



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC  
Kantonsarztamt KAA

Rte de Villars 101, 1751 Villars-sur-Glâne

T +41 026 305 79 80, F +41 026 305 79 81  
www.fr.ch/kaa

*Freiburg, 27. April 2017*

—

# **Netzwerk der Freiburger Einrichtungen für Suchtkranke (NFES)**

## **Planung der stationären und teilstationären Leistungen und Werkstätten 2016–2020**

### **Bericht**

Der Staatsrat hat diesen Bericht am 15. Mai 2017 zur Kenntnis genommen.

—

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

## Inhalt

1. Zusammenfassung.....	3
2. Hintergrund und Vorgehen .....	4
3. Erhebung von institutionellen Daten .....	5
3.1. Institutionelles Netzwerk .....	5
3.2. Eigenschaften der Nutzerinnen und Nutzer der NFES-Einrichtungen.....	8
3.3. Ausserkantonale Betreuung .....	9
4. Analyse weitere Daten .....	11
4.1. Warteliste .....	11
4.2. Weitere Einflussfaktoren auf die Bedürfnisse.....	12
4.3. Allgemeine Tendenzen der stationären Therapien in der Schweiz.....	13
5. Planung 2016–2020.....	14
Tabellenverzeichnis.....	16
Referenzen .....	17
Dank .....	17
Impressum.....	18

## 1. Zusammenfassung

Zur quantitativen und qualitativen Planung seines Angebots an institutionellen Leistungen im Bereich Suchterkrankungen muss der Kanton den Bedarf an solchen Leistungen unter Berücksichtigung des innerhalb und ausserhalb des Kantons bestehenden Angebots abklären.

Dieser Bericht basiert auf den Daten des Jahres 2015, das somit als Referenzjahr dient. Er enthält die Planung des Leistungsangebots für den Zeitraum 2016–2020 der drei Institutionen des Freiburger Netzwerks für Suchtkranke (NFES): der Verein «Le Radeau» sowie die Stiftungen «Le Torry» und «Le Tremplin». Für die Analyse des Bedarfs und des bestehenden Angebots wurden sieben Quellen hinzugezogen:

- > Die Datenerhebung bei den Institutionen des NFES;
- > Daten des Sozialvorsorgeamts (SVA);
- > Daten der Bedarfsabklärungsstelle für Suchtkranke des Kantonsarztamts (KAA);
- > Planungssitzung (3. November 2016) zwischen den Direktionen der drei Institutionen des NFES und dem KAA sowie die Präsentation des Projektentwurfs vor der beratenden Kommission für die Unterstützung und Begleitung behinderter und gefährdeter Personen (27. Januar 2017);
- > Arbeiten der Kommission für Suchtfragen;
- > Zusätzliche Informationen von anderen Instanzen (insbesondere JA, Jugendgericht und Friedensgericht);
- > Studie über die Entwicklung anderer statistischer oder wissenschaftlicher Indikatoren.

Aus der qualitativen und quantitativen Analyse dieser Quellen geht hervor, dass derzeit keine neuen Therapieplätze oder Werkstätten vorzusehen sind, allerdings müssen einige Leistungen weiterentwickelt und angepasst werden, um die veränderten Bedürfnisse der betroffenen Bevölkerung zu erfüllen. Im Rahmen der aktuell zur Verfügung stehenden Mittel sind folgende Anpassungen möglich:

1. Änderung der Nutzung bestimmter stationärer Plätze, um die Bedürfnisse von Minderjährigen besser zu berücksichtigen (2–4 Plätze);
2. Anpassung bestimmter Plätze zur Betreuung von älteren Personen, die neben der Sucht an weiteren Komorbiditäten leiden: Prüfung der Schaffung einer teilweise durch die Krankenkassen finanzierten Pflegeheim-Einheit in einer oder mehreren Institutionen des NFES;
3. Einrichtung von stationären Plätzen zur «vorübergehenden Krisenbewältigung» (2 Plätze in stationären Einrichtungen);

*Kommentare: 1) Viele Suchtkranke lassen sich nicht behandeln oder unterziehen sich keiner spezialisierten Behandlung und sind deshalb dem Freiburger Dispositiv nicht bekannt. Nur 10 bis 15 Prozent der Personen, die an einer Alkoholsucht leiden, und etwa 6 Prozent der exzessiv Spielsüchtigen werden behandelt. 2) Das prognostizierte Bevölkerungswachstum um 10,75 Prozent bis 2020 sowie die Alterung der Bevölkerung haben unweigerlich die Zunahme von Hilfsgesuchen zur Folge. Das genaue Ausmass ist allerdings schwer vorauszusehen. Aus diesem Grund ist bei der Einschätzung des Bedarfs der Betreuungsplätze eine gewisse Fehlerspanne möglich, sollte sich das Verhalten oder die Beitragsgesuche von Suchtkranken in den nächsten Jahren verändern. Das Suchtmonitoring insbesondere mittels des Indikationswerkszeugs FRIADIC ermöglicht es uns, zum jetzigen Planungszeitpunkt die Bedürfnisse der Berechtigten und ihr Profil besser zu kennen.*

## 2. Hintergrund und Vorgehen

Das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) legt fest, dass die Kantone invaliden Personen, die Wohnsitz in seinem Gebiet haben, ein Angebot an Institutionen zur Verfügung zu stellen müssen, das ihren Bedürfnissen in angemessener Weise entspricht. In seiner Sitzung vom 17. Mai 2010 hat der Staatsrat das vom IFEG verlangte Behindertenkonzept gutgeheissen. Anschliessend wurde das Konzept am 17. Dezember 2010 auf Antrag der Expertenkommission, die mit der Analyse der Behindertenkonzepte aller Kantone beauftragt war, auch vom Bundesrat verabschiedet. Ziel des kantonalen Konzeptes ist es, die Grundsätze zu bestimmen, die der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) im Bereich erwachsene Menschen mit Behinderungen zugrunde liegen. Deshalb zielt es in erster Linie darauf ab, den Anforderungen in Artikel 10 IFEG zu entsprechen. Obwohl nicht alle Suchtkranke im Sinne des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) invalid sind, fallen die stationären Einrichtungen und Werkstätten für Suchtkranke gemäss Neugestaltung des Finanzausgleichs und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) in diesen Zuständigkeitsbereich. Die Kantone gewährleisten, dass invaliden Personen, die Wohnsitz in ihrem Gebiet haben, ein Angebot an Institutionen zur Verfügung steht, das ihren Bedürfnissen in angemessener Weise entspricht.

Das Sozialvorgeamt und das Kantonsarztamt arbeiten in diesem Bereich eng zusammen. Der vorliegende Bericht befasst sich nur mit zwei Leistungen des NFES: stationäre Therapien und Werkstätten. Daneben bietet das Netzwerk auch ambulante Betreuung, Wohnstätten, betreutes Wohnen sowie Werk- und Tagesstätten. Diesbezüglich wird derzeit ein umfassendes Dokument zur kantonalen Strategie und der Koordination der Betreuung von Suchtkranken erstellt. Für diese Koordination ist das Kantonsarztamt zuständig. Sie umfasst alle sozialen, medizinischen, stationären und ambulanten Leistungen. Das Kantonsarztamt muss insbesondere die 2012 vom Staatsrat beschlossene kantonalen Politik für die integrierte und koordinierte Versorgung suchtkranker Menschen umsetzen<sup>1</sup> und für die Qualität und Angemessenheit der bio-psycho-sozialen Leistungen in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer sorgen. Gemäss [Verordnung vom 23. Juni 2014](#) ist ausserdem die Kommission für Suchtfragen für die Umsetzung der Suchtpolitik zuständig.

Bereits seit 1996 besteht eine gewisse Unsicherheit betreffend die Finanzierung der stationären Therapien in der Schweiz<sup>2</sup>. Der Kanton hat daher seine Steuerung in diesem Bereich verstärkt. Seit 2011 hat die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) das NFES beauftragt, mehr Synergien zwischen den drei Institutionen des Netzwerks zu schaffen. 2016 wurde die Beratungsgruppe B'VM damit beauftragt, die verschiedenen Szenarien dieser Synergien, eine gemeinsame Vision und eine operative Annäherung zu prüfen. Dieser partizipative Prozess erbrachte jedoch nicht die erhofften Ergebnisse, weshalb die GSD es als unverzichtbar erachtet, diese Anstrengungen in der Planungsphase weiterzuführen.

---

<sup>1</sup> [http://www.fr.ch/smc/de/pub/sucht/das\\_macht\\_kanton\\_freiburg.htm](http://www.fr.ch/smc/de/pub/sucht/das_macht_kanton_freiburg.htm)

<sup>2</sup> <http://www.infodrog.ch/therapie-publikationen.html>

### 3. Erhebung von institutionellen Daten

Mit einer deskriptiven Analyse der Daten kann der institutionelle Kontext im Kanton Freiburg sowie die von den Institutionen betreute Bevölkerung umfassend und präzise erfasst werden. Auch Informationen zu Erwachsenen, die ausserhalb des Kantons Freiburg in einer Einrichtung behandelt werden, wurden berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Analyse werden in drei Teilen dargestellt:

- > Beschreibung der Funktionsweise, Besonderheiten, Leistungen, Anzahl Betreuungsplätze usw. pro Struktur
- > Vertiefte Informationen zu den Personen, die von einer stationären institutionellen Leistung profitieren
- > Informationen zu den Suchtkranken, die ausserhalb des Kantons betreut wurden

#### 3.1. Institutionelles Netzwerk

**Tabelle 1: Anzahl Plätze pro Leistung und Entwicklung in den letzten 10 Jahren**

Die Anzahl Plätze ist seit 10 Jahren unverändert

Leistungen	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Heim mit Beschäftigung	46	46	46	44	46	46	46	46	46	46	46
Heim ohne Beschäftigung (GW)	6	6	6	8	6	6	6	6	6	6	6
Werkstätte	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
<b>Total</b>	<b>72</b>										

Der Begriff «Heim mit Beschäftigung» bezeichnet stationäre Therapieeinrichtungen und angegliederte Werkstätten, die Teil der Therapie sind. Einzig die Stiftung Le Tremplin bietet geschütztes Wohnen (GW) an: sechs Plätze. Insgesamt gibt es 72 Plätze.

**Tabelle 2: Plätze «Heim mit Beschäftigung» pro Einrichtung**

Die Plätze «Heim mit Beschäftigung» sind wie folgt verteilt:

Einrichtung	Anzahl Plätze
Le Torry	20
Le Tremplin (Parcours Horizon)	14
Le Radeau	12
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>

**Tabelle 3: Belegungsgrad «Heim mit Beschäftigung» (Stand am 31.12.2015)**

Für den Belegungsgrad wurde ein Schwellenwert von 85 Prozent festgelegt; solange die Belegung darunter liegt, nimmt der Kanton keine Korrekturmassnahmen vor. Die drei Institutionen des NFES haben diese Vorgabe 2015 erfüllt. Der Belegungsgrad für stationäre Therapien ist weiterhin gut. Überlegungen zur Zielgruppe und zur Absprache innerhalb des gesamten Dispositivs sind nötig, um sich an die neuen Bedürfnisse anzupassen.

Einrichtung	Belegungsgrad
Le Radeau	89 %
Le Torry	100 %
Le Tremplin (Parcours Horizon)	94,33 %

**Table 4: Aufenthaltsdauer in den Einrichtungen 2015**

**Insgesamt machten 96 Personen eine stationäre Therapie in einer Einrichtung.** Aus der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer lassen sich keine nützlichen Schlüsse über die Dauer der stationären Therapieaufenthalte ziehen. Wie die nachfolgenden Tabellen zeigen, kann die Dauer der Aufenthalte innerhalb einer Einrichtung stark variieren. In allen Einrichtungen gibt es kurze, mittellange und lange Aufenthalte.

Le Torry (N=57) Aufenthaltsdauer	Anzahl	Anteil
Langzeitaufenthalte (14 bis 23 Monate)	22	39 %
Mittellange Aufenthalte (5 bis 14 Monate)	8	14 %
Kurzaufenthalte (4 Monate oder weniger bis zum Austritt)	23	40 %
<i>Gerade erst in der Einrichtung angekommen</i>	4	7 %

*Bemerkung: Bei den mittellangen und kurzen Aufenthalten wurden zwischen ausgetretenen Personen und solchen, die gerade erst angekommen waren, unterschieden.*

Insgesamt waren 2015 57 Personen zur Therapie in Le Torry, davon waren am 31. Dezember 2015 37 ausgetreten und 20 befanden sich noch in Therapie. 3 Personen verbrachten 2015 zwei Aufenthalte in Le Torry. Aus den Daten ergeben sich zwei fast identische Gruppen: diejenige der Kurzaufenthalte und diejenige der Langzeitaufenthalte. Mittellange Aufenthalte sind die Ausnahme; sehr lange Aufenthalte wurden nicht verzeichnet.

Le Tremplin (N=19) Aufenthaltsdauer	Anzahl	Anteil
Sehr lange Aufenthalte (mehr als 23 Monate)	3	16 %
Langzeitaufenthalte (14 bis 23 Monate)	3	16 %
Mittellange Aufenthalte (5 bis 14 Monate)	8	42 %
Kurzaufenthalte (4 Monate oder weniger bis zum Austritt)	1	5 %
<i>Gerade angekommen</i>	4	21 %

*Bemerkung: Bei den mittellangen und kurzen Aufenthalten wurden zwischen ausgetretenen Personen und solchen, die gerade erst angekommen waren, unterschieden.*

Insgesamt waren 2015 19 Personen zur Therapie in Le Tremplin, davon waren am 31. Dezember 2015 11 ausgetreten und 8 befanden sich noch in Therapie. Zwei Bewohner aus der Gruppe der mittellangen Aufenthalte waren am 31. Dezember 2015 noch immer in der Einrichtung, weshalb sie wohl demnächst zu der Gruppe der Langzeitaufenthalte gezählt werden müssen. Aus den Daten ergeben sich zwei fast identische Gruppen: diejenige der mittellangen Aufenthalte und diejenige der sehr langen Aufenthalte.

Le Radeau (N=20) Aufenthaltsdauer	Anzahl	Anteil
Sehr lange Aufenthalte (mehr als 23 Monate)	5	25 %
Langzeitaufenthalte (14 bis 23 Monate)	3	15 %
Mittellange Aufenthalte (5 bis 14 Monate)	4	20 %
Kurzaufenthalte (4 Monate oder weniger bis zum Austritt)	2	10 %

Austritt)		
<i>Gerade angekommen</i>	6	30 %

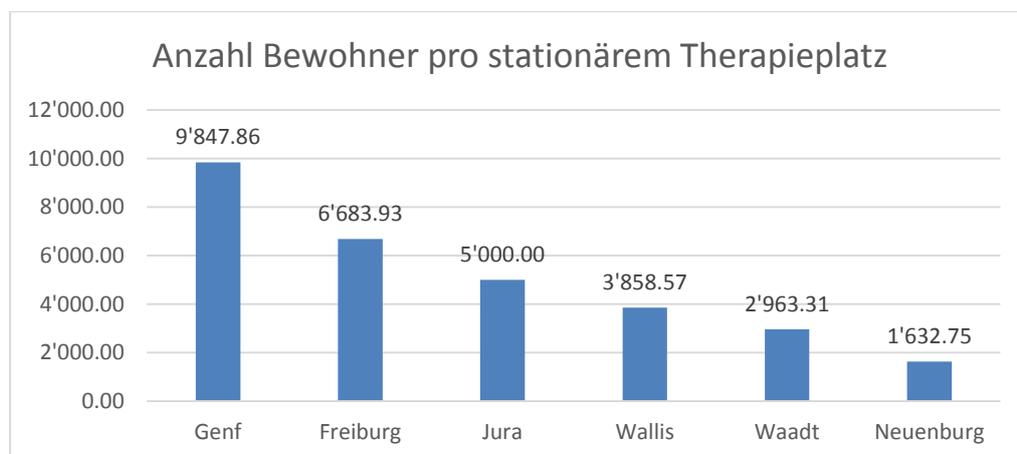
Bemerkung: Bei den mittellangen und kurzen Aufenthalten wurden zwischen ausgetretenen Personen und solchen, die gerade erst angekommen waren, unterschieden.

Insgesamt waren 2015 20 Personen zur Therapie in Le Radeau, davon waren am 31. Dezember 2015 8 ausgetreten und 12 befanden sich noch in Therapie. Die Langzeitaufenthalte und die sehr langen Aufenthalte sind am häufigsten in Le Radeau; nur 1/5 der Aufenthalte sind mittellang. In Le Tremplin und Le Radeau werden auch Personen betreut, die auf gerichtliche Anordnung eine Therapie machen. Für diese Personen können die Einrichtungen selbst die Aufenthaltsdauer nur begrenzt selbst bestimmen. Die sehr langen Aufenthalte lassen sich z. T. auf diese Situationen zurückführen, die bezüglich Wiedereingliederung und Sicherheit oftmals äusserst komplex sind. Bei der Interpretation der Daten ist jedoch Vorsicht geboten, da am 31. Dezember 2015 viele Personen gerade erst in der Einrichtung angekommen waren.

Im Allgemeinen ist eine Variabilität der Aufenthaltsdauer positiv zu werten, weil man so den unterschiedlichen Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten entsprechen kann. Die Aufenthalte über 23 Monate müssen jedoch genauer untersucht werden, da die therapeutische Wirkung der stationären Umgebung grundsätzlich vor Ablauf von zwei Jahren eingesetzt haben sollte. Ebenfalls in diese Untersuchung einfließen sollte die Abstimmung mit der ambulanten und der teilstationären Betreuung sowie Überlegungen zu Wohnen und Arbeit.

***Tabelle 5: Anzahl stationäre Therapieplätze im Verhältnis zur Bevölkerung (2015)***

Diese Tabelle dient einzig informativen Zwecken, da das Verhältnis von der kantonalen Politik und dem bisherigen Angebot auf dem Kantonsgebiet abhängt. Ein stark entwickeltes ambulantes Leistungsangebot kann z. B. bedeuten, dass es weniger stationäre Therapieplätze gibt. Des Weiteren werden in dieser Tabelle die verschiedenen Gruppen der von den Einrichtungen betreuten Klientinnen und Klienten nicht unterschieden. Durch die Darstellung kann allerdings die Nachfrage nach Unterbringungen ausserhalb des Kantons erklärt werden, wenn man davon ausgeht, dass wegen eines schwächer entwickelten Angebots in einem Kanton nicht alle betroffenen Zielgruppen behandelt werden können.



Quelle: Stiftung Le Tremplin auf der Grundlage der Daten der «Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions» (CRIAD), 2015

### 3.2. Eigenschaften der Nutzerinnen und Nutzer der NFES-Einrichtungen

**Tabelle 6: Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Alter**

Durchschnittsalter der Personen, die 2015 eine stationäre Therapie machten:

Einrichtung	Durchschnittsalter	Medianalter
Le Torry	48,3	48,0
Le Tremplin	32,8	32,0
Le Radeau	33,9	31,5

Le Torry ist spezialisiert auf die Betreuung von Alkoholkranken, weshalb das höhere Durchschnittsalter nicht überraschend ist und den Beobachtungen in anderen Kantonen entspricht. Einer der bekannten Gründe dafür ist, dass alkoholsüchtige Personen dazu neigen, erst später im Leben eine Therapie zu beginnen, insbesondere weil die persönlichen und sozialen Auswirkungen der Sucht sich erst später bemerkbar machen. Suchtkranke, die illegale Drogen konsumieren und die in Le Tremplin und Le Radeau betreut werden, bekommen die persönlichen und sozialen Auswirkungen früher zu spüren und begeben sich daher auch früher in Behandlung.

**Tabelle 7: Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Wohnbezirk (intrakantonale Platzierungen)**

Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer aller Einrichtungen nach Wohnbezirk:

Le Torry Bezirk	Anteil
Saane	55 %
Glane	7 %
Broye	4 %
Greyerz	13 %
See	6 %
Sense	11 %
Vivisbach	4 %

Le Tremplin Bezirk	Anteil
Saane	72 %
Glane	7 %
Broye	7 %
Greyerz	14 %
See	0 %
Sense	0 %
Vivisbach	0 %

Le Radeau Bezirk	Anteil
Saane	70 %
Glane	6 %
Broye	18 %

Greyerz	6 %
See	0 %
Sense	0 %
Vivisbach	0 %

Die Zahlen zeigen, dass die zweisprachige Einrichtung Le Torry die beiden Bezirke See und Sense abdeckt, was weder bei Le Tremplin noch bei Le Radeau der Fall ist. Im Allgemeinen beansprucht die Bevölkerung im Südteil des Kantons weniger stationäre Therapieplätze, insbesondere in den Einrichtungen Le Tremplin und Le Radeau. 2013 und 2014 waren allerdings Personen aus dem Südteil Freiburgs in Le Tremplin. Diese Zahlen sollten daher weiter beobachtet werden.

### ***Tabelle 8: Anteil Nutzerinnen und Nutzer aus anderen Kantonen***

Anteil der Nutzerinnen und Nutzer aus anderen Kantonen pro Einrichtung:

Einrichtung	Anteil	Anzahl
Le Torry	0 %	0
Le Tremplin	5 %	1
Le Radeau	15 %	3

Es gibt keine Bestimmungen darüber, wie viele Personen aus anderen Kantonen eine Einrichtung aufnehmen darf oder soll. Interkantonale Unterbringungen sind insbesondere von der Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) sowie den interkantonalen Konkordaten für gerichtlich angeordnete Unterbringungen vorgesehen.

### **3.3. Ausserkantonale Betreuung**

2015 wurden **31 Freiburgerinnen und Freiburg in einer Einrichtung ausserhalb des Kantons untergebracht** und nahmen dort insgesamt 47 Leistungen in Anspruch.

### ***Tabelle 9: Ausserkantonale Unterbringungen und Verteilung auf die Kantone***

Kanton	Anzahl	Anteil
VD	11	35 %
BE	8	26 %
BS	7	23 %
VS	3	9 %
NE	1	3,5 %
ZH	1	3,5 %
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>

*Anmerkung: Diese Zahlen beinhalten die Unterbringungen in den Einrichtungen der Liste C der IVSE («Stationäre Therapie- und Rehabilitationsangebote im Suchtbereich») und in Einrichtungen, die nicht auf dieser Liste aufgeführt sind, die aber Suchtkranke aufnehmen («nicht anerkannte» Einrichtungen). Drei der Unterbringungen betrafen Minderjährige (über das Jugendamt (JA)/das Friedensgericht).*

Die ausserkantonalen Unterbringungen erfolgten zu gleichen Teilen in deutsch- und französischsprachigen Kantonen, was jedoch nicht bedeutet, dass die Sprache das einzige Kriterium war. Bei der Untersuchung der Gründe für die ausserkantonalen Unterbringungen zeigt sich deutlich, dass das fehlende Angebot im Kanton Freiburg bei den meisten der ausschlaggebend war (siehe Tabelle 13).

**Tabelle 10: Ausserkantonale Unterbringung: Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Wohnbezirk**

Bezirk	Anteil
Saane	60 %
Glane	4 %
Broye	4 %
Greyerz	0 %
See	11 %
Sense	8 %
Vivisbach	4 %

Aus diesen Zahlen geht hervor, dass die Verteilung der Wohnorte der Nutzerinnen und Nutzer, die sich ausserhalb des Kantons eine stationären Therapie unterzogen, sich nicht bedeutend von derjenigen der Nutzerinnen und Nutzer innerhalb des Kantons unterscheidet. Ausserdem zeigen die Zahlen, dass der Wohnort kein Grund ist, um sich ausserhalb des Kantons behandeln zu lassen (siehe Punkt 3.3). Die Gründe für die ausserkantonalen Unterbringungen sind in Tabelle 13 aufgeführt.

**Tabelle 11: Unterbringungen inner- und ausserhalb des Kantons**

Art der Unterbringung	Anzahl	Prozent
Innerhalb des Kantons (inkl. aus anderen Kantonen)	96	75 %
Ausserhalb des Kantons	31	25 %
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100 %</b>

*Anmerkung: Diese Zahlen beinhalten die Unterbringungen in den Einrichtungen der Liste C der IVSE («Stationäre Therapie- und Rehabilitationsangebote im Suchtbereich») und in Einrichtungen, die nicht auf dieser Liste aufgeführt sind, die aber Suchtkranke aufnehmen («nicht anerkannte» Einrichtungen). Drei der Unterbringungen betrafen Minderjährige (über das Jugendamt (JA)/das Friedensgericht).*

Das Verhältnis zwischen Unterbringungen innerhalb (3/4) und ausserhalb (1/4) des Kantons muss unter dem Aspekt der Übereinstimmung zwischen therapeutischen Zielen und bestehendem Angebot betrachtet werden. Dazu wird in den nächsten Jahren eine vertiefte Analyse namentlich auf Basis der kantonalen Indikationsdaten durchgeführt, die seit 2015 oder für gerichtlich angeordnete Fälle seit 2017 verfügbar sind.

**Tabelle 12: Genutzte Leistungen ausserhalb des Kantons**

100 Prozent der 31 Personen waren stationär in Therapie (mit oder ohne Beschäftigung). Eine Person war in zwei verschiedenen stationären Einrichtungen; 16 Personen nahmen mehr als eine Leistung in Anspruch.

Art der Leistung	Anzahl	Prozent
Heim mit Beschäftigung	21	45 %
Heim ohne Beschäftigung	11	24 %
Werkstatt	9	19 %
Tagesstätte	3	6 %
Aussenwohngruppe	2	4 %
Ambulant in einem Unternehmen	1	2 %
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100 %</b>

**Tabelle 13: Gründe für die ausserkantonalen Unterbringungen**

Hauptgründe für ausserkantonale Unterbringungen	Anzahl
Kontrolle des Drogenkonsums (niederschwellige Suchthilfe/aktiver Konsum durch Injektion)	10
Kontrolle des Alkoholkonsums	1
Stabilisierung von Verhaltensweisen (Gewalt)	1
Stabilisierung psychischer Probleme (Depression)	4
Spezialangebot für Mutter und Kind / Minderjährige	2
Post-traumatische Stabilisierung	1
Angebot mit medizinischen Leistungen, aktiver Konsum für ältere Personen (vor AHV-Alter)	1
Abstand von Freiburg (bekannte Persönlichkeit, Abstand vom illegalen Drogenmilieu und gefährdenden Drittpersonen in Freiburg)	12
Deutsche Muttersprache	4
Andere (z. B. Aufenthalte vor Umsetzung des Dispositivs)	9

Zu den zwei häufigsten Gründen gehören die therapeutischen Bedürfnisse im Zusammenhang mit einem aktiven Konsum von illegalen Drogen (N=10) sowie eine Entfernung vom Umfeld in Freiburg (N=12). Bei ersterem handelt es sich in der Tat um ein Angebot, das im Kanton Freiburg nicht besteht. Dass Betroffene häufig Abstand von Freiburg brauchen, zeigt, wichtig es ist, die Grundbedürfnisse zu erfüllen, damit eine Therapie Erfolg haben kann. Dass eine Einrichtung deutschsprachig ist, war nur in vier Fällen ausschlaggebend.

## 4. Analyse weitere Daten

### 4.1. Warteliste

Le Torry ist die einzige Einrichtung des NFES mit einer dauerhaften Warteliste. 2015 betrug die Wartezeit durchschnittlich zwei bis drei Monate (im Durchschnitt waren 2 bis 3 Personen auf der Liste; die Höchstzahl lag bei 6 Personen). Die Warteliste wurde auch 2016 weitergeführt und sollte genauer untersucht werden.

Es gibt mehrere Erklärungsansätze für die Wartezeiten, wie z. B. das Verhältnis zwischen der Anzahl Therapieplätze (20) und der Anzahl Personen, die an einer Alkoholsucht leiden (schätzungsweise 10 000 im Kanton Freiburg). Neben dem Bevölkerungswachstum im Kanton, das unbestreitbar eine Rolle bei der Zunahme der Therapiegesuche spielt, wirken sich auch andere Faktoren auf die Nachfrage nach Therapieplätzen aus. Das Angebot an Übergangs- und ambulanten Leistungen mag den Betreuungsbedarf nach Therapieende derzeit kaum zu decken. Dies ist in allen drei Einrichtungen der Fall. Nach Therapieende ist es zudem meist sehr schwierig, eine Arbeit und vor allem eine Wohnung zu finden. Auch dies kann ein Grund dafür sein, weshalb bestimmte Plätze in Le Torry besetzt bleiben. Viele Personen, die sich in Le Torry einer Therapie unterziehen sind qualifiziert und erfahren, haben jedoch wegen ihrer Vergangenheit als Alkoholsüchtige und ihres Alters (durchschnittlich 48,3 Jahre) Mühe, ihren Platz in der Gesellschaft wiederzufinden. Im Rahmen der Koordination der Betreuung von suchtkranken Personen ist eine vertiefte Untersuchung nötig, um zu prüfen, wie die drei Erklärungsansätze zu gewichten sind. Es kam bereits vor, dass Le Radeau notfallmässig eine oder zwei Personen aufnahm, bis in Le Torry ein Platz frei wurde. Dies kommt nur als vorübergehende Lösungen infrage und muss die Ausnahme bleiben.

## 4.2. Weitere Einflussfaktoren auf die Bedürfnisse

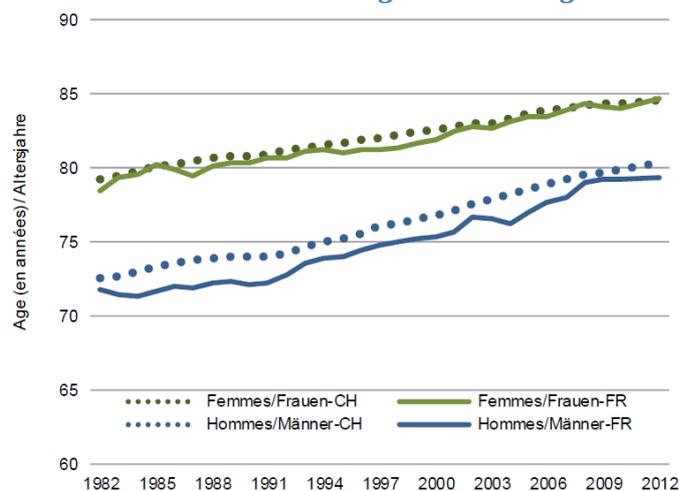
Am 6. Oktober 2014 zählte der Kanton Freiburg erstmals mehr als 300 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Seit über zehn Jahren verfügt der Kanton Freiburg über das grösste Bevölkerungswachstum der Schweiz. Zwischen 2000 und 2010 wuchs seine Bevölkerung um 17,6 %, während das durchschnittliche Bevölkerungswachstum der Schweiz 9 % betrug.

Dieses anhaltende Wachstum führt zu Veränderungen. In der Tat sind die Konsequenzen dieses demografischen Wachstums ambivalent. Der Zuzug von neuen Einwohnerinnen und Einwohnern ist zwar eine zusätzliche Einnahmequelle, schafft aber auch Bedürfnisse und Erwartungen. Eine der Herausforderungen für das Gemeinwesen besteht insbesondere in der Begegnung dieses Wachstums mit dem Ausbau der Infrastrukturen, der Einrichtungen und der Dienstleistungen. Die demografischen Prognosen des kantonalen Amtes für Statistik (StatA) zeigen die demografische Entwicklung bis 2020. Ihnen zufolge steigt die ständige Einwohnerzahl von 307 461 Personen im Jahr 2015 auf 332 821 im Jahr 2020<sup>3</sup>. Neben der demografischen Entwicklung gibt es weitere Faktoren, die einen Einfluss auf den Bedarf an stationären und ambulanten Plätzen haben: der Zuwanderungsstrom, Fortschritte in der Medizin (Fortschritt in der Neurologie und Neurowissenschaften usw.). Allerdings wird ihr Einfluss auf die Entwicklung der verschiedenen Leistungen über diese Planung 2016–2020 hinaus ein langfristiger sein.

Das Bevölkerungswachstum könnte zu einer Zunahme der Anzahl suchtkranker Personen (in absoluten Zahlen) führen. Allerdings verfügen wir über keine Grundlagen, die es uns erlauben würden, vorauszusagen, in welchem Verhältnis diese Zunahme stattfinden wird. Diese Entwicklung muss in den nächsten Jahren genau beobachtet werden, um allenfalls eine höhere Anzahl Betreuungsplätze für die nächste Planungsperiode vorzusehen.

*Es wird die Annahme formuliert, dass das Verhältnis zwischen der Anzahl Institutionsplätze und der Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner des Kantons in den nächsten fünf Jahren gleich bleibt.*

**Tabelle 14: Lebenserwartung und Alterung der Bevölkerung**



Quelle: Amt für Statistik des Kantons Freiburg, 2014

<sup>3</sup> Im März 2017 hat das Amt für Statistik die Prognosen nach unten korrigiert. Demnach dürfte die Bevölkerung die Anzahl von 353000 Personen nicht übersteigen.

Die kantonalen Statistiken zeigen ausserdem, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung in unserem Kanton weiter steigt. Zur Lebenserwartung von Suchtkranken liegen keine genauen Statistiken vor.<sup>4</sup> Jedoch zeigen Studien und Monitoring, dass das Alter von Opiatsüchtigen stetig zunimmt und viele von ihnen auch im dritten Alter ihren Konsum weiterführen. Drogenmissbrauch hat körperliche und psychische gesundheitliche Probleme wie chronische Krankheiten (HIV und Hepatitis C), psychische Erkrankungen und kognitive Störungen sowie ein erhöhtes Risiko von Alkohol-, Tabak- und Substanzenkonsum zur Folge. Es ist zu befürchten, dass diese Probleme durch den normalen Alterungsprozess zusätzlich verstärkt werden. Ausserdem ist anzunehmen, dass diese Personen eine frühere und intensivere medizinisch-soziale Betreuung benötigen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Suchtkranke, die 65 Jahre oder älter sind, benötigen aufgrund ihrer psychischen und physischen Probleme eine spezielle Betreuung, welche die Pflegeheime nicht immer bieten können.

Gemäss des Berichts «Alter und Sucht» des Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF<sup>5</sup> spielt Sucht bei älteren Menschen aufgrund der Bevölkerungsentwicklung eine immer wichtigere Rolle. Pflegeheime und Spitäler vermelden eine Zunahme der Fälle von Suchtkranken. Die angemessene Betreuung von suchtkranken älteren Personen ist jedoch noch nicht gewährleistet. Bei Ambulanzdiensten und in stationären Einrichtungen für Suchttherapien sind ältere Suchtkranke zwar derzeit die Minderheit, Studien zeigen jedoch, dass Suchttherapien bei älteren Personen in Zukunft zunehmen werden. Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (2002) ist der Alkoholkonsum von 8 Prozent der Männer und 3 Prozent der Frauen über 65 Jahren problematisch. Für die Zukunft sind deshalb immer mehr Therapiegesuche zu erwarten.

#### **4.3. Allgemeine Tendenzen der stationären Therapien in der Schweiz**

>Entwicklung von Suchtarten ohne Substanzen: Die Spielsucht gehört zu den besser bekannten Verhaltenssüchten, von denen viele (noch) nicht in den Diagnosehandbüchern aufgeführt sind und die Behandlungskosten deshalb von den Krankenkassen nicht übernommen werden. Dazu gehören beispielsweise affektive Abhängigkeit, Sexsucht, Fanatismus sowie bestimmte Essstörungen. Andere Kantone verfügen über stationäre Therapieangebote für diese Störungen.

>Mit der Entwicklung von ambulanten medizinischen oder sozialen Angeboten werden die stationären Therapien unter Druck gesetzt. Die Nachfrage nach stationären Therapien und deren Dauer nehmen ab. Mit der geplanten Einführung des TARPSY-Tarifsystems im psychiatrischen Bereich werden die Anzahl und vor allem die Dauer der Aufenthalte in psychiatrischen Spitälern ebenfalls zurückgehen. Weil Langzeitaufenthalte nicht mehr finanziert werden, müssen andere ambulante oder stationäre Lösungen gefunden werden.

>Generalisierung bezüglich der Substanzen und Spezialisierung auf die Zielgruppe: Die Einrichtungen lassen sich immer weniger anhand der behandelten Substanzen unterscheiden. Viele stationäre Suchttherapie-Einrichtungen geben gemäss Datenbank (Infodrog) unter Spezialisierung mehrere Substanzen an («illegale Drogen, Alkohol, Medikamente»). Es herrscht also ein gewisser Trend zur Generalisierung gegenüber den Substanzen. So behandeln fast alle Einrichtungen für Alkoholranke neben Alkohol- und Medikamentensucht auch Personen, die von anderen Substanzen wie illegalen Drogen abhängig sind. Unter

---

<sup>4</sup> «Ältere Suchtklientinnen und -klienten in Behandlung und Beratung – Chronifizierung oder später Einstieg?», Im Brennpunkt, 2 / 2009, act-Info.

<sup>5</sup> Uchtenhagen et al. (2006), Alter und Sucht, Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Bericht Nr. 0221.

den Klienten sind zudem viele Poly-Konsumierende. *Der Grossteil der Residalc-Einrichtungen<sup>6</sup> sind Suchttherapiezentren.*

>Ausrichtung auf Zielgruppen: Die Individualisierung der Betreuung, welche die ambulanten Einrichtungen bieten können, ist eine Herausforderung für die stationären Therapien, denn massgeschneiderte Behandlungen lassen sich nicht mit einem Gemeinschaftsmodell vereinbaren. Eine mögliche Lösung für dieses Problem ist die Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen, eine andere die zielgruppenspezifische Anpassung der Behandlung der Klientinnen und Klienten im Rahmen der Therapie. Beispiele: Bei (suchtkranken) Jugendlichen<sup>7</sup> muss vor allem das Erlernen von Fähigkeiten und die Berufsausbildung gefördert werden. Studien zeigen, dass die Involvierung der Jugendlichen in stationären Therapien entscheidend ist, um frühe Drop Outs zu vermeiden. Daher müssen die Therapieprogramme an die Bedürfnisse der Jugendlichen angepasst sein. Was (suchtkranke) Personen betrifft, die die auf gerichtliche Anordnung eine Therapie machen<sup>8</sup>, haben Studien gezeigt, dass durch stationäre Therapien die Rückfallquote und der Drogen-/Alkoholkonsum verringert werden können und die öffentliche Sicherheit verbessert wird. Bei Fällen mit psychiatrischer Komorbidität mit Gewalt<sup>9</sup> (und Sucht) kommen stationäre Therapien den psychiatrischen Abteilungen zugute: Studien zeigen, dass nach einer stationären Therapie weniger Isolierungen von gewalttätigen und aggressiven Personen vorgenommen werden müssen. Hier gilt es allerdings vor dem Eintritt die Risiken abzuwägen.

>Die Diversität der Therapieangebote ist eines der wichtigsten Prinzipien im Bereich «Therapien» der nationalen und kantonalen Suchtpolitik. Es gibt keine Behandlung, die für alle Fälle geeignet ist. Jede Behandlung muss sorgfältig gemäss den Bedürfnissen, Ressourcen und Zielen der suchtkranken Person ausgewählt werden. Die Vielfältigkeit des Angebots ermöglicht es nicht nur, die passende Therapie anhand der Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten auszuwählen, sondern erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Angebot auch tatsächlich verfügbar ist. Seit den 90er-Jahren sind die Koordination der Partner und eine bessere Kontinuität für die Klienten eine Herausforderung für die Effizienz des Hilfssystems.

## 5. Planung 2016–2020

Die aktuelle Anzahl Plätze für Suchtkranke in stationären Therapien, Werkstätten («Heim mit Beschäftigung») und betreutem Wohnen («Heim ohne Beschäftigung») deckt die Nachfrage. Dies insbesondere dank zwischengeschalteten und ambulanten Strukturen, welche die Klientinnen und Klienten ebenfalls betreuen. Es werden daher für den Zeitraum 2016–2020 keine neuen Plätze gewährt (s. unten stehende Tabelle). Mit den aktuell verfügbaren Mittel, sind allerdings bestimmte Anpassungen am derzeitigen Angebot möglich:

---

<sup>6</sup> Act-Info m Bereich der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit *act-info - Residalc, Sucht Schweiz, 2011.*

<sup>7</sup> Whitney D. Gunter, *Therapeutic Engagement and Posttreatment Substance Use in Adolescent TC Clients, Direct and Indirect Effects*, Journal of Drug Issues January 2014, vol. 44 no. 1, 22-36.

<sup>8</sup> Prendergast ML, Hall EA, Wexler HK, Melnick G, Yan C. Amity, *Prisonbased therapeutic community: 5-year outcomes*. Prison Journal, 2004; 84:36-60.

<sup>9</sup> Mistral, W, Hall A., McKee P., *Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK*, Int. J. Ment. Health Nurs., 2002 Mar; 11(1):10-7.

> Zwei bis vier stationäre Therapieplätze müssen für **Minderjährige** genutzt werden können, die in ihrem Konsumverhalten und ihrer Lebensweise Erwachsenen ähneln. Der Bedarf nach diesen Plätzen wurde offiziell bei Sondierungsgesprächen im Rahmen der Anwendung von Artikel 3c BetmG im Kanton bestätigt. 2016 haben die LKJPD und die CLASS ausserdem ihre interkantonalen Arbeiten für eine neue gemeinsame Betreuungsstruktur für Minderjährige eingestellt. Die Überlegungen werden daher nun auf kantonaler Ebene geführt, aber vorerst ist keine neue Struktur geplant. Die Plätze für Minderjährige könnten in Le Radeau oder Le Tremplin oder in beiden Strukturen eingerichtet werden. Dazu muss ein geeignetes Betreuungskonzept erstellt und die Auswahlkriterien klar festgelegt werden. Die neuen Bedarfsabklärungsstellen in den Bereichen Sucht und Behinderung müssen bei betreffenden Fällen über eine Überweisung in eine Einrichtung für Suchtkranke oder in eine Erziehungsanstalt (wenn die psychischen Probleme über die Sucht überwiegen) entscheiden.

> Zwei stationäre Therapieplätze müssen für Plätze zur «**vorübergehenden Krisenbewältigung**» bei Spitalaustritten ohne Unterbringungslösung genutzt werden können (1–5 Wochen). Somit könnten unangemessene Aufenthalte in den Spitälern und stationären Einrichtungen vermieden und während dieser Zeit angemessene Lösungen gefunden werden. Diesbezüglich muss ein Konzept erstellt werden.

> Es müssen Lösungen zur **teilstationären Übergangsunterbringung** nach Austritt aus einer stationären Therapie sowie für die Hilfe zu Hause und im Haushalt im ambulanten Bereich entwickelt werden. Das Pilot-Projekt «Equip’Appart» wird aufmerksam weiterverfolgt werden.

> Eine bessere Betreuung von suchtkranken **älteren Personen** muss als Priorität des Planungszeitraums 2016–2020 festgelegt werden. Während dieses Zeitraums wird auch die Schaffung einer teilweise durch die Krankenkassen finanzierten Pflegeheim-Einheit in einer oder mehreren Institutionen des NFES geprüft.

Die Entwicklung von Synergien zwischen den Einrichtungen, integrativen und koordinierten Betreuungen und zielgruppenspezifischen Leistungen muss unbedingt weitergeführt werden, um die Kontinuität und Effizienz in diesem Bereich zu gewährleisten.

**Tabelle 15: Planung der Anzahl neuer Plätze 2016–2020**

Leistungen	Bestehende Plätze 2011	Bestehende Plätze 2015	Bewilligte Plätze	Differenz 2016–2020	31.12.2020
Heim mit Beschäftigung	46	46	0	0	46
Heim ohne Beschäftigung	6	6	0	0	6
Workshops	20	20	0	0	20
<b>Total</b>	72	72	0	0	72

## Tabellenverzeichnis

*Tabelle 1: Anzahl Plätze pro Leistung und Entwicklung in den letzten 10 Jahren*

*Tabelle 2: Plätze «Heim mit Beschäftigung» pro Einrichtung*

*Tabelle 3: Belegungsgrad «Heim mit Beschäftigung» (Stand am 31.12.2015)*

*Tabelle 4: Aufenthaltsdauer in den Einrichtungen 2015*

*Tabelle 5: Anzahl stationäre Therapieplätze im Verhältnis zur Bevölkerung (2015)*

*Tabelle 6: Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Alter*

*Tabelle 7: Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Wohnbezirk*

*Tabelle 8: Anteil Nutzerinnen und Nutzer aus anderen Kantonen*

*Tabelle 9: Ausserkantonale Unterbringungen und Verteilung auf die Kantone*

*Tabelle 10: Ausserkantonale Unterbringung: Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Wohnbezirk*

*Tabelle 11: Unterbringungen inner- und ausserhalb des Kantons*

*Tabelle 12: Genutzte Leistungen ausserhalb des Kantons*

*Tabelle 13: Gründe für die ausserkantonalen Unterbringungen*

*Tabelle 14: Lebenserwartung und Alterung der Bevölkerung*

*Tabelle 15: Planung der Anzahl neuer Plätze 2016–2020*

## Referenzen

Finanzierung der stationären Therapien

<http://www.infodrog.ch/therapie-publikationen.html>

Monitoring von Sucht Schweiz zu stationären Therapien:

<http://www.suchtschweiz.ch/forschung/act-info-residalc/>

Therapiegemeinschaften (TG) und insbesondere TG der dritten Generation:

<https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>

<https://archives.drugabuse.gov/researchreports/Therapeutic/>

<http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/tc.servicestandards.ed1.pdf>

<http://www.eftc-europe.com/Resources/publications.htm>

<http://www.infodrog.ch/therapie.html>

Sucht und Alter:

<http://www.suchtimalter.ch/de/studien/>

<http://sucht-im-alter.cmsbox.ch/de/fachpersonen/alkohol/das-wichtigste-in-kuerze>

<https://www.alterundsucht.ch/fr/professionnels/alcool/l-essentiel-en-bref>

Nationale Strategie Sucht 2017–2024:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

## Dank

Sozialvorsorgeamt:

Maryse Aebischer, Carmen Rouiller, Marinella Cappelli.

Beratende Kommission für die Unterstützung und Begleitung behinderter und gefährdeter Personen:

Catrina Demund, Marianne Dey, Dr. André Kuntz, Sylvie Lauper, Chantal Kuenlin, Jean-Luc Kuenlin, Steve Perritaz, Laura Propizio, Stéphane Quéru, Nicolas Robert, Olivier Spang, Yvonne Stempfel.

## Impressum

### *Autor*

Nicolas Dietrich, kantonaler Beauftragter für Suchtfragen, Kantonsarztamt

### *Korrektur*

Dr. Chung-Yol Lee, Kantonsarzt

Cristina Monterrubio Leu, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Kantonsarztamt

Emmanuelle Barboni, Leiterin des Vereins Le Radeau

Cédric Fazan, Leiter der Stiftung Le Tremplin.

Thierry Radermecker, Leiter der Stiftung Le Torry.