtungen) reduziert werden.

Denn obwohl ein Handlungsspielraum vorgesehen war, trat der Indikationsprozess zu den Tätigkeiten des Netzwerks hinzu und führte zu einer Überlastung, namentlich für die FNPG-Behandlungskette für Suchtstörungen.

Ebenfalls aus Überlastungsgründen wurde der ursprünglich vorgesehene Prozess während des Pilotprojekts flexibilisiert, indem in der Mehrheit der Fälle die Etappen auf eine einzige reduziert wurden: die Zusammenkunft mit der Klientin oder dem Klienten. Dort, wo es zweckmässig und notwendig schien, wurde in dieses Gespräch, bei dem der Klientin oder dem Klienten in der Regel auch gleich die Vorschläge für ihre oder seine Betreuung unterbreitet wurden, auch das

⁴³ Das Dossier umfasste die soziodemografischen Daten der Klientin/des Klienten, die Evaluationsinstrumente, die für die Indikationsstellung nötige Zeit, das vorgeschlagene Projekt, den Leistungsbedarf, die Zufriedenheit des Zweiergespanns usw.

⁴⁴ Das Formular umfasste die für die Koordination nötige Zeit, die Dauer der Präindikation, die Zweckmässigkeit des Indikationsantrags usw.

Betreuungsnetz der betroffenen Person einbezogen.

b) Zusammenfassung der hauptsächlich quantitativen Daten zum Zeitpunkt der Auswertung

- > 58 Dossiers waren am 08.10.2010 erfasst.
- > 48 Indikationen (+ etwa 8, die aber in der Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten) waren am 08.10.2010 abgeschlossen.
- > Der vollständige Prozess der Indikationsstellung, vom Beizug der Koordinatorin/des Koordinators bis zum abschliessenden Gespräch, dauerte durchschnittlich **rund zwei Wochen**.
- > Die Weiterleitung des Antrags durch die Koordinatoren erfolgte innert durchschnittlich **zwei Tagen**.
- > Das Erstgespräch fand im Durchschnitt **innert zehn Tagen** nach der Weiterleitung des Antrags an das Zweiergespann statt.
- > Für jeden Antrag **wendete die Koordinatorin/der Koordinator durchschnittlich 45 Minuten auf**.
- > Für jede Indikationsstellung wendete das Zweiergespann durchschnittlich **drei Stunden** auf (totaler Zeitaufwand für die zwei Personen des Zweiergespanns: Vorbereitung, Kontakt(e), Gespräch(e), allenfalls Fahrzeit).
- > Die Meldung erfolgte aus mehreren Quellen, hauptsächlich aber aus dem Spitalbehandlungszentrum Marsens.

c) Beurteilung der Erreichung der Ziele des Pilotprojekts

Die folgende Tabelle fasst die Erreichung der Ziele des Pilotprojekts zusammen.

Ziele	Erläuterungen
Prüfung der Machbarkeit des vorgeschlagenen Systems und Formulierung von Verbesserungsvorschlägen	Mit dem Pilotprojekt konnte das vorgeschlagene System analysiert und konnten Verbesserungsvorschläge gemacht werden.
Sammlung der epidemiologischen Daten von mindestens 50 Personen, um die Konsumentenprofile zu definieren und den Leistungsbedarf zu quantifizieren	Die Daten wurden erfasst. Dennoch ermöglichte das System wegen der eingeschränkten Anwendungszielgruppe (eher stationäre Nachfragen) keine Quantifizierung des Leistungsbedarfs. Allgemeine Verbesserungsvorschläge sind erfolgt.
Ermittlung/Prüfung der für den Indikationsprozess nötigen Ressourcen	Die für die Prozessführung nötigen Ressourcen konnten gemessen werden (eingeschränkter Prozess).
Beurteilung der Zweckmässigkeit der gewählten Instrumente: Beurteilung der Zweckmässigkeit und	Die Instrumente wurden beurteilt und es erfolgten Verbesserungsvorschläge

Validierung des FriQuest für Erwachsene	
Beurteilung der Zweckmässigkeit des IGT-ado und des ADAD für Jugendliche	

Das Pilotprojekt **ermöglichte keine Konzeptualisierung des Case Managements**. Denn der Prozess wurde aus Ressourcengründen vereinfacht und das Gespräch mit dem Betreuungsnetz fand nur selten statt. Hingegen wurde das Thema Case Management diskutiert und in den Vorarbeiten konzeptionell berücksichtigt.

d) SWOT-Analyse⁴⁵ des vorgeschlagenen Indikationsverfahrens

Im Rahmen der Auswertung des vorgeschlagenen Indikationsprozesses wurde eine SWOT-Analyse durchgeführt. Ihre Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle vorgestellt:

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> > Die Zuteilung der Klientinnen und Klienten an das Zweiergespann funktioniert gut. > Die sozialmedizinische Zusammenarbeit im Zweiergespann ist gut. > Das Indikationsdossier für Erwachsene ermöglicht die Sammlung der für eine Indikationsstellung nötigen Informationen. > Der Indikationsprozess ermöglicht Analyse der Klientin/des Klienten unter biologisch-psychologisch-sozialem Aspekt. > Der Indikationsprozess verbessert: <ul style="list-style-type: none"> > das gemeinsame Verständnis des Problems und der Ziele der Klientinnen/Klienten durch die Fachleute des Netzwerks für Suchtprobleme, > die Kontinuität der Betreuung, > die Koordination der Leistungen. > Die vorgeschlagenen Projekte stimmen mit den Bedürfnissen und Erwartungen der Klientin/des Klienten überein. > Der Indikationsprozess ist eine Unterstützung für die Generalisten unter den Sozialarbeiter/innen. > Der Indikationsprozess ermöglicht eine einheitliche Datenerfassung. 	<ul style="list-style-type: none"> > Bei der Aufnahme in eine Einrichtung infolge der Indikationsstellung ergibt sich kein Zeitgewinn. > Im heutigen Kontext wird die Prozessstruktur gegenüber den konzipierten Etappen in der Praxis nicht vollständig eingehalten (oder kann nicht vollständig eingehalten werden). > Für Erwachsene ist der Zeitaufwand für die Indikationsstellung in Stunden gemessen zu hoch. > Die Dossiers der indizierten Personen sind zugänglich, aber es fehlt an einer Datengrundlage, in der alle indizierten Personen zusammengefasst sind (Prozess-Monitoring). > Es fehlt an Vereinbarungen und einem Pflichtenheft, das die Intervention jeder in den Indikationsprozess einbezogenen Einrichtung erläutert, ebenso ein Pflichtenheft der Koordinatoren (Mitwirkung, Aufgaben, Ausbildung). > Es ist schwierig, kurzfristig eine Indikationsstellung zu erhalten. > Die Verrechnung des ambulant medizinischen Teils der Indikationsleistung kann den Zugang zu den Leistungen behindern.

⁴⁵ Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen), Threats (Bedrohungen). Der Begriff «Bedrohungen» wurde durch denjenigen der «Risiken» ersetzt.

<p>> Der Indikationsprozess führt zu einer Gleichbehandlung aller Klientinnen/Klienten (gleicher Prozess für alle).</p>	<p>> Es fehlt an genauen Kriterien zur Gültigkeitsdauer einer Indikationsstellung (wann wiederholen?) > Für die Ärzteschaft ist es unmöglich, sich ständig für den Indikationsprozess bereit zu halten.</p>
<p>Chancen</p>	<p>Risiken</p>
<p>> Der politische Wille zur Einführung eines Indikationsprozesses ist vorhanden (NFA-Projekt).</p>	<p>> Es fehlt an einer weiteren finanziellen Unterstützung.</p>

e) Während des Pilotprojekts für die Indikation nötige Ressourcen

Aus den erhobenen Daten geht hervor, dass das Team durchschnittlich zu (insgesamt) **0.34 Vollzeitäquivalenten (VZAE)** für die Indikationsstellungen beansprucht wurde (0.17 sozial und 0.17 medizinisch)

Für die Koordination während des Pilotprojekts (Ärztin/Arzt oder Vertreter/in des Sozialbereichs) waren **0.05 VZAE** erforderlich.

Allgemein tragen diese Prozentzahlen nur den abgeschlossenen Indikationsstellungen Rechnung. Parallel dazu gibt es auch Indikationsverfahren, die eingestellt wurden, Personen, die die Termine nicht einhielten, telefonische Anfragen usw. Somit ist der effektiv mobilisierte Prozentsatz höher als der ausgerechnete.

5.2.3.3. *Ergebnisse für die jugendlichen Klientinnen und Klienten*

a) Allgemeines

Dieses Kapitel fasst die Hauptpunkte des Pilotprojektbereichs «Jugendliche» zusammen.

Konkret wurde der folgende Prozess angewandt:

- > Erstgespräch mit der/dem Jugendlichen und ihrer/seiner Familie (Informationsgespräch, Kennenlernen),
- > Gespräch nur mit der/dem Jugendlichen,
- > Zweitgespräch mit der/dem Jugendlichen und ihrer/seiner Familie, manchmal auch mit dem Betreuungsnetz (dieses wurde eher telefonisch oder durch schriftliche Berichte informiert).

Dieser Prozess stellt eine den Jugendlichen angepasste Version des allgemeinen Prozesses dar.

b) Zusammenfassung der hauptsächlichsten quantitativen Daten zum Zeitpunkt der Auswertung

Zum Auswertungszeitpunkt waren **9** Dossiers erfasst. Nur **5** Dossiers mündeten in eine Indikationsstellung.

Die Hauptquellen waren:

- > REPER: 2
- > Kinder- und jugendpsychiatrisches Zentrum des FNPG + Jugendstrafkammer: 1
- > Jugendstrafkammer: 3 (über REPER)
- > Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum des FNPG: 2
- > JA + Vormundschaft: 1

Der vollständige Indikationsprozess dauerte rund **6 bis 8 Wochen**.

Jedes Gespräch beanspruchte rund eine bis eineinhalb Stunden. Hinzu kam die für Telefonate und Briefe nötige Zeit. Die für die Durchführung des Indikationsprozesses nötige Zeit betrug im Durchschnitt rund **6 Stunden je Dossier**.

Erläuterungen:

- > Diese Zeit wurde als «nötig» erachtet (und nicht als «zu viel»).
- > Die Wichtigkeit der Durchführung aller drei Gespräche (Jugendliche(r)/Familie, Jugendliche(r), Jugendliche(r)/Familie) wurde unterstrichen.
- > Der Prozess sollte nicht zu rasch verlaufen, und die in der Praxis beobachtete Dauer von 6-8 Wochen erwies sich als positiv. Denn der Indikationsprozess sollte nicht nur ein «fotografisches Abbild», liefern, sondern stellt einen Begleitprozess dar.
- > Mangels Meldungen wurde keine Indikationsstellung mit deutschsprachigen Jugendlichen durchgeführt.

5.2.4. Vorschläge für die Verbesserung des Indikationsprozesses

Dieses Kapitel stellt die infolge der Auswertung des Pilotprojekts vorgeschlagenen und vom Staatsrat beschlossenen Massnahmen zur Verbesserung des Indikationsprozesses vor.

5.2.4.1. Erwachsene

a) Zielgruppe für die Indikation

Wie gesagt musste während des Pilotprojekts bei den Erwachsenen die Zielgruppe aus Ressourcengründen auf die Nachfragen nach stationärer Betreuung (durch die Stiftung Le Tremplin, die Stiftung Le Torry, den Verein Le Radeau und durch ausserkantonale Einrichtungen) reduziert werden, wohingegen das ursprüngliche Konzept vorsah, den Indikationsprozess auf alle Personen anzuwenden, die die Leistungen des Freiburger Netzwerks für Suchtprobleme beanspruchen.

Aus den während des Pilotprojekts gemessenen Daten geht hervor, dass die allfällige Beurteilung aller an das Netzwerk für Suchtprobleme gelangenden Personen gemäss dem getesteten Prozess erhebliche Ressourcen erfordern würde.

Ausserdem konnte die Wertschöpfung einer solchen Leistung für sämtliche Benützerinnen und Benützer noch nicht veranschlagt werden, wohingegen dies bei der berücksichtigten Zielgruppe mit positivem Ergebnis möglich war.

In Berücksichtigung der Tatsache, dass die Ressourcen beschränkt sind und die Diskussionen über die Indikation fortgesetzt werden müssen, wurde beschlossen, ein Präindikationssystem (Selektion) einzuführen. Mit diesem soll bestimmt werden, welche Person von denjenigen, die an das Netzwerk für Suchtprobleme gelangen oder von ihm betreut werden, unbedingt die Indikationsleistung erhalten muss (Optimierung der Indikationsleistung im Verhältnis zum erwarteten Gewinn).

Der Auftrag an das Netzwerk für Suchtprobleme lautet wie folgt:

- > Einsetzung eines dem Netzwerk gemeinsamen Präindikationsprozesses für jede in das Netzwerk eintretende Person,
- > mit Hilfe des Präindikationsprozesses Bestimmung der Zielgruppen von Klientinnen und Klienten, die nach dem in der ersten Phase des Pilotprojekts getesteten Prozess in den Genuss der Indikationsleistung kommen werden,
- > Einsetzung eines Systems für die Beurteilung der Auswirkungen der Indikationsstellung auf die Zielgruppen.

Der Zweck besteht darin, die Zielgruppen von Klientinnen und Klienten zu bestimmen, die nach dem getesteten Prozess in den Genuss der Indikationsleistung kommen werden, und auf empirische Weise die positiven und negativen Auswirkungen der Indikationsstellung auf die festgelegten Zielgruppen zu untersuchen.

Je nach den Ergebnissen dieses Vorgehens kann in einer zweiten Phase die Variante «alle» berücksichtigt werden.

In Kohärenz mit den Arbeiten im Rahmen des Projekts «Umsetzung der NFA/neue Behindertengesetzgebung» kommt zum Auftrag an das Netzwerk für Suchtprobleme der folgende Punkt hinzu:

- > Ausarbeitung ausreichender Kriterien, um die Übereinstimmung der Betreuung durch eine Einrichtung (Tremplin, Torry, Radeau) mit dem Profil der Klientin oder des Klienten zu gewährleisten.

Nötige Ressourcen

Die Ressourcen für die Einsetzung des Indikationsprozesses aufgrund der aus dem Pilotprojekt gewonnenen Zahlen sind folgende:

- > Für die Indikationen, die für die vorgängig triagierten Klientinnen/Klienten zu stellen sind, wurde beschlossen, den Einrichtungen (Tremplin, Torry, Radeau und REPER/Suchtpräventionsstelle)

insgesamt **0.3 VZAE Sozialarbeit** und der Behandlungskette für Suchtstörungen des FNPG **0.3 VZAE ärztliches Personal** zuzuteilen.

- > Der medizinische Anteil der ambulant erteilten Indikationsleistung geht über die Krankenversicherung zu Lasten der Klientin/des Klienten. Dieser Betrag kann sich auf 200-400 Franken je Konsultation belaufen. Für Klientinnen und Klienten mit einer höheren Franchise kann dies den Zugang behindern. Daher **wurde beschlossen, dass der Kanton auch die von der Versicherung nicht gedeckten Kosten der medizinischen Indikationsleistung übernimmt.** Die Kosten dieser Betreuung können sich auf jährlich 20'000-40'000 Franken belaufen.
- > Die Finanzierung der Koordination der Arbeiten wird im Rahmen der Finanzierung der Koordinations- und Steuerungsstruktur geregelt (Kap.5.4)

Tätigkeiten in Verbindung mit dem neuen Indikationsverfahren und andere in Verbindung mit den heutigen Betreuungsprozessen (Aufnahmen in die sozialen Einrichtungen, Netzwerksitzungen, Betreuungen im FNPG usw.) können sich zuweilen überlagern. In diesem Sinne ermöglicht die Prozessoptimierung einen Ressourcengewinn. Vor allem werden die sozialen Einrichtungen namentlich im Rahmen der Umsetzung der NFES-Ziele (s. Kapitel 5.3) ein gemeinsames Aufnahmeverfahren prüfen.

Hingegen werden auch neue Prozesse eingeführt, und mit dem Pilotprojekt konnte die Notwendigkeit von Mehrressourcen aufgezeigt werden (der neue Indikationsprozess und die heutigen Prozesse sind zuweilen parallel).

Ausserdem ist es mit dem Präindikationskonzept möglich, dass die Akteure der sozialen Einrichtungen und des FNPG Indikationen für Klientinnen und Klienten stellen müssen, die sie in der Folge nicht selber übernehmen werden. In diesem Fall können die Prozesse nicht komprimiert werden.

Nachdem das Präindikationskonzept auch zwecks Ermittlung jener Zielgruppen, die einer Indikationsstellung bedürfen, umgesetzt wird, wird man auch die für die Zukunft nötigen Ressourcen beurteilen können.

b) Case Management

Das Thema Case Management wurde in den Arbeiten des Pilotprojekts diskutiert und berücksichtigt. Es war aber in diesem Rahmen nicht möglich, ein solches Konzept, das eine wesentliche Grundlage eines Betreuungssystems ist und erheblich zu dessen Kohärenz und Effizienz beiträgt, begrifflich näher zu fassen. Daher wurde beschlossen, das Netzwerk für Suchtprobleme damit zu beauftragen, parallel zur Aufstellung des obgenannten Präindikationssystems die Diskussionen weiterzuführen und ein Case-Management-Projekt zu konkretisieren.

c) Weitere Vorschläge

- > Im Rahmen der Aufstellung des Evaluationssystems für den Präindikationsprozess ist vorgesehen, Projekte zu konkretisieren, die **auf die Kostenbeurteilung hinzielen**, zum Beispiel durch die Nachverfolgung einer bestimmten Anzahl von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlichen Profilen, dies in Auflistung aller Ereignisse medizinischer, sozialer, gerichtlicher usw. Art innert einem bestimmten Zeitraum, in Bezifferung der Ereignisse und Ermittlung der Gesamtkosten. Auf diese Weise käme der Kanton zu bezifferten Daten, was die Steuerung des Betreuungsdispositivs erleichtern dürfte.
- > Es wird vorgeschlagen, dass die die Indikation betreffenden Aufgaben über **Vereinbarungen zwischen dem Kanton und seinen Partnern des Netzwerks für Suchtprobleme** formalisiert werden, damit die Aufgabe in das Pflichtenheft des Personals der Partner eingeht. Heute ist dies nicht der Fall, so dass der Fortbestand der Prozesse nicht gewährleistet ist.
- > Weiterhin im Rahmen der Umsetzung des Präindikationsprozesses müssen künftig Verbesserungen des während der Pilotphase getesteten Indikationsprozesses konkretisiert werden. Dabei handelt es sich namentlich um die **vermehrte Ausbildung von Personen des Netzwerks** im Umgang mit dem Indikationsinstrument und -prozess, um sie in die Indikationsstellungen einzubeziehen, ihre Erfahrung besser zu nutzen und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.
- > Der Indikationsprozess wurde nur von wenigen Deutschsprachigen genutzt. Die Gründe hierfür müssen untersucht werden, und es sind Massnahmen zu treffen, **um den Zugang der Deutschfreiburger Bevölkerung zu dieser Leistung zu erleichtern**.

5.2.4.2. Jugendliche

Allgemein ist die Anzahl an Dossiers, die Jugendliche betreffen, zu gering, um repräsentative Schlüsse aus den Ergebnissen des Pilotprojekts zu ziehen.

Das Netzwerk für Suchtprobleme stellt fest, dass die Anzahl der für eine solche Indikationsstellung bereiten Jugendlichen gering ist. Es ist auch der Auffassung, dass die Indikationsleistung, wie sie im Rahmen des Pilotprojekts geprüft wurde, kein passendes und zweckmässiges Instrument für Jugendliche ist, bei denen der Substanzenmissbrauch häufig ein Begleitsymptom anderer Probleme ist. Daher müsste die bei einer solchen Evaluation berücksichtigte Bandbreite der Bereiche ausgeweitet werden.

Solche Überlegungen gehen aber über den Rahmen des Koordinationsprojekts und des Netzwerks für Suchtprobleme hinaus. Es wurde daher beschlossen, sie in ein anderes Projekt einzubinden, in das alle Akteure einbezogen werden, die von der Betreuung Jugendlicher in Schwierigkeiten betroffen sind.

5.3. Organisation der Stiftung Le Tremplin, der Stiftung Le Torry und des Vereins Le Radeau

Infolge der Arbeiten für das Ziel 2.2 des Koordinationsprojekts unterzeichneten die drei betroffenen Einrichtungen am 16. März 2011 eine Zusammenarbeitsvereinbarung, die von der GSD genehmigt wurde. Die Vereinbarung institutionalisierte formell die Zusammenarbeit unter den drei Einrichtungen, die nun das «Netzwerk der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke (NFES)» bilden. Eine Planung für die Umsetzung der bis 2014 zu erreichenden Ziele dieser Vereinbarung wurde ebenfalls verabschiedet.

Das NFES ist eine einfache Gesellschaft nach Artikel 530ff. OR.

Das NFES bezweckt die Optimierung der Effizienz und Wirksamkeit der Tätigkeiten seiner Mitglieder. Dabei wird die Differenzierung der von jeder der drei Einrichtungen angebotenen und auf ihr jeweiliges Zielpublikum ausgerichteten Leistungen nicht tangiert. Die Zusammenarbeit erstreckt sich auf die folgenden drei Tätigkeitsbereiche:

- > **Verwaltung:**
 - > Einsetzung eines gemeinsamen Verwaltungsdienstes (Finanzbuchhaltung und Kostenrechnung, Fakturierung, Debitoren- und Gläubigerwesen, Zahlungsverkehr, Canal⁴⁶, Statistik, Controlling, Reporting, Gehälterverwaltung),
 - > Einsetzung eines gemeinsamen Informatiksystems,
 - > Vereinheitlichung der Versicherungsportefeuilles.

- > **Personalressourcen:**
 - > gemeinsame Planung von Gesprächsgruppen,
 - > gemeinsame Personalausbildung,
 - > Errichtung eines «Pools» gemeinsamen Personals.

- > **Leistungen:**
 - > Einsetzung eines einheitlichen, von jeder Einrichtung durchzuführenden Eintrittsverfahrens,
 - > Mitwirkung am kantonalen Dispositiv der Betreuung Suchtkranker,
 - > gemeinsame Führung eines Sozialdienstes,
 - > gemeinsame Planung neuer Leistungen.

Für die konkrete Erreichung des Vereinbarungszwecks wird das NFES für jeden dieser Tätigkeitsbereiche einen Projektbeschrieb erstellen.

Die jährlichen Kosten in Verbindung mit den allgemeinen Tätigkeiten des NFES werden von seinen Mitgliedern nach einem Verteilschlüssel finanziert, der aufgrund eines Referenzzeitraums festgelegt wurde. Dieser Zeitraum erstreckt sich über die letzten drei Jahre, für die die Geschäftsrechnungen geprüft worden sind.

Während des Prozesses, der zur Unterzeichnung der Vereinbarung führte, wurde das Büro B'VM Beratung Bern für rund sechs Monate mit einem externen Begleitungsmandat betraut.

⁴⁶ Instrument für das Finanzmanagement, Sozialvorsorgeamt.

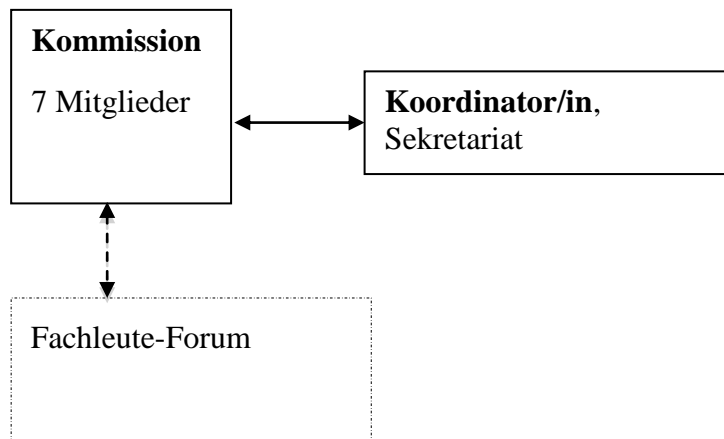
5.4. Koordinations- und Steuerungsstruktur

Das künftige Dispositiv der Betreuung Suchtkranker muss unbedingt eine laufende Verbesserung und Anpassung anstreben (Bedarf/Angebote, Funktionieren, Ergebnisse). Wichtig ist ausserdem, dass es die Umsetzung der Vorschläge nach Kapitel 5.1 und 5.2 koordiniert.

Hierfür wurde die Einsetzung einer **Koordinations- und Steuerungsstruktur** beschlossen, deren Zusammensetzung, Arbeitsweise und Aufgaben in diesem Kapitel beschrieben werden.

5.4.1. Zusammensetzung, Arbeitsweise und Aufgaben der Koordinations- und Steuerungsstruktur

Die Koordinations- und Steuerungsstruktur wird gemäss dem folgenden Schema aus einer Kommission und einer Koordinatorin/einem Koordinator (kantonale/r Beauftragte/r für Suchtfragen) bestehen:



5.4.1.1. Kommission

Die Kommission besteht aus 7 Mitgliedern, die die folgenden Instanzen vertreten:

- > Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD),
- > Direktion für Sicherheit und Justiz (SJD),
- > Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG),
- > freiburger spital (HFR),
- > Ärztesgesellschaft des Kanton Freiburg (AGKF),
- > Netzwerk der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke (NFES),
- > im Suchtbereich tätige Organe der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Aufgaben der Kommission sind:

- > Sie stellt die koordinierte Umsetzung des vom Staatsrat beschlossenen Betreuungskonzepts sicher.
- > Sie wacht über die Qualität der biologisch-psychologisch-sozialen Leistungen und ihre Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der Klientin/des Klienten.

- > Sie fördert eine gemeinsame Sicht der Problematik innerhalb des Betreuungsdispositivs und seiner Partner.
- > Sie verstärkt die Zusammenarbeit unter den von der Suchtproblematik betroffenen Akteuren und stellt sie sicher.
- > Sie erarbeitet den Betreuungsbereich betreffende Verbesserungsvorschläge zuhanden der zuständigen Behörden.
- > Sie nimmt zuhanden der zuständigen Behörden Stellung zu neuen Projekten der Betreuung im Suchtbereich.

Die Kommission wird vom Staatsrat eingesetzt. Sie tritt drei- bis viermal jährlich zusammen. Die Koordinatorin/der Koordinator nimmt ebenfalls an den Kommissionssitzungen teil.

Die Kommission wird auch beauftragt, eine jährliche Zusammenkunft mit den Vertreterinnen und Vertretern anderer, in der Kommission nicht einsitzender Behörden, Organisationen oder von der Betreuung betroffener Kreise (Polizei, Richter, Vormundschaft, Einrichtungen, Dienste usw.) zu organisieren (**Fachleute-Forum**). Der Zweck besteht darin, die Tätigkeiten zu koordinieren, Bilanz über laufende Projekte zu ziehen und die Informationen zu erhalten, die die Kommission und die Koordinatorin/der Koordinator für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben benötigen.

Wenn nötig, kann die Kommission Mitglieder des Forums oder andere Akteure mit beratender Stimme zu ihren anderen Sitzungen einladen.

5.4.1.2. Koordinatorin/Koordinator

Die Koordinatorin oder der Koordinator wird einer Dienststelle der Kantonsverwaltung angegliedert (GSD, Kantonsarztamt). Sie oder er wird die folgenden Hauptaufgaben haben:

- > Qualitative und quantitative (Statistik) Analyse der aktuellen Situation (Entwicklung der Probleme und des Funktionierens des Dispositivs) und Verbesserungsvorschläge;
- > Literatursuche, Vergleichsstudien, Fachlektüre, Vorhersagen in Bezug auf den Problemkreis usw.;
- > Nachverfolgung der Umsetzung des Konzepts und der Projekte, Meldung von Abweichungen;
- > Projektleiter/in für die Umsetzung bestimmter von den zuständigen Behörden beschlossener Projekte;
- > regelmässige Abfassung von Tätigkeitsberichten über die Betreuung Suchtkranker;
- > Pflege der Beziehungen zum Bund und zu den übrigen Kantonen im Bereich der Betreuung Suchtkranker⁴⁷;
- > Vorbereitung der Sitzungen der Kommission und des Fachleute-Forums;
- > Teilnahme an den Sitzungen der Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention, um die Koordination und die Zusammenarbeit sicherzustellen.

⁴⁷ Die Koordinatorin/der Koordinator wird die Rolle der/des kantonalen Beauftragten für Suchtprobleme haben und der Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS), in der 23 Kantone vertreten sind, angehören. Die Tätigkeit der/des kantonalen Beauftragten für Suchtprobleme wird sich auf längere Sicht auf die verschiedenen Suchtprobleme mit oder ohne Substanzgebrauch (Alkohol, Drogen, Spielsucht usw.) erstrecken, um eine Kohärenz und eine kantonale Koordination auf diesem Gebiet sicherzustellen.

5.4.1.3. Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen beschränken sich auf die Entschädigung der Kommissionsmitglieder und die Koordinatorenstelle. Die Kommissionsmitglieder werden nach der Verordnung vom 16. November 2010 über die Entschädigung der Mitglieder der Kommissionen des Staates entschädigt.

6. Schlussfolgerung

Dieses Projekt geht auf eine Reihe von Feststellungen im Zusammenhang mit der Betreuung Suchtkranker im Kanton zurück. Auf der Grundlage dieser Feststellungen und der Arbeiten, die bislang auf diesem Gebiet erfolgt waren, erarbeitete die GSD eine Zielvorstellung und rief die Hauptakteure zusammen, mit deren Hilfe die Ziele erreicht werden sollten.

Da die von der Projektgruppe, dem Steuerungsausschuss und dem Projektleiter zu bearbeitenden Themen zahlreich und komplex waren, nahm der Arbeitsprozess vier Jahre in Anspruch. Der Bericht des Staatsrats über das Projekt stellt das Ende einer ersten Etappe dar. Der zweite Schritt wird in der Umsetzung der vorgestellten Vorschläge bestehen

Die erfolgten Vorschläge stellen das Ergebnis einer vernetzten Arbeit dar, dank der qualifizierte Lösungen aufgrund von Erfahrung und Bedürfnissen in der Praxis, aber auch aufgrund der Fachliteratur und der Wissenschaft ausfindig gemacht werden konnten.

Diese Vorschläge werden es dem Kanton Freiburg ermöglichen, in den kommenden Jahren über ein kantonales Dispositiv der Betreuung Suchtkranker zu verfügen, das auf soliden Grundlagen beruht, die seinen Fortbestand sicherstellen. Auf diese Weise werden die Fachleute des Gebiets und ihre Partner weiterhin Qualitätsleistungen erbringen und sie im Interesse suchtkranker Menschen fortlaufend verbessern können.

Anhang 1: Das Freiburger Dispositiv der Betreuung Suchtkranker

Substitutionsbehandlungen, niedergelassene Ärzte und Apotheken

Während des Jahres 2010 erhielten 460 Personen eine bewilligte Substitutionsbehandlung, 363 Männer und 97 Frauen zwischen 19 und 68 Jahren. Von diesen Patientinnen und Patienten wurden 129 mit Buprenorphin, 331 mit Methadon behandelt. 220 Fälle wurden vom FNPG (Suchtbehandlungszentren Freiburg und Bulle) betreut, die übrigen 240 von den 88 Ärztinnen und Ärzten, die zu ihrer Behandlung zugelassen sind (einschl. Ärztinnen und Ärzte, die in oder für Einrichtungen, Spitäler und Gefängnisse arbeiten).

Während des Jahres 2009 erhielten 439 Personen eine bewilligte Substitutionsbehandlung. 2008 waren es 436 Personen.

Im Kanton Freiburg arbeiten derzeit 57 Apotheken mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zusammen, um eine fortwährende Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Substitutionsbehandlung zu ermöglichen. Der Kanton zählt 71 Apotheken, von denen auf Antrag alle bei der Verabreichung von Substitutionsbehandlungen mitwirken könnten.

Ausserdem verkaufen die 71 Apotheken steriles Injektionsmaterial und nehmen gebrauchtes Material zurück. Hierfür können sie vom Kanton kostenlos Sammelbehälter beziehen.

Für Substitutionsbehandlungen verfügt die Ärzteschaft über die folgenden Richtlinien:

- > Opioidabhängigkeit: substitutionsgestützte Behandlung: Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit, der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) und der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz.
- > Aktualisierte medizinische Empfehlungen der SSAM für substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit⁴⁸.
- > Dreisprachiges Manual für die praktische Umsetzung substitutionsgestützter Behandlungen⁴⁹.

Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit, Behandlungskette für Suchtstörungen

Die Behandlungskette für Suchtstörungen des FNPG ist der öffentliche auf Sucht spezialisierte Dienst des Kantons für Erwachsene (ab 18 Jahren). Er besteht aus dem Zentrum für ambulante Suchtbehandlung in Freiburg und Bulle (CTA) sowie aus der Station Thalassa des Spitalbehandlungszentrums Marsens. Die Behandlungskette für Suchtstörungen ist zweisprachig.

Das Zentrum für Suchtbehandlung befasst sich mit allen Suchtproblemen, sowohl mit der Abhängigkeit von unerlaubten Substanzen (Opioiden, Kokain, Cannabis usw.) als auch mit der Abhängigkeit von erlaubten Substanzen (Alkohol, Medikamente). Für die Opioidabhängigkeit werden Substitutionsprogramme angeboten, namentlich mit Methadon. Auch für das exzessive Glücksspiel und die online-Abhängigkeit bestehen spezifische Therapieprogramme. Die angebotenen Leistungen sind medizinischer, psychologischer und sozialer Art. Eine Ärztin für somatische Medizin stellt

⁴⁸ www.ssam.ch/SSAM/de/Substitutionsempfehlungen

⁴⁹ www.praxis-suchtmedizin.ch

die physische Gesundheitsversorgung sicher. Das Zentrum arbeitet mit mehreren Apotheken hauptsächlich in der Stadt Freiburg zusammen. Einige Patientinnen und Patienten unterziehen sich einer Substitutionsbehandlung in den Apotheken und gleichzeitig einer psychotherapeutischen Betreuung durch das Team des Zentrums.

Die Station Thalassa verfügt über 22 Betten für die spezialisierte Versorgung bei Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Die physischen Komorbiditäten bedingen eine besondere und intensive Überwachung und somatische Behandlung. Die Station verfügt auch über einen Intensivpflegeraum.

Einige Zahlen

Stationäre Aufnahmen:

Jahr	Jahresdurchschnitt der Bettenzahl	Eintritte	Austritte	Spitaltage	Belegungsgrad
2010	22	290	296	8'389	104.5
2009	22	311	308	7'876	98,1
2008	22	276	277	8'228	102.2

Die Zahl der ambulanten Aufnahmen der Behandlungskette für Suchtstörungen belief sich im Jahr 2008 auf 220, im Jahr 2009 auf 230. Für das Jahr 2010 belief sie sich auf 197.

Ambulant – Behandlungskette für Suchtstörungen	Geschäftsjahr 2010	Geschäftsjahr 2009	Geschäftsjahr 2008
Ambulanter Ertrag	-980'687	-836'000	-762'000
Ambulanter Aufwand	1'521'687	1'306'000	1'190'000
Ambulantes Ergebnis	541'000	470'000	428'000
Ambulante Neuaufnahmen	197	230	220

Stationär - Behandlungskette für Suchtstörungen		Geschäftsjahr 2009	Geschäftsjahr 2008
Ertrag Spitalaufenthalte	-1'986'300	-1'878'000	-1'934'000
Aufwand Spitalaufenthalte	4'672'000	4'400'000	4'242'000
Total Fr. SUCHTBEHANDLUNG MARSENS	2'685'700	2'522'000	2'308'000
Spitaltage	8'389	7'876	8'228

freiburger spital HFR

Das freiburger spital führt Entzüge durch und bietet eine somatische Betreuung suchtkranker, hauptsächlich alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten an. Es interveniert auch in Notfallsituationen.

2010 wurden 106 Patientinnen und Patienten für einen Alkoholentzug betreut (Primärdiagnose). Die Austrittsarten bestanden hauptsächlich in der Rückkehr nach Hause und der Verlegung ins Spitalbehandlungszentrum Marsens. 493 weitere im HFR betreute Patientinnen und Patienten hatten ein Alkoholproblem als Sekundärdiagnose. Die Zahl der Spitaleintritte wegen Intoxikationen belief sich auf 343.

Das HFR spielt auch eine wichtige Rolle in der Entdeckung von Suchtproblemen bei Patientinnen und Patienten, die wegen anderer Pathologien eingewiesen werden. Es arbeitet eng mit der Behandlungskette für Krisenintervention und Konsultation-Liaison des Freiburger Netzwerks für psychische Gesundheit zusammen.

Stiftung Le Torry

Die Stiftung Le Torry ist ein auf Alkoholologie spezialisiertes Behandlungszentrum. Angeboten werden klientenzentrierte stationäre Aufenthalte in einem vertrauens- und respektvollen Klima. Spezifische Programme fördern eine Verhaltensänderung und die Wiederentdeckung von Fähigkeiten und Stärken. Es soll allen ermöglicht werden, neu zu lernen, Entscheidungen zu treffen und Alternativen zum Suchtverhalten zu finden. Dies zieht sich wie ein roter Faden durch das Programm. Auf längere Sicht besteht das Ziel darin, eine gute soziale, kulturelle und/oder berufliche Integration zu halten oder wiederzugewinnen.

Le Torry arbeitet nach einem biologisch-psychologisch-sozialen Ansatz. Dieser stützt sich auf den verbalen Ausdruck in themenzentrierten Gesprächsgruppen oder Einzelgesprächen. Dazu kommen der «nonverbale» Ausdruck in der Kunsttherapie und eine Wiederherstellung der physischen Form durch etwas Sport sowie die Wiederaneignung des Körpergefühls.

Das Zentrum wird zweisprachig geführt.

Die Programme der Stiftung Le Torry sind:

> Das «Kurzzeitprogramm»

Minstdauer: 5 Wochen stationärer Aufenthalt

> Spezifische Ziele:

- > sich des Suchtverhaltens bewusst werden,
- > einen neuen Lebensstil ohne Alkohol und andere psychoaktive Substanzen ins Auge fassen,
- > individuelle Ziele festlegen,
- > Kommunikationsfähigkeiten entwickeln.

> Das Programm «soziale und berufliche Wiedereingliederung»

Minstdauer: je nach Ziel, maximal 24 Monate

> Spezifische Ziele:

- > das im Kurzzeitprogramm Erreichte festigen,
- > die Gegenüberstellung mit der Aussenwelt bewältigen,
- > die Reflexion über Alkoholprobleme vertiefen,
- > neue Ziele setzen,
- > den Austritt vorbereiten.

Die in Le Torry aufgenommene Zielgruppe besteht aus Personen,

- > die zugeben, dass sie ein Problem mit dem Alkohol- und/oder Medikamentenkonsum haben,
- > für die Alkohol der Giftstoff erster Wahl ist (bei mehrfachabhängigen Personen),
- > die bereit sind, sich auf die Erfahrung der vollständigen Abstinenz von jeglichen psychotropen (und nicht während des Aufenthalts ärztlich verordneten) Produkten einzulassen,
- > die in den meisten alltäglichen Verrichtungen selbständig sind,
- > die fähig sind, das Programm «Wiedereingliederung» zu mindestens 50 % zu absolvieren,
- > die fähig sind, ein offenes Umfeld zu bewältigen,
- > die möglicherweise eine Zweifachdiagnose mit ärztlicher Betreuung aufweisen.
- > Alter: 20 – 65 Jahre (je nach individueller und institutioneller Situation 18 Jahre),
- > Sprache: Deutsch oder Französisch (Sprachverständnis).

Die weiteren Leistungen der Stiftung Le Torry sind:

- > Alcochoix+: Hierbei handelt es sich um ein Instrument, mit dem die Person ihr Verhältnis zum Alkohol beurteilen und wählen kann. Es ermöglicht bestimmten übermässig Konsumierenden, Strategien für eine Änderung ihres Verhaltens zu entwickeln und so ihre Lebensqualität zu verbessern. Alcochoix+ wurde spezifisch für übermässig Konsumierende entwickelt, die sich an ihrer Beziehung zum Alkohol stören und sie hinterfragen. Dieses Programm hilft ihnen zu beurteilen, ob sie in der Lage sind, ihren Konsum wieder unter Kontrolle zu bringen, oder, falls nicht, sich für die Abstinenz zu entscheiden. Für deutschsprachige Personen wurde die Koerkel-Methode eingeführt.

Diese Programme laufen in anderen Räumen als denjenigen des stationären Zentrums.

- > Alco-line : Telefonverbindung rund um die Uhr; Orientierung der Anrufenden (betroffene Person, Ärztinnen und Ärzte, Familien, Sozialdienste usw.)
- > Angebote an Angehörige: Kinderbetreuung am Wochenende nach den Normen der Einrichtung, Kochkurs (Kochen ohne Alkohol), Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
- > Ambulante Begleitung nach dem Aufenthalt: wöchentliche Gruppen für Rückfallprävention während sechs bis zwölf Monaten; Möglichkeit, Mahlzeiten im Zentrum einzunehmen, Teilnahme am Workshop für schöpferischen Ausdruck (einmal wöchentlich); Ausbildung
- > Ambulante Begleitung nach dem Aufenthalt:
 - > Gruppen für Rückfallprävention (wöchentlich während sechs bis zwölf Monaten, in Ausnahmefällen mit Möglichkeit eines dreimonatigen Vertrags, der um jeweils weitere drei Monate verlängert werden kann)
 - > Kurs Selbstbehauptung (zweimal monatlich)
 - > Ausnahmsweise die Möglichkeit, auf Anfrage hin Mahlzeiten im Zentrum einzunehmen
- > Alkohologie-Kurs für Beratungsfachleute

Einige Zahlen

Jahr	Aufgenommene Personen	Belegungsgrad	% Tage von Freiburger Klient/inn/en
2010	56	92.62	100
2009	44	94.01	100
2008	58	85.68	100
2007	52	86.29	99.48

Alcochoix (und Koerkel): 2009 profitierten 24 Personen von diesem Programm (13 für Alcochoix; 11 für Koerkel). 2010 waren es 21 Personen (13 für Alcochoix; 9 für Koerkel).

Alco-line: 2009 wurden 272 Hilfesuche mit einem Total von 3'898 Gesprächsminuten verzeichnet. 2010 wurden 139 Anrufe mit einer Gesamtdauer von 1'764 Minuten verzeichnet.

Jahr	Total Ertrag/Aufwand	Haupterträge			
		SVA ⁵⁰	GesA ⁵¹	Ertrag Ateliers	Beteiligung der Klient/inn/en
2010	3'111'650	2'512'938	21'880	316'331	244'385
2009	2'989'840	2'384'444	21'880	304'229	266'448
2008	2'914'254	2'369'044	21'880	267'666	242'110
2007	2'620'202	2'081'876	21'880	245'561	279'257

	Budget 2011	Rechnung 2010 ⁵²	Rechnung 2009	Rechnung 2008
Personaldotation in VZAE	19.45	19.21	18.92	19.70
Prozentsatz ausgebildetes Personal⁵³	80.82%	73.74%	80.29%	80.19%
Verwaltungspersonal in VZAE⁵⁴	2.40	2.42	2.30	2.30

⁵⁰ Sozialvorsorgeamt.

⁵¹ Amt für Gesundheit (für spezifische Projekte).

⁵² Die Rechnungen 2008-2010 sind noch nicht vom SVA geprüft worden.

⁵³ ausgebildetes Personal: Gehaltsklasse ≥ 17 .

⁵⁴ Direktion inbegriffen.

Betreuungspersonal in VZAE	14.55	14.36	14.12	13.65
Andere in VZAE	2.50	2.43	2.50	3.75
Verwaltungspersonal in % gegenüber Betreuungspersonal	16.49%	16.85%	16.29%	16.85%

Die Stiftung Le Torry ist QuaTheDA-zertifiziert⁵⁵.

Stiftung Le Tremplin

Die Stiftung Le Tremplin bezweckt die Betreuung jeglicher Personen, die infolge von Drogenproblemen in Schwierigkeiten sind; dabei wird hauptsächlich die soziale und berufliche Wiedereingliederung angestrebt. Die Stiftung hat mehrere Tätigkeitssektoren.

> Sozialdienst

Der Sozialdienst der Stiftung Le Tremplin ist eine Fachstelle für die Beratung und ambulante Begleitung jeglicher von Drogenproblemen betroffenen Person.

Sein Angebot besteht in: Informationen und einer Betreuung in Berücksichtigung der Besonderheiten der konsumierten Stoffe, einer dem Konsummuster angepassten Prävention, einer Unterstützung in administrativen und finanziellen Belangen, einer Weiterleitung an die geeignete Gesundheitsversorgung (Substitutionsbehandlung, Nachbetreuung, palliative Betreuung), einer Klärung der Beziehungen zu Angehörigen und zum Umfeld, der Hilfe zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung, einer engen Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern des Gesundheits-, Sozial-, Justiz- und Familiennetzes, unentgeltlichen Leistungen und garantierter Vertraulichkeit. Die Begleitung und Betreuung ist in beiden Sprachen möglich.

Die mit der Einzelperson festgesetzten Ziele reichen von der Krisenbewältigung bis zur langfristigen Betreuung.

> Tageszentrum «Au Seuil»

Das Zentrum bietet eine «niederschwellige» Betreuung drogenabhängiger Frauen und Männer an. Sein Angebot besteht in Mahlzeiten, einer alkoholfreien Bar; Workshops zur Förderung des Ausdrucks; Sport, Entspannung, Entdecken; Minijobs (Küche und Service). Der Endzweck besteht in der Wahrung sozialer Bindungen.

Die Ziele des Zentrums sind:

- > Aufbau der sozialen Bindung
 - > persönliche Entwicklung
 - > Aufwertung der Person
 - > Beständigkeit der sozialen Beziehungen

⁵⁵ Qualität Therapie Drogen Alkohol, Qualitätsnorm im Suchthilfebereich.

- > Prävention und Überlebenshilfe
 - > Verminderung der Risiken in Verbindung mit dem Drogenkonsum
 - > Verbesserung der Lebensbedingungen
 - > Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit
- > Soziale Eingliederung
 - > Rehabilitation
 - > soziale Vertretung.

Das Zentrum stellt auch den Austausch gebrauchten gegen steriles Material sicher. Es verfügt zudem über einen ausserhalb installierten Automaten, der die Zugänglichkeit von Spritzen rund um die Uhr sicherstellt.

Das Zentrum ist montags bis freitags von 8:00 bis 15:00 Uhr geöffnet.

> Werkstätten in Freiburg

Die Werkstätten in Freiburg sind ein soziales Unternehmen: eine Arbeits- und Produktionsstätte für Drogenabhängige oder Personen in Schwierigkeiten.

Ziele der Werkstätten:

- > Wiedergewöhnung an Arbeit: Wiederaufnahme des Kontakts zur Arbeitswelt (Einhaltung von Arbeitszeiten, Beobachtungen, Evaluationen) auf dem Weg über verschiedene von den Werkstätten angebotene Tätigkeiten.
- > Beschäftigung: Weiterentwicklung des schon Erreichten, persönliche Entwicklung, Erziehung zum Verantwortungsgefühl, Berufsberatung (Gespräche, Beratungen).
- > Berufliche Wiedereingliederung: Praktika, Begleitung bei der Stellenbewerbung, Verbesserung des Arbeitsertrags usw.

Die Tätigkeiten sind:

- > Anfertigung und Restauration von Möbeln und Holzgegenständen,
- > Rohrstuhlflechten,
- > Korbmacherei,
- > Herstellung von Fischerei-Artikeln,
- > Hausdienst,
- > spielerische Tätigkeiten.

Aufnahmekriterien:

- > Motivation,
- > Arbeitsfähigkeit,
- > Akzeptieren des Reglements der Werkstätten von Freiburg,
- > Unterzeichnung des Arbeitsvertrags,
- > Kostengutsprache für ausserkantonale Arbeitnehmende.

Die Werkstätten von Freiburg können 20 Personen aufnehmen.

> Parcours Horizon (stationäres Zentrum)

Der Parcours Horizon ist ein Zentrum für die soziale und berufliche Wiedereingliederung von Personen, die abstinent werden wollen oder beschlossen haben, keine illegalen psychotropen Stoffe mehr zu konsumieren.

Er bietet die Möglichkeit von Aufenthalten kurzer oder mittlerer Dauer (ab sechs Wochen) bis zu Langzeitaufenthalten (12 - 18 Monate).

Das Zentrum nimmt Personen in methadongestützter oder jeder anderen Substitutionsbehandlung an.

Es bietet eine doppelte Wiedereingliederung an (soziale Eingliederung mit dem Heim und berufliche Eingliederung mit der Werkstatt), die in zwei Etappen abläuft (1. Etappe in Heim und Werkstatt, 2. Etappe in Studio und mit Berufspraktika in der freien Wirtschaft).

Die Zielgruppe für das Foyer Horizon sind mindestens 18-jährige, französischsprachige Drogenabhängige weiblichen oder männlichen Geschlechts: nach einem Entzug oder entzugswillig, für eine freiwillige oder strafrechtliche Platzierung.

Das Zentrum verfügt über 14 Plätze, seit 2006 jedoch werden Budget und Dotation für die Aufnahme von 9 Personen berechnet.

> Zentrum Empreinte

Das Zentrum Empreinte ist für die Unterstützung und Prävention im HIV/Aids-Bereich konzipiert. Es dient als Freiburger Zweigstelle der Aids-Hilfe Schweiz.

Sein Angebot besteht aus:

- > Treffen und Gesprächsaustausch,
- > einer Gesprächsgruppe, wo die Personen frei ihren Alltag, ihre unterschiedliche sexuelle Ausrichtung und ihr Coming out thematisieren können, ohne be- und verurteilt zu werden,
- > Information über HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen,
- > Getränken zum Selbstkostenpreis,
- > gemeinschaftlichen Nachtessen, um die Beziehungen zwischen den HIV-Betroffenen und den Freiwilligen des Zentrums Empreinte zu vertiefen,
- > Aktionen der Prävention und Information bei der Öffentlichkeit, Einsätze mit Erfahrungsberichten, Dokumentationszentrum, Netzwerkarbeit usw.,
- > einem Telefon-Bereitschaftsdienst: 026 424 24 84.

Das Zentrum Empreinte ist für die Aidshilfe-Koordination Freiburg zuständig. Es stellt die Zusammenarbeit unter den Einrichtungen und Vereinigungen sicher, die im Bereich der Prävention von HIV/Aids und sexuell übertragbaren Infektionen tätig sind.

Es werden gemeinsame Aktionen organisiert, wie etwa die Veranstaltungen vom 1. Dezember zum Welt-Aids-Tag.

Einige Zahlen :

Sozialdienst	Jahr	Dossiers
	2010	177
	2009	176 Dossiers
	2008	190 Dossiers
	2007	186 Dossiers

Au Seuil und Werkstätten FR	Jahr	Klient/inn/en
	2010	50 Werkstätten, 30-100/Tag Seuil
	2009	52 Werkstätten, 30-100/ Tag Seuil
	2008	44 Werkstätten, 30-100/ Tag Seuil
	2007	49 Werkstätten, 30-100/ Tag Seuil

F. Horizon	Jahr	Betreute Personen	Belegungsgrad	% Tage von Freiburger Klient/inn/en
	2010	19	98.6	98.4%
	2009	17	61.8	92%
	2008	15	55.6	100%
	2007	16	83.3	100%

Sozialdienst	Jahr	Total Ertrag/Aufwand	Haupterträge		
			KSA ⁵⁶	BSV ⁵⁷	LoRo ⁵⁸
	2010	1'467'015	900'000	407'871	150'000
	2009	1'463'111	900'000	405'576	150'000
	2008	1'334'723	900'000	393'831	130'000
2007	1'340'714	875'000	388'815	150'000	

Au Seuil und Werkstätten FR	Jahr	Total Ertrag/Aufwand	SVA ⁵⁹	Gemeinde Freiburg	LoRo	Ertrag Werkstätten
	2010	1'316'437	1'132'607	20'000	0	152'076
	2009	1'319'984	1'160'837	20'000	0	131'099

⁵⁶ Kantonales Sozialamt.

⁵⁷ Bundesamt für Sozialversicherung.

⁵⁸ Loterie romande.

⁵⁹ Sozialvorsorgeamt.

	2008	1'248'295	1'081'960	20'000	20'000	120'134
	2007	1'337'212	1'161'636	20'000	20'000	134'174

F. Horizon			SVA	Ertrag andere Kantone	Ertrag Werkstätten	Beteiligung Klient/inn/en
	2010	1'542'420	978'268	25'599	95'295	442'802
2009	1'499'399.00	1'218'090	111'751	98'125	156'172	
2008	1'500'135	1'324'354	0	102'438	70'200	
2007	1'433'432	1'244'701	0	77'464	105'730	

	Budget 2011					Rechnung 2010 ⁶⁰				
	Sozial- dienst	Seuil	W. FR	P.Hor.	Emp.	Sozial- dienst	Seuil	W. FR	P.Hor.	Emp.
Personaldotation in VZAE	28.52					28.37				
Ausgebildetes Personal⁶¹ in %	85.71	33.33	66.67	37.50	50.00	85.71	33.33	40.00	50.00	50.00
Verwaltungspersonal in VZAE⁶²	6.40					6.40				
Betreuungspersonal in VZAE	21.12					20.97				
Andere in VZÄ	1.00					1.00				
Verwaltungspersonal in % gegenüber Betreuungspersonal	30.30%					30.52%				

⁶⁰ Die Rechnungen 2008-2010 sind noch nicht vom SVA geprüft worden.

⁶¹ Ausgebildetes Personal: Gehaltsklasse ≥ 17 .

⁶² Direktion inbegriffen.

	Rechnung 2009					Rechnung 2008				
	Sozial- dienst	Seuil	At. FR	P.Hor.	Emp.	Sozial- dienst	Seuil	At. FR	P.Hor.	Emp.
Personaldotation in VZAE	28.39					28.52				
ausgeb. Personal⁶³ in %	87.5	50.00	33.33	37.50	66.67	87.50	40.00	25.00	54.54	75.00
Verwaltungspersonal in VZAE⁶⁴	6.48					6.45				
Betreuungspersonal in VZAE	20.91					21.07				
Andere in VZAE	1.00					1.00				
Verwaltungspersonal in % gegenüber Betreuungspersonal	30.99%					30.61%				

Die Stiftung le Tremplin ist QuaTheDA⁶⁵- und ISO 9001-zertifiziert.

Verein Le Radeau

Der Verein Le Radeau führt ein Aufnahmezentrum für jegliche Personen, die von Suchtverhalten, insbesondere von Drogen-, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch betroffen sind. Es verfügt über zwölf Plätze für Erwachsene.

Es bietet eine individuelle Betreuung in einem Gruppenkontext an. Das Angebot beinhaltet Werkstätten (Bäckerei, Küche), Workshops zur künstlerischen Gestaltung, therapeutische Gesprächsgruppen (Rückfallprävention, Selbstbehauptung), Einzel- und Familiengespräche, Freizeitbetätigungen und einen Sport-Workshop. Das Ziel ist eine soziale und berufliche Wiedereingliederung (sowohl in der freien Wirtschaft als auch in geschützten Werkstätten und Wohnungen).

Le Radeau bietet Langzeitaufenthalte an (drei Monate bis drei Jahre), während denen vierteljährliche Evaluationen stattfinden. In den letzten drei Aufenthaltsmonaten wird der Akzent auf die Suche nach einer Stelle, einer Ausbildung, einer beruflichen Weiterbildung sowie auf die Vorbereitung des Austritts aus der Einrichtung gelegt.

Le Radeau steht folgenden Personenkategorien offen:

> Erwachsene ab 18 Jahren,

⁶³ Ausgebildetes Personal: Lohnklasse ≥ 17

⁶⁴ Direktion inbegriffen

⁶⁵ Qualität Therapie Drogen Alkohol, Qualitätsnorm Suchthilfebereich.

- > Alleinstehenden oder Paaren,
- > mit oder ohne Substitutionsbehandlung,
- > Personen mit einer Freiheitsentziehung nach Artikel 397 ZGB oder einer Massnahme nach Artikel 59/60 StGB.

Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in der Einrichtung bietet Le Radeau eine Nachbetreuung in Form von Einzelgesprächen und eine bedarfsgerechte Begleitung am Standort der Einrichtung oder zu Hause an.

Einige Zahlen

Jahr	Betreute Personen	Belegungsgrad	% Tage von Freiburger Klient/inn/en
2010	21	93.08	78.3
2009	24	89.8	84.7
2008	27	85.3	79.6
2007	23	88.7	50.4

Jahr	Total Ertrag/Aufwand	Haupterträge			
		SVA ⁶⁶	Ertrag Werkstätte	Andere Erträge	Beteiligung Klient/inn/en
2010	1'719'785	662'996	269'943	77'987	708'759
2009	1'662'946	846'770	280'318	33'705	498'582
2008	1'691'090	888'237	272'129	31'758	487'985
2007	1'595'253	558'500	244'080	32'990	753'920

	Budget 2011		Rechnung 2010 ⁶⁷		Rechnung 2009		Rechnung 2008	
	Foyer	Werkstätte	Foyer	Werkstätte	Foyer	Werkstätte	Foyer	Werkstätte
Personaldotation in VZAE	12.45		12.19		12.27		12.25	
ausgebildetes Personal⁶⁸ in %	78.53%	32.00%	82.77%	29.14%	82.16%	48.65%	26.32%	80.14%
Verwaltungspersonal in VZAE⁶⁹	1.60		1.57		1.63		1.69	

⁶⁶ Sozialvorsorgeamt.

⁶⁷ Die Rechnungen 2008-2010 sind noch nicht vom SVA geprüft worden.

⁶⁸ Ausgebildetes Personal: Gehaltsklasse ≥ 17 .

⁶⁹ Direktorin inbegriffen.

Betreuungspersonal in VZAE	9.65	9.52	9.55	9.79
Andere in VZAE	1.20	1.10	1.09	0.77
Verwaltungspersonal in % gegenüber Betreuungspersonal	16.58%	16.49%	17.07%	17.26%

Der Verein Le Radeau ist QuaTheDA⁷⁰-zertifiziert.

Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit, Behandlungskette für das Jugendalter

Der Auftrag der Behandlungskette für das Jugendalter im FNPG-Sektor für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie besteht in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Betreuung der 13- bis 18-jährigen Bevölkerung des Kantons Freiburg.

Die Behandlungskette erteilt Leistungen an verschiedenen Standorten: Spitalbehandlungszentrum Marsens (Station La Chrysalide), ambulante Standorte des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Freiburg und des Centre de soins en santé mentale in Bulle sowie regionale Sprechstunden in Tafers, Meyriez, Estavayer-le-Lac und Romont.

Die Behandlungskette nimmt auch das therapeutische Tageszentrum von Freiburg und die Einheit «PsyMobile» in Anspruch; letztere interveniert im sozialen, familiären und schulischen Umfeld der Patientin oder des Patienten. Auch bietet die Behandlungskette in der Station Chrysalide je nach Bedarf Leistungen im Sinne eines Tages- oder Nachtzentrums an.

Ausserdem können die Akteure der Behandlungskette eine Konsiliartätigkeit in Erziehungsheimen für Kinder und Jugendliche ausüben.

Die Akteure der Behandlungskette arbeiten nach einem interdisziplinären Modell, das medizinische, psychotherapeutische, soziale und krankenschwangerische Kompetenzen verbindet und somit einen integrativen psychiatrischen Ansatz verfolgt, der eine biologische, psychologische und soziale Evaluation beinhaltet.

Für die stationären Leistungen werden die jungen Konsumentinnen und Konsumenten von Kokain, Cannabis und Amphetaminen in der Station La Chrysalide betreut. Diese Produkte bewirken zum Zeitpunkt des Entzugs Symptome wie erhebliche Stimmungsschwankungen, Verhaltens- und Charakterstörungen.

Wegen der Notwendigkeit von Substitutionsbehandlungen findet die Betreuung der Konsumentinnen und Konsumenten von Opioiden in der Regel nicht in der Station La Chrysalide statt (Beurteilung von Fall zu Fall), sondern erfordert die Zusammenarbeit mit der Behandlungskette für Suchstörungen Erwachsener (Station Thalassa). Dies trifft auch für junge Schlafmittelkonsumentinnen und -konsumenten zu.

⁷⁰ Qualität Therapie Drogen Alkohol, Qualitätsnorm im Suchthilfebereich.

Zwischen 2009 und 2010 wurden 5-6 Patientinnen und Patienten in Verbindung mit einer komplexen Konsumproblematik betreut.

Für die ambulanten Leistungen werden die jungen Konsumentinnen und Konsumenten beurteilt und begleitet, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten und spezialisierten Diensten.

Verein REPER

Der Verein REPER bezweckt, zur Gesundheitsförderung beizutragen und alle Massnahmen zu entwickeln, die der Prävention von Abhängigkeit und Risikosituationen dienen. Er wendet sich an eine breite Öffentlichkeit, ist aber vorrangig für junge Menschen aktiv. Er handelt hauptsächlich in den folgenden drei Bereichen:

- > Gesundheitsförderung nach den Grundsätzen und Strategien der Charta von Ottawa, durch die Stärkung der persönlichen und sozialen Ressourcen der betroffenen Personen und Gruppen.
- > Primärprävention durch Informations- und Ausbildungsprogramme sowie Entwicklung und Begleitung von bedarfsgerechten Projekten für Jugendliche und Erwachsene.
- > Sekundärprävention durch Programme der ambulanten Betreuung und Hilfe für Jugendliche und Erwachsene in Risikosituationen:
 - > Deprivation und mangelnde Beziehungen,
 - > Sucht,
 - > soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung,
 - > Stellenlosigkeit oder fehlende Ausbildung.

Die Leistungen von REPER entwickeln sich nach fünf Hauptachsen:

- > Direktinformation über das Multimedia-Dokumentationszentrum und das Netz des Vereins REPER,
- > individuelle und in Gruppen erfolgende Beratung und Begleitung, standortgebunden oder auf der Strasse,
- > Animation spezifischer Programme sowohl in der Primär- als auch in der Sekundärprävention,
- > Begleitung von Projekten in Schulen, Gemeinden und an anderen Standorten,
- > massgeschneiderte Ausbildungen für Fachpersonen und Freiwillige.

Zielpublikum

Ganze Öffentlichkeit, vorrangig aber junge Leute (Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene) und die Erwachsenen ihres Umfelds (Eltern, Lehrpersonen, Erzieher, Jugendleiter, Sporttrainer usw.)

Die folgenden Interventionen sind insbesondere für Jugendliche bestimmt:

- > **Rond-point:** Programm für die individuelle oder in Gruppen stattfindende Frühintervention (13- bis 18-Jährige). Das auf dem Motivationsansatz beruhende Programm wird zu Themen in Verbindung mit Alkohol, Cannabis und Suchtformen ohne Substanzgebrauch (Spiel-, Bildschirmsucht) angeboten. Auftragsarbeit ist möglich, namentlich im Auftrag der Jugendstrafbehörde.
- > **Programm Choice:** Präventionsprogramm für Jugendliche im schulpflichtigen Alter, die in einer schwierigen Situation leben oder abweichendes Verhalten an den Tag legen. Es besteht aus

Einzel- und Familiengesprächen sowie Gruppen-Workshops und läuft über einen Zeitraum von sechs Monaten ab. Der Zweck besteht darin, die individuellen Ressourcen der Jugendlichen nachhaltig zu stärken, Problemlösungsstrategien zu entwickeln und die Selbstkompetenz zu erhöhen.

- > **Sozialpädagogische Begleitung:** individuell zugeschnittene Betreuung Jugendlicher von 12 bis 25 Jahren und ihrer Familie je nach den sie betreffenden Problemen (Sucht, persönliche Beziehungen usw.). Die Gespräche stützen sich auf einen Motivationsansatz, der auf die Ressourcen der Person ausgerichtet ist. Auftragsarbeit je nach Anfrage möglich.
- > **Sozialpädagogischer Bereitschaftsdienst (Permanence):** Betreuung im offenen Umfeld für Jugendliche von 14 bis 25 Jahren, mit Angebot von Workshops für Ausdruck, Gestaltung, Gesundheit und Wohlbefinden. Die Jugendlichen können unangemeldet kommen, um sich zu informieren, Unterstützung und Hilfe zu suchen, sich auszusprechen, ein Projekt zu verwirklichen, Gleichaltrige zu treffen und Kontakte zu knüpfen.
- > **Strassenarbeit (Permanence):** Aufsuchen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 12 bis 25 Jahren in ihrer jeweiligen Lebenswelt, subsidiär auch von über 25-jährigen Suchtkranken. Der Zweck besteht darin, mit dem Zielpublikum Beziehungen zu knüpfen und es den jungen Menschen auf diesem Weg zu ermöglichen, vermehrt Kontrolle über ihre eigene physische und psychische Gesundheit auszuüben, neue Sozialkompetenzen zu entwickeln und zu verantwortlichen Mitbürgerinnen und Mitbürgern heranzuwachsen.
- > **Zusammen ausgehen und einander respektieren:** Programm für die Prävention von Missbrauchsverhalten und die Förderung gesunder Liebes- oder Freundschaftsbeziehungen. Das Programm richtet sich an 12- bis 25-Jährige.
- > **F3+:** Mit diesem dreitägigen Programm können die Jugendlichen Instrumente für die Suche nach einer Praktikumsstelle, einer Lehrstelle oder Arbeitsstelle erwerben und ihr Selbstvertrauen verbessern; die Eltern werden einbezogen, um sie für die Erwartungen der Arbeitswelt und die Begleitung der jungen Menschen in ihren Bemühungen zu sensibilisieren. Es besteht die Möglichkeit, Dolmetscherinnen oder Dolmetscher für Personen mit Migrationshintergrund beizuziehen.
- > **Motivationssemester (Semo):** Programm von sechs Monaten bis zu einem Jahr (Workshops, Coaching, Praktika) für Jugendliche von 15 bis 25 Jahren. Das Programm bildet einen Übergang zwischen Schule und Arbeitswelt. Es bietet Hilfe bei der beruflichen Orientierung und der sozialen und beruflichen Eingliederung von jungen Menschen in Schwierigkeiten.

Für die Begleitung junger Menschen mit einem Suchtproblem oder problematischem Konsum stehen hauptsächlich die Programme Rond-point (Sektor IP), Choice (Sektor RD) und die sozialpädagogische Begleitung (Sektor RR) zur Verfügung.

Suchtpräventionsstelle

Die Suchtpräventionsstelle ist eine Einrichtung des Vereins für Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Sie hat laut Staatsratsmandat gesundheitsfördernde und suchtpreventive Entwicklungen in allen Lebensbereichen im Raum Deutschfreiburg zu unterstützen, zu begleiten und zu initiieren. Sie sucht die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen oder Einzelpersonen.

Beratung und Begleitung

Beratung und Begleitung persönlich oder telefonisch:

- > Betroffene, ihre Angehörigen und Nahestehenden über Hilfsmöglichkeiten und -angebote.
- > Schüler/innen, Lehrpersonen, Veranstalter, Behörden und alle im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention Tätige:
 - > Früherkennung,
 - > Gesundheitsförderung in den Schulen,
 - > Prävention in Sportvereinen,
 - > Medienerziehung,
 - > Gewalt- und Mobbingprävention,
 - > Substanzenkonsum und anderes Suchtverhalten.

Information und Öffentlichkeitsarbeit

Information über Suchtverhalten, gesellschaftliche Hintergründe, Unterstützungsstrategien gegenüber Gefährdeten und über Beratungs- und Behandlungsangebote

- > Versand von elektronischen Newsletters an die Mediatorinnen und Mediatoren,
- > Abgabe von Broschüren, Arbeitshilfen und Unterrichtsmaterialien.

Sensibilisierung der Öffentlichkeit mit:

- > Vorträgen,
- > Medienmitteilungen / Stellungnahmen,
- > Infoständen.

Interessenvertretung und Vernetzung

Zusammenarbeit mit Fachpersonen, Fachstellen und Behörden, wie z. B.:

- > Oberamt des Sense- und des Seebezirks,
- > Jugendamt, Jugendstrafkammer,
- > Polizei,
- > Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst,
- > Politikerinnen und Politiker,
- > Verein der Soziantätigen Deutschfreiburg (VSD),
- > Verein für Kinder- und Jugendförderung Deutschfreiburg (VKJ),
- > Verein Netzwerk Essstörungen Deutschfreiburg,
- > Schulen und Elternvereine.

Projektarbeit

Mit diversen Projekten setzt die Suchtpräventionsstelle das Anliegen der Prävention und Gesundheitsförderung in enger Zusammenarbeit mit ihren Partner/innen und Zielgruppen konkret um:

- > Bildschirmfreie Woche – Medienerziehung,

- > Cool and Clean - Prävention und Fairness in Sportvereinen,
- > Jugendschutz - Massnahmen zur Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen im Bereich Jugendschutz und Alkoholausschank,
- > Gewalt- und Mobbingprävention - Streitschlichterprogramm, Klassenklima,
- > Gesprächsrunden für Jugendliche zu den Themen Alkohol, Cannabis oder on-line Aktivitäten,
- > Bewegte Schule - "Purzelbaum", ein Projekt für mehr Bewegung im Kindergarten.

Weiterbildung

Durch Beratung und Fortbildungen gibt die Suchtpräventionsstelle Impulse für ein gesundheitsförderndes Verhalten.

- > Pädagogische Hochschule,
- > Universität Freiburg – Lehrerbildung,
- > WeiLe Weiterbildung für Lehrkräfte,
- > FIAZ-Kurse (Fahren in angetrunkenem Zustand),
- > Gastronomie-Kurse.

Angebot der Suchtpräventionsstelle für Jugendliche mit risikoreichem Konsumverhalten:

- > Individuelle Beratung der/des Jugendlichen,
- > Beratung der Angehörigen und Nahestehenden der/des Jugendlichen,
- > Familiengespräche,
- > Abgabe von Informationsbroschüren,
- > Früherkennungsprojekt „Zurück in die Zukunft“ :
Die Jugendlichen diskutieren in Kleingruppen mit anderen Jugendlichen, angeleitet durch eine Fachperson der Suchtpräventionsstelle, über ihren Umgang mit Alkohol, Cannabis oder neuen Medien/Computer. Ziel ist eine Sensibilisierung der Jugendlichen für die Thematik und bestenfalls eine Reduktion eines risikoreichen Verhaltens. Im Sinne der Früherkennung werden Jugendliche mit einem deutlichen Risikoverhalten auf mögliche Hilfsangebote aufmerksam gemacht. Das Projekt umfasst auch eine Beratung der Eltern und weiterer Bezugspersonen.

Die Suchtpräventionsstelle führt bei einer vorliegenden Suchterkrankung keine längerfristigen therapeutischen Massnahmen durch. Bei Verdacht auf eine bestehende Sucht sowie bei weiteren komplexeren Fragestellungen, die eine therapeutische Massnahme oder längerfristige Begleitung erfordern, übernimmt die Suchtpräventionsstelle eine Triage-Funktion.

Unterbringungen ausserhalb des Kantons

Der Staat kann die Kosten der Betreuung in den kantonalen Einrichtungen finanzieren, aber auch diejenigen in ausserkantonalen Einrichtungen, wenn es sich um Personen handelt, die wegen ihres Alters oder des chronischen Charakters ihrer Suchtprobleme eine Lebenswelt und eine Tätigkeit brauchen, die ihren Bedürfnissen entsprechen, innerhalb des Kantons aber nicht anzutreffen sind.

Somit werden jährlich rund 20-30 Kostengutsprachen für ausserkantonale Betreuungen erteilt. Die hauptsächlichen Einrichtungen für diese Freiburger Personen sind das Foyer André (NE) und der Tannenhof (BE).

Dabei handelt es sich um stationäre Strukturen für Abhängige, die vorläufig oder endgültig nicht in der Lage sind, sich wieder in den sozioökonomischen Kreislauf zu integrieren. Sie zeichnen sich durch eine gute Zugänglichkeit aus und bieten Betreuungen an, die auch sehr lange dauern können (mehrere Jahre). Die von diesen Strukturen betreuten Personen eignen sich nachweislich nicht für die Programme der verschiedenen Sondereinrichtungen des Kantons Freiburg.

Nach den Bestimmungen der Interkantonalen Vereinbarung über soziale Einrichtungen (IVSE) müssen Einrichtungen, die eine Person mit Wohnsitz in einem anderen Kanton aufnehmen möchten, vor der Aufnahme eine Kostenübernahmegarantie des Wohnkantons einholen. Im Namen der Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) ist das Sozialvorsorgeamt (SVA) für die Erteilung einer solchen Garantie zuständig. Nach der kantonalen Gesetzgebung muss die Notwendigkeit einer allfälligen Unterbringung in einer ausserkantonalen Einrichtung auf die Stellungnahme qualifizierter Personen gestützt sein. In diesem Sinne wurde im Rahmen des Kapitels «Indikation und Case Management» des Koordinationsprojekts für die Betreuung Suchtkranker ein Verfahren der Zusammenarbeit zwischen dem GesA, der FNPG-Behandlungskette für Suchtstörungen, dem Verein Le Radeau, der Stiftung Le Tremplin und der Stiftung Le Torry ausgearbeitet.

Weitere Leistungen

Über die spezialisierte Betreuung hinaus werden zahlreiche Suchtkranke von den folgenden Strukturen betreut oder begleitet:

> Notschlafstelle La Tuile

2009 registrierte das Zentrum 25 Personen, die sich mehr als drei Monate dort aufhielten. Drei Viertel der Klientinnen und Klienten hatten Suchtprobleme.

> Anstalten von Bellechasse – Heim Tannenhof

Das Heim nimmt mehrheitlich zu einer unbedingten Freiheitsstrafe verurteilte Personen für einen Aufenthalt von maximal einem Jahr auf (in Haftstrafe umgewandelte Geldstrafen oder kurze unbedingte Freiheitsstrafen), sowie einige Personen mit einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung oder für den Vollzug einer strafrechtlichen Massnahme des Freiheitsentzugs⁷¹ auf.

> Sozialdienste, Vormundschaft, Beistände

> Amt für Bewährungshilfe, Jugendstrafgericht, Friedensgerichte

> Anonyme Alkoholiker

⁷¹ Derzeit ist eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe «Zukunft des Heims Tannenhof und gesundheitliche Betreuung von strafrechtlich Verurteilten» aktiv.