

# *fis*u • *fid*é

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

## **Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie**

### **Handbuch**

**Peter Burkhard, Thomas Egli, Ueli Simmel**

**Mit Beiträgen von Markus Jann, Willy Oggier, Roger Rossier und Ernst Zürcher**

Im Auftrag und in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
und der Koordinationsgruppe «Finanzierung stationäre Suchttherapie» (KG FiSu)

August 2003

ISBN 3-9522791-0-2



## Editorial

### Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser

Im Februar 1996 erfolgte der zunächst wenig beachtete Startschuss zu Umwälzungen in der stationären Suchthilfe, die sich heute als fundamental erweisen: Die Abteilung Invalidenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV kündigte damals per Kreisschreiben an, dass fortan «(...) nicht mehr die generelle Anerkennung der Institution durch das BSV (...)» genüge, «sondern – sofern noch keine IV-Massnahme bestehe – für jede Person einzeln eine Bestätigung der zuständigen Ärztin/des zuständigen Arztes beizulegen» sei.

Es folgten verschiedene Anpassungen dieses Anerkennungsverfahrens, zahlreiche Institutionen gerieten in teilweise arge finanzielle Bedrängnis. Im Juli 1998 kündigte Frau Bundesrätin Dreifuss den verunsicherten und akut von Illiquidität bedrohten Institutionen die Schaffung einer Koordinationsgruppe zur Sicherung der Finanzierung stationärer Suchthilfe, die «KG FiSu» an, die den Aufbau eines neuen Finanzierungsmodells vorantreiben sollte. Zwischen Herbst 98 und Frühjahr 99 begann die eigentliche Entwicklungsarbeit am Modell, ausgehend von vier FiSu-Arbeitsgruppen.

Um in dieser unklaren Situation rein liquiditätsbedingte Schliessungen zu vermeiden, sprach der Bund in Form von (wiederholten) Nachkrediten zunächst den Institutionen, später dann den zuständigen Kantonen Überbrückungsgelder zu. Eine der Arbeitsgruppen hatte ausschliesslich die Aufgabe, diese Gelder so korrekt wie möglich zuzuweisen.

Eine zweite Gruppe, die «AG Angebotsplanung», kam relativ schnell zum Schluss, dass für eine bedarfsabhängige Planung der Interventionspalette sprachregional und national einheitliche Instrumente weitgehend fehlen und zeigte folgerichtig den entsprechenden Entwicklungsbedarf auf.

Als absolut entscheidend sollte sich das von der «AG Finanzmodell» formulierte Pflichtenheft für das zukünftige Finanzierungsmodell erweisen. Die Zielsetzungen sind ebenso hoch gesteckt wie zukunftsweisend und für die Entwicklung des Modells FiSu von entscheidender Bedeutung. Nicht zuletzt deshalb haben wir die Arbeitsgruppenberichte im Kapitel 2 «Auftrag» im vollen Wortlaut wiedergegeben.

Um die gesetzten Ziele überhaupt erreichen zu können, musste zunächst ein fachliches Fundament geschaffen werden. Ausgehend von den Arbeiten der AG Leistungserfassung wurde ein Grundprinzip beschlossen, wie Leistungen erfasst, systematisch beschrieben und differenziert sowie in drei Leistungsstufen auf der Basis von so genannten Arbeitsfeldern unterschieden werden können. In der Folge wurden die tatsächlichen Kosten erhoben, diese in Beziehung gesetzt zu den vorher ermittelten Leistungsstufen, für die dann pauschale Preise errechnet wurden. Parallel dazu wurden Merkmale unterscheidbarer Zielgruppen ausformuliert.

Die Anwendung der erarbeiteten Grundlagen und Instrumente wurde in acht Pilotkantonen mit ihren Institutionen getestet und weiterentwickelt.

Als Ergebnis liegen heute eigentliche «Leistungsprofile» der stationären Suchttherapieinstitutionen und Vorschläge zu einer Preispauschalierung vor, die erstmals landesweit auf einer einheitlichen definitorischen Grundlage beruhen. Von diesen Vorarbeiten können insbesondere die für die Versorgungsplanung zuständigen Strukturen – in der Regel sind das die Kantone – profitieren.

Mit dem vorliegenden Handbuch wird die Phase der Grundlagenarbeit abgeschlossen. Es vermittelt differenzierten Einblick in sämtliche bis heute erarbeiteten Elemente des Systems FiSu.

So weit, so gut – sollte man meinen.

Aber: Die Forderungen nach mehr Transparenz, stärkerer Professionalisierung und – nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen – interkantonaler Zugänglichkeit zu einem Hilfsangebot sind noch nicht verhallt, da werden bei der umstrittenen Frage, wer die in Anspruch genommenen Leistungen zu bezahlen habe, interessante Reaktionen beobachtbar:

# 1 Einleitung

Die vorrangigen Entscheidungsgrundlagen für Platzierungen sind – wider besseres Wissen – finanzieller («Wo kostet es am wenigsten?») oder protektionistischer Natur (Primat der Platzierung im eigenen Kanton). Auch werden Anbieter von stationären Leistungen unter fadenscheinigen Argumenten gegeneinander ausgespielt, wenn es darum geht, einen möglichst niederen Preis auszuhandeln; gelegentlich wird offen damit gedroht, überhaupt nicht mehr in stationäre Einrichtungen platzieren zu wollen, das sei ja schliesslich viel zu teuer...

Mit den so unvermeidlichen Fehlplatzierungen werden KlientInnen und Institutionen gleichermaßen überfordert, vorher die fachkompetente Beratungsstelle übergangen, und zu allem Übel ist auch noch der Versorger selbst bei der (wahrscheinlichen) Nicht-Realisierung all der guten Absichten frustriert.

Vielleicht rächt es sich jetzt, dass – um diesen sozialrehabilitativen Teil der Suchtarbeit überhaupt zu ermöglichen – die VertreterInnen der stationären, ausstiegsorientierten Arbeit über lange Jahre hinweg und vielleicht zu leichtfertig den karitativen Appell der Platzierer stillschweigend akzeptiert haben; karitativ durchaus auch in dem Sinn, dass in der Regel nie der tatsächliche Aufwand für die erbrachten Leistungen bezahlt werden musste, weil die Einrichtungen einen mehr oder weniger beachtlichen Anteil der benötigten finanziellen und menschlichen Ressourcen selbst beigesteuert haben.

Eine der Vorgaben für FiSu war aber gerade die Erarbeitung kostendeckender Pauschalen. Allein schon deshalb muss für die Kostenträger bei einem ersten Blick auf die vorgeschlagenen Pauschaltarife der Eindruck einer Verteuerung der Leistungen entstehen. Verstärkt wird dieser Eindruck noch durch die Reduktion der bisherigen IV-Beiträge nach Art. 73.

Es geht aber nicht um eine Verteuerung, sondern um eine partielle Kostenverlagerung. Hier entzündet sich der Widerstand – verständlicherweise möchte niemand zusätzliche Kosten übernehmen müssen. Solange die im neuen System vorgesehenen Zuständigkeiten nicht akzeptiert und auch formal gefestigt sind, kann der Systemwechsel nicht als «vollzogen» erklärt werden – und die stationäre Suchttherapie bleibt vorderhand durch das nicht ganz zufällige Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Umstände in der wohl grössten Krise ihrer rund 30-jährigen Geschichte stecken.

Die FiSu-Leistungsbeschreibung bleibt neutral in Bezug auf die jeweilige Therapiemethode. Nur deshalb ist es gelungen, die Fachseite – allen anfänglichen und nach wie vor bestehenden Bedenken und Widerständen zum Trotz – auf eine schweizweit einheitliche Grundlage zur Beschreibung der institutionell erbrachten Leistungen zu einigen, und das ohne die institutionsspezifischen Eigenheiten und Merkmale allzu sehr zu beeinträchtigen. Seitens FiSu ist damit auch eine der Voraussetzungen geschaffen für eine interkantonale Zugänglichkeit zum geeignetsten Angebot – dies übrigens in völliger Übereinstimmung mit den Zielen der Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE).

Durch die Tarifbindung an die Leistungsprofile und Zielgruppen ist zudem eine weitere Rahmenbedingung dafür geschaffen, dass weder der Trägerkanton der Institution noch der Wohnsitzkanton (resp. die Wohnsitzgemeinde) der Klientin/des Klienten finanziell übervorteilt wird.

Mit dem in FiSu gewählten Ansatz zur Leistungs-Entschädigung liegt ein den heutigen Erfordernissen zeitgemässer Betriebs- und Verwaltungsführung gerecht werdendes Modell vor. Fachlich-inhaltlich ist seine Reichweite derzeit auf den Teil der Lebensfeld-ersetzenden Einrichtungen begrenzt; in seiner Grundanlage – mit der Kategorisierung in «ersetzende», «ergänzende» und «begleitende» Suchthilfeangebote – ist die Modellarchitektur von FiSu aber offen, in weiteren Segmenten der Suchthilfe angewendet zu werden.

Dazu braucht es aber die Entschlossenheit, die nach unserer Überzeugung richtig gesetzten Ziele konsequent anzustreben: Transparenz, Innovation und Professionalisierung – auch auf der Seite der Finanzierung.

Nun wäre es ebenso verkehrt wie vermessen anzunehmen, mit einer Einführung von FiSu wären alle aktuellen Schwierigkeiten der ausstiegsorientierten Suchttherapie-Institutionen gelöst. Aber: FiSu vermag vor allem als Gesamtsystem mit einer ausgewogenen Risiko-, Verantwortungs- und Lastenbalance zwischen den beteiligten Ebenen zu überzeugen.

Mit einer solidarischen Grundhaltung zwischen den beteiligten Ebenen und dem Einsatz geeigneter Instrumente kann in der Schweiz – und davon sind wir überzeugt – auch unter verknüpften Ressourcen ein gutes, diversifiziertes, durchaus vorbildliches Suchthilfeangebot aufrechterhalten und weiterentwickelt werden.

Ueli Simmel  
KOSTE – COSTE

## Dank

Die Einführung eines neuen, einheitlichen Finanzierungssystems in einem föderalen und mehrsprachigen Staatswesen ist fachlich und organisatorisch ambitiös und aufwändig. In den FiSu-Arbeitsgruppen zeichnete sich schon früh ein immenser Entwicklungs- und Definitionsbedarf ab, der die personellen Ressourcen der eingangs erwähnten Arbeitsgruppen ebenso wie jene der Projektleitung offensichtlich bei weitem überstieg.

Zusätzliche Fachleute wurden kontaktiert und in die Entwicklungsarbeiten involviert, sie brachten ihre Praxisperspektive ein.

Die Regierungsrätinnen und Regierungsräte der acht Pilotkantone delegierten ihre MitarbeiterInnen, von SDK und SODK nahmen je zwei RegierungsvertreterInnen zusammen mit hochrangigen VertreterInnen der Bundesämter BAG und BSV in der Koordinationsgruppe (KG) FiSu Einsitz.

Der Vorschlag zum neuen Finanzierungsmodell FiSu ist das Produkt einer grossen Zahl beteiligter Personen aus Verwaltung und Fachbereich. Eine namentliche Auflistung aller würde den Rahmen des Handbuchs sprengen. Unser besonderer Dank und unsere Anerkennung gilt den zahlreichen MitarbeiterInnen in den Suchttherapie-Institutionen für ihre – zusätzlich zum Alltagsgeschehen – für FiSu geleistete Arbeit; ohne ihr Engagement wären die vielfältigen und aufwändigen Pilotarbeiten schlicht nicht möglich gewesen.

Für Ihr Engagement namentlich recht herzlich bedanken möchten wir uns bei

Sébastien Barras, FR  
Heidi Bendel, LU  
Samuel Bertschi, BS  
Regierungsrat Samuel Bhend, BE  
Beatrice Breitenmoser, Vizedirektorin BSV  
Pascal Brügger, FR  
Christa Corbella, BE  
Nicolas Dietrich, COSTE  
Urs-Christoph Dieterle, ZH  
Remigius Dürrenberger, BS  
Olivier Etique, JU  
Ursula Gianella, ZH  
Regierungsrat Anton Grüninger, SG  
Regierungsrätin Rita Fuhrer, ZH  
Maria Hodel, BE  
Wolfgang Huber, Aebi-Huus, BE  
Monika Huggenberger, SO  
Barbara Ingenberg, DFI TZ Lehn, LU  
Markus Jann, BAG  
Georges Krieg, BL  
Chung Yol Lee, Vizedirektor BAG

Roland Leffler, BAG  
Philippe Lehmann, BAG  
Ueli Locher, Vizedirektor BAG  
Marc Meury, JU  
Silvia Meyer, BAG  
Philippe Mottet, Villa Flora, VS  
Bertrand Nussbaumer, Goéland, NE  
Willy Oggier, Gesundheitsökonom, ZH  
Staatsrätin Ruth Lüthi, FR  
Claire Roelli, COSTE  
Vassili Schürmann, BSV/Abt. IV  
Attilio Stoppa, ZH  
Niklaus Strolz, ZH  
Urs Thalmann, Mühlhof, SG  
Ursula Trachsel, BE  
Patrick Vuille, FR  
Judith Widmer, ZH  
Philippe Wüest, Le Radeau, FR  
Dorothea Zeltner Kamber, BSV/Abt. IV  
Ernst Zürcher, Zentralsekretär SODK

Im Namen der Projektleitung FiSu  
Ueli Simmel

## 1.2 Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
	<b>Editorial</b>	<b>3</b>
	<b>Dank</b>	<b>6</b>
<b>1.1</b>	<b>Optische Orientierungshilfe</b>	<b>7</b>
<b>1.2</b>	<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>9</b>
<b>1.3</b>	<b>FiSu/FiDé Überblick</b>	<b>19</b>
<b>1.4</b>	<b>Chancen und Grenzen eines Systemwechsels</b>	<b>22</b>
1.4.1	Erläuterungen zur Systematik FiSu	22
<b>2</b>	<b>Auftrag</b>	<b>1</b>
<b>2.1</b>	<b>Entscheid EDI – BAG – BSV vom 8. Juli 1998 Gesamtauftrag Finanzierung von Suchttherapien</b>	<b>2</b>
2.1.1	Kurzfristige Massnahmen	2
2.1.2	Mittelfristige Massnahmen	2
<b>2.2</b>	<b>Koordinationsgruppe «Finanzierung Suchttherapie» (KG FiSu)</b>	<b>3</b>
2.2.1	Mandate und Hauptaufgaben	3
<b>2.3</b>	<b>Arbeitsgruppe «Finanzhilfen» (AG FiHi)</b>	<b>3</b>
2.3.1	Mandate und Hauptaufgaben	3
<b>2.4</b>	<b>Arbeitsgruppe «Finanzierungsmodell 2000/ff.» (AG FiMo)</b>	<b>3</b>
2.4.1	Mandate und Hauptaufgaben	3
<b>2.5</b>	<b>Arbeitsgruppe «Leistungserfassung» (AG LE)</b>	<b>3</b>
2.5.1	Mandate und Hauptaufgaben	3
<b>2.6</b>	<b>Arbeitsgruppe «Angebotsplanung» (AG AP)</b>	<b>4</b>
2.6.1	Mandate und Hauptaufgaben	4
<b>2.7</b>	<b>Die Organisation FiSu</b>	<b>4</b>
2.7.1	Organigramm, Stand März 2003	4
2.7.2	Die Finanzierungsgrundsätze der AG FiMo	5
	■ Auftrag an die AG FiMo	5
	■ Wegweisende Empfehlungen der AG FiMo	5
	■ Benachbarte Bereiche	6
	■ Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA)	6
	■ Revision des Betäubungsmittelgesetzes	6
2.7.3	Erarbeitung neuer kantonsübergreifender Finanzierungsmodelle	6
	■ Zielsetzung	6
	■ Bewertung des Ist-Zustandes	6
2.7.4	Kriterien an ein neues Finanzierungsmodell	7
	■ Vorgaben der Koordinationsgruppe FiSu	7
2.7.5	Einbettung neuer Finanzierungsmodelle in ein Gesamtsystem	8
2.7.6	Gemeinsame Grundzüge zukünftiger Finanzierungsmodelle	8

# 1 Einleitung

2.7.7	Weiter zu verfolgende Modelle	9
	■ Degressive Tagespauschale	9
	■ Abteilungspauschale (= Arbeitsfeldpauschale)	10
	■ Fallpreispauschale	10
2.7.8	Bewertung der einzelnen Modelle	10
	■ Bewertung	11
	■ Vorschläge zur interkantonalen Zusammenarbeit	13
<b>2.8</b>	<b>Das Grundlagenpapier Leistungsbeschreibung</b>	<b>13</b>
2.8.1	Mandat	13
2.8.2	Ergebnis	14
2.8.3	Bericht der Arbeitsgruppe «Leistungserfassung»	14
	■ Grundsätze für eine abstinentenorientierte stationäre Suchtrehabilitation	14
	■ Auftrag 1: «Erstellt Übersicht über die heute in den suchttherapeutischen Einrichtungen erbrachten Leistungen zugunsten der PatientInnen»	15
	■ Auftrag 2: «Erstellt Katalog für die im Rahmen einer Suchttherapie obligatorisch zu erbringenden Leistungen (minimale Qualitätsstandards)»	15
	■ Minimale Qualitätsstandards	15
	■ Obligatorisch zu erbringende Leistungen	15
	■ Auftrag 3: «Unterbreitet der AG «Finanzierungsmodell 2000/ff.» Vorschläge für die Finanzierung der oben erwähnten obligatorischen Leistungen»	16
	■ Pilotversuch	16
	■ Indikation/Zuweisung	16
<b>2.9</b>	<b>Vernehmlassung zu einem neuen Finanzierungsmodell Suchttherapien (FiSu)</b>	<b>17</b>
2.9.1	Schreiben der Koordinationsgruppe FiSu vom 6. Juli 1999	17
	■ Ausgangslage	17
	■ Neues Finanzierungsmodell	18
	■ Ziele	18
	■ Grundzüge des Modells	19
	■ Die Arbeitsfelder	20
	■ Alltagskompetenzen und Integrationsfähigkeit (Primärgruppe)	20
	■ Schule und Bildung	20
	■ Beruf und Arbeit	20
	■ Altersspezifische Freizeitgestaltung	21
	■ Kostenträger und Kostenaufteilung	21
	■ Rolle der Kantone und des Bundes	22
	■ Verantwortungsbereiche des Bundes und insbesondere des Bundesamtes für Gesundheit	22
	■ Praktische Umsetzung	22
	■ Weiteres Vorgehen	23
	■ Überbrückungsjahr 2000	23
	■ Fragen zur Vernehmlassung	23
<b>2.10</b>	<b>Bericht zur Auswertung Vernehmlassung FiSu 1999</b>	<b>24</b>
2.10.1	Ausgangslage	24



2.10.2	Vernehmlassung 1999	25
2.10.3	Resultate	25
2.10.4	Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse	30
<b>2.11</b>	<b>Umsetzung der Vorgaben</b>	<b>31</b>
2.11.1	Pilotphase 1 (2000) mit 10 Institutionen	31
	■ Zeitfenster der Datenerhebung und Stichprobengrösse	31
2.11.2	Pilotphase 2 mit 8 Kantonen und ihren Institutionen (2001/2002)	32
2.11.3	Erkenntnisse	32
2.11.4	Ergebnisse	33
2.11.5	Erste feststellbare Auswirkungen eines Systemwechsels	33
<b>2.12</b>	<b>Einführung mit 16 Kantonen 2003</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b>Wegleitung</b>	<b>1</b>
<b>3.1</b>	<b>Das Handbuch FiSu für KantonsvertreterInnen</b>	<b>2</b>
<b>3.2</b>	<b>Das Handbuch für Institutionen</b>	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>Theoretische Grundsätze</b>	<b>1</b>
<b>4.1</b>	<b>Gemeinsamer theoretischer Nenner</b>	<b>1</b>
<b>4.2</b>	<b>Die ausstiegsorientierte Suchttherapie</b>	<b>2</b>
4.2.1	Grundsätze für eine ausstiegsorientierte Suchtrehabilitation	2
<b>5</b>	<b>Leistungsbeschreibung</b>	<b>1</b>
<b>5.1</b>	<b>Leitfaden zur Systematik der Leistungsbeschreibung</b>	<b>2</b>
5.1.1	Der Interventionsgrad	2
	■ Lebensfeld-ersetzend	2
	■ Lebensfeld-ergänzend	2
	■ Lebensfeld-begleitend	3
5.1.2	Die Sozialisationsfelder	3
	■ Primärgruppe	3
	■ Bildung	3
	■ Arbeit	4
	■ Freizeit	4
5.1.3	Der Interventionszeitrahmen	4
5.1.4	Die Leistungen	4
	■ Leistungsbereich	4
	■ Leistungseinheit	4
	■ Einzelleistung	5
5.1.5	Die Arbeitsfelder	5
<b>5.2</b>	<b>Die therapeutische Gemeinschaft</b>	<b>5</b>
5.2.1	Wirkung/Ziele	5
5.2.2	Kernleistungen	5
	■ Produktionsgemeinschaft	5
	■ Konsumentengemeinschaft	6
	■ Besitzgemeinschaft	6

# 1 Einleitung

■ Fürsorgegemeinschaft/medizinische Versorgung und Betreuung	6
■ Interaktions- und Kommunikationsgemeinschaft	6
■ Erziehungsgemeinschaft	6
5.2.3 Allgemeine Kernleistungen	6
5.2.4 Nebenleistungen	7
■ <i>Infrastruktur</i>	7
■ <i>Personal</i>	7
■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	7
■ <i>Forschung</i>	7
■ <i>Interinstitutionelle Zusammenarbeit</i>	8
■ <i>Betriebswirtschaftliche Grundleistungen</i>	8
<b>5.3 Bildung in der Therapie</b>	<b>8</b>
5.3.1 Leistungsbereich	8
■ Wirkung/Ziele	8
■ Kernleistungen	8
■ Allgemeine Kernleistungen	9
■ <i>Nebenleistungen</i>	9
■ <i>Infrastruktur</i>	9
■ <i>Personal</i>	9
■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	9
■ <i>Forschung</i>	9
■ <i>Interinstitutionelle Zusammenarbeit</i>	9
■ <i>Betriebswirtschaftliche Grundleistungen</i>	9
5.3.2 Leistungseinheit	10
■ Wirkung/Ziele	10
■ Kernleistungen	10
■ Allgemeine Kernleistungen	10
■ Nebenleistungen	11
■ <i>Infrastruktur</i>	11
■ <i>Personal</i>	11
■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	11
■ <i>Forschung</i>	11
■ <i>Interinstitutionelle Zusammenarbeit</i>	11
■ <i>Betriebswirtschaftliche Grundleistungen</i>	11
5.3.3 Einzelleistungen	11
■ Wirkung/Ziele	12
■ Kernleistungen	12
■ Allgemeine Kernleistungen	12
■ Nebenleistungen	12
■ <i>Infrastruktur</i>	12
■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	12

<b>5.4</b>	<b>Arbeit in der Therapie</b>	<b>13</b>
5.4.1	Leistungsbereich	13
	■ Wirkung/Ziele	13
	■ Kernleistungen	13
	■ Nebenleistungen	14
	■ <i>Infrastruktur</i>	14
	■ <i>Personal</i>	14
	■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	14
	■ <i>Interinstitutionelle Zusammenarbeit</i>	14
	■ <i>Betriebswirtschaftliche Grundleistungen</i>	14
5.4.2	Leistungseinheit	14
	■ Wirkung/Ziele	14
	■ Kernleistungen	15
	■ <i>Förderung der Autonomie in der Organisation der Berufstätigkeit</i>	15
	■ Nebenleistungen	15
	■ <i>Infrastruktur</i>	15
	■ <i>Personal</i>	15
	■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	15
	■ <i>Interinstitutionelle Zusammenarbeit</i>	16
	■ <i>Betriebswirtschaftliche Grundleistungen</i>	16
5.4.3	Einzelleistung	16
	■ Wirkung/Ziele	16
	■ Kernleistungen	16
	■ Nebenleistungen	17
	■ <i>Infrastruktur</i>	17
	■ <i>Personal</i>	17
	■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	17
	■ <i>Betriebswirtschaftliche Grundleistungen</i>	17
<b>5.5</b>	<b>Altersspezifische Freizeitgestaltung in der Therapie</b>	<b>17</b>
5.5.1	Leistungsbereich	17
	■ Wirkung/Ziele	17
	■ Kernleistungen	18
	■ <i>Aktivitätsbereiche</i>	18
	■ Allgemeine Kernleistungen	19
	■ Nebenleistungen	19
	■ <i>Infrastruktur</i>	19
	■ <i>Personal</i>	19
	■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	19
	■ <i>Betriebswirtschaftliche Grundleistungen</i>	20
5.5.2	Leistungseinheit	20
	■ Wirkung/Ziele	20

# 1 Einleitung

■ Kernleistungen	21
■ <i>Aktivitätsbereiche</i>	21
■ Nebenleistungen	21
■ <i>Infrastruktur</i>	21
■ <i>Personal</i>	21
■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	21
■ <i>Betriebswirtschaftliche Grundleistungen</i>	21
5.5.3 Einzelleistungen	22
■ Wirkung/Ziele	22
■ Kernleistungen	22
■ <i>Aktivitätsbereiche</i>	22
■ Allgemeine Kernleistungen	23
■ Nebenleistungen	23
■ <i>Infrastruktur</i>	23
■ <i>Organisationsentwicklung und -pflege</i>	23
■ <i>Betriebswirtschaftliche Grundleistungen</i>	23
<b>5.6 24-Stunden-Betreuung in den Lebensfeld-ersetzenden Institutionen</b>	<b>23</b>
5.6.1 Ausgangslage/Grundsätze	23
<b>5.7 Operative Hilfsmittel zur Leistungsbeschreibung</b>	<b>23</b>
5.7.1 Leistungsbeschreibung und Institutionsprofile	23
■ Erfassungsinstrumente (online)	23
■ Identifikation der Institution	24
■ Primärgruppe	24
■ Bildung, Arbeit, Freizeit	24
■ Auswertung	24
5.7.2 Nachweisdokumente	24
■ Automatisierte Auswertungsberichte	24
■ Individuell erstellte Auswertungsberichte	26
■ Identifikation der Institution als Lebensfeld-ersetzende Institution	26
■ Identifikation der juristischen Person/Trägerschaft	28
■ Identifikation der Institution	29
■ Platzangebot und Zielgruppen	30
■ Formale Anerkennung der Institution	31
■ Rahmenbedingungen der Lebensfeld-ersetzenden Institution	31
■ «PG» Die ersetzte Primärgruppe	32
■ «BIL» Das Arbeitsfeld Bildung in der Therapie	34
■ «ARB» Das Arbeitsfeld Arbeit in der Therapie	37
■ «FRE» Das Arbeitsfeld Freizeit in der Therapie	40
<b>6 Die Zielgruppen</b>	<b>1</b>
<b>6.1 Die Mehrheitsklientel</b>	<b>1</b>
6.1.1 Die Normklientel 1	1

6.1.2	Die Normklientel 2	1
6.1.3	Psychosoziale Zusatzproblematik	2
6.1.4	Familiäre Systeme	2
6.1.5	Paare 1	2
6.1.6	Paare 2	3
6.1.7	Jugendliche	3
6.1.8	Migrationsangehörige	3
6.1.9	Medizinisch-psychiatrische Zusatzprobleme	4
6.1.10	Somatische Zusatzproblematik 1	4
6.1.11	Somatische Zusatzproblematik 2	4
6.1.12	Psychopathologische Zusatzproblematik 1	4
6.1.13	Psychopathologische Zusatzproblematik 2	5
6.1.14	Chronische Klientel	5
<b>6.2</b>	<b>Die Zielgruppen und Zielgruppenprobleme</b>	<b>6</b>
6.2.1	Leitfaden Klientel	6
	■ Erfassung des Institutionsprofils	6
	■ Beispiel: ein mögliches Institutionsprofil	6
6.2.2	Erfassung der KlientInnengruppe	6
	■ Die KlientInnengruppe	7
6.2.3	Die Zielgruppen	7
	■ Zielgruppenprobleme 1	8
	■ Zielgruppenprobleme 2	8
6.2.4	Individuelle Therapieplanung	8
<b>7</b>	<b>Tarife</b>	<b>1</b>
<b>7.1</b>	<b>Vorbereitungsarbeiten</b>	<b>2</b>
7.1.1	Einheitliche Beschreibungsraster	2
	■ Vorteile für die Kantone	2
	■ Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen	2
	■ Vorteile für die Institutionen	2
7.1.2	Die Online-Erfassung der KlientInnen-Variablen	3
	■ Vorteile für die Kantone	3
	■ Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen	3
	■ Vorteile für die Institutionen	3
7.1.3	Weitgehend automatisierte Berichterstellungen	3
	■ Vorteile für die Kantone	3
	■ Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen	3
	■ Vorteile für die Institutionen	3
7.1.4	Kriterienabhängiger Rückexport der Originaldaten für KlientInnen- und Rechnungsdaten	4
	■ Vorteile für die Kantone	4
	■ Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen	4
	■ Vorteile für die Institutionen	4

# 1 Einleitung

7.1.5	Rechnungsstellung	4
	■ Vorteile für die Kantone	4
	■ Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen	4
	■ Vorteile für die Institutionen	4
<b>7.2</b>	<b>Berechnung der Tarife</b>	<b>4</b>
7.2.1	Notwendige Vorarbeiten	4
7.2.2	Vorgehensweise pro Institution	5
7.2.3	Berechnung der Tarifvorschläge	5
7.2.4	Datenbasis	5
7.2.5	Gesamtübersicht	5
	■ Bereich Langzeit (LZ)	6
	■ Bereich Mittelzeit (MZ)	6
<b>7.3</b>	<b>Manual Kostenberechnungen von Arbeitsfeldpauschalen bei stationären Suchttherapien</b>	<b>6</b>
7.3.1	Warum diese Berechnungen?	6
7.3.2	Was brauche ich für die Berechnungen?	6
7.3.3	Wie gehe ich konkret vor?	7
7.3.4	Welches sind häufig gestellte Fragen, die es zu beachten gilt?	9
7.3.5	Was mache ich bei anderen Fragen?	10
<b>7.4</b>	<b>Tarifvorschläge nach Institutionskategorien</b>	<b>11</b>
7.4.1	Kategorie Langzeitbehandlungen – «Illegal»	11
7.4.2	Kategorie Langzeitbehandlungen – «Gemischt»	12
7.4.3	Kategorie Mittelzeitbehandlungen – «Illegal»	12
7.4.4	Kategorie Mittelzeitbehandlungen – «Gemischt»	12
7.4.5	Kategorie Mittelzeitbehandlungen – «Alkohol»	13
<b>7.5</b>	<b>Erfassung der KlientInnen</b>	<b>13</b>
7.5.1	Statistische Auswertung der eingegebenen Daten	14
7.5.2	Verfügbarkeit der Originaldaten	15
<b>7.6</b>	<b>Systemgestützte Rechnungsstellung</b>	<b>16</b>
7.6.1	Vergütung des Pauschaltarifs in Raten	16
	■ Bereich Langzeit	16
	■ Bereich Mittelzeit	16
	■ Muster-Rechnungsformular	17
7.6.2	Handhabung der Originaldaten	17
7.6.3	Weitere Dokumentationsmaterialien	17
<b>7.7</b>	<b>Nächste Schritte</b>	<b>18</b>
7.7.1	Auswertung «Trockenübung»	18
7.7.2	Rechnungsadressaten für einen allfälligen regulären Betrieb sind zu bestimmen	18
7.7.3	Intake, Indikation und Triagestellen müssen beauftragt werden	18
<b>7.8</b>	<b>Anstehende Entscheide</b>	<b>18</b>
7.8.1	Ausweitung der Systematik der Leistungsbeschreibung mit anschliessender Tarifierung auf andere Institutions- und Problemkategorien	18

7.8.2	Fazit	19
<b>8</b>	<b>Finanzen</b>	<b>1</b>
<b>8.1</b>	<b>Ertragssituation 2000: Vergleich zwischen «alt» und «neu»</b>	<b>1</b>
<b>9</b>	<b>Realisierung</b>	<b>1</b>
<b>9.1</b>	<b>Anforderungen an die Kantone und Institutionen</b>	<b>1</b>
9.1.1	Kantone	1
9.1.2	Institutionsebene	2
<b>9.2</b>	<b>«FiSu-Institutionen»</b>	<b>3</b>
<b>9.3</b>	<b>Die Profilierung der Institutionen</b>	<b>3</b>
<b>9.4</b>	<b>Die Leistungsvereinbarungen</b>	<b>4</b>
9.4.1	Beispiel 1 (a): Vertrag zwischen Kanton und Institution (Rahmenvertrag)	5
9.4.2	Beispiel 1 (b): Vertrag zwischen Kanton und Institution (Jahresvertrag)	9
9.4.3	Beispiel 2 (a): Vertrag zwischen BSV/IV und Kanton	13
9.4.4	Beispiel 2 (b): Vertrag zwischen BSV/IV und Institution	16
<b>9.5</b>	<b>Kontenpläne / Manual</b>	<b>22</b>
9.5.1	Einleitung	23
9.5.2	Ziele und Grenzen der Kostenrechnung für Suchtinstitutionen	23
9.5.3	Aufbau des Kostenstellenplans	24
9.5.4	Umlage auf Ebene Kostenstellenrechnung	27
9.5.5	Hinweise zur Einführung der Kostenstellenrechnung	29
9.5.6	Systemwahl und Systemaufbau	31
<b>9.6</b>	<b>«Intake», «Indikation» und «Triage»</b>	<b>39</b>
9.6.1	Grundsätze	39
9.6.2	Verwendete Begriffe	40
9.6.3	Ressourcenprofil	40
	■ Grundlagen adäquater Planung	40
	■ Erarbeitung bisher fehlender Instrumente	40
	■ Das Erfassungsinstrument Klientel	41
9.6.4	Konzept Triage	41
	■ Simulation der Grundbedingungen für Pilotkantone	41
	■ <i>Rahmenbedingungen</i>	41
	■ <i>Voraussetzungen</i>	41
	■ <i>Angestrebte Wirkungen</i>	42
	■ <i>Nebeneffekte</i>	42
	■ <i>Organisation des Berichtswesens (reporting)</i>	42
	■ <i>Organisation der Steuerungsinstrumente und Kennzahlen (controlling)</i>	42
	■ <i>Organisatorische Gegebenheiten</i>	42
	■ Mögliche Widerstände	42
	■ Empfehlung der Projektleitung FiSu an die Kantone	43
9.6.5	Schematische Darstellung einer Indikation	44
9.6.6	Verfahrensanweisung Triage	45

<b>9.7</b>	<b>Organisation nach FiSu-Finanzierungsgrundsätzen</b>	<b>46</b>
9.7.1	Geldfluss	46
	■ Mit Pilotkantonen am 11.3.2002 vereinbartes Schema	46
	■ Durch IV modifizierte Fassung – vorgestellt am 8. August 2002	47
9.7.2	Rechnungsauslösung und Ratenhöhe ebenfalls neu	47
<b>10</b>	<b>Umfeld</b>	<b>1</b>
<b>10.1</b>	<b>Erläuterungen zur Systematik FiSu</b>	<b>1</b>
10.1.1	QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol)	3
10.1.2	Act-info	3
<b>10.2</b>	<b>IVSE: Die Bedeutung der Integration der Suchtinstitutionen in eine Liste C</b>	<b>3</b>
10.2.1	Aktuelle (1999) Situation der IHV	4
10.2.2	Möglichkeit der Integration von Suchttherapie-Einrichtungen in die IHV	5
10.2.3	Notwendige Anpassungen der IHV	5
10.2.4	Zusammenfassung	6
<b>11</b>	<b>Referenzorganisation</b>	<b>1</b>
<b>12</b>	<b>Ausblick</b>	<b>1</b>
<b>13</b>	<b>Anhang</b>	<b>1</b>
13.1	Kurzbiographien der Autoren	1
13.2	Abkürzungsverzeichnis	2
13.3	Offizielle Schreiben und Mitteilungen des Eidg. Departements des Innern EDI, des Bundesamtes für Gesundheit BAG und des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV	4
13.4	Internet	21
13.5	Stichwortverzeichnis	22
13.6	Impressum	30
<b>14</b>	<b>Notizen</b>	<b>1</b>
<b>15</b>	<b>Leeres Register</b>	<b>1</b>



### 1.3 FiSu-FiDé im Überblick

Im Auftrag der vom Bundesrat eingesetzten Koordinationsgruppe Finanzierung stationäre Suchthilfe (KG FiSu-FiDé) wurde unter der Federführung des BAG in Zusammenarbeit mit dem BSV, interessierten Kantonen und Fachkreisen das Finanzierungsmodell FiSu-FiDé erarbeitet. Es ermöglicht den Kantonen die gezielte Steuerung der Entwicklung der stationären Suchthilfe. Folgende Prinzipien zeichnen das mittlerweile vorliegende Finanzierungsmodell aus:

- Einheitliche Leistungsbeschreibung der stationären Suchthilfe, strukturiert nach den vier Arbeitsfeldern Primärgruppe, Arbeit, Bildung und Freizeit;
- Verbindliche Profilierung der Rehabilitationseinrichtungen auf der Grundlage der Leistungsbeschreibungen;
- Leistungsspezifische Pauschalabgeltung auf der Grundlage einheitlicher Tarife;
- Keine Defizitfinanzierung;
- Verbindliche und standardisierte Qualitätssicherung.

#### Ausgangslage

Das Angebot der stationären Suchthilfe wurde Anfang der 70er Jahre aus privater Initiative entwickelt. Bis 1996 übernahm die Invalidenversicherung (IV) auf der Grundlage einer pauschalen Anerkennung der Behandelten rund ein Drittel der tatsächlichen Kosten von rund Fr. 350.– pro Tag und KlientIn. Dann ging das Bundesamt für Sozialversicherung im Sinne einer Anpassung der Beitragspraxis an das geltende Recht zur individuellen Anerkennung über, was eine erhebliche Verminderung des Beitrags der IV zur Folge hatte. Dank der während drei Jahren ausgerichteten Überbrückungsleistungen des Bundes und einzelner Kantone konnte der Rückgang der BSV-Beiträge vorerst weitgehend kompensiert werden. Zudem wurde die 50%-Klausel der Invalidenversicherungsverordnung (IVV) in den Jahren 1999–2002 ausgesetzt. Diese Klausel sieht vor, dass nur Institutionen Kollektivbeiträge erhalten, welche mehr als 50% Invalide betreuen.

Dass es in der Folge dennoch zu Schliessungen von Institutionen kam, ist unter anderem auch auf die gleichzeitig sinkende Nachfrage zurückzuführen. Als besonders gravierend erwies sich dabei der Mangel an allgemein gültigen Behandlungsstandards. Ein qualitativer Vergleich der Angebote als Grundlage für finanzielle Steuerungsentscheide war unter den gegebenen Umständen nicht möglich.

#### Ziel

Vor diesem Hintergrund ging es darum, ein leistungsorientiertes Finanzierungsmodell als Grundlage für eine gezielte Steuerung der Entwicklung der stationären Suchthilfe zu entwickeln.

#### Auftrag

Der Bundesrat beauftragte die «Koordinationsgruppe FiSu-FiDé»<sup>1</sup> (Finanzierung stationäre Suchthilfe), mit finanzieller Unterstützung des Bundes und unter Einbezug der Kantone sowie der Fachinstitutionen ein entsprechendes Finanzierungsmodell zu erarbeiten.

#### Prozess

In einem ersten Schritt wurden in verschiedenen, von der KG FiSu-FiDé eingesetzten Arbeitsgruppen die Rahmenbedingungen und Eckpfeiler eines leistungsorientierten Finanzierungsmodells entwickelt. In der Folge gab die KG FiSu-FiDé der Projektorganisation FiSu-FiDé den Auftrag, auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeitsgruppen das Finanzierungsmodell FiSu-FiDé im Detail auszuarbeiten und die Einführung vorzubereiten.

<sup>1</sup> Die KG FiSu/FiDé setzt sich zusammen aus je zwei Vertreterinnen bzw. Vertretern der Sozialdirektoren- und der Sanitätsdirektorenkonferenz (Ruth Lüthi, Freiburg; Rita Fuhrer, Zürich; Samuel Bhend, Bern; Anton Grüninger, St. Gallen) sowie Beatrice Breitenmoser, Vizedirektorin des Bundesamtes für Sozialversicherungen und Chung-Yol Lee, Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit (Leitung).

Das vorliegende Handbuch beschreibt den Prozess der Modellentwicklung, das Modell an sich und die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um FiSu-FiDé einführen zu können. Darüber hinaus enthält es eine detaillierte Handlungsanleitung für die Einführung des Systems.

Kantone, die an einer Einführung interessiert sind, können dies dem BAG melden, und werden in Folge von diesem bei der Einführung des Systems unterstützt. Bei einem Beitritt eines Kantons zu FiSu-FiDé bis zum 31.12.2003 bleibt das Moratorium für die unter «Ausgangslage» beschriebene 50%-Klausel bis zur Einführung der NFA bestehen, da in diesem Fall die Invalidenversicherungsverordnung zugunsten der Kantone grosszügig interpretiert wird. So können Kantone, welche FiSu-FiDé im Laufe des Jahres 2003 rückwirkend auf den 1. Januar 2003 beitreten, nicht erst nach erfolgtem Beitritt, sondern rückwirkend für das ganze Jahr Beiträge der Invalidenversicherung beanspruchen, auch wenn ihre Institutionen weniger als 50% Invalide betreuen.

## Das Finanzierungsmodell

Das Ausmass einer Suchtmittelabhängigkeit kann unter anderem daran gemessen werden, wie stark die Betroffenen auf Hilfe angewiesen sind, um den Anforderungen des täglichen Lebens zu genügen. Davon ausgehend orientiert sich die FiSu-FiDé zu Grunde liegende Systematik an der Fähigkeit der Abhängigen, ein autonomes Leben zu führen: Im besten Fall liegt zwar eine Suchtmittelabhängigkeit vor, die Betroffenen sind aber in der Lage, die Entstehung von Folgeproblemen ohne professionelle Hilfe zu vermeiden oder unter Kontrolle zu halten. Im schlechtesten Fall sind die Betroffenen nicht nur suchtmittelabhängig, sondern ausser Stande, den Anforderungen des täglichen Lebens zu genügen. Das heisst, alle Abhängigen haben mehr oder weniger ausgeprägte Defizite im sozialen und/oder gesundheitlichen Bereich. Mit FiSu-FiDé wird die Voraussetzung geschaffen, Abhängige entsprechend ihrer individuellen Ressourcenlage zu behandeln bzw. in die Selbstverantwortung zurückzuführen.

Die vorrangige Aufgabe der stationären Suchtrehabilitation besteht darin, die Betroffenen zu lehren, sich in einem drogenfreien Alltag zurechtzufinden. Dieser Lernprozess findet üblicherweise in der Familie oder, anders ausgedrückt, in der «Primärgruppe» statt. Die Rehabilitationseinrichtung muss demnach in der Lage sein, den Abhängigen ein Umfeld zu bieten, das den Bedingungen einer Primärgruppe bzw. einer Familie möglichst nahe kommt. Der Aufwand, diese Kernaufgabe zu erfüllen, rechtfertigt einen Grundtarif. Nachdem jedoch die Sozialisation nicht nur in der Familie, sondern auch in der Arbeit, in der Bildung und in der Freizeit erfolgt, braucht es auch für diese Bereiche qualifizierte Angebote. Das heisst, wenn die Einrichtung neben dem Kernangebot ein professionell geführtes Angebot im Bereich Arbeit macht, dann begründet dies einen zusätzlichen Aufwand und damit einen höheren Tarif.

Die FiSu-FiDé-Systematik unterscheidet dabei drei Grade der Intensität eines Angebots: Einzelleistung (punktuelleres Angebot), Leistungseinheit (mehrere gegeneinander klar abgegrenzte Einzelleistungen) und Leistungsbereich (umfassendes Angebot). In Bezug auf die Dauer unterscheidet FiSu-FiDé zudem zwischen Kurz-, Mittel- und Langzeitbehandlungen.

Die konsequente Anwendung dieser Systematik erlaubt es, die Abhängigen in Rehabilitationseinrichtungen einzuweisen, die ihren individuellen Behandlungsbedürfnissen entsprechen.

Diejenigen Institutionen können sich unter diesen neuen Bedingungen behaupten, die über ein Angebot verfügen, das nicht nur in qualitativer Hinsicht überzeugt, sondern auch einem tatsächlichen Bedarf entspricht.

## Teilnahmebedingungen für FiSu-FiDé

Der Entscheid über eine Teilnahme an FiSu-FiDé liegt bei den kantonalen Behörden und erfordert die Einhaltung folgender Bedingungen:

- Der Standortkanton erstellt in Zusammenarbeit mit der KOSTE eine Liste mit FiSu-FiDé-Einrichtungen.
- Der Standortkanton stellt sicher, dass die FiSu-FiDé-Einrichtungen gemäss QuaTheDA oder zumindest nach einem BSV-anerkannten Qualitätsmanagement-System zertifiziert oder zur Zertifizierung angemeldet sind.
- Der Wohnortkanton verpflichtet sich, Platzierungen ausser in begründeten Ausnahmefällen nur in FiSu-FiDé-Einrichtungen vorzunehmen.
- Der Wohnortkanton verpflichtet sich, der Einrichtung im Falle einer Platzierung den nach FiSu-FiDé berechneten Tarif in vereinbarten Tranchen auszurichten.

- Der Standortkanton verfügt, dass seine FiSu-FiDé-Einrichtungen die BSV-Beiträge an ihn zedieren.
- Der Standortkanton vergütet dem Wohnortkanton der Behandelten im Falle der IV-Anerkennung den entsprechenden IV-Anteil.
- Der Standortkanton verpflichtet sich, seinen FiSu-FiDé-Einrichtungen keine Quersubventionen auszurichten.

Markus Jann, Bundesamt für Gesundheit

## 1.4 Chancen und Grenzen eines Systemwechsels

Die Schweiz verfügt mit dem Vier-Säulen-Modell über ein international stark beachtetes und anerkanntes System in der Suchthilfe. Durch die Aufnahme der Substitutionsangebote in die Säule Therapie erfuhr diese eine zahlenmässige Aufwertung. Damit das Ziel, die richtige Behandlung für die einzelnen KlientInnen, unter fachlichen Kriterien verfolgt werden kann, braucht die Behandlung von drogenabhängigen Menschen von den ersten Kontakten bis zum Abschluss einer Behandlung klare interdisziplinäre Rahmenbedingungen. Das Bundesamt für Gesundheit sieht in der Erarbeitung eines Finanzierungssystems im stationären Bereich einen ersten Schritt in diese Richtung.

Ziel des Finanzierungsmodells FiSu («das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie») ist die langfristige Sicherstellung der Finanzierung einer wirkungsorientierten und bedarfsgerechten stationären Suchthilfe.

In einem ersten Schritt wurde auf der Grundlage einer detaillierten Leistungsbeschreibung eine Systematik des Angebots der stationären Suchthilfe entwickelt. Ausgehend von dieser Systematik wurden die Tarife für die verschiedenen Leistungen der stationären Suchthilfe differenziert und verbindlich festgelegt. In der Folge wurden darauf aufbauend die Leistungsprofile und die entsprechenden Tarife der Institutionen bestimmt. Der jeweilige Institutionstarif entspricht der Summe der Tarife für die einzelnen Leistungen und variiert je nach spezifischem Leistungsprofil der Einrichtungen.

Im Gegensatz zum bisherigen, retrospektiven, auf – bei weitem nicht-Kosten-deckenden – Tagesansätzen basierenden Abgeltungssystem erfolgt die Abgeltung unter FiSu «in Echtzeit» über einen vereinbarten Pauschaltarif. Der Pauschaltarif wird während des Aufenthalts der Person in Raten plus einer Schlusszahlung nach erfolgtem Austritt durch die Wohnsitzkantone (resp. die zuständige Wohnsitzgemeinde) der KlientInnen an die Institutionen entrichtet.

Die Zusammenarbeit zwischen Kantonen, Institutionen und Bundesamt für Sozialversicherung wird mittels Leistungsvereinbarungen geregelt.

Allfällige Beiträge der Invalidenversicherung, der Gemeinden und der Verwandten werden in der Folge dem Wohnsitzkanton rückerstattet. Im Rahmen des Pilotprojekts mit 8 Kantonen und 66 Einrichtungen sind die vorher beschriebenen Schritte mit Ausnahme der tatsächlichen Abgeltung geprüft worden. Das neue System bietet den Kantonen die Möglichkeit, die Entwicklung des Angebots gezielt zu steuern und sich dabei auf transparente und allgemein verbindliche Kriterien abzustützen. Durch die Zustimmung der Sozialdirektorenkonferenz (SODK) zur «Interkantonalen Vereinbarung für soziale Institutionen» (IVSE), die in der Liste C ausdrücklich auch die Aufnahme von Suchttherapie-Institutionen vorsieht, ist zudem ein Instrument für die ausserkantonale Platzierung von KlientInnen mit entsprechender Finanzierung vorhanden.

Mit FiSu wird die weitere Entwicklung der stationären Suchthilfe (unter Beibehaltung der methodischen Vielfalt) in einem einheitlichen und verbindlichen Rahmen erfolgen können und wird so nicht nur zu einer qualitativen Verbesserung, sondern auch zu mehr Transparenz und Kostenbewusstsein in Bezug auf die stationäre, ausstiegsorientierte Behandlung von Suchtmittelabhängigen führen.

Wir sind überzeugt, dass mit FiSu die Voraussetzungen für eine wirkungsorientierte Steuerung der stationären Suchthilfe geschaffen werden.

Es ist aber allen auch bewusst, dass FiSu noch nicht in allen Detailfragen fertiggestellt sein kann und während der Einführungsphase weiterentwickelt und verfeinert werden muss:

So müssen die Bereiche «Lebensfeld-ergänzende» resp. «Lebensfeld-begleitende» Angebote die Verfahren zur Leistungserfassung, Profilierung, Vollkostenerhebung und Tariffbildung durchlaufen, und bei den bestehenden Beschreibungen müssen sukzessive die Institutionsprofile und effektiven Zielgruppenbewirtschaftungen überprüft und ggf. angepasst werden.

### 1.4.1 Erläuterungen zur Systematik FiSu

Das breite, stark diversifizierte Angebot in der stationären Suchthilfe der Schweiz ist im Wesentlichen auf der Grundlage konkreter Erfahrung entwickelt worden.

Die therapeutischen Gemeinschaften, die mit dem Auftauchen der damals «neuen», vergleichsweise jungen Klientel anfangs der 70er Jahre gegründet wurden, boten sich gegenüber den Sozialversicherungen als spezialisierte Wiedereingliederungsinstanz an. Die Zusammenarbeit basierte auf der gemeinsam akzeptierten Maxime der «Wiedereingliederung vor Rente», wofür der Gesetzgeber auch im Art. 8 IVG die Voraussetzungen geschaffen hatte.

Damit war die Finanzierung der stationären Behandlungen bis 1996 dank gesicherter Kostenbeteiligung der IV und Nachfrageüberhang weitgehend unproblematisch. Als Folge einer Anpassung der BSV-Praxis an das geltende Recht ging der BSV-Beitrag zurück: Während zuvor die KlientInnen pauschal als invalid anerkannt wurden, wird seit 1996 nur noch in den Fällen ein Beitrag ausgerichtet, die über ein von der IV anerkanntes Arztzeugnis verfügen.

Dieser Umstand brachte die stationäre Suchthilfe in finanzielle Schieflage. Dank Überbrückungsleistungen des Bundes und einzelner Kantone konnten diese Liquiditätsschwierigkeiten weitgehend kompensiert werden. Dass es in der Folge dennoch zu Schliessungen von Institutionen kam, ist jedoch keinesfalls allein auf die geringeren BSV-Beiträge, sondern unter anderem auch auf die sinkende Nachfrage nach stationären Aufenthalten zurückzuführen. Als gravierend erwies sich zudem der Mangel an allgemein gültigen Behandlungsstandards. Ein qualitativer Vergleich der Angebote als Grundlage für finanzielle Steuerungsentscheide war unter den gegebenen Umständen nicht möglich.

Mit dem Ziel, die kantonalen Behörden in die Lage zu versetzen, die Versorgung gezielter steuern zu können, wurde das Finanzierungsmodell für die stationäre Suchthilfe (FiSu) in Auftrag gegeben.

Das Ausmass einer Suchtmittelabhängigkeit kann unter anderem daran gemessen werden, wie stark die Betroffenen auf Hilfe angewiesen sind, um den Anforderungen des täglichen Lebens zu genügen. Davon ausgehend orientiert sich die dem Modell FiSu zugrunde liegende Systematik an der Fähigkeit der Abhängigen, mit diesen Anforderungen umzugehen bzw. ihr Lebensfeld autonom zu kontrollieren.

Im besten Fall liegt zwar eine Suchtmittelabhängigkeit vor, die Betroffenen sind aber in der Lage, die Entstehung von Folgeproblemen ohne professionelle Hilfe zu vermeiden oder zumindest unter Kontrolle zu halten.

Im schlechtesten Fall sind die Betroffenen nicht nur suchtmittelabhängig, sondern ausser Stande, den Anforderungen des täglichen Lebens auch nur ansatzweise zu genügen. Das heisst, diese Abhängigen haben mehr oder weniger ausgeprägte zusätzliche Defizite im sozialen, materiellen und gesundheitlichen Bereich.

Mit FiSu werden die Voraussetzungen geschaffen, um Abhängige entsprechend ihrer individuellen Ressourcenlage zu behandeln bzw. in die Selbstverantwortung zurückzuführen.

Die vorrangige Aufgabe der stationären Suchtrehabilitation besteht deshalb darin, ihre KlientInnen bei der Rückgewinnung von Autonomie anzuleiten und zu begleiten; so lernen beispielsweise die Betroffenen wieder, sich in einem drogenfreien Alltag in der Gruppe zurechtzufinden, sich an Regeln zu halten oder auch Frustrationen zu ertragen. Diese Lernprozesse finden idealerweise – wenn auch immer seltener – in der Familie oder, anders ausgedrückt, in der «Primärgruppe» statt. Die Rehabilitationseinrichtung muss demnach in der Lage sein, ihrer Klientel ein förderliches Milieu zu bieten, das wesentliche Bedingungen der Primärgruppe integriert und diese wirksam zum Tragen bringt. Diese umfangreiche Basisaufgabe der Suchtrehabilitation rechtfertigt einen entsprechenden Grundtarif. Nachdem jedoch die Sozialisation nicht nur in der Primärgruppe, sondern auch in den Bereichen Arbeit, Bildung und Freizeit erfolgt, braucht es auch hier qualifizierte Angebote.

Form und Umfang des institutionellen Angebots bestimmen das Leistungsprofil und die Vollkosten einer Einrichtung. Das heisst, wenn die Einrichtung neben dem Ersatz der Primärgruppe umfassende und gut strukturierte Angebote in den Bereichen Bildung, Arbeit oder Freizeit macht, dann bedeutet dies auch zusätzlichen Aufwand, der einen höheren Tarif rechtfertigt.

Die FiSu-Systematik unterscheidet dabei drei Grade der Intensität eines Angebots: Einzelleistung (punktuelleres Angebot), Leistungseinheit (mehrere voneinander klar abgegrenzte Einzelleistungen) und Leistungsbereich (wenn alle Anforderungen eines Sozialisationsfeldes im Vergleich mit dem «normalen» Leben – immer unter Berücksichtigung der konkreten KlientInnen-Probleme – erfüllt sind).

Die Qualitätsüberprüfung der Leistungserbringung erfolgt im Rahmen der periodisch wiederkehrenden Zertifizierung des spezifisch für Sucht-Institutionen konzipierten Qualitätsmanagementsystems QuaTheDA.

# 1 Einleitung

Mitbestimmend für den Erfolg einer Rehabilitation ist unter anderem die Wahl der richtigen Behandlung. Dabei geht es darum, diejenige Institution zu finden, die den individuellen Förderungsbedürfnissen der Betroffenen am ehesten entsprechen kann. Das heisst, wenn Defizite im Bildungsbereich vorliegen, dann bedingt das eine Platzierung, die neben dem für alle Institutionen verbindlichen primärgruppenspezifischen Angebot Zusatzleistungen im Bereich Bildung erfordern.

Ähnliches gilt für die Dauer einer Behandlung, die ebenfalls im Einzelfall bestimmt werden muss. Dabei geht es nicht darum, schon im Vorfeld der Platzierung einen unveränderlichen Behandlungsplan festzulegen; das Ziel ist vielmehr, aufgrund der Anamnese einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen und diesen regelmässig daraufhin zu prüfen, ob Dauer, Art und Intensität der gewählten Behandlung nach wie vor angemessen sind.

Die durchgehende Anwendung der FiSu-Prinzipien führt dazu, dass die Ausgestaltung des stationären Angebots für Suchtmittelabhängige in Zukunft mit einem verbesserten Überblick über das Angebot und mit geeigneten Steuerungsinstrumenten erfolgen kann.

Mit einer höheren Zuweisungssicherheit sowie einer optimierten Leistungserbringung wird somit auch auf der fachlichen Ebene erhebliches Verbesserungspotenzial der professionellen Interventionen erschlossen.

Nicht zuletzt ist in der Folge eine deutlich höhere Kostentransparenz zu erwarten. Mit der konsequenten Anwendung der FiSu-Prinzipien können die vorgegebenen Zielsetzungen erreicht werden: keine nachschüssige Aufwands-, sondern gegenwartsbezogene Leistungsfinanzierung, gleicher Preis für gleiche Leistungen, gleiche Bedingungen für freiwillige TherapieabsolventInnen wie für MassnahmeklientInnen.

## 1.1 Optische Orientierungshilfe

Die Ansprüche an das FiSu-Handbuch sind enorm vielfältig. Es muss deshalb mehrere Funktionen erfüllen, so z.B.:

- grundsätzliche Informationen zum System FiSu vermitteln;
- die gewählten fachlich-theoretischen Grundannahmen beleuchten;
- die einzelnen Systemteile erklären und deren Zusammenwirken skizzieren;
- den aktuellen Stand der Arbeiten spiegeln;
- konkrete Beispiele für Umsetzungsmassnahmen und Modelle für mögliche Instrumente anbieten;
- anstehende Entscheide und kommenden Handlungsbedarf aufzeigen;

und nicht zuletzt

- die Projektgeschichte dokumentieren – das vorgeschlagene Modell ist schliesslich das Ergebnis einer langen Reihe von Entscheiden, an deren Vorbereitung zahlreiche Personen mitgewirkt haben.

Diese Ansprüche bringen es mit sich, dass Texte aus verschiedenen Phasen der Systementwicklung – alte und neue – zusammengebracht werden müssen: die heute vorgeschlagenen Lösungen werden erst vor dem Hintergrund der gesetzten Ziele und der früheren Richtungsentscheide verständlich und nachvollziehbar.

Um Ihnen, sehr geehrte Leserinnen und Leser, bei der Lektüre eine optische Orientierungshilfe zur Verfügung zu stellen, haben wir die verschiedenen Textteile am Rand mit Farbbalken gekennzeichnet:

Klappen Sie den Falz beim Lesen des Handbuchs auf, und Sie können jederzeit auf die Farblegende zurückgreifen, die vormals bestehende von aktuellen Beiträgen unterscheiden hilft und offizielle Schreiben von politischen FunktionsträgerInnen hervorhebt.

Bedeutung der unterschiedlichen  
Farbbalken am Rand:



**Weisse Randmarkierung:**

Aktuelle und originale Texte aus der  
Projektorganisation FiSu



**Graue Randmarkierung:**

Vorbestehende Texte wie  
Arbeitsgruppenberichte oder auch  
Medienmitteilungen



**Rote Randmarkierung:**

Originalbriefe von  
BehördenvertreterInnen

Bedeutung der unterschiedlichen  
Farbbalken am Rand:



**Weisse Randmarkierung:**

Aktuelle und originale Texte aus der  
Projektorganisation FiSu



**Graue Randmarkierung:**

Vorbestehende Texte wie  
Arbeitsgruppenberichte oder auch  
Medienmitteilungen



**Rote Randmarkierung:**

Originalbriefe von  
BehördenvertreterInnen



# *fis*u • *fid*é

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Im Bewusstsein der Bedeutung der stationären, ausstiegsorientierten Therapie im breit gefächerten Angebot der schweizerischen Suchthilfe, ausgelöst durch eine Praxisänderung des BSV, welche bei verschiedenen Institutionen Finanzierungsengpässe hervorgerufen hat, wurde 1998 vom Bundesrat der Auftrag erteilt, ein Finanzierungssystem auszuarbeiten, das einerseits die Vielfalt und die guten Ergebnisse beibehält und andererseits Transparenz und leistungsorientierte Abgeltung fördert. Basierend auf Forschungsergebnissen und Praxiserfahrung aus dem Feld konnten vier grosse zu bearbeitende Themenblöcke formuliert werden. Dazu wurde in Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen eine Koordinationsgruppe ins Leben gerufen. Dieser Koordinationsgruppe wurden 1999 die Ergebnisse aus den vorberatenden vier Arbeitsgruppen «Finanzhilfe», «Finanzierungsmodell», «Leistungserfassung» und «Angebotsplanung» vorgelegt (siehe dazu auch «Organigramm FiSu», Kap. 2.10.1).

Die für die Entwicklung von FiSu wegweisenden Schlussberichte der beiden Arbeitsgruppen Finanzierungsmodell und Leistungserfassung sind im Originaltext in Kap. 2.10.2 und in Kap. 2.10.3 wiedergegeben.

Aufgrund der Erkenntnisse und Vorschläge dieser Arbeitsgruppen wurde eine Vernehmlassung zu den wegweisenden Grundsätzen des vorgeschlagenen neuen Finanzierungsmodells gestartet, die im Herbst 1999 abgeschlossen wurde.

Im Zuge der weiteren Entwicklung hat sich gezeigt, dass sich die in der Vernehmlassung von 1999 abzeichnende breite Abstützung weit gehend bestätigte.

Zwar bedeutet der Systemwechsel von der heute üblichen rückwirkenden Aufwandsfinanzierung mit Restdefizitdeckung hin zu einer gegenwartsbezogenen Leistungsfinanzierung Neuland im sozialen Feld. Mit FiSu ist der Vorteil verbunden, dass das Modell eine Steuerung aufgrund fachlicher Kriterien und nicht ausschliesslich finanztechnischer Überlegungen erlaubt.

In den Jahren 2000 bis 2002 konnte der Auftrag, ein Leistungs-bezogenes, wirkungsorientiertes und für Alkohol- und Drogenabhängige gleichwertiges und transparentes Finanzierungssystem zu erarbeiten, weiter vorangetrieben werden:

Zunächst wurden Lebensfeld-ersetzende von nicht-Lebensfeld-ersetzenden Institutionen unterschieden, die Bearbeitung der zweiten Gruppe wurde sistiert. Danach wurden die institutionell erbrachten Leistungen erhoben und verschiedenen Leistungsstufen zugeordnet.

Im nächsten Schritt wurden die effektiven Kosten (Vollkosten) erhoben und diese dann nach einer einheitlichen Systematik – gebunden an die vorher definierten Leistungsstufen – in Tarifvorschläge umgelegt.

Durch die Berechnung der Tarife anhand von nach KlientInnenzahlen gewichteten Mittelwerten konnte vorweg die Gefahr einer generellen Kostensteigerung eingedämmt werden.

Dass nicht für alle involvierten Finanzierer Kostenneutralität oder gar -senkung gewährleistet werden kann, versteht sich allein schon durch die sinkenden Beiträge der Sozialversicherungen.

## 2.1 **Entscheid EDI – BAG – BSV vom 8. Juli 1998** **Gesamtauftrag Finanzierung von Suchttherapien**

Der formale Rahmen für die Projektarbeiten wurde durch einen Gesamtauftrag des Eidg. Departement des Innern EDI mit den beiden beteiligten Bundesämtern BAG und BSV abgesteckt.

Auch wurden hier bereits kurz-, mittel- und langfristige Massnahmen und Zielvorgaben formuliert.

### 2.1.1 **Kurzfristige Massnahmen**

- 1 Das EDI setzt im Sinne einer Task force eine *Koordinationsgruppe (KG FiSu)* ein.

*Kurzfristiger Auftrag:* Die Gruppe trifft im Einzelfall Kriseninterventionen zur Sanierung erhaltenswerter Institutionen der stationären Suchthilfe, welche durch die Änderung der Finanzierungspraxis des BSV im Bereich kollektiver Beiträge gem. Art. 73 IVG in Finanzierungs- resp. Liquiditätsengpässe geraten sind.

*Längerfristiger Auftrag:* Die Gruppe erarbeitet umfassende, bedarfsgerechte Finanzierungsmodelle.

Die Gruppe steht unter der Leitung des BAG und besteht aus VertreterInnen des BAG, des BSV, der Kantone, der KOSTE und stationärer Suchtinstitutionen.

- 2 Das EDI beantragt für 1998 einen *Zusatzkredit* (Überbrückungskredit) für das BAG von 3 Mio. Franken und für das Jahr 1999 eine entsprechende Budgeterhöhung von 15 Mio. Franken, um bedrängten Institutionen stationärer Suchthilfe mit Bundesbeiträgen in den Jahren 1998 und 1999 über akute finanzielle Engpässe hinwegzuhelfen.
- 3 Das BSV rechnet die Gesuche für das Jahr 1997 nur auf speziellen Wunsch der Institutionen vor Mitte 1999 ab, sodass bereits ausbezahlte und allfällig zu hohe *Akontozahlungen* länger stehen bleiben.
- 4 Alle *Gutachten* und der *Synthesebericht* werden auf Verlangen zur Verfügung gestellt.
- 5 Organisation von Schulung/Sensibilisierung der Ärzteschaft und der Therapieeinrichtungen zum Thema Diagnostik, Gesundheitsschaden und drohende resp. eingetretene Erwerbsunfähigkeit.
- 6 Die Vorsteherin des EDI informiert die *Sozialdirektorenkonferenz* am 16. Oktober 1998 über die Aktivitäten der Koordinationsgruppe bezüglich Krisenintervention. Zusammen mit den KantonsvertreterInnen erteilt sie dieser Koordinationsgruppe den Auftrag, längerfristige, bedarfsgerechte Finanzierungsmodelle auszuarbeiten. Zusammensetzung, Auftrag und Termine werden verabschiedet.

### 2.1.2 **Mittelfristige Massnahmen**

7. Erstellen einer *Übersicht der BSV-Entscheide die Arztzeugnisse betreffend*.
8. Erstellen einer *Gesamtschau zur Finanzierung der stationären Einrichtungen* (Drogen und Alkohol) in den Jahren 1995 und 1996.
9. Erstellen einer Übersicht betreffend die durch die Gesamtheit der Institutionen erbrachten Therapie-/Rehabilitationsleistungen.
10. Die Koordinationsgruppe unterbreitet den beteiligten Kantonen und Institutionen ein *Optionenpapier* zur Finanzierung stationärer Suchthilfe zur Beschlussfassung per Frühjahr 1999.

11. Vorbereitung eines *Dossiers zuhanden der Eidg. Leistungskommission (ELK)*, in dem (gewisse) Leistungen der Therapie und Wiedereingliederung als Pflichtleistungen der Krankenversicherung vorgeschlagen werden.

## 2.2 Koordinationsgruppe «Finanzierung Suchttherapie» (KG FiSu)

### 2.2.1 Mandate und Hauptaufgaben

- Erteilt den einzelnen AGs Aufträge.
- Nimmt Kenntnis von den erarbeiteten Grundlagen der AGs.
- Entscheidet über Finanzierungsmodell, das den interkantonalen Konferenzen zur Genehmigung vorgelegt werden soll (spätestens Mai/Juni 1999).
- Vertritt neues Finanzierungsmodell in den interkantonalen Konferenzen und verhilft ihm zu Akzeptanz.
- Sichert zusammen mit BAG und BSV die Kommunikation mit den wichtigsten Partnern und der Öffentlichkeit.
- Nimmt nach Bedarf Einsicht in die Arbeit der AGs.

## 2.3 Arbeitsgruppe «Finanzhilfen» (AG FiHi)

### 2.3.1 Mandate und Hauptaufgaben

- Verschafft sich rasch eine Übersicht über jene Institutionen, die 1998 bzw. 1999 in existenzbedrohende finanzielle Engpässe geraten.
- Erstellt Liste von Kriterien, welche für die Ausrichtung von Überbrückungsbeiträgen zur Anwendung kommen.
- Prüft Gesuche um Überbrückungsbeiträge von Institutionen anhand von Unterlagen und zusätzlichen Abklärungen (evtl. mittels externer Mandate) hinsichtlich Ausschöpfung bestehender Finanzierungsquellen, Bedarfs- und Qualitätsnachweis.
- Stellt Antrag ans BAG für Ausrichtung von Überbrückungsbeiträgen an gefährdete Institutionen.
- Stellt Information der KG FiSu über laufende Arbeiten sicher.
- Stellt Vernetzung und Informationsaustausch mit anderen AGs sicher.

## 2.4 Arbeitsgruppe «Finanzierungsmodell 2000/ff» (AG FiMo)

### 2.4.1 Mandate und Hauptaufgaben

- Erhebt Grundlagen der heutigen Finanzierung von suchttherapeutischen Einrichtungen bzw. erteilt ein Mandat für eine entsprechende Umfrage.
- Erstellt Übersicht über aktuelle und mögliche zukünftige Finanzquellen der Einrichtungen.
- Erstellt Übersicht über bereits bestehende interkantonale Finanzierungsmodelle (Konkordate) in verwandten/vergleichbaren Bereichen.
- Erarbeitet eines oder mehrere auf den 1.1.2000 realisierbare, kantonsübergreifende Finanzierungsmodelle für suchttherapeutische Einrichtungen zuhanden der KG FiSu .
- Stellt Information der KG FiSu über laufende Arbeiten sicher.
- Stellt Vernetzung und Informationsaustausch mit anderen AGs sicher.

## 2.5 Arbeitsgruppe «Leistungserfassung» (AG LE)

### 2.5.1 Mandate und Hauptaufgaben

- Erstellt Übersicht über die heute in den suchttherapeutischen Einrichtungen erbrachten Leistungen zugunsten der PatientInnen (evtl. externes Mandat).

- Erstellt Katalog für die im Rahmen einer Suchttherapie obligatorisch zu erbringenden Leistungen (minimale Qualitätsstandards).
- Unterbreitet der AG «Finanzierungsmodell 2000/ff.» Vorschläge für die Finanzierung der oben erwähnten obligatorischen Leistungen.
- Stellt Information der KG FiSu über laufende Arbeiten sicher.
- Stellt Vernetzung und Informationsaustausch mit anderen AGs sichern.

## 2.6 Arbeitsgruppe «Angebotsplanung» (AG AP)

### 2.6.1 Mandate und Hauptaufgaben

- Überprüft und modifiziert die vorliegenden Grundlagen bezüglich aktuellem und zukünftigem Bedarf an Suchttherapieplätzen (evtl. Mandat zur Umfrage betreffend aktuellem Platzangebot).
- Nimmt Grobbeurteilung der bestehenden Institutionen vor bezüglich Qualität des Angebots und damit deren Bedeutung für die Säule Therapie.
- Unterbreitet Vorschläge für die Ausgestaltung des Angebots an Suchttherapieplätzen im Jahr 2000 und ff.
- Stellt Information der KG FiSu über laufende Arbeiten sicher.
- Stellt Vernetzung und Informationsaustausch mit anderen AGs sicher.

## 2.7 Die Organisation FiSu

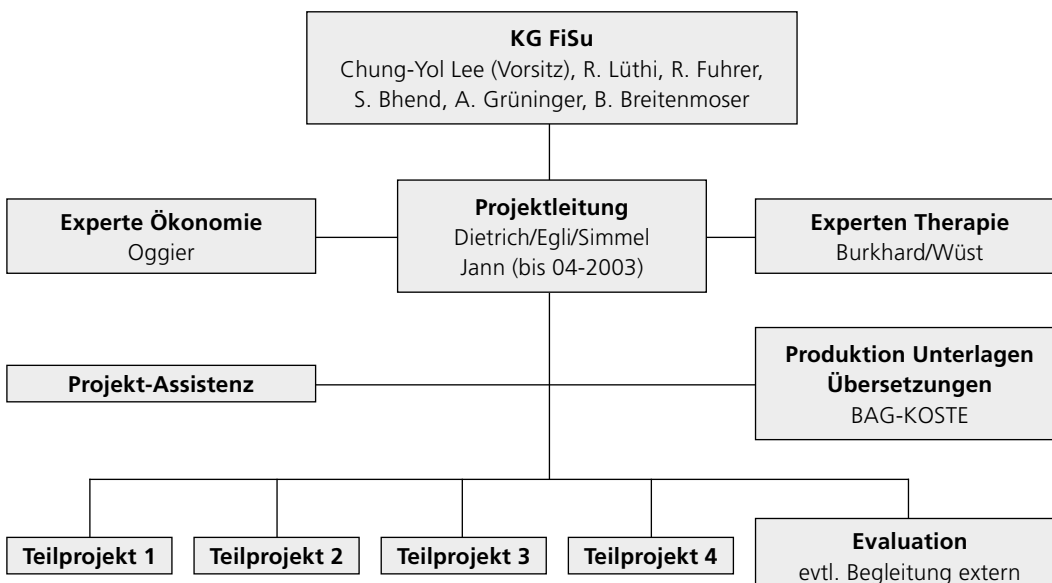
Oberstes Steuerungsorgan im Rahmen der Projektorganisation FiSu ist die sog. Koordinationsgruppe FiSu (KG FiSu), in der Vertretungen der Konferenz der Kantonalen SozialdirektorInnen (SODK) und der Konferenz der Kantonalen SanitätsdirektorInnen (SDK), des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) Einsitz haben.

Organisation und Führung der Gruppe liegen in der Verantwortung des BAG.

Die operativen Arbeiten sind auf der Ebene der Projektleitung angesiedelt. Neben Vertretungen des BAG und der KOSTE sind Fachexperten aus den Bereichen Gesundheitsökonomie und Stationäre Suchttherapie eingebunden.

Die inhaltliche Entwicklung der diversen Themengebiete wurde und wird in verschiedenen Arbeitsgruppen und Teilprojekten mit im Projektverlauf wechselnden Themenschwerpunkten angegangen; einbezogen sind hier in der Regel Fachleute und VerantwortungsträgerInnen aus den mitarbeitenden Kantonen.

### 2.7.1 Organigramm, Stand März 2003



## 2.7.2 Die Finanzierungsgrundsätze der AG FiMo

### Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Leitung:	Herr R. Gerber, Kanton BE
Mitglieder:	Herr J.-L. Baierlé, Kantonsarzt JU
	Herr P. Burkhard, Verein Art. 74
	Herr S. Darioli, Kanton VS und GRASS
	Herr M. Ferrari, Kanton TI
	Herr E. Götschmann, Sachverständiger Budgetrecht, EFV
	Herr H.-P. Häring, SDSS-VCRD
	Herr Ph. Lehmann, BAG
	Herr B. Nussbaumer, CRIAD
	Herr R. Rohrbach, Experte Sozialversicherung
	Frau R. Ruder, SKOS
	Herr U. Simmel, KOSTE
	Herr A. Stoppa, Kanton ZH
	Frau D. Zeltner Kamber, BSV
	Herr E. Zürcher, SODK
Experte:	Herr W. Oggier, Gesundheitsökonom
Sachbearbeitung:	Frau B. Lindenmann, BAG

### Auftrag an die AG FiMo

Der AG FiMo wurden die Vorstellungen des Bundes bekannt gegeben (vgl. dazu die Bundesratsbeschlüsse zu den Nachtragskreditbegehren des BAG: «Überbrückungsmassnahmen Suchttherapien» vom 14. September 1998 und vom 24. März 1999 mit den entsprechenden Stellungnahmen des EDI/ Frau BR Dreifuss zu Mitberichten des EFD), wonach die Reduktion der IV-Beiträge mittelfristig von den Kantonen, Gemeinden und den Institutionen selbst aufgefangen werden müssten. Nach Ansicht des Bundes sollte keine neue Subventionspraxis eingeführt werden, und mit dem neuen Finanzierungsmodell würde der Bund ab 2000 keine weiteren Ersatzleistungen für den Wegfall von IV-Leistungen mehr erbringen.

Die der Arbeitsgruppe erteilten Aufträge wurden bereits oben erwähnt (vgl. Kapitel 2.1 ff.).

### Wegweisende Empfehlungen der AG FiMo

Die Mitglieder der AG FiMo haben einstimmig zuhanden der KG FiSu folgende Anträgen formuliert:

1. Das neue Finanzierungsmodell soll auf dem System der Arbeitsfeldpauschale basieren, das für den legalen wie den illegalen Suchtbereich anwendbar ist.
2. Das neue Finanzierungssystem ist mit qualitätssichernden Massnahmen zu ergänzen. Dazu sollten auf gesamtschweizerischer Ebene insbesondere minimale Standards zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt werden.
3. Die Kostenteilung ist ein politischer Entscheid. Die KG FiSu soll sich basierend auf den vorgeschlagenen Finanzierungsmodellen entscheiden, welches oder welche in die Vernehmlassung gegeben werden sollen.
4. Für die Umsetzung muss das Modell der Arbeitsfeldpauschale unbedingt über Pilotprojekte getestet werden.
5. Das Modell ist je nach Entscheid der zuständigen Instanzen frühestens im Laufe des Jahres 2000 realisierbar. Deshalb müssen dringend Überbrückungsmassnahmen für die Phase bis zum In-Kraft-Treten des Finanzierungsmodells geplant und verwirklicht werden.
6. Die Zusammenarbeit unter den Kantonen soll über die Interkantonale Heimvereinbarung erfolgen. Zu diesem Zweck muss die IHV im Rahmen der laufenden Revision mit einem neuen Teil ergänzt werden. Die Resultate der AG FiMo sollten deshalb rasch möglichst den Direktorenkonferenzen, welche die Heimvereinbarung tragen, zur Kenntnis gebracht werden, damit dieser neue Teil im Rahmen der bereits laufenden Arbeiten möglichst rasch integriert werden kann.

Diese knapp gefassten Anträge resultierten aus intensiven Diskussionen in den AG-Sitzungen. Um eine Gesamtschau der für die weiteren Projektarbeiten entscheidenden Überlegungen der AG FiMo zu gewährleisten, sind im Folgenden wesentliche Teile des Schlussberichts der AG FiMo vom 14. Juni 1999 im Wortlaut zitiert.

### *Benachbarte Bereiche*

Soweit möglich hat die AG FiMo versucht, benachbarte Projekte und Entwicklungen in ihre Überlegungen einzubeziehen, so z.B.:

### *Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA)*

Der Vernehmlassungsbericht zum neuen Finanzausgleich wird im Mai 1999 erscheinen, die Botschaft erst 2001. Die obligatorischen Volksabstimmungen werden voraussichtlich 2002 stattfinden. Der neue Finanzausgleich greift also frühestens 2004.

Die Arbeitsgruppe hat von den Arbeiten des Finanzausgleichs Kenntnis genommen und sich über den Stand des Geschäfts orientieren lassen. Es ist ungewiss, welche politischen Schlüsse aus der Vernehmlassung gezogen werden. In Anbetracht der noch unklaren Situation versucht die Arbeitsgruppe, basierend auf der heutigen Sachlage, Vorschläge für Finanzierungsmodelle zu entwickeln und kann deshalb den neuen Finanzausgleich nicht berücksichtigen. Dessen Vorschläge bezüglich der obligatorischen Zusammenarbeit unter den Kantonen (Mustervertrag) sollen im Zusammenhang mit der Heimvereinbarung berücksichtigt werden.

### *Revision des Betäubungsmittelgesetzes*

Die Revision des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (BetmG, SR 812.121) ist in Vorbereitung und dürfte im Juni 1999 in die Vernehmlassung gehen. Die Botschaft des Bundesrates wird voraussichtlich im Frühjahr 2000 vorgestellt. Danach hängt das weitere Vorgehen vom parlamentarischen Rhythmus ab.

Weil die Konsequenzen der Revision des BetmG im Bereich der Suchttherapie und Wiedereingliederung zur Zeit noch unklar sind, kann diese bei der Entwicklung des neuen Finanzierungsmodells nur bei längerfristigen Lösungsansätzen berücksichtigt werden.

## **2.7.3 Erarbeitung neuer kantonsübergreifender Finanzierungsmodelle**

### *Zielsetzung*

Die stationäre Therapie betäubungsmittel- und alkoholabhängiger Personen muss längerfristig auf eine gesunde finanzielle Basis gestellt werden. Es müssen tragfähige Finanzierungsmodelle gefunden werden, welche ein bedarfsgerechtes therapeutisches Angebot von hoher Qualität sicherstellen. Bund, Kantone und Sozialversicherungen sollen dabei einen angemessenen Anteil der Kosten übernehmen. Die neuen Finanzierungsmodelle müssen möglichst schnell praktisch umsetzbar und für die beteiligten Partner, d.h. den Bund, die Kantone und die Einrichtungen, annehmbar sein. Die Modelle müssen so ausgestaltet sein, dass sie therapiewilligen Abhängigen den Behandlungseintritt nicht unnötig erschweren und verzögern.

### *Bewertung des Ist-Zustandes*

Aus gesundheitsökonomischer Sicht lässt sich das heutige System auf folgende Weise bewerten:

- Das System der Defizitgarantie ist ein überholtes System, denn es hemmt die Effektivitäts- und Effizienzreize eher, als es sie fördert.

- Das System weist keine Versorgungsorientierung<sup>1</sup> auf. Dazu fehlen u.a. auch Informationen über den Bedarf und eine bedarfsgerechte Angebotssteuerung.
- Das System beinhaltet mindestens teilweise Anreize zur Mengenausweitung. Je mehr gemacht wird, desto mehr Tagespauschalen dürfen verrechnet werden.
- Es besteht die Gefahr der Qualitätssenkung als Folge der Kostenminimierung. Die Entscheidung über die Platzierung der Drogenabhängigen liegt vorwiegend in der Kompetenz der Gemeinden. Es ist mindestens fraglich, ob insbesondere kleinere Gemeinden, welche seltener mit diesen Fragestellungen konfrontiert sind, über genügend institutionsbezogene Informationen verfügen, um Preis-Leistungs-Vergleiche anstellen zu können.
- Das heutige Finanzierungssystem ist wenig transparent. Die verschiedenen Geldgeber verfolgen zum Teil unterschiedliche Zielsetzungen und Qualitätsstandards. Das unterschiedliche Abrechnungssystem in Bezug auf verschiedene Gruppen von Drogenabhängigen und teilweise unterschiedliche Entschädigungen für annähernd gleiche Leistungspaletten dürfte den administrativen Aufwand sowohl bei den betroffenen Institutionen als auch bei den Ämtern erhöhen.
- Weil Preis-Leistungs-Vergleiche kaum möglich sind, sind Widersprüche zwischen den therapeutischen Zielen und den vom System ausgehenden Finanzierungsanreizen mindestens nicht auszuschliessen.
- Der zur Zeit vorherrschende Kostendruck ist nicht ausschliesslich negativ zu werten, er fördert Anpassungsprozesse und erlaubt, bisher «wohl erworbene Rechte» und fest gefahrene Strukturen zu hinterfragen. Ob der Kostendruck auch positive Auswirkungen zu zeitigen vermag, hängt in massgeblicher Weise davon ab, ob es gelingt ein Finanzierungsmodell zu realisieren, welches positive Systemanreize zu vermitteln vermag. Was unter positiven Systemanreizen zu verstehen ist, muss anhand von Kriterien im Rahmen des politischen Entscheidungsprozesses oder allenfalls durch eine Expertengruppe formuliert werden.

#### 2.7.4 Kriterien an ein neues Finanzierungsmodell

##### *Vorgaben der Koordinationsgruppe FiSu*

Die Koordinationsgruppe «Finanzierung von Suchttherapien» KG FiSu einigte sich anlässlich ihrer ersten Sitzung vom 9. Oktober 1998 auf folgende Kriterien, die der Arbeitsgruppe FiMo als Leitlinien für die Erarbeitung eines Finanzierungsmodells dienen sollen:

- keine Mehrbelastung der Kantone;
- keine zusätzliche Invalidisierung suchtmittelabhängiger Menschen;
- keine Finanzierung eines Überangebots an Therapieplätzen;
- Qualitätskontrolle ist notwendig, Kriterien dazu sollen erarbeitet werden;
- eine Preis-/ Tarifgestaltung soll stattfinden;
- ein interkantonaler Ausgleich soll in Form einer Vereinbarung möglich sein;
- eine Bundesbeteiligung ist vorzusehen;
- keine Ausweitung des bestehenden Leistungskatalogs in der Krankenversicherung.

Ebenfalls mitberücksichtigt werden muss der Entscheid des Bundesrates vom 24. März 1999, wonach der Bund mit dem neuen Finanzierungsmodell keine weiteren Ersatzleistungen für den Wegfall von IV-Leistungen mehr erbringen wird.

Weitere Kriterien, an denen ein neues Finanzierungsmodell gemessen werden sollte:

- Versorgungs-/ Leistungsorientierung
- Effektivitäts- und Effizienzanreize
- keine Mengenausweitung
- möglichst geringer Verwaltungsaufwand
- Realisierbarkeit
- Förderung der interkantonalen Zusammenarbeit, der überkantonalen Angebotsplanung und Platzierung
- Gleichbehandlung von Alkohol- und Drogentherapie, von Frühintervention und Behandlung von chronifizierten Abhängigen, von freiwilliger Therapie und Massnahmenvollzug.

<sup>1</sup> Eine vermehrte Leistungsorientierung bezweckt, jene Institutionen, die mehr leisten, auch besser zu entschädigen. Damit einher geht die Gefahr einer unnötigen Mengenausweitung. Eine vermehrte Versorgungsorientierung stellt die optimale Behandlung ins Zentrum der Betrachtungen. Best Practice wird in diesem Fall am besten entschädigt, Über- und Unterversorgung dagegen schlechter.

## 2.7.5 Einbettung neuer Finanzierungsmodelle in ein Gesamtsystem

Inwieweit neue Finanzierungsmodelle ihre volle Wirkung zu entfalten vermögen, hängt wesentlich davon ab, in welches Gesamtsystem sie eingebettet sind. Aus den bisherigen Ausführungen lassen sich folgende wichtige Grundzüge ableiten:

- Nach Art. 39 Abs. 1 KVG sind Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), zur Grundversicherung zugelassen, wenn sie u.a. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind. Zudem müssen sie auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sein. Angesichts der zur Zeit bestehenden Informationsdefizite im Bereich der nicht ärztlich geleiteten Therapieeinrichtungen dürfte dabei mindestens während der Anfangsphase eine inputorientierte Planung, also eine Planung von Betten, Personal, Einrichtungen etc. im Vordergrund stehen. Eine outputorientierte Planung dürfte zur Zeit nicht nur an der mangelnden Datenlage scheitern, sondern insbesondere auch daran, dass sich der Konsum von Betäubungsmitteln und das damit einhergehende Suchtpotenzial im illegalen Bereich abspielt.
- Es sind verbindliche Qualitätsstandards an alle Einrichtungen zu formulieren, welche sowohl Angaben zur Struktur- und Prozess- als auch zur Ergebnisqualität beinhalten.
- Gleiche Leistungen sollten grundsätzlich zu gleichen Preisen entschädigt werden.
- Soweit möglich soll wettbewerblichen Elementen im Rahmen des Abschlusses von Leistungsvereinbarungen Rechnung getragen werden.
- Dem Controlling der entsprechenden Leistungsvereinbarungen mit den einzelnen Institutionen kommt besondere Bedeutung zu. Insbesondere sind Sanktionsmechanismen bei Nichterfüllung der Vereinbarungen bis hin zur Kündigung der Leistungsvereinbarung vorzusehen und mit den verschiedenen Leistungserbringern nach den gleichen Grundsätzen einheitlich zu regeln.

Im Zusammenhang mit der Angebotsplanung bestehen zwei unterschiedliche Haltungen:

- Freier Markt hat sich im Gesundheitswesen als eher kostentreibend denn senkend erwiesen. Der Experte ist deshalb der Ansicht, dass eine Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung sowie darauf abgestützte, nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Listen der zugelassenen Leistungserbringer auch im Bereich stationärer Drogentherapien sinnvoll sein können.
- Die Arbeitsgruppe «Angebotsplanung» hält hingegen in ihrer Stellungnahme fest, dass Angebote nur sinnvoll geplant werden können, wenn der aktuelle und der zukünftige Bedarf bekannt sind. Dieser hängt von gesellschaftlichen Entwicklungen ab, kann sich schnell ändern und ist nur mit grossem Aufwand zu ermitteln. Die Institutionen müssen bezüglich Bedarf schnell und flexibel auf gesellschaftliche Entwicklungen reagieren.

Aufgrund der Diskussion in der Arbeitsgruppe FiMo hat sich ergeben, dass eine Planung aufgrund der erheblichen Schwankungen auf der Bedarfsseite kaum machbar ist, andererseits trotzdem gewisse Erhebungen und Vorgaben gemacht werden sollten. Dies könnte beispielsweise über die Aufnahme der Einrichtungen in eine Liste der SODK geschehen, gekoppelt mit einem vorgeschriebenen Auslastungsgrad und der Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien. Der Standortkanton übernimmt dabei die Verantwortung für die Qualität und legt ausgehend vom aktuellen Stand eine bestimmte Platzzahl und den minimalen Auslastungsgrad fest. Dabei sind die Vorgaben des BSV zu berücksichtigen.

## 2.7.6 Gemeinsame Grundzüge zukünftiger Finanzierungsmodelle

Die unten näher zu erörternden Modelle sollen alle folgende Grundzüge aufweisen:

- Der Versorgungsorientierung ist der Vorzug zu geben. Die Leistungsorientierung beinhaltet tendenziell den Anreiz zur Mengenausweitung, weil höhere Einnahmen erzielt, wer mehr Leistungen erbringt.
- Die vereinbarten Leistungen werden durch im Voraus festgelegte Pauschalen abgegolten (prospektives Abgeltungssystem).
- Damit sind sämtliche dem Leistungserbringer aus der Erfüllung der Leistungsvereinbarung erwachsenden Betriebskosten sowie die Amortisationskosten für die Investitionen abgegolten (monistisches Abgeltungssystem).



- In den Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern sind deren zu erbringende Leistungen (Produkte) und deren Abgeltung (Preis), die Qualitätsanforderungen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), die Leistungsmenge, das Reporting und die Vereinbarungsdauer festzuhalten.
- Keine Institution hat grundsätzlich Anrecht auf volle Kostendeckung. Effektiv und effizient arbeitende Institutionen sollen aber unter Berücksichtigung der Angebots- und Nachfragestrukturen nach wie vor mindestens kostendeckende Entschädigungen realisieren können.
- Unabhängig von der Wahl des neuen Finanzierungsmechanismus soll keine Kostenverlagerung zwischen Bund, Kantonen und Krankenversicherern erfolgen. Diesem Grundsatz gilt es bei der Formulierung der Kostenteiler Rechnung zu tragen.
- Der neue Finanzierungsmechanismus wird als Teil der Vereinbarung über die Suchtinstitutionen in die interkantonale Heimvereinbarung aufgenommen.

### 2.7.7 Weiter zu verfolgende Modelle

Das System der Defizitgarantie wird nicht weiterverfolgt, weil es Effektivitäts- und Effizienzanreize hemmt.

Ebenso ist die Subjektfinanzierung, also die volle Kostendeckung durch die Kunden der betroffenen Institutionen, kaum realistisch. Diese Personen sind häufig sozial stark belastet und verfügen in der Regel nicht über die finanziellen Mittel, um die entsprechenden Leistungen selbst einzukaufen. Eine gezielte Subventionierung von Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen würde auf praktische Probleme stossen. So ist beispielsweise unklar, an wen eine Subvention ausbezahlt werden sollte, wenn eine Person keine Adresse aufweist. Zudem dürfte von einem solchen System ein negativer Anreiz ausgehen, sich in eine stationäre Suchtmitteltherapie zu begeben, wenn sie vollumfänglich selbst bezahlt werden muss. Damit würde eine Eintrittsschranke errichtet, welche zu zusätzlichen volkswirtschaftlichen Kosten führen kann, weil Süchtige aus finanziellen Gründen länger in ihrer Sucht verharren.

Für die folgenden Überlegungen steht das System der Objektfinanzierung im Vordergrund (d.h. die Beiträge werden direkt an die Institutionen ausgerichtet). Dabei sollen folgende Elemente näher erörtert werden:

- Tagespauschale
- Abteilungspauschale
- Fallpauschale

#### *Degressive Tagespauschale*

Im Rahmen des an vielen Orten zur Anwendung kommenden Tagespauschalen-Systems kann den verschiedenen Behandlungsphasen durch eine Degression Rechnung getragen werden. Der finanzielle Aufwand und die entsprechende Abgeltung fallen in der Regel wegen der verschiedenen professionellen Anforderungen und Betreuungsintensität je nach Phase unterschiedlich aus. Diesem Kostenverlauf tragen über alle Tage gleiche Tagespauschalen keine Rechnung. Sie setzen vielmehr einen Anreiz, KlientInnen möglichst lange in den Institutionen zu belassen, weil sich der Kostendeckungsgrad in der Regel bei zunehmender Aufenthaltsdauer unter sonst gleich bleibenden Rahmenbedingungen erhöht. Degressive Tagespauschalen versuchen, diese Anreize abzuschwächen, indem die Degression soweit möglich so ausgestaltet wird, dass keine Anreize zur Mengenausweitung über eine Verlängerung der Aufenthaltsdauer mehr erfolgen.

Da die einzelnen Institutionen unterschiedliche Kostenverläufe aufweisen dürften, erscheint das Ziel einer Gleichbehandlung der verschiedenen Institutionen nur dann erreichbar zu sein, wenn die Degression für jede einzelne Institution individuell festgelegt wird.

Degressive Tagespauschalen lassen sich gegebenenfalls mit einem Globalbudgetsystem kombinieren. Indem neben der maximalen Dauer auch die maximalen Tagespauschalen und die maximale Anzahl der in einer Institution während einer bestimmten Periode zu betreuenden Personen festgelegt werden, wird ein oberes Kostendach formuliert.

### *Abteilungspauschale (= Arbeitsfeldpauschale)*

Abteilungspauschalen versuchen, den Anreiz zur Mengenausweitung im Vergleich zur degressiven Tagespauschale derart zu reduzieren, dass sie nicht mehr auf die einzelnen Tage der Institutionen abstellen, sondern auf die einzelne Abteilung, in welcher die erforderlichen Leistungen der Klientinnen und Klienten sinnvollerweise zu erfolgen haben.

Im Gegensatz zu degressiven Tagespauschalen haben Abteilungspauschalen auch nicht auf den effektiven Kosten der einzelnen Institutionen zu basieren, sondern können auf im Voraus bestimmten Normkosten festgelegt werden. Sämtliche Institutionen erhalten demnach für die Behandlung auf einer bestimmten, gewissen festgelegten Qualitätskriterien entsprechenden Abteilung den gleichen Preis. Damit soll ein Anreiz für die Institutionen geschaffen werden, vermehrt nach Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen Ausschau zu halten.

Die Abteilungspauschalen sind anhand einer für alle Institutionen einheitlichen Kostenstellenrechnung sowie anhand eines minimalen prozentualen Auslastungsgrads zu berechnen.

Um Gefahren der Risikoselektion zu begegnen, sind geeignete Massnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und umzusetzen.

Im Rahmen der Diskussionen mit verschiedenen Vertreterinnen und Vertretern der AG «Leistungserfassung» hat der insbesondere im Spitalwesen verwendete Begriff der Abteilungspauschalen vielfach zu Verwirrungen geführt. Im Folgenden wird daher der Begriff der Arbeitsfeldpauschale verwendet, weil die konkrete Definition weniger von einem Aufenthalt in einer Abteilung als vielmehr von den Arbeitsfeldern abhängig ist.

### *Fallpreispauschale*

Bei Fallpreispauschalen wird pro zu behandelnde Person ein Preis vereinbart, welcher von der Diagnose abhängig ist. Die Pauschale deckt sämtliche bezogen auf eine Klientin oder einen Klienten anfallenden Kosten. Um die Zusammenarbeit unter den Institutionen zu fördern, kann die Pauschale an die erste im Zusammenhang mit der Klientenbetreuung angelaufene Therapieeinrichtung ausbezahlt werden. Bietet diese die zur Behandlung der festgestellten Diagnose notwendigen Leistungen nicht vollumfänglich selbst an, hat sie diese über Kooperationen mit anderen Institutionen sicherzustellen und gegenüber den Kostenträgern auszuweisen. Die erste Therapieeinrichtung hat in diesen Fällen die entsprechenden Aufwendungen ihrer Kooperationspartner aus der ihr gewährten Fallpreispauschale zu finanzieren. Die Kooperationspartner erhalten ihrerseits keine Beiträge der herkömmlichen Kostenträger.

Eine Fallpreispauschale kann – analog zur Arbeitsfeldpauschale – prospektiv und für alle Institutionen diagnosebezogen gleich festgesetzt werden, um bei den Institutionen vermehrt Anreize zu Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen zu setzen.

Die Fallpreispauschale basiert auf einer für alle Institutionen einheitlichen Kostenträgerrechnung und einem minimalen prozentualen Auslastungsgrad.

Um Gefahren der Risikoselektion zu begegnen, sind geeignete Massnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und umzusetzen.

### **2.7.8 Bewertung der einzelnen Modelle**

Den Bedürfnissen der KlientInnen dürften Fallpreispauschalen am besten entsprechen. Allerdings weisen Fallpreispauschalen verschiedene Gefahren auf. Einerseits beinhalten sie Anreize zur Mengenausweitung und zur Risikoselektion, andererseits dürften sie im Rahmen der zur Verfügung stehenden finanziellen und der zur Diskussion stehenden zeitlichen Spielräume für die schweizerischen Verhältnisse nicht realisierbar sein, weil mit erheblichen administrativen Einführungskosten gerechnet werden müsste.

Degressive Tagespauschalen dürften im Rahmen der näher beschriebenen drei Instrumente die geringsten Anreize zu Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen setzen, weil die beabsichtigten Anreize nur dann realisiert werden können, wenn der Degressionsverlauf für die einzelnen Institutionen möglichst genau mit dem Kostenverlauf übereinstimmt. Abgesehen davon, dass bei der Mehrheit der Institutionen die dafür notwendigen Informationen zur Zeit kaum verfügbar sein dürften, weil eine Vollkostenrechnung weit gehend fehlt, hätten die Institutionen selbst bei Kenntnis ihrer Kostenstrukturen kein Interesse an deren Offenlegung. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass die Institutionen wissen, dass

ihre Informationen zur Festlegung ihrer Entgelte verwendet werden. Die Institutionen werden daher ein Interesse daran haben, einen Kostenverlauf auszuweisen, der für sie günstiger ausfällt als die effektiven Verhältnisse. Unter diesen Voraussetzungen können degressive Tagespauschalen die beabsichtigten Wirkungen nicht entfalten. Es ist im Gegenteil zu befürchten, dass die Anreize zur Verlängerung der Aufenthaltsdauer aufrechterhalten bleiben.

Unter den gemachten Ausführungen erscheinen daher Arbeitsfeldpauschalen ein gangbarer Mittelweg zu sein. Dieser dürfte zudem auch mit deutlich geringeren Administrationskosten verbunden sein als die Einführung von Fallpreispauschalen. Entscheidend für die Realisierung dieses Abgeltungssystems ist, dass es gelingt, Arbeitsfeldpauschalen zu formulieren, welche klare Abgrenzungen zwischen einzelnen Arbeitsfeldern und demnach einen angemessenen Differenzierungsgrad aufweisen. Dieser Versuch soll im folgenden Kapitel unternommen werden.

Sollten sich die Arbeitsfeldpauschalen, basierend auf dem Raster mit 36 Feldern im Rahmen der Pilotversuche als nicht umsetzbar erweisen, müsste allenfalls versucht werden, die Felder pro Typen von Behandlungstagen neu zu gruppieren.

### *Bewertung*

Eine aussagekräftige Bewertung der vorgestellten Varianten erweist sich im gegenwärtigen Zeitpunkt als äusserst schwierig, weil weder die konkreten Preis-Leistungs-Bündel für die einzelnen Arbeitsfelder noch die Festlegung der politischen Akteure auf die vorgeschlagenen Steuerungsinstrumente von Bedarfsplanung und Globalbudget bekannt sind. Die Bewertung beschränkt sich daher auf einige allgemeine Erörterungen.

In jedem Fall gilt es zu betonen, dass eine dauerhafte Lösung der Finanzierungsproblematik nur über den Weg eines neuen Finanzierungsmodells realisiert werden dürfte. Andernfalls dürften entweder Deckungslücken bei einzelnen Klientinnen- und Klienten-Gruppen entstehen oder beabsichtigte versorgungsorientierte und kostendämpfende Effekte mindestens nicht im möglichen Ausmass realisiert werden. Gleichzeitig muss erneut darauf hingewiesen werden, dass die Lösung der Finanzierungsproblematik nicht mit einer Existenzgarantie für die Institutionen gleichzusetzen ist.

Eine erste Beurteilung der verschiedenen Modelle anhand der von der KG FiSu formulierten Kriterien kann auf folgende Art dargestellt werden:

	IV-Verordnung	IVG-Änderung	Höherer Bundesanteil	Höherer Kantonsanteil	Höherer Bundes- und Kantonsanteil	Kopplung mit BtmG-Revision	Kommentar zu den Bewertungen
Keine Mehrbelastung der Kantone	KA	E	E	NE	NE	E	Es wird angenommen, dass das neue Finanzierungssystem die anfallenden Mehrausgaben nicht vollumfänglich über Verhaltensveränderungen der Akteure zu kompensieren vermag.
Keine zusätzliche Invalidisierung i.S. eines Rentenbezugs	KA	KA	KA	KA	KA	KA	KA: Nicht auszuschliessen ist, dass sich einige Akteure anders als gewünscht zu verhalten versuchen.
Keine Finanzierung eines Überangebots	E	E	E	E	E	E	Es wird angenommen, dass der politische Entscheidungsprozess die Arbeitsfeldpauschalen auf dem entsprechenden Niveau festsetzt.
Qualitätskontrolle	E	E	E	E	E	E	
Preis-/Tarif-Gestaltung	E	E	E	E	E	E	
Bundesbeteiligung	E	E	E	E	E	E	Es werden die direkten und indirekten Bundesbeteiligungen berücksichtigt.
Keine Ausweitung Krankenversicherung	E	E	E	E	E	E	
Versorgungs-/Leistungsorientierung	E	E	E	E	E	E	
Effektivitäts- und Effizienzreize	E	E	E	E	E	E	
Keine Mengenausweitung	E	E	E	E	E	E	Voraussetzung bildet das oben erwähnte Qualitätssicherungssystem (vor allem ein umfassendes Reporting).
Möglichst kleiner Verwaltungsaufwand	NE	NE	KA	KA	NE	NE	
Realisierbarkeit	E	NE	NE	E	NE	NE	Realisierbarkeit im Jahr 2000
Förderung der interkantonalen Zusammenarbeit	KA	KA	KA	KA	KA	KA	

Legende: E: Erfüllt  
 KA: Keine Angaben möglich  
 NE: Nicht erfüllt

Die Tabelle bringt zum Ausdruck, dass unabhängig vom gewählten Kostenteiler die Mehrheit der Kriterien erfüllt werden kann. Sämtliche vorgestellten Ansätze weisen Vor- und Nachteile auf. Es gilt erneut zu betonen, dass es auch im Bereich der Kostenteiler keine optimalen Lösungen gibt, wie die folgenden ergänzenden Überlegungen zeigen:

- Eine Beschränkung auf ein rein IV-orientiertes System ohne Bundesengagement in den Nicht-IV-Fällen trägt zwar dazu bei, dass dem Bund keine Mehrkosten anfallen. Andererseits wird damit nur eine Lösung für süchtige Menschen realisiert, welche behindert oder von Behinderung bedroht sind. Damit werden per Saldo kaum Kosten gespart, sondern auf nachrangige Ebenen verlagert.
- Wo heute kein kantonales Engagement erfolgt, kann analog argumentiert werden. In diesen Fällen dürften unter sonst gleich bleibenden Rahmenbedingungen insbesondere die Gemeinden zusätzlich belastet werden. Diese dürften in dieser Situation versuchen, vermehrt die Angehörigen nach Art. 328 und 329 ZGB zur Zahlung heranzuziehen.
- Das Streben nach einer neuen gesetzlichen Grundlage – sei es im IVG, sei es im Betäubungsmittelgesetz – dürfte einerseits den Vorteil der Dauerhaftigkeit aufweisen. Andererseits dürften die Entscheidungsprozesse relativ viel Zeit in Anspruch nehmen, sodass die gesetzten zeitlichen Vorgaben ausser per Dringlichkeitsrecht kaum eingehalten werden könnten.
- Lösungen wie die Veränderung der IV-Verordnung bzw. ein höherer Kantonsanteil dürften rascher realisierbar sein als die übrigen zur Diskussion stehenden Varianten. Andererseits muss bei der Veränderung der IV-Verordnung offen bleiben, ob das Prozessrisiko in diesem Fall als höher einzustufen ist.
- Denkbar wäre auch, sich für die Variante zu entscheiden, welche Bund und Kantone finanziell am wenigsten belasten. In diesem Fall wäre die Variante mit der Strafbefreiung des Konsums von Be-

täubungsmitteln und seiner Vorbereitungshandlungen anzustreben. Eine Entkriminalisierung führt zu Einsparungen bei der Repression, in den Bereichen von Polizei, Justiz, Straf- und Massnahmenvollzug. Diese Mittel könnten mindestens teilweise zur Finanzierung stationärer Suchttherapien eingesetzt werden.

- Wenn die vorherrschenden Probleme derart gravierend eingeschätzt werden, dass es kurzfristiger Massnahmen bedarf, dürfte insbesondere eine Veränderung der IV-Verordnung durch den Bundesrat bzw. eine Erhöhung des Kantonsanteils sowie parallel dazu die Einführung eines neuen Finanzierungssystems im Vordergrund stehen. Auch wenn damit nicht alle Probleme gelöst werden können und nach wie vor eine Deckungslücke verbleiben dürfte, kann mit dieser Variante das Pareto-Prinzip (mit 20 Prozent Aufwand 80 Prozent Wirkung erzielen) am ehesten eingehalten werden.

### *Vorschläge zur interkantonalen Zusammenarbeit*

Schon die KG FiSu war sich anlässlich ihrer ersten Sitzung vom 9. Oktober 1998 einig, dass eine Ergänzung der Interkantonalen Heimvereinbarung (IHV) die beste Lösung wäre, weil diese in der Praxis erprobt ist, zur Zeit revidiert wird und dabei mit einem speziellen Teil für Suchtinstitutionen ergänzt werden soll. Die Schaffung einer eigenen Vereinbarung respektive eines eigenen Konkordats speziell für den Bereich der Suchtinstitutionen erscheint sachlich nicht geeignet und politisch wenig aussichtsreich. Aus diesen Gründen wurde geprüft, ob sich das neue Finanzierungsmodell in den Kontext der IHV integrieren lässt.

Diese Auffassung wurde von der AG FiMo eindeutig geteilt, und sie positioniert sich deshalb wie folgt:

- Die Suchttherapieeinrichtungen (STE) sollen und können in die IHV, in einem neuen Teil, einbezogen werden. Hierfür muss das Finanzierungsmodell und das Qualitätsraster der FiSu vorliegen.
- Die IHV muss allgemein, besonders aber in Bezug auf die STE, verbindlich werden.
- Die Steuergruppe fällt eine politische Entscheidung und stellt einen entsprechenden Antrag an die Kantone und die 4 Konferenzen der IHV.

## 2.8 Das Grundlagenpapier Leistungsbeschreibung

Gilt die Vorgabe, ein Finanzierungssystem zu entwickeln, in dem die erbrachten Leistungen bezahlt werden, so kommt man nicht umhin, diese Leistungen zunächst einmal zu erfassen.

Dabei ist ein einheitlicher terminologischer Rahmen sicher von Vorteil. Im stationären Umfeld (wie übrigens in zahlreichen anderen Arbeitsgebieten auch) konnte aber zum Zeitpunkt des Projektstarts (1999) von einer einheitlichen Nomenklatur betreffend Leistungserbringung keine Rede sein.

Entsprechend wurde parallel zur «Arbeitsgruppe Finanzierungsmodell» die «Arbeitsgruppe Leistungserfassung (AG LE)» mit nachgenannten Mitgliedern eingesetzt:

Leitung: Frau H. Bendel, Kanton LU  
 Mitglieder: Herr J.-D. Barman, CRIAD  
 Herr J. Besson, Arzt  
 Herr W. Huber, Therapeut  
 Herr U. Liechti, SDSS-VSD  
 Herr R. Wettach, Forschung FOS  
 Herr U. Simmel, KOSTE  
 Sachbearbeitung: Frau B. Lindenmann, BAG

Die AG LE erhielt folgendes

### 2.8.1 Mandat

- Sie erstellt eine Übersicht über die heute in den suchttherapeutischen Einrichtungen erbrachten Leistungen zugunsten der PatientInnen/KlientInnen.
- Sie erstellt einen Katalog für die im Rahmen einer Suchttherapie obligatorisch zu erbringenden Leistungen (minimale Qualitätsstandards).
- Sie unterbreitet der AG «Finanzierungsmodell 2000/ff.» (AG FiMo) Vorschläge für die Finanzierung der oben erwähnten obligatorischen Leistungen.

- Sie stellt die Information der KG FiSu über laufende Arbeiten sicher.
- Sie stellt die Vernetzung und den Informationsaustausch mit den anderen AGs sicher.

### 2.8.2 Ergebnis

Die AG LE erarbeitete folgende

*Anträge zuhanden der Koordinationsgruppe*

Gestützt auf den vorliegenden Bericht hat die AG LE folgenden Anträgen zuhanden der KG FiSu zugestimmt:

1. Die AG LE beantragt, dass die für die stationäre Therapie relevanten Arbeitsfelder definiert und darauf aufbauend die Standardkosten pro Arbeitsfeld festgelegt werden. Das BAG soll ein entsprechendes Mandat erteilen.
2. Die AG LE empfiehlt, eine verbindliche Indikation für stationäre Therapien für Drogenabhängige zu entwickeln. Auch für die verschiedenen ambulanten Behandlungsprogramme sollten verbindliche Indikationskriterien erarbeitet werden.

Die Arbeitsgruppe nahm mit ihrem Schlussbericht wesentlichen Einfluss auf die Ausgestaltung des späteren FiSu-Ansatzes.

In dieser AG wurden – wie in der AG FiMo – Weichen stellende Arbeiten für das spätere Projekt geleistet; Empfehlungen, die später nahezu analog in das Modellprojekt FiSu einfließen sollten.

Deshalb wird in diesem Kapitel der Bericht der AG LE wiedergegeben.

Die daraus resultierende Systematik der Leistungsbeschreibung findet sich in Kap. 5.

### 2.8.3 Bericht der Arbeitsgruppe «Leistungserfassung»

*Grundsätze für eine abstinentenorientierte stationäre Suchtrehabilitation*

Der Begriff Suchtrehabilitation umfasst alle Massnahmen, welche abhängigen Menschen die Möglichkeit eröffnet, wieder angemessen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Das Ziel der Rehabilitation ist die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und damit verbunden die Befähigung zur selbstbestimmten Lebensführung.

Das Erreichen des Rehabilitationsziels ist an den Faktoren

- Aufnahme einer Berufstätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhalts;
- Finden einer angemessenen Wohnform;
- Aufbau und Pflege eines tragfähigen Beziehungsnetzes;
- Führen eines Lebensstils, der sich positiv auf die Gesunderhaltung auswirkt;
- Leben innerhalb der Legalität

zu messen.

Suchtrehabilitation richtet sich an Abhängigkeitskranke, die sich aufgrund ihrer Erkrankung marginalisiert, dysfunktional und überwiegend fremdbestimmt in ihrem Umfeld bewegen und die Option Ausstieg aus der Abhängigkeit wahrnehmen möchten.

Die Einwilligung zur Behandlung ist Voraussetzung für den Rehabilitationsbeginn. Sollte die abhängige Person nicht in der Lage sein, eine Entscheidung frei zu treffen, kann sie durch geeignete Massnahmen wieder dazu befähigt werden.

Die Konzepte der Rehabilitation sind in sich logisch und der Abhängigkeitsthematik verpflichtet aufgebaut. Die Grundlage der Konzepte bezieht sich auf anerkannte wissenschaftliche Theorien aus Sozialwissenschaften, Psychologie, Erziehungswissenschaften und Medizin.

Rehabilitationskonzepte sind in ihrer Wirkung ganzheitlich ausgerichtet. Um die Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig beeinflussen zu können, ist ausreichend Zeit für Erkenntnisprozesse und Internalisierung nötig.

Den abhängigen Menschen wird bei einem stationären Aufenthalt in einer geeigneten Einrichtung die Möglichkeit gegeben, eingetretene gesundheitliche, soziale, psychische und ökonomische Schädigungen zu mindern.

Suchtrehabilitation setzt sich zur Aufgabe, die vorhandenen Ressourcen der abhängigen Person zu aktivieren und zu stärken, damit das angestrebte Ziel der selbstbestimmten Lebensführung mit eigenen Kräften erreicht werden kann.

### *Auftrag 1: «Erstellt Übersicht über die heute in den suchtherapeutischen Einrichtungen erbrachten Leistungen zugunsten der PatientInnen»*

Ralph Wettach vom Institut für Suchtforschung in Zürich hat bei neun hoch, mittel und wenig medizinalisierten Einrichtungen aus den Behandlungsbereichen illegale Drogen und Alkohol eine Erhebung durchgeführt, bei der folgende Fragen im Vordergrund standen:

- Welche Leistungen der von der AG erstellten Liste bieten diese Einrichtungen an?
- Wie werden diese Leistungen verrechnet?
- Welche weiteren verrechenbare Leistungen erbringen die Einrichtungen?

Bisher liegt erst ein vorläufiger Bericht vor, der wie folgt zusammengefasst werden kann:

«In der Erhebung bei neun hoch, mittel und wenig medizinalisierten Einrichtungen aus den Behandlungsbereichen illegale Drogen und Alkohol ergab sich in einer ersten Sichtung der Ergebnisse, (1) dass der Leistungskatalog der AG «Leistungserfassung» einen grossen Teil der möglichen Leistungen erfasst, (2) dass voraussichtlich keine systematischen Leistungsunterschiede zwischen hoch und wenig medizinalisierten Einrichtungen bestehen, (3) dass sich hoch medizinalisierte Einrichtung hauptsächlich über Krankenkassen und Sitzkantone, mittel und wenig medizinalisierte Institutionen über BSV-Beiträge, Versorger und Justizdirektionen finanzieren und (4) dass keine neuen Verrechnungsarten für Leistungen gefunden werden konnten.»

Der definitive Bericht wird bis Mitte Juni 1999 erstellt.

### *Auftrag 2: «Erstellt Katalog für die im Rahmen einer Suchttherapie obligatorisch zu erbringenden Leistungen (minimale Qualitätsstandards)»*

#### *Minimale Qualitätsstandards*

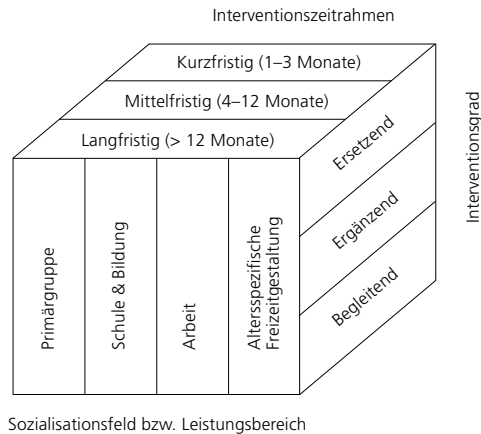
Die AG LE hält es für sehr wichtig, dass im Suchtbereich Qualitätskriterien erarbeitet werden. Das BAG erarbeitet das Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA für den stationären Therapiebereich, das mindestens die Anforderungen des BSV erfüllt. Es stützt sich dabei auf Vorarbeiten von MIDES und des Projekts QUAFOS, das sich unter anderem mit der Formulierung von Standards für bestimmte Behandlungsbereiche beschäftigt.

In den Definitionen der Arbeitsfelder sind ebenfalls Aussagen zur Qualität enthalten.

#### *Obligatorisch zu erbringende Leistungen*

Das von der AG FiMo entwickelte Finanzierungsmodell basiert auf dem System der Arbeitsfeldpauschale. Die AG LE hält sich bei der Definition der obligatorisch zu erbringenden Leistungen an die Systematik der AG FiMo. Diese verfügt über 36 theoretisch mögliche Arbeitsfelder, die sich wie folgt darstellen lassen:

## 2 Auftrag



Ein Arbeitsfeld wird umschrieben mit den drei Dimensionen «Leistungsbereich» (4), «Interventionsgrad» (3) und «Interventionszeitrahmen» (3).

Ein Leistungsbereich entsteht durch Transformation der Realität (= Sozialisationsfeld) in ein therapeutisches Setting.

Die AG LE konzentriert sich bei der Definition der Arbeitsfelder auf die von stationären Einrichtungen bereitgestellten Angebote. Diese umfassen:

- stationäre Therapie/Rehabilitation (ersetzend);
- Aussenwohngruppen (ergänzend);
- Ambulante Nachsorge (soweit von der Einrichtung betrieben; begleitend).

### *Auftrag 3: «Unterbreitet der AG «Finanzierungsmodell 2000ff.» Vorschläge für die Finanzierung der oben erwähnten obligatorischen Leistungen»*

Aufgrund einer ersten provisorischen Sichtung der Umfrage-Ergebnisse des Instituts für Suchtforschung ergeben sich keine neuen, bisher nicht genutzten Ressourcen (vgl. 4. Auftrag 1, S. 2). Auch die AG LE hat keine weiteren Finanzierungsmöglichkeiten gefunden.

### *Pilotversuch*

Die Umsetzung eines neuen Finanzierungsmodells muss über Pilotprojekte getestet werden.

Die AG LE schlägt für die Selektion von Institutionen für das Pilotprojekt folgende Kriterien vor:

1. Institutionen der Deutschschweiz sowie der Romandie und des Tessins
2. Institutionen, welche im stationären Suchthilfebereich in mindestens einem ersetzenden Arbeitsfeld tätig sind, wenn möglich in mehreren
3. Bereitschaft, sich auf neue Modelle einzulassen
4. Erfahrung mit Kostenstellenrechnung
5. Institutionen, die im Alkohol- und/oder im Drogenbereich tätig sind
6. Grösse der Institution/Anzahl Behandlungsplätze
7. Handlungsansätze/Methoden

Für den Pilotversuch sollten nach Ansicht der AG LE entsprechend den oben genannten Kriterien 8–15 Institutionen ausgewählt werden.

### *Indikation/Zuweisung*

Bei der zentralen Frage «Welche Behandlung, zu welchem Zeitpunkt, zu welchem Preis, für welche KlientInnen?» bleibt nach Meinung der Arbeitsgruppe der Punkt «für welche KlientInnen» ungeklärt. Zugespielt formuliert: Der Nutzen eines obligatorischen Leistungskatalogs und eines Finanzierungsmodells ist eingeschränkt, wenn keine Kriterien für die Indikation einer stationären Rehabilitation bestehen und somit die Zuweisung zu den verschiedenen Behandlungsangeboten relativ willkürlich geschieht.



Es braucht für alle Beteiligten transparente und verbindliche Kriterien, für welche Zielgruppe von KlientInnen eine stationäre Rehabilitation indiziert ist, verbunden mit einem verbindlichen Finanzierungsmodell.

Es wird empfohlen, eine verbindliche Indikation für stationäre Therapien für Drogenabhängige zu entwickeln. Auch für die verschiedenen ambulanten Behandlungsprogramme sollten verbindliche Indikationskriterien erarbeitet werden. Die Indikation kann sich z.B. an den Punkten

- Motivation der KlientInnen;
  - Soziale und strukturelle Integration;
  - Schweregrad der Suchterkrankung;
  - Psychiatrische Erkrankungen (Komorbidität);
  - Somatische Erkrankungen
- orientieren.

Folgendes Vorgehen wird vorgeschlagen:

#### **Phase I: Informationssammlung**

- Experteninterviews.
- Literaturrecherche zu Indikation bei Drogenabhängigen, insbesondere Wirksamkeitsuntersuchungen.

#### **Phase II: Formulierung der Indikationskriterien**

- Eine Arbeitsgruppe definiert die Indikationskriterien.

#### **Phase III: Vernehmlassung**

- Die Indikationskriterien werden bei den Kostenträgern und Dachverbänden in die Vernehmlassung gegeben.

#### **Phase IV: Umsetzung**

- Die definitiven Indikationskriterien werden von den Kostenträgern und Dachverbänden akzeptiert
- Es werden Dienste bzw. Stellen bestimmt, die berechtigt sind, verbindliche Indikationen zu stellen.

Die AG LE legt Wert darauf, dass die Wahlfreiheit der KlientInnen für ihren Behandlungsplatz gewährleistet ist.

## **2.9 Vernehmlassung zu einem neuen Finanzierungsmodell Suchttherapien (FiSu)**

Um die Richtung der weiteren Projektarbeiten bei entscheidenden Weichenstellungen möglichst breit abzustützen, wurden vor Beginn der konkreten Entwicklungsarbeiten und Umsetzungsschritte von der KG FiSu die Kantone sowie weitere interessierte Kreise (siehe «Eingaben» am Ende des Kapitels) zu einer Vernehmlassung eingeladen.

Der Vollständigkeit halber sei hier der komplette, äusserst detaillierte Brief der KG FiSu wiedergegeben:

### **2.9.1 Schreiben der Koordinationsgruppe FiSu vom 6. Juli 1999**

#### *Ausgangslage*

Die ausstiegsorientierte Suchttherapie hat das Ziel, drogen- und alkoholabhängige Menschen wieder in die Gesellschaft einzugliedern und ihnen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Der Erfolg lässt sich an mehreren Faktoren messen, die gleichzeitig Teilziele der Behandlung darstellen:

- Führen eines Lebensstils, der sich positiv auf die Gesundheitserhaltung auswirkt und insbesondere den Verzicht auf den (problematischen) Konsum von psychotropen Substanzen einschliesst.
- Aufnahme einer Berufstätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhalts.
- Finden einer angemessenen Wohnform.

- Aufbau und Pflege eines tragfähigen Beziehungsnetzes.
- Leben innerhalb der Legalität.

In der Schweiz hat sich in den letzten Jahrzehnten vor allem durch private Initiative ein vielfältiges Angebot für die stationäre Behandlung entwickelt, das in jüngster Zeit stark ausgebaut worden ist. Mit guten Erfolgen wird ein breites Spektrum von anerkannten Therapieformen angewendet. Für die Drogenrehabilitation stehen heute rund 2000 Plätze in 120 Institutionen zur Verfügung. Im Bereich der Alkoholrehabilitation sind es rund 1000 Plätze in 40 Einrichtungen. 1997 beliefen sich die Kosten der stationären Suchtrehabilitation in der Schweiz auf insgesamt 245 Millionen Franken. Davon wurden 76 Mio. (31%) von den Kantonen übernommen, 64 Mio. (26%) von den Gemeinden, 51 Mio. (21%) von der Invalidenversicherung, 4 Mio. (2%) von der Krankenversicherung und 3 Mio. (1%) vom Bund (Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Justiz). Die restlichen 47 Mio. (19%) wurden von den Patientinnen und Patienten selber sowie von den Institutionen (Spenden und Erlös aus dem Verkauf von Produkten und Dienstleistungen) aufgebracht.

Die Vielfalt der stationären Angebote ist notwendig, damit die einzelnen Institutionen ihre therapeutischen Konzepte auf bestimmte Zielgruppen ausrichten können. Die Konzepte der anerkannten Institutionen stützen sich auf Erkenntnisse der Sozialwissenschaften, der Psychologie, der Erziehungswissenschaften und der Medizin. Die meisten Angebote sind auf eine Therapiedauer von 12 bis 18 Monaten ausgerichtet. Die abstinenzorientierte stationäre Suchttherapie erfüllt damit eine zentrale Aufgabe innerhalb des Vier-Säulen-Modells der schweizerischen Drogenpolitik, und sie ist unentbehrlich für die Rehabilitation von drogen- und alkoholabhängigen Menschen.

Rechtlich ist es Aufgabe der Kantone, Angebote der Suchttherapie bereitzustellen. Das Betäubungsmittelgesetz (Art. 15a Abs. 2) sieht vor, dass die Kantone für die Betreuung von Personen sorgen, die wegen Betäubungsmittelmissbrauchs ärztliche Behandlung oder fürsorgliche Massnahmen benötigen, und dass sie die berufliche und soziale Wiedereingliederung fördern. Für den Bereich des Alkoholmissbrauchs gelten die gleichen Grundsätze.

Die akuten Finanzprobleme zahlreicher Institutionen haben die Mängel des bisherigen Finanzierungssystems deutlich sichtbar gemacht. Der Entscheid des Bundesamtes für Sozialversicherung, Betriebsbeiträge nur noch für die Betreuung Invalider im Sinne des IVG auszurichten und damit eine teilweise nicht rechtskonforme Subventionspraxis zu korrigieren, war der Auslöser einer seit längerer Zeit schwelenden Krise. Eine je nach Einrichtung instabile Nachfrage, mangelnde Transparenz bei den Kosten und bei der Qualität sowie eine zunehmende Zurückhaltung der Gemeinden, die Therapien mit zu finanzieren, sind weitere Faktoren, die das Problem verschärfen. Die Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern hat deshalb den Auftrag erteilt, ein neues Finanzierungsmodell zu entwickeln, das ein bedarfsgerechtes Angebot von hoher Qualität sichern und gleichzeitig mehr Transparenz schaffen soll.

Gegenstand dieser Vernehmlassung ist ein Finanzierungsmodell für stationäre Einrichtungen der Suchtrehabilitation und der teilstationären Nachsorge. Nicht betroffen sind Spitäler, Spitalabteilungen, spezialisierte Kliniken und Entzugsinstitutionen sowie spezialisierte ambulante Beratungsstellen und sozialmedizinische Dienste.

### *Neues Finanzierungsmodell*

Eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, der Institutionen und des Bundes hat ein Modell entwickelt, das sich relativ rasch realisieren lässt, zur Qualitätssteigerung beiträgt und die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen fördert.

### *Ziele*

Bei der Ausarbeitung eines neuen Finanzierungsmodells standen folgende Ziele im Vordergrund:

- Die Finanzierung von Suchttherapien soll langfristig sichergestellt werden, um ein bedarfsgerechtes, vielfältiges und qualitativ hochstehendes Angebot zu gewährleisten.
- Das Finanzierungssystem soll die Qualität fördern und Transparenz schaffen über das Verhältnis zwischen Preisen und Leistungen.

- Um sowohl den Kantonen als auch den Institutionen eine bessere Planung zu ermöglichen, soll die rückwirkende Abgeltung durch ein prospektives System ersetzt werden. Das Modell soll weder zu einem Überangebot noch zu einer Unterversorgung führen.
- Das Prinzip der Gleichbehandlung soll sich überall durchsetzen. Dies gilt sowohl für die Institutionen als auch für die KlientInnen (freiwilliger Eintritt/Eintritt nach einem Gerichtsurteil; Therapie in einem frühen Stadium/Angebote für schwer geschädigte, verelendete und chronisch Anhängige; Drogenprobleme/Alkoholprobleme; inner- und ausserkantonale Platzierungen).
- Da die bisherige Defizitdeckung keine Anreize für eine besonders wirksame und damit auch wirtschaftliche Therapie setzt, soll das neue System mit klar definierten Leistungen und Kosten arbeiten.
- Die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen soll so gefördert werden, dass sich die Angebote möglichst ergänzen und die Platzierung in der am besten geeigneten Institution erfolgt.
- Die Kosten sollen möglichst gerecht aufgeteilt werden, insbesondere zwischen Wohnortkantonen der KlientInnen und Standortkantonen der Institutionen.

Aus einer Neuregelung ziehen die einzelnen Partner folgenden Nutzen:

Der Nutzen für die Institutionen

- Grössere finanzielle Sicherheit.
- Bessere Grundlagen für die Planung.
- Qualitätssicherung.

Der Nutzen für die KlientInnen

- Platzierung aufgrund von psychosozialen und medizinischen Kriterien in der geeigneten und nicht in der billigsten Institution.
- Vereinfachung des Verfahrens bei der Kostengutsprache.
- Qualitätssicherung und Transparenz.

Der Nutzen für die Kantone

- Klarheit bezüglich der Beiträge der IV (nach Entscheid der IV-Stelle).
- Klare Leistungsvereinbarungen mit den Institutionen.
- Qualitätssicherung und Transparenz.
- Einheitliche Abläufe für die Kostengutsprachen und gerechtere Verteilung der Kosten zwischen Standortkantonen der Institutionen und Wohnortkantonen der KlientInnen.
- Bessere Planungsgrundlagen für die Bedarfseinschätzung.

Der Nutzen für den Bund

- Beschränkung der Ausrichtung von IV-Beiträgen auf Invalide im Sinne des Gesetzes.
- Systematische und regelmässige Analyse des gesamtschweizerischen Angebots der Suchttherapien.

Der Nutzen für alle

- Konsolidierung der Vier-Säulen-Politik im Bereich Suchttherapie und -rehabilitation kantonsübergreifende Planung des Angebots und Zusammenarbeit zwischen den Kantonen.
- Rehabilitation von Invaliden vor Rente.
- Qualitätssicherung und Transparenz.
- Vermeidung von Überangeboten und Wildwuchs.

### *Grundzüge des Modells*

Statt Tagespauschalen und Defizitdeckung schlägt die Arbeitsgruppe eine Leistungsfinanzierung mit Arbeitsfeld-Pauschalen vor. Der Rehabilitationsplan, den die Institutionen für jede Klientin und jeden Klienten individuell erstellen, setzt sich aus nach einheitlichen Kriterien bestimmten Arbeitsfeldern zusammen. Für die Intervention im Bereich der Suchtrehabilitation bestehen insgesamt 36 Arbeitsfelder, wovon 12 vor allem die stationäre Therapie betreffen (s. Punkt 2.3). Für jedes Arbeitsfeld wird als Basis für die Abgeltung ein gesamtschweizerisch gültiger Tarif festgelegt, der auf den effektiven Kosten der Leistungen in diesem Arbeitsfeld beruht. So entstehen Pauschalen, die jeweils auf dem individuellen Rehabilitationsplan und den dazu erforderlichen Leistungen basieren.

### *Die Arbeitsfelder*

Jedes Arbeitsfeld wird durch drei Merkmale bestimmt: den Leistungsbereich, den Interventionsgrad und die Interventionszeit. Vorgesehen ist die Unterscheidung von 4 Leistungsbereichen, 3 Interventionsgraden und 3 Interventionszeiten. Durch die Kombination ergeben sich im Prinzip 36 Möglichkeiten. Ein Arbeitsfeld ist zum Beispiel eine «langfristige, ersetzende Massnahme im Bereich Alltagskompetenzen und Integrationsfähigkeit».

#### Leistungsbereiche

- Alltagskompetenzen und Integrationsfähigkeit (Primärgruppe).
- Schule und Bildung.
- Beruf und Arbeit.
- Altersspezifische Freizeitgestaltung.

#### Interventionsgrad

- Ersetzende Massnahmen (hauptsächlich stationäre Angebote).
- Ergänzende Massnahmen (wie z.B. Aussenwohngruppen, Familienplatzierungen, Führung von Beirats-, Beistands- und Vormundschaften, treuhänderische Lohn- und Budgetverwaltung, Tages- oder Übergangsstrukturen).
- Begleitende Massnahmen (z.B. Ambulante Beratung oder Nachsorge).

#### Interventionszeit

- Kurzfristig (1 bis 3 Monate).
- Mittelfristig (4 bis 12 Monate).
- Langfristig (länger als 12 Monate).

Eine genaue Definition der einzelnen Arbeitsfelder erfolgt bis Ende August 1999. Dabei geht es vor allem darum, die 4 Leistungsbereiche zu umschreiben. Erste Anhaltspunkte geben die folgenden Stichworte:

### *Alltagskompetenzen und Integrationsfähigkeit (Primärgruppe)*

- Wohnen, Ernährung, Hygiene.
- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Betreuung.
- Medizinische Versorgung.
- Selbstständigkeit im Tagesablauf fördern.
- Geborgenheit.
- Regeln des Zusammenlebens.
- Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit.
- Umgang mit Geld.
- Übernahme von Selbst- und Fremdverantwortung.

### *Schule und Bildung*

- Schulische und berufliche Abklärung.
- Schulische Defizite aufarbeiten.
- Berufsausbildung.
- Durchführung von institutionseigenen bzw. Zugang zu externen Lehrgängen.
- Prüfungsvorbereitung.
- Klientenbezogene Vernetzung mit Fachstellen und Behörden.

### *Beruf und Arbeit*

- Schaffung einer realitätsbezogenen Arbeitssituation.
- Arbeitszeiten, Terminmanagement.
- Selbstständigkeit in Arbeitsprozessen fördern.

- Fähigkeiten zur Stellensuche, Zugang zum Arbeitsmarkt.
- Einbindung in ein Lohnsystem.
- klientenbezogene Vernetzung mit Fachstellen und Behörden.

### *Altersspezifische Freizeitgestaltung*

- Zeitliche Strukturierung der Freizeit.
- Kontinuität.
- Einzel- und Gruppenaktivitäten.
- Aktivitäten im musisch-kreativen, sportlichen und kulturellen Bereich (Angebotspalette).

### *Kostenträger und Kostenaufteilung*

Das neue Finanzierungsmodell ändert grundsätzlich nichts an der Zuständigkeit der heutigen Kostenträger.

Es zielt jedoch darauf ab, die vorhandenen Finanzierungsquellen optimal auszuschöpfen und die Lasten möglichst gerecht zu verteilen. Die Beiträge stammen nach wie vor aus folgenden Quellen:

- Fürsorge/Vorsorge/Sozialhilfe (Kanton und Gemeinden, eventuell mit Lastenausgleich).
- Justiz- und Massnahmenvollzug.
- Invalidenversicherung (sofern Invalidität oder unmittelbar drohende Invalidität anerkannt wird).
- Krankenversicherung (bei ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen).
- Rückgriff auf Klientin/Klient bzw. deren Familie.
- Spenden.
- Erlös der Institutionen aus dem Verkauf eigener Produkte und Dienstleistungen.

Der Bund (BAG und Bundesamt für Justiz) kann weiterhin Starthilfen leisten und mit Impulsbeiträgen qualitätssichernde Massnahmen, Konzeptänderungen oder innovative Pilotprojekte unterstützen.

Eine einheitliche prozentuale Aufteilung der Kosten kann es auch beim neuen Modell nicht geben, weil die individuellen Behandlungspläne zu unterschiedlichen Kosten führen und die Beiträge der einzelnen Kostenträger stark vom Einzelfall (z.B. Invalidität, Verurteilung usw.) abhängen.

Im heutigen Zeitpunkt lässt sich auch nichts über die zukünftige Aufteilung der Kosten auf die verschiedenen Träger aussagen. Erst im Anschluss an den nächsten Schritt, der die Tarifierung der verschiedenen Arbeitsfelder und konkrete Berechnungen in ausgewählten Pilotinstitutionen vorsieht, lässt sich auch eine Hochrechnung für die zukünftige Aufteilung der Gesamtkosten anstellen.

Von Seiten der Kantone wird die Übernahme zusätzlicher Kosten für Suchttherapien abgelehnt. Der Bund seinerseits macht geltend, dass die Betreuung und Behandlung suchtmittelabhängiger Menschen gemäss Betäubungsmittelgesetz Aufgabe der Kantone ist und dass auf Bundeseite die Rechtsgrundlage fehlt, um eine Reduktion der Leistungen der Invalidenversicherung mittels Subventionen zu kompensieren.

Wo ein allfälliger Kompromiss liegen und wie die künftige Aufteilung der Kosten aussehen könnte, ist nicht Gegenstand dieser Vernehmlassung. Diese Fragen werden erst in einem nächsten Schritt und nach Vorlage der oben erwähnten Grundlagen (Tarifordnung, Modellrechnungen) geklärt werden können.

Auf der nationalen Ebene sind folgende Neuerungen anzustreben:

#### IV-Beiträge

- Die stationäre Suchtrehabilitation bei anerkannter oder unmittelbar drohender Invalidität könnte vorzugsweise durch die Invalidenversicherung als individuelle Eingliederungsmassnahme gemäss Art. 8 IVG mitgetragen werden (anstelle der heutigen Kollektivbeiträge an die Institutionen). Dazu bräuchte es sicher eine Verordnungsänderung. Ob auch das IVG angepasst werden muss, soll geprüft werden. Nach dieser Änderung würden keine Kollektivbeiträge gemäss Art. 73 IVG an die Institutionen der stationären Suchtrehabilitation mehr geleistet.

Drogengelder-Fonds («sharing fond»)

- Beschlagnahmte Gelder aus dem illegalen Drogenhandel und aus der Wirtschaftskriminalität könnten teilweise zur Deckung von Suchttherapiekosten verwendet werden. Zu diesem Zweck müsste ein gesamtschweizerischer Fonds gegründet werden. Entsprechende Abklärungen sind beim Bundesamt für Justiz im Gange.

### *Rolle der Kantone und des Bundes*

Im Rahmen des neuen Finanzierungsmodells würden die Kantone folgende Aufgaben übernehmen:

- Führen einer Liste der von ihnen anerkannten Einrichtungen.
- Treffen von Leistungsvereinbarungen mit diesen Institutionen.
- Überwachen der Qualitätssicherung.
- Genehmigen der stationären Platzierungen und der Rehabilitationspläne.
- Bezeichnen einer Verbindungsstelle zur Regelung der finanziellen Aspekte der Platzierungen.
- Überweisen von Vorauszahlungen für die genehmigten Leistungen.
- Einfordern der entsprechenden Beiträge (IV, Krankenkasse, Fürsorge, Justiz- und Massnahmenvollzug, KlientInnen, andere zu bezeichnende Finanzträger).

### *Der Bund und insbesondere das Bundesamt für Gesundheit wären für folgende Bereiche verantwortlich:*

- Koordination zwischen den Kantonen und den Institutionen für die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots von stationären Therapien.
- Entwicklung von Standards für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und von qualitätssichernden Massnahmen.
- Einheitliche Statistik, Evaluation und Forschung.
- Förderung bewährter Modelle sowie innovativer Ansätze zur Behebung bestehender Lücken.
- Unterstützung bei der Einführung eines einheitlichen Finanzierungssystems.

Grundsätzlich werden die Massnahmen des Bundes in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen und Institutionen (insbesondere mit der Koordinationsstelle KOSTE) durchgeführt.

### *Praktische Umsetzung*

Noch sind die Details für die praktische Umsetzung des neuen Modells nicht festgelegt. Geplant ist, diese im Rahmen der Interkantonalen Heimvereinbarung (IHV) zu regeln. Erste Vorabklärungen im Hinblick auf die Revision und die Ergänzung der IHV (Teil C für Suchtinstitutionen) haben bereits stattgefunden.

In der IHV gilt es, insbesondere die folgenden Punkte zu regeln:

- Schaffung von kantonalen Verbindungsstellen als Ansprechpartner für die Institutionen.
- Liste der anerkannten Institutionen.
- Leistungsvereinbarungen zwischen Kantonen und Institutionen.
- Etappenweise Bevorschussung der Behandlungskosten durch die Kantone.
- Erstellung von Behandlungsplänen auf der Basis der Arbeitsfelder.
- Einheitliches Tarifwesen für die einzelnen Arbeitsfelder.
- Klare Aufgabenteilung zwischen den Standortkantonen der Institutionen und den Wohnsitzkantonen der KlientInnen.

*Weiteres Vorgehen*

Bis Ende August 1999:  
Genaue Definition der Arbeitsfelder

Juli bis September 1999:  
Vernehmlassung über die Grundsätze des Modells bei den Kantonen und den Institutionen

Herbst 1999:  
Auswertung der Vernehmlassung und Entscheid der kantonalen Sozial- und Sanitätsdirektorinnen und -direktoren

Bis Ende 1999:  
Kalkulation der Tarife für die einzelnen Arbeitsfelder durch einen Ökonomen sowie Vertreterinnen und Vertretern von Institutionen; Modellrechnung in ausgewählten Pilotinstitutionen

Herbst 1999 bis Frühling 2000:  
Vernehmlassung über den Entwurf einer Ergänzung der Interkantonalen Heimvereinbarung (Teil C für Suchtinstitutionen);  
Genehmigung der IHV durch die Konferenz der Sozialdirektoren im Juni 2000; Beitritt der Kantone im Jahr 2000

Bis Herbst 2000:  
Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems für die Institutionen der stationären Suchtrehabilitation

Ab September 2000:  
Einführung des neuen Finanzierungsmodells

*Überbrückungsjahr 2000*

Der obige Zeitplan macht deutlich, dass ein neues Finanzierungsmodell nicht auf den 1.1.2000 in Kraft gesetzt werden kann.

Der Bund ist bereit, Überbrückungsmassnahmen für das Jahr 2000 zu prüfen, sofern die Kantone dem neuen Finanzierungsmodell zustimmen und sich zu dessen Einführung auf den 1.1.2001 verpflichten.

*Fragen zur Vernehmlassung*

Fragen an die kantonalen Behörden (Kantonale Gesundheits- und Sozialdirektionen) und an die Vertreterinnen und Vertreter der stationären Einrichtungen für Suchtrehabilitation:

1. Sind Sie einverstanden mit der Einführung eines neuen, für die ganze Schweiz einheitlichen Finanzierungsmodells, wie es im vorliegenden Papier erläutert ist?

Insbesondere interessiert uns Ihre Haltung zu folgenden Kernelementen des vorgeschlagenen Modells:

- Vergütung von erbrachten Leistungen anstelle einer Defizitgarantie.
- Einheitliche Definition von Arbeitsfeldern.
- Gleichbehandlung von Alkohol- und Drogenpatientinnen und -patienten, von inner- und ausserkantonalen Platzierungen, von freiwilligen Therapien und solchen im Straf- und Massnahmenvollzug.
- Prospektive statt nachschüssige Finanzierung.

2. Sind Sie einverstanden, dass im Hinblick auf die Feinausarbeitung des vorliegenden Modells und seine Umsetzung die folgenden Arbeiten an die Hand genommen werden:
  - Ausarbeitung eines Tarifwesens für die einzelnen Arbeitsfelder.
  - Anpassung der IV-Verordnung im Hinblick auf die Einführung des vorgeschlagenen Finanzierungsmodells.

- Entwicklung von Qualitätsstandards und qualitätssichernden Massnahmen für suchttherapeutische Institutionen.
3. Sind Sie einverstanden, dass die Abläufe für die Umsetzung des neuen Modells, die Rollenzuteilung unter den Kantonen inkl. Erstellung einer Liste der anerkannten Institutionen sowie die weiteren in Kapitel 2.6 erwähnten Punkte im Rahmen der Interkantonalen Heimvereinbarung (IHV) geregelt werden? Die entsprechende Revision der IHV wäre Gegenstand einer separaten Vernehmlassung.
  4. Sind Sie der Auffassung, dass zumindest ein Teil der beschlagnahmten Drogengelder im Rahmen eines nationalen Fonds zweckgebunden für Prävention und Therapie im Suchtbereich verwendet werden sollte?
  5. Sind Sie der Auffassung, dass allenfalls weitere, neue Finanzierungsquellen erschlossen werden müssten? Wenn ja, welche?

Bern, 6. Juli 1999

Mitglieder der Koordinationsgruppe FiSu:  
Regierungsrat S. Bhend, BE  
Regierungsrätin R. Fuhrer, ZH  
Regierungsrat A. Grüniger, SG  
Staatsrätin R. Lüthi, FR  
Frau B. Breitenmoser, Vizedirektorin, BSV  
Herr U. Locher, Vizedirektor BAG (Leitung)

## 2.10 Bericht zur Auswertung Vernehmlassung FiSu 1999

### 2.10.1 Ausgangslage

Die ausstiegsorientierte Suchttherapie hat das Ziel, drogen- und alkoholabhängige Menschen wieder in die Gesellschaft einzugliedern und ihnen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Der Erfolg lässt sich an mehreren Faktoren messen, die gleichzeitig Teilziele der Behandlung darstellen:

- Führen eines Lebensstils, der sich positiv auf die Gesundheitserhaltung auswirkt und insbesondere den Verzicht auf den (problematischen) Konsum von psychotropen Substanzen einschliesst.
- Aufnahme einer Berufstätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhalts.
- Finden einer angemessenen Wohnform.
- Aufbau und Pflege eines tragfähigen Beziehungsnetzes.
- Leben innerhalb der Legalität.

In der Schweiz hat sich in den letzten Jahrzehnten vor allem durch private Initiative ein vielfältiges Angebot für die stationäre Behandlung entwickelt, das in jüngster Zeit stark ausgebaut worden ist. Mit guten Erfolgen wird ein breites Spektrum von anerkannten Therapieformen angewendet. Für die Drogenrehabilitation stehen heute rund 2000 Plätze in 120 Institutionen zur Verfügung. Im Bereich der Alkoholrehabilitation sind es rund 1000 Plätze in 40 Einrichtungen. 1997 beliefen sich die Kosten der stationären Suchtrehabilitation in der Schweiz auf insgesamt 245 Millionen Franken. Davon wurden 76 Mio. (31%) von den Kantonen übernommen, 64 Mio. (26%) von den Gemeinden, 51 Mio. (21%) von der Invalidenversicherung, 4 Mio. (2%) von der Krankenversicherung und 3 Mio. (1%) vom Bund (Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Justiz). Die restlichen 47 Mio. (19%) wurden von den Patientinnen und Patienten selber sowie von den Institutionen (Spenden und Erlös aus dem Verkauf von Produkten und Dienstleistungen) aufgebracht.

Die Vielfalt der stationären Angebote ist notwendig, damit die einzelnen Institutionen ihre therapeutischen Konzepte auf bestimmte Zielgruppen ausrichten können. Die Konzepte der anerkannten Institutionen stützen sich auf Erkenntnisse der Sozialwissenschaften, der Psychologie, der Erziehungswissenschaften und der Medizin. Die meisten Angebote sind auf eine Therapiedauer von 12 bis 18 Monaten ausgerichtet. Die abstinentorientierte stationäre Suchttherapie erfüllt damit eine zentrale Aufgabe



innerhalb des Vier-Säulen-Modells der schweizerischen Drogenpolitik, und sie ist unentbehrlich für die Rehabilitation von drogen- und alkoholabhängigen Menschen.

Rechtlich ist es Aufgabe der Kantone, Angebote der Suchttherapie bereitzustellen. Das Betäubungsmittelgesetz (Art. 15a Abs. 2) sieht vor, dass die Kantone für die Betreuung von Personen sorgen, die wegen Betäubungsmittelmissbrauchs ärztliche Behandlung oder fürsorgerische Massnahmen benötigen, und dass sie die berufliche und soziale Wiedereingliederung fördern. Für den Bereich des Alkoholmissbrauchs gelten die gleichen Grundsätze.

Die akuten Finanzprobleme zahlreicher Institutionen haben die Mängel des bisherigen Finanzierungssystems deutlich sichtbar gemacht. Der Entscheid des Bundesamtes für Sozialversicherung, Betriebsbeiträge nur noch für die Betreuung Invalider im Sinne des IVG auszurichten und damit eine teilweise nicht rechtskonforme Subventionspraxis zu korrigieren, war der Auslöser einer seit längerer Zeit schwelenden Krise. Eine je nach Einrichtung instabile Nachfrage, mangelnde Transparenz bei den Kosten und bei der Qualität sowie eine zunehmende Zurückhaltung der Gemeinden, die Therapien mit zu finanzieren, sind weitere Faktoren, die das Problem verschärfen. Die Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern hat deshalb den Auftrag erteilt, ein neues Finanzierungsmodell zu entwickeln, das ein bedarfsgerechtes Angebot von hoher Qualität sichern und gleichzeitig mehr Transparenz schaffen soll.

### 2.10.2 Vernehmlassung 1999

Als Gegenstand der Vernehmlassung wurde das vorgeschlagene Finanzierungsmodell ausdrücklich für stationäre Einrichtungen der Suchtrehabilitation und der teilstationären Nachsorge bezeichnet und sollte sich erklärermassen nicht auf Spitäler, Spitalabteilungen, spezialisierte Kliniken und Entzugsinstitutionen sowie spezialisierte ambulante Beratungsstellen und sozialmedizinische Dienste beziehen.

Die Vernehmlassung wurde bei den Kantonen durch die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) und die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), sowie bei Konferenzen, Verbänden und Kommissionen durch das BAG durchgeführt. Die Auswertung erfolgte beim Bundesamt für Gesundheit (BAG).

### 2.10.3 Resultate

25 Kantone haben geantwortet, einer konnte aus Zeitgründen keine Antwort geben. Von den angefragten Konferenzen, Verbänden und Kommissionen haben sich 22 geäußert (Liste im Anhang).

#### 1. Sind Sie einverstanden mit der Einführung eines neuen, für die ganze Schweiz einheitlichen Finanzierungsmodells, wie es im vorliegenden Papier erläutert ist?

	Positiv	Negativ	Keine Angaben
<b>Grundsätzliche Haltung gegenüber dem vorgeschlagenen Modell</b>			
Antworten der Kantone	22	3	0
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	22	0	0

Kommentar:

Das neue Modell wird klar begrüßt. Da es aber noch nicht ausformuliert ist, wird die detaillierte Beschreibung noch viel Raum beanspruchen. Gewisse Hinweise auf die zukünftige Lösung zeichnen sich aus den folgenden Antworten bereits ab.

Offene Fragen diesbezüglich sind:

- Wie detailliert sollen die Arbeitsfelder beschrieben werden?
- Wie gross ist der zusätzliche administrative Aufwand?
- Wer vollzieht die Zuweisung?
- Soll das einheitliche Modell gesamtschweizerisch oder regional umgesetzt werden?

## 2 Auftrag

- Sind die Zeitpläne realistisch?
- Wie werden die Kosten aufgeteilt?
- Eine Finanzierung über das KVG (analog Suchtkliniken auf der Spitalliste) soll weiter geprüft werden.

Haltung zu folgenden Kernelementen des vorgeschlagenen Modells:

	Positiv	Negativ	Keine Angaben
<b>Einheitliches Finanzierungsmodell, das für die ganze Schweiz gültig ist</b>			
Antworten der Kantone	23	1	1
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	20	2	0
<b>Vergütung von erbrachten Leistungen anstelle einer Defizitgarantie</b>			
Antworten der Kantone	23	0	2
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	22	0	0
<b>Einheitliche Definition von Arbeitsfeldern</b>			
Antworten der Kantone	19	3	3
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	18	1	3
<b>Gleichbehandlung von Alkohol- und DrogenpatientInnen</b>			
Antworten der Kantone	23	0	2
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	20	1	1
<b>Gleichbehandlung von inner- und ausserkantonalen Platzierungen</b>			
Antworten der Kantone	19	0	6
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	20	1	1
<b>Gleichbehandlung von freiwilligen Therapien und solchen im Straf- und Massnahmenvollzug</b>			
Antworten der Kantone	19	0	6
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	20	0	2
<b>Prospektive statt nachschüssige Finanzierung</b>			
Antworten der Kantone	16	3	6
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	19	1	2

Kommentar:

Unbestritten sind die meisten Punkte dieser Frage, teilweise wurden Vorbehalte bei der *prospektiven Finanzierung*, aber nicht bei der Vergütung von erbrachten Leistungen, und in geringerem Masse bei der einheitlichen Definition der Arbeitsfelder angemeldet.

Es wird eine Vereinfachung der Definition der Arbeitsfelder gewünscht. Die Gefahren einer Standardisierung, im Gegensatz zu einer Vielfalt, werden wiederholt erwähnt.

«Die Definition von Arbeitsfeldern verschafft den Institutionen einen Anreiz, sich verstärkt auf bestimmte Therapiefelder (Arbeitsfelder) auszurichten und sich zu spezialisieren (Effektivitätssteigerung)» (Kanton BS).

Der Wunsch nach *Kontrolle* durch die Kantone (evtl. durch Konkordate) kommt in den schriftlichen Kommentaren immer wieder zum Ausdruck. Die Frage der Zuweisung bleibt vorerst offen.

Zur *Realisierbarkeit* (nicht explizit gefragt) haben sich einige Teilnehmer eher skeptisch geäussert. Die schwierige finanzielle Situation ist bekannt.

«Für den Kanton resultieren durch das vorgeschlagene Finanzierungsmodell erhebliche Mehraufwendungen. Der Neugestaltung der Finanzierung von Suchttherapien in den Bereichen Alkohol und Drogen kann somit aus finanzpolitischen Gründen nicht zugestimmt werden» (Kanton GR).

Die *Gleichbehandlung* soll sich, gemäss mehreren Antwortenden, aber nur auf den Finanzierungsmodus beziehen. «Heute ist vielerorts die Einweisung unter dem Titel der strafrechtlichen Massnahme ein Grund, um gegenüber KlientInnen mit anderen Behandlungsgründen höhere Tarife zu verrechnen, was störend ist» (Kanton ZH).

«Ebenso muss die freie Wahl zwischen abstinenzorientierter Therapie oder Substitutionsprogrammen gewährleistet sein» (SDSS).

Mehrere Antwortende wünschen dazu eine *Erweiterung des Anwendungsbereichs* des Finanzierungsmodells sowie des Qualitätsmanagementsystems auch für die ambulanten Dienste, inkl. Substitutionstherapien.

**2. Sind Sie einverstanden, dass im Hinblick auf die Feinausarbeitung des vorliegenden Modells und seine Umsetzung die folgenden Arbeiten an die Hand genommen werden:**

	Positiv	Negativ	Keine Angaben
<b>Ausarbeitung eines Tarifwesens für die einzelnen Arbeitsfelder</b>			
Antworten der Kantone	22	2	1
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	19	2	1
<b>Anpassung der IVV im Hinblick auf die Einführung des vorgeschlagenen Finanzierungsmodells</b>			
Antworten der Kantone	18	0	7
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	14	0	8
<b>Finanzierung über individuelle Eingliederungsmassnahmen der IV anstelle der heutigen Kollektivbeiträge</b>			
Antworten der Kantone	7	2	16
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	5	5	12
<b>Entwicklung von Qualitätsstandards und qualitätssichernden Massnahmen für suchttherapeutische Institutionen</b>			
Antworten der Kantone	23	0	2
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	22	0	0

Kommentar:

Praktisch unbestritten ist die *Einführung eines Qualitätsmanagementsystems*, wobei der ungewisse finanzielle und administrative Aufwand gelegentlich zu Bedenken Anlass geben. Insgesamt überwiegt aber das Anliegen zur Schaffung von Transparenz und Vergleichbarkeit deutlich. Die Erarbeitung eines solches QMS durch das BAG (QuaTheDA) wird vielerorts begrüsst.

Bei der Anpassung des IVV herrscht recht viel Ungewissheit und wahrscheinlich sehr unterschiedliche Auffassungen bei der Realisierung. Dieser Punkt wurde bei der Übersetzung ins Französische nicht erfasst. Durch diesen Fehler in diesem Punkt wurden nur die deutschsprachigen Antworten berücksichtigt.

Mehrfach wurde der Wunsch geäussert, dass die *IV-Abklärungen* weniger Zeit beanspruchten. Die Sozialdirektorenkonferenz hat zudem verlangt, dass eine *Übergangszeit* von 5 Jahren vom alten zum neuen Modell eingeräumt werde.

Nach der Auswertung des Pilotprojekts zur Berechnung der Arbeitsfeldpauschalen wird erwartet, dass das neue Finanzierungsmodell erneut in Vernehmlassung gebracht wird.

**3. Sind Sie einverstanden, dass die Abläufe für die Umsetzung des neuen Modells, die Rollenzuteilung unter den Kantonen inkl. Erstellung einer Liste der anerkannten Institutionen sowie die weiteren in Kapitel 2.6 erwähnten Punkte im Rahmen der Interkantonalen Heimvereinbarung (IHV) geregelt werden?**

Die entsprechende Revision der IHV wäre Gegenstand einer separaten Vernehmlassung.

	Positiv	Negativ	Keine Angaben
<b>Grundsätzliche Haltung zur Regelung der Rollenzuteilung unter den Kantonen im Rahmen der IHV</b>			
<b>– Inhaltlich</b>			
Antworten der Kantone	19	5	1
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	20	0	2
<b>– bez. Realisierbarkeit</b>			
Antworten der Kantone	2	5	18
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	2	4	16

Teilelemente:

	Positiv	Negativ	Keine Angaben
<b>Schaffung von kantonalen Verbindungsstellen als Ansprechpartner für die Institutionen</b>			
Antworten der Kantone	8	0	17
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	4	1	17
<b>Liste der anerkannten Institutionen</b>			
Antworten der Kantone	7	0	18
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	4	0	18
<b>Leistungsvereinbarungen zwischen Kantonen und Institutionen</b>			
Antworten der Kantone	10	1	14
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	6	0	18
<b>Etappenweise Bevorschussung der Behandlungskosten durch die Kantone</b>			
Antworten der Kantone	2	6	17
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	3	0	19
<b>Erstellung von Behandlungsplänen auf der Basis der Arbeitsfelder</b>			
Antworten der Kantone	8	0	17
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	6	0	16

**Einheitliches Tarifwesen für die einzelnen Arbeitsfelder**
**– Landesweit gleiche Tarife**

Antworten der Kantone	9	4	12
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	12	3	7

**– Regional einheitliche Tarife**

Antworten der Kantone	4	0	21
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	4	0	18

**Klare Aufgabenteilung zwischen den Standortkantonen der Institutionen und den Wohnsitzkantonen der KlientInnen**

Antworten der Kantone	7	0	18
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	5	0	17

**Kommentar:**

Grundsätzlich liegt eine starke Zustimmung zur Regelung der Rollenzuteilung über die IHV vor. Bei den Verbänden ist sie grösser als bei den Kantonen.

«Allerdings ist dabei zu beachten, dass nach kantonalem Recht verschiedene Träger für die Finanzierung von Suchttherapien zuständig sind. Die interkantonale Heimvereinbarung kann diese unterschiedlichen Zuständigkeiten nicht aufheben» (Konf. der kantonalen Finanzdirektoren).

«Man ist unsicher, ob es sich um eine ‚modernisierte IHV‘ handelt oder die aktuelle» (Konf. der Sozialdirektoren).

«La politique de prise en charge des personnes alcooliques et toxicomanes reste un problème national. Elle exige une collaboration accrue entre la Confédération et les cantons afin que ces derniers appliquent une politique semblable» (Kanton FR).

«Die IHV braucht dringend und in einem akzeptablen Zeitrahmen die Ratifizierung durch alle Kantone» (Eidg. Kommission für Drogenfragen).

«A priori, comme nous ne sommes pas du tout convaincus de l'efficience du système proposé, nous ne sommes pas favorables à son entrée en vigueur» (Kanton NE).

Weniger eindeutig (vielfach keine Angaben) sind die Aussagen zu den Teilelementen. Bei der Schaffung von kantonalen Verbindungsstellen wird neben einer gewissen Befürwortung immer wieder die Befürchtung höherer Kosten ausgesprochen. Auch gewisse zentralistische Tendenzen werden kritisch beurteilt. Trotzdem werden landesweite Tarife stärker unterstützt als regionale.

Leistungsvereinbarungen und Anerkennungslisten könnten den Kantonen als Steuerungsinstrumente dienen, werden aber offenbar nicht überall als solche eingestuft.

**4. Sind Sie der Auffassung, dass zumindest ein Teil der beschlagnahmten Drogengelder im Rahmen eines nationalen Fonds zweckgebunden für Prävention und Therapie im Suchtbereich verwendet werden sollte?**

	Positiv	Negativ	Keine Angaben
<b>Grundsätzliche Haltung bez. Fonds</b>			
Antworten der Kantone	22	1	2
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	17	2	2
<b>Zweckbindung für</b>			
<b>– Prävention</b>			
Antworten der Kantone	20	0	5
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	16	1	4

## – Therapie

Antworten der Kantone	21	0	4
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	17	1	3

Kommentar:

Die Zweckbindung an zwei der vier Säulen der Drogenpolitik ist unbestritten. Die Kantone können sich vorstellen, einen Teil der Basisfinanzierung über den Fonds zu bestreiten, mehrere Verbände und Kommissionen sind hier gegen eine Basisfinanzierung, möchten aber zielgerichtete Projekte daraus finanzieren können.

«Die laufende Finanzierung der Institutionen darf unter keinen Umständen von den wahrscheinlich stark schwankenden Einnahmen aus beschlagnahmten Drogengeldern abhängen» (Eidg. Kommission für Alkoholfragen).

## 5. Sind Sie der Auffassung, dass allenfalls weitere, neue Finanzierungsquellen erschlossen werden müssten? Wenn ja, welche?

	Positiv	Negativ	Keine Angaben
<b>Grundsätzliche Haltung bez. der Erschliessung weiterer Finanzquellen</b>			
Antworten der Kantone	14	4	7
Antworten der Konferenzen, Verbände und Kommissionen	18	0	3

Kommentar:

Die Kantone sind bezüglich neuer Steuern sehr skeptisch, die Verbände befürworten mehr staatliche Mittel eher.

Vorschläge für weitere Finanzquellen:

- Verursacherprinzip.
- Verwandtenunterstützung wird vorgeschlagen, aber wegen Willkür und Ungleichbehandlung als problematisch eingestuft.
- Bei einer allfälligen Legalisierung Besteuerung analog Alkohol oder Tabak.
- Stärkere Beteiligung der Krankenkassen.
- Verwendung von Bussgeldern (suchtbezogen).
- Ausbau IV.
- Besteuerung der Suchtmittel-Werbung.
- Kompensationsmechanismen innerhalb des Projektes «Neuer Finanzausgleich», insbes. durch Zusammenarbeitsverträge zwischen mehreren Kantonen.

## 6. Aussagen zum Kostenteiler

Kommentar:

Bundsgelder werden an sich wenig differenziert wahrgenommen. Viele Kantone (und die SODK) drücken die Erwartung aus, dass der Bund in die Lücke springen sollte, welche durch die fehlenden IV-Gelder entstanden ist. Kantone und Gemeinden möchten ihren Anteil gleich halten.

Bei der Beteiligung der Krankenkassen ist das Bild geteilt, die Verbände und Kommissionen sähen eine stärkere Beteiligung vor, die Kantone eine gleich bleibende, wobei die bestehenden Möglichkeiten besser genutzt und ausgeschöpft werden sollten.

### 2.10.4 Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse

Fast alle Kantone haben Stellungnahmen eingereicht. Die überwiegende Mehrzahl hat sich für das neue Modell ausgesprochen. Die drei Gegner (GE, GR, NE) haben vorwiegend aus finanziellen Über-

legungen heraus gegen das neue Modell votiert. Eine Mehrbelastung der Kantone wird klar abgelehnt. Zusätzlich wurden Bedenken bezüglich der Realisierbarkeit geäussert. Auch fehlten zur Zeit die kantonalen gesetzlichen Grundlagen zur Umsetzung des neuen Modells. Zudem wären zu wenig Informationen über die zukünftige Ausgestaltung des Finanzierungsmodells vorhanden. Diese Bedenken werden teilweise auch von Befürwortern angemeldet. Diese gewichten aber die negativen Aspekte weniger stark.

Die Verbände und Kommissionen unterstützen einstimmig den neuen Vorschlag. Unsicherheit herrscht lediglich, weil im Moment noch ein anerkanntes Qualitätsmanagementsystem fehlt, welches flächendeckend angewandt werden kann.

Grundsätzlich befürworten alle ein Qualitätsmanagementsystem. Hier wurde lediglich die Einschränkung formuliert, die Qualität zu optimieren und ja nicht zu maximieren. Ebenfalls wird das Gleichstellungsprinzip von legalen und illegalen Drogen im Therapiebereich unterstützt, wenn auch mit kleinen Nuancen.

Eindeutig als notwendig eingestuft wurde die Schaffung eines übergeordneten Steuerungsinstruments, ob dies nun die Interkantonale Heimvereinbarung oder eine ähnliche Vereinbarung in einem Konkordatsrahmen sei.

Bei der Frage der Steuerung des Angebots kommen zwei Meinungen zum Ausdruck, einerseits wird ein gleich bleibendes bis gesteigertes Engagement des Bundes erwartet, andererseits wird erkannt, dass die Kantone über Anerkennungslisten und qualitative Vorgaben gute Voraussetzung zur Steuerung haben. Die Aufteilung der Kosten muss im Rahmen des neuen Modells unbedingt verbindlich geregelt werden, damit die Institutionen sinnvoll planen können. Dass dabei zusätzlich die Verwandtenunterstützung in Betracht gezogen wird, ist nachvollziehbar. Es ist aber mit erheblichem Widerstand von verschiedenen Seiten zu rechnen, vor allem Elternverbände würden eine solche Änderung nicht widerspruchslos akzeptieren.

Die Listen der Eingaben seitens der Kantone sowie interessierter Kommissionen, Organisationen und Verbände finden sich im Anhang.

## 2.11 Umsetzung der Vorgaben

Unmittelbar nach Annahme der Empfehlungen aus dem Schlussbericht der AG Leistungserfassung wurde mit der Bildung einer Pilotgruppe von verschiedenen Institutionen begonnen, mit deren Unterstützung die Entwicklung der verschiedenen Systemelemente und die Tarifempfehlungen angegangen werden sollten.

### 2.11.1 Pilotphase 1 (2000) mit 10 Institutionen

In der Pilotphase 1 konnten die Daten von folgenden Institutionen erhoben werden:

Le Radeau (FR), Mühlhof (SG), Lehn (LU), Smaragd (BL), Hilfe zum Leben (BE), Casa Fidelio (SO), Le Levant (VD), Ulmenhof/Die Alternative (ZH), Villa Flora (VS), L'Auvent (NE).

Die Pilotphase nicht zu Ende geführt haben Pontareuse (NE) und Monbijou (BE).

Aus geographischen Gründen (Reisezeiten) hatte die Tessiner Institution Villa Argentina die Anfrage, am Pilot mitzumachen, abschlägig beantwortet.

#### *Zeitfenster der Datenerhebung und Stichprobengrösse*

Die Erhebung der Daten für die Pilotphase 1 basiert auf die zwischen 1. Januar 1999 und 30. September 1999 in die teilnehmenden Institutionen eingetretenen 202 KlientInnen mit insgesamt 77 535 Betreuungstagen.

Wegen der geringen Anzahl Pilotinstitutionen waren einerseits nicht für sämtliche im System vorgesehenen Institutionstypen Pilotinstitutionen vorhanden. Andererseits gab es in den Institutionen im

Erhebungszeitraum nicht alle «KlientInnen»-Typen; Tarifvorschläge konnten also nur in beschränktem Mass auf der Basis von Therapieverläufen tatsächlich behandelte KlientInnen ausgearbeitet werden. Nicht zuletzt deshalb wurde, gestützt auf die Erfahrungen aus der ersten Pilotphase, eine zweite Pilotphase vorgesehen, indem mehr Institutionen und auch interessierte Kantone eingebunden sein sollten.

Nach entsprechenden Umfragen fanden sich acht Kantone als FiSu-Pilotkanton: BE, BL, BS, FR, JU, LU, SO und ZH.

### 2.11.2 Pilotphase 2 mit 8 Kantonen und ihren Institutionen (2001/2002)

Gegenüber der ersten Pilotphase ergab sich nicht nur eine quantitative Ausweitung in Bezug auf die teilnehmenden Institutionen. Eine wesentliche Neuerung war die Erfassung der Leistungen und insbesondere der Profilstufen mittels standardisierten Online-Fragebogen, auf deren Basis das System nach vorgegebenen Parametern die jeweiligen Profilstufen errechnen konnte. Im selben Prozedere wurden verschiedene Institutionen als nicht-Lebensfeld-ersetzend im Sinne der Systematik FiSu identifiziert und in den weiteren Pilotarbeiten bezüglich Leistungserfassung und Kostenerhebungen vorderhand nicht berücksichtigt.

Damit wurde ein wichtiger Schritt in Richtung systematischer, neutraler Beurteilung der institutionell erbrachten Leistungen unternommen.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass die Angaben der Institutionen nicht vor Ort überprüft wurden; allerdings wurden die Ergebnisse in allen beteiligten Kantonen in Anwesenheit aller Institutionsverantwortlichen, der kantonalen Vertretung und der Projektleitung diskutiert und allfällige Nachprofilierungen beschlossen.

Eine weitere Ausweitung betraf die Integration des Rechnungsstellungsverfahrens für die eingetretenen KlientInnen. Hierbei sollten einerseits die technische Umsetzung und Realisierbarkeit des mit den Pilotkantonen so erarbeiteten und vereinbarten Verfahrens getestet, andererseits aber auch Grundlagen für erste Kostenübersichten geschaffen werden, wie sie nach dem neuen System entstehen würden. Diese Rechnungen lösten keine Zahlungen aus, sondern wurden lediglich zur Auswertung an die Projektleitung geschickt; dieser Teil der Pilotphase wurde denn auch unter dem Namen «Trockenübung» geführt.

### 2.11.3 Erkenntnisse

Die Erkenntnisse aus den beiden Pilotphasen lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

Institutionell erbrachte Leistungen in stationären suchttherapeutischen Institutionen konnten erstmals in einem *einheitlichen Beschreibungs-raster* erfasst werden. Dabei wurden sämtliche nötigen Arbeitsschritte online ermöglicht.

Die resultierenden *institutionellen Leistungsprofile* wurden in einem transparenten Verfahren mit den Institutionen und KantonsvertreterInnen diskutiert und wo nötig in weiteren Schritten korrigiert.

Auf der Basis von *Vollkostenerhebungen* wurden abhängig von den zuvor ermittelten Institutionskategorien und Leistungsprofilen – dem Auftrag folgend – *kostendeckende Pauschal-Tarife* ausgearbeitet.

Im Hinblick auf die zukünftige Rechnungsstellung wurden die nötigen **KlientInnen-Variablen** wiederum online erfasst. Die benötigten Angaben beschränken sich auf das absolut Nötige; da Personen-daten erhoben werden, wurde der Datensicherheit grösstmögliche Aufmerksamkeit geschenkt. In Zusammenarbeit mit den Pilotkantonen wurde ein *Verfahren zur Rechnungsstellung* erarbeitet, das verschiedene *Plausibilitätskontrollen und Sicherheitsautomatismen* beinhaltet.

Zu Dokumentationszwecken wurden *Berichtserstellungen automatisiert*, die – nach Kantonen gegliedert – die Leistungsprofile der Institutionen abbilden (siehe dazu auch Kap. 5.7.2).



Um über die standardisierten Verfahren hinaus eigene Auswertungen vornehmen zu können, stellt das System in einer Exportfunktion die Originaldaten zur Verfügung. Somit werden spezifische *Statistiken zur Belegungssituation* aber auch zum *Geldfluss* ermöglicht.

Die Auswertungen können auf verschiedene Ebenen bezogen werden (z.B. Institution, Kanton, Region, Gesamt-CH usw.); durch selektiven, spezifisch autorisierbaren Zugriff auf die eigenen Daten können sowohl Institutionen wie auch z.B. Kantone bezüglich *KlientInnen und Rechnungsstellungen* eigene Statistiken um diese Grunddaten herum aufbauen oder auch für verschiedene statistische Erhebungen verwenden oder in bereits vorhandene Erhebungen integrieren, ohne die Variablen wiederholt eingeben zu müssen.

Während der Pilotphase hat das System seine Funktionalität unter Beweis gestellt und ist operativ bereit.

#### 2.11.4 Ergebnisse

Die Resultate des zweiten Pilots wurden den Beteiligten und Interessierten verschiedene Male in Auswertungs- und Zwischenstatusberichten zur Verfügung gestellt. Aus Platzgründen wird auf eine Darstellung an dieser Stelle verzichtet; die aufdatierten Ausgaben werden jeweils auf [www.fisu-fide.ch](http://www.fisu-fide.ch) zum Download bereitgestellt.

#### 2.11.5 Erste feststellbare Auswirkungen eines Systemwechsels

##### Finanzen und Tarife

- Ein Vergleich der Aufwendungen nach altem System (auf der Basis der Ausgaben 2000) und den von den Institutionen seit 1.1.2002 im System ausgelösten Rechnungen belegt – selbst bei vorsichtiger Interpretation – einen kleineren Gesamtaufwand als im alten System (vgl. dazu insbesondere Kap. 8.1).

##### Platzierungen

- Dank der Institutionsprofile auf der Basis der Leistungsbeschreibungen können Zuweisungsverfahren mit effizienteren Platzierungen erreicht werden. Hier besteht allerdings entsprechender Schulungsbedarf bei den platzierenden Stellen, denen die Leistungsprofile und Zielgruppen-Ausrichtungen der Institutionen noch nicht offiziell kommuniziert wurden.

##### Technische Stabilität im Online-System

- Sämtliche notwendigen Arbeiten können online ausgeführt werden; dafür wird über einen konventionellen Internet-Browser hinaus keine spezielle Software benötigt. Das System funktioniert technisch problemlos – allfällige Anpassungen und Änderungen sind inhaltlicher Natur.

## 2.12 Einführung mit 16 Kantonen 2003

Gestützt auf einen Bundesratsentscheid vom 24.2.2002 gilt seit 1.6.2002 seitens der IV die neue Verordnung zum IVG. Für die im Suchtbereich tätigen stationären Einrichtungen wurden damit zwei Finanzierungsvarianten geschaffen:

- 1) das «alte» Modell mit den gleichen Modalitäten, wie sie für alle Behinderteninstitutionen gelten oder
- 2) das spezifisch für Suchtinstitutionen entwickelte Modell FiSu

Um Anreize für den Systemwechsel zu schaffen, gilt bei der Wahl des Modells FiSu die sog. 50 %-Klausel nicht, und die IV bezahlt pro KlientIn – sofern deren/dessen IV-Anerkennung bestätigt wurde – einen Anteil von 30% des Pauschalpreises als Kollektive Leistung gem. Art. 73 IVG.

In einem ausführlichen Schreiben von Frau BR Dreifuss an die zuständigen Regierungsrätinnen und -räte der Kantone vom 13.12.2002 (siehe Anhang) orientierte das Eidg. Departement des Innern EDI, dass es die Voraussetzung für die Einführung des Systems als gegeben erachte.

## 2 Auftrag

Die IV hat den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt, einen Beitritt für das Jahr 2003 im Lauf des ganzen Jahres zu erklären – also u.U. über einen Zeitraum von 12 Monaten zurück. Dies bedeutet, dass über die Pilotkantone hinaus in weiteren interessierten Kantonen zumindest die Voraussetzungen zu schaffen sind, um gegebenenfalls einen «rückwirkenden» Beitritt für das Jahr 2003 überhaupt zu ermöglichen; damit mussten über den Kreis der acht Pilotkantone hinaus alle interessierten Trägerkantone auf den derzeitigen Projektstand gebracht werden und seitens der Institutionen die Voraussetzungen für den Systemwechsel geschaffen werden – Leistungserfassungen und Institutionsprofilierungen.

Diese Vorarbeiten wurden im Juni 2003 in allen Kantonen mit Lebensfeld-ersetzenden Einrichtungen abgeschlossen.

Die Anschlussaufgabe der Institutionen ist es, die seit 1.1.2003 eingetretenen KlientInnen zu erfassen und nach System FiSu abzurechnen – wie das die Pilotinstitutionen mit Eintritten seit 1.1.2002 bereits tun.

Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, dass ein allfälliger Beitritt zumindest rechnerisch auch rückwirkend bewerkstelligt werden kann.

# *fis*u • *fid*é

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Das Handbuch (HB) FiSu ist für verschiedene BenutzerInnen und Gruppierungen vorgesehen. Es richtet sich an politische und administrative KantonsvertreterInnen sowie an Institutionsleitungen und MitarbeiterInnen.

Zudem kann es als Nachschlagewerk für an der Thematik Interessierte dienen. Selbstverständlich hat dieses Instrument auch seine Grenzen, die bereits im Auftrag und den Vorgaben umschrieben sind. Es kann die politischen Entscheide nicht selber treffen und setzt als Grundlage den politischen Willen zum Vollzug des tief greifenden Systemwechsels voraus. Auch kann es nicht sämtliche Eventualitäten und organisatorischen Besonderheiten abdecken.

Das HB bezeichnet eine Referenzorganisation und beinhaltet die Pauschaltarif-Empfehlungen für die vorhandenen Institutionstypen.

Die folgenden Erläuterungen helfen der Leserin resp. dem Leser, sich in diesem Handbuch leicht zurechtzufinden.

Die Kapitel folgen wo möglich und sinnvoll einer einheitlichen Struktur. Am Anfang steht jeweils ein ins Thema einführender Text, der für eine generelle Orientierung zum Kapitelthema ausreichen sollte. Für Vertiefung, konkrete Anwendung und Umsetzung stehen dann der zweite und dritte Teil zur Verfügung.

Der zweite Teil besteht aus einer detaillierten theoretischen Darstellung der Kapitelthemen, im dritten Teil geht es um Vorschläge zu Verfahrensanweisungen und Checklisten, mit deren Hilfe eine den lokalen Gegebenheiten angepasste konkrete Umsetzung an die Hand genommen werden kann.

Das Handbuch findet sich auszugsweise auch im Internet unter der Adresse [www.fisu-fide.ch](http://www.fisu-fide.ch).

### **3.1 Das Handbuch FiSu für KantonsvertreterInnen**

Im Zusammenspiel mit der IVSE kann das Handbuch als Grundlage für die Regelung der Zusammenarbeit unter den Kantonen dienen. Es enthält Muster über die zu treffenden Vereinbarungen mit Institutionen und dem BSV und beinhaltet eine Sammlung von Dokumenten, Richtlinien, Vorschlägen und Beschlüssen aus den Pilotprojekten sowie die aktuellen Tarifvorschläge.

### **3.2 Das Handbuch für Institutionen**

Das HB zeigt die Zusammenarbeit mit den Kantonen auf, regelt die Kooperation mit den Zuweisungsstellen und hilft mit Verfahrensanweisungen bei der Orientierung im System FiSu. Der Tarif bildet auch hier einen wichtigen Bestandteil.

# *fis*u • *fidé*

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

## 4.1 Gemeinsamer theoretischer Nenner

Suchtphänomene, der Ausstieg aus der Sucht – die so genannte Suchttherapie – und sonstige Betreuung- und Behandlungsmassnahmen werden aus höchst unterschiedlichen berufspraktischen Froschperspektiven wahrgenommen und interpretiert. Entsprechend heterogen ist die für eine fundierte Professionalisierung konstituierende Wissensbasis.

Als grösster gemeinsamer Nenner hat sich heute in der Fachdiskussion die Einsicht durchgesetzt, dass Sucht mit dem Verlust personaler Autonomie verbunden ist, oder ganz allgemein gesprochen, dass der Sozialisationsprozess, also die Vergesellschaftung des Individuums, nur bedingt geglückt ist.

Wir wissen aufgrund von diversen Untersuchungen, dass kein gesellschaftliches Niveau, keine Gesellschaftsschicht, frei ist von Suchtproblemen. Aber Suchtverläufe entwickeln sich – vom Kerngeschehen einmal abgesehen – extrem unterschiedlich hinsichtlich Behandlungs- und Unterstützungsbedürftigkeit, ebenso hinsichtlich der zu erwartenden Autonomie-Rückgewinnungsaussichten der betroffenen Individuen.

In der Literatur und den relevanten Fachkreisen wurden die beobachteten unterschiedlichen Entwicklungsperspektiven immer wieder einmal vor dem Hintergrund der unterschiedlich konsumierten Substanzen reflektiert. Die reduzierten Fragestellungen reflektieren die pharmakologische Wirkung in Verbindung mit der Problementwicklung. Zwar lassen sich Präferenzen bezüglich des gesellschaftlichen Niveaus und der konsumierten Substanzen darstellen, diese sind aber bezüglich der Behandlungsbedürftigkeit nur sehr bedingt aussagekräftig, da sie vornehmlich Kultur-, Status- und Peergruppenorientierte resp. ökonomische Trends, Möglichkeiten und Verfügbarkeiten abbilden.

### **Zusammengefasst:**

Suchtverläufe werden auf der individuellen Ebene selbstverständlich von der pharmakologischen Wirkungsweise der konsumierten Substanzen mit beeinflusst. Hinsichtlich der Fragestellungen nach adäquaten Behandlungs- und Unterstützungsmassnahmen wie auch der zu erwartenden Erfolgsaussichten bezüglich Autonomie-Rückgewinnung und der Verselbstständigung der betroffenen Akteure sind oben erwähnte Fragestellungen allerdings von sekundärer Natur gemessen an vorgefundenen individuellen Ressourcenlagen respektive Ressourcenproblemen.

Im Wissen, dass Belastungsfaktoren, wie sie bestimmten gesellschaftlichen Niveaus eigen sind, zentrale Auswirkungen auf das Suchtgeschehen ausüben, hat eine fachlich legitimierte, theoretisch begründete Leistungserbringung grundsätzlich die konkrete Herkunfts- und Umgebungskultur, das Herkunftsmilieu, das gesellschaftliche Niveau der zu betreuenden Klientel und die konkrete Ressourcenlage prioritär zu berücksichtigen.

## 4.2 Die ausstiegsorientierte Suchttherapie

### 4.2.1 Grundsätze für eine ausstiegsorientierte Suchtrehabilitation

Der Begriff Suchtrehabilitation umfasst alle Massnahmen, welche abhängigen Menschen die Möglichkeit eröffnen, wieder angemessen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Das Ziel der Rehabilitation ist die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und damit verbunden die Befähigung zur selbstbestimmten Lebensführung.

Das Erreichen des Rehabilitationsziels misst sich üblicherweise an den Faktoren:

- Aufnahme einer Arbeitstätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhalts.
- Finden einer angemessenen Wohnform.
- Aufbau und Pflege eines tragfähigen Beziehungsnetzes.
- Führen eines Lebensstils, der sich positiv auf die Gesunderhaltung auswirkt.
- Befähigung zur Legalbewährung.

Suchtrehabilitation richtet sich an Suchtmittelabhängige, die sich aufgrund ihrer Erkrankung marginalisiert, dysfunktional und überwiegend fremdbestimmt in ihrem Umfeld bewegen. Somit vermitteln suchttherapeutische Einrichtungen zwischen dem Individuum und seiner näheren und weiteren, natürlichen und kulturellen Umwelt.

Interventionen zielen deshalb auf alle relevanten Systemebenen – physikalische, biologische, psychische, soziale und kulturelle Systeme – und versuchen, deren Zusammenspiel im Lebensalltag von marginalisierten oder von Marginalisierung bedrohten Menschen zu beeinflussen beziehungsweise zu optimieren.

Die Einwilligung zur Behandlung ist Voraussetzung für den Rehabilitationsbeginn. Sollte die abhängige Person nicht in der Lage sein, eine Entscheidung frei zu treffen, kann sie durch geeignete Massnahmen dazu befähigt werden.

Die Konzepte der Rehabilitation sind in sich logisch und der Abhängigkeitsthematik verpflichtet aufgebaut. Die Grundlage der Konzepte bezieht sich auf anerkannte wissenschaftliche Theorien aus Sozialwissenschaften, Psychologie, Erziehungswissenschaften, Philosophie und Medizin.

Rehabilitationsprozesse sind in ihrer Wirkung ganzheitlich ausgerichtet. Um die Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig beeinflussen zu können, ist ausreichend Zeit für Erkenntnisprozesse und Internalisierung nötig.

Den abhängigen Menschen wird bei einem stationären Aufenthalt in einer geeigneten Einrichtung die Möglichkeit gegeben, eingetretene gesundheitliche, soziale, psychische und ökonomische Schädigungen zu mindern.

Suchtrehabilitation setzt sich zur Aufgabe, die vorhandenen Ressourcen der abhängigen Person zu aktivieren, damit das angestrebte Ziel der selbstbestimmten Lebensführung mit eigenen Kräften erreicht werden kann.

# *fis*u • *fid*é

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Die Leistungsbeschreibung und Erfassung insbesondere von Lebensfeld-ersetzenden aber auch -ergänzenden Institutionen hat sich mit einer nicht überblickbaren Vielzahl von Handlungen, Abläufen, Interaktionen und speziellen Anordnungen zu befassen. Immerhin bezieht sich das institutionelle Kerngeschehen auf die Organisation und Sicherstellung eines betreuten 24-Stunden-Tag-/Nachtbetriebs, in der Absicht, der betroffenen Klientel eine erfolgreiche Alltagsgestaltung zu ermöglichen.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Institutionslandschaft ausgesprochen heterogen aufgebaut ist: Menschenbild, Institutions- und Handlungsphilosophie, Wahl der Interventionsinstrumente, konzeptuelle Ausgestaltung usw. differieren von Institution zu Institution ganz erheblich. Mit der leistungserfassenden Beschreibung einzelner Handlungen und Interventionen wäre unwillkürlich eine Priorisierung verbunden – nur Wichtiges wird beschrieben, tarifiert und entsprechend in den Leistungsvertrag aufgenommen – was einen unerwünschten Eingriff in die Institutionsautonomie und -verantwortung ausgelöst hätte.

Die FiSu-Systematik zur Beschreibung von Leistungen in Lebensfeld-ersetzenden und Lebensfeld-ergänzenden Institutionen baut aus den genannten Gründen auf Leistungsmodule auf. Diese Leistungsmodule sind genügend trennscharf abgegrenzt, sodass sie geeignet erscheinen, Tarifzuordnungen zu legitimieren.

Die Leistungsmodule beziehen sich auf die bekannten Sozialisationsfelder *Primärgruppe, Bildung, Arbeit und Freizeit* und sind unterschieden in *Einzelleistungen, Leistungseinheit und Leistungsbereich*. In der konkreten Leistungserfassung wird immer innerhalb des folgenden Rasters gefragt: *Wirkung & Ziele, Kern- & Nebenleistungen*.

## 5.1 Leitfaden zur Systematik der Leistungsbeschreibung

Suchtrehabilitative Einrichtungen im Bereich kumulierter sozialer Probleme haben komplexe Aufgaben mit zunehmend beschränkten Ressourcen zu lösen. Lösungsorientierte Leistungen beziehen sich auf mehrfach problematische Lebenssituationen von marginalisierten oder von Marginalisierung unmittelbar betroffenen Menschen in Verbindung mit Suchtproblemen.

Angesichts der komplexen Ausgangsbedingungen – die Bearbeitung kumulierter sozialer Probleme – lässt sich eine Effizienzsteigerung – qualitativer und quantitativer Natur – nur durch eine verbesserte Konzeptualisierung der Aufgabenerfüllung erreichen.

Dieser Schritt setzt einen ausreichend dimensionierten Versorgungsauftrag durch den Gesetzgeber sowie eine verständliche Gegenstandsbestimmung voraus; weiter die Implementierung von Norm-, den so genannten Standards und Regelvorgaben sowie eine detaillierte Beschreibung und Bewertung von Leistungen, welche im konkreten Gegenstandsbereich der Suchtarbeit erbracht werden.

Die nachfolgend vorgestellte Systematik, die auf die sog. Normklientel fokussiert, bezieht sich in der Einführung auf den gesamten Gegenstandsbereich der Suchthilfe und in der konkret ausformulierten Darstellung auf die sog. stationären Institutionen, die «Lebensfeld-ersetzenden» Einheiten. Weitere Ausführungen zur Differenzierung der Klientel folgen in Kap. 6 «Die Zielgruppen».

### 5.1.1 Der Interventionsgrad

Im Vordergrund der Suchtarbeit stehen systematisiert drei Formen der Dienstleistungen, die sich wesentlich über den Interventionsgrad unterscheiden.

#### *Lebensfeld-ersetzend*

Ausgehend von der so genannt stationären Langzeittherapie – einer klassischen Lebensfeld-ersetzenden Massnahme – entwickelte sich vor 30 Jahren die moderne Suchtarbeit. Zwischenzeitlich ist eine breite Palette unterschiedlichster Institutionstypen in der Praxis tätig. Die abstinenzorientierten Therapieeinrichtungen stellen Sozialisationssysteme zur Verfügung, in deren Rahmen auch die alltäglichen Versorgungsleistungen des Regelsystems sichergestellt werden. Lebensfeld-ersetzende Institutionen sind vorwiegend im abstinenzorientierten Segment zu Hause.

In einem fachlich abgestützten Kontext beziehen sich Lebensfeld-ersetzende Dienstleistungen auf alle kurz-, mittel- und langfristigen Massnahmen, die wesentliche Sozialisationsaufgaben von einem oder mehreren regulären Sozialisationssystemen übernehmen. Damit entspricht das Konzept in allen Belangen den Anforderungen der Regelkultur unter Berücksichtigung der ausgewiesenen Problemlage der Klientel.

#### *Lebensfeld-ergänzend*

Hier sprechen wir von den spezifischen Angeboten, die zum Ziel haben, reguläre Sozialisationssysteme kurz-, mittel- oder langfristig von Teilfunktionen zu entlasten und diese mit Ressourcen ausserhalb des Regelsystems zu gewährleisten. Lebensfeld-ergänzende Massnahmen beziehen sich also auf Teilbereiche der regulären Sozialisationssysteme, weil diese vom Individuum im Rahmen «regulärer Tauschbeziehungen» nicht oder nicht ausreichend bewältigt werden können. Unter Tauschbeziehungen wird die Summe aller Interaktionen verstanden, die das Individuum befähigen, sich in seinem gesellschaftlichen Umfeld zu bewegen.

Institutionseinheiten im Lebensfeld-ergänzenden Bereich sind sowohl im abstinenzorientierten als auch im suchtakzeptierenden Segment angesiedelt. Im abstinenzorientierten Segment sind die bekanntesten Einheiten Familienplatzierungen, treuhänderische Budget- und Lohnverwaltungen, die Führung von Beistand- und Vormundschaften, Formen von begleiteten Nachsorgewohngruppen und Übergangs- sowie Integrationsarbeitsplätze.



Im suchtakzeptierenden Segment sind dies Notschlafstellen, begleitetes Wohnen, Tagesstruktur, Tagelöhnerei etc.

### *Lebensfeld-begleitend*

Hier handelt es sich um Angebote der Suchtarbeit, die mit unterstützenden und beratenden Leistungen die Klientel im regulären Lebensfeld begleiten. Diese Lebensfeld-begleitenden Massnahmen haben zum Ziel, die Ressourcen und die Sozialisationskraft der regulären Sozialisationssysteme abzusichern und zu verbessern. Somit beziehen sich die Verbesserungen auf die ressourcenmässige Ausstattung der Individuen beziehungsweise der regulären sozialen Systeme und weiter auf die Optimierung der Formen des Zusammenlebens und Zusammenarbeitens innerhalb der Systeme und des Austauschs zwischen den Systemen.

Institutionen im Lebensfeld-begleitenden Bereich sind mit Ausnahme von Leistungseinheiten, welche durch die Nachsorgeinstitutionen und Drogenberatungsstellen erbracht werden, im suchtakzeptierenden Segment beheimatet. Bekannte Angebote sind die Kontakt- und Anlaufstellen, die Gassenarbeit, Drogen- und Methadonabgaben etc.

Zusammenfassend kann Folgendes vorweggenommen werden:

Einrichtungen mit dem Wirkungsziel der selbstbestimmten Lebensführung ihrer Klientel bedingen auf der Ebene Persönlichkeitsbildung einen nachhaltigen Veränderungs- und Entwicklungsprozess. Entsprechende Institutionen sind im Interventionsbereich Lebensfeld-ersetzend angesiedelt.

## **5.1.2 Die Sozialisationsfelder**

Sozialisation wird hier verwendet für das Heranwachsen von Kindern und Jugendlichen, für das Gedeihen und Gelingen menschlicher Lebensentwürfe. Verstanden wird darunter der lebenslange Prozess der Persönlichkeitsentwicklung in Wechselwirkung mit der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt, auf der Basis einer physisch-psychischen Grundstruktur.

Im Verlaufe ihres Lebens durchlaufen Individuen eine unterschiedlich grosse Anzahl verschiedener Sozialisationssysteme. Die Sozialisationsfelder spiegeln permanent Entwicklungen in der Regelkultur bezüglich Normen, Anforderungen, Zielen und Werten.

Sie sind entsprechenden Wandlungsprozessen unterworfen. Trotz diesen Wandlungsprozessen existieren in unserer Gesellschaft klar erfass-, beschreib- und voneinander abgrenzbare Sozialisationsfelder mit entsprechenden Systemen, die geeignet sind, im Bereich geplanter subsidiärer Sozialisationssysteme als Leistungsbereich beschrieben zu werden.

Mit Leistungsbereichen werden folglich nach übergeordneten Kriterien zusammengefasste Dienstleistungen beschrieben, die eindeutig auf die Bearbeitung eines regulären Sozialisationsfeldes abzielen.

### *Primärgruppe*

Das Gelingen einer geglückten Sozialisation wird in unserer Kultur wesentlich durch die Primärgruppe beeinflusst. Reguläre Primärgruppen in unserem kulturellen Kontext beziehen sich auf familiäre und teilfamiliäre Systeme sowie auf erweiterte Formen von Partner-, Wohn- und Lebensgemeinschaften.

### *Bildung*

Bildung, mit dem Schwerpunkt auf Volksschul-Bildung (Obligatorium), ist in unserer Kultur in einem hohen Masse formalisiert und normiert. Ausgedrückt wird damit auch die zentrale Bedeutung, welche der Bildung in unserer Gesellschaft zugeschrieben wird. Die Fähigkeit, den verschiedenen Sozialisationsanforderungen entsprechen zu können, wird durch das Niveau der erworbenen Bildung entscheidend gefördert oder behindert.

## *Arbeit*

Obwohl in unserer Gesellschaft nicht überall genügend Arbeitsplätze ausgewiesen werden, ist die Arbeitsfähigkeit ein entscheidendes Sozialisationsmerkmal für eine autonome Lebensführung. Wichtige Aspekte unseres Lebens, die direkt durch den Arbeitsmarkt beeinflusst werden, sind: Ökonomische Verfügbarkeiten und damit verbunden der Grad der Mobilität, soziale Kontakte, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen etc.

## *Freizeit*

Das Sozialisationsfeld «altersspezifische Freizeit» erfuhr in letzter Zeit einen starken Bedeutungszuwachs. Erklärende Stichworte dazu sind einerseits der zunehmende Gewinn an frei verfügbarer Lebenszeit und damit verbunden der Trend zur Freizeitgesellschaft und andererseits der Verlust übergeordneter autoritativer Wert- und Normvorstellungen sowie die Destrukturierung sozialer Verbände und Netze bis hin zur Defunktionalisierung der Familie. Entscheidende Konsequenz daraus ist die Beobachtung, dass identitätsbildende Orientierungen zunehmend in der Gruppe der Gleichaltrigen gesucht werden.

### **5.1.3 Der Interventionszeitrahmen**

In der Systematik wird unterschieden zwischen:

- Kurzzeit-Interventionen (bis 3 Mt.),
- Mittelzeit-Interventionen (bis 1 Jahr) und
- Langzeit-Interventionen (über 1 Jahr).

Lebensfeld-ersetzende Institutionen mit dem Ziel der Suchtbeendigung und gesellschaftlicher Reintegration arbeiten bezüglich Klientel mit mehrfach problematischen – kumulativen – Lebensbedingungen und Lebensbewältigungsstrategien mit Langzeitinterventionen.

### **5.1.4 Die Leistungen**

Alle Leistungen werden durchgehend unterschieden nach Kern- und Nebenleistungen. Weiter wird jede Leistung einem Sozialisationsfeld zugeordnet. Regelkultur umschreibt die von der Gesellschaft anerkannten Anforderungen, Ziele, Normen und Werte.

## *Leistungsbereich*

Die in der gewählten Systematik beschriebenen Sozialisationsfelder definieren einen Leistungsbereich. Ein Leistungsbereich ist dann erfüllt, wenn eine umfassende Planung und Realisierung des zu ersetzenden Sozialisationsfelds vorliegt. Planung und Realisierung beziehen sich einerseits auf die spezifischen Bedürfnisse, Ressourcen und Defizite der Klientel und andererseits auf die zu erwartenden Anforderungen der Regelkultur.

## *Leistungseinheit*

Eine Leistungseinheit bildet ein Paket gebündelter Einzelleistungen, die sich genügend trennscharf beschreiben und von anderen Leistungseinheiten abgrenzen lassen.

Eine Leistungseinheit ist ein Angebot, das eindeutig einem Leistungsbereich zugeordnet werden kann.

### *Einzelleistung*

Einzelleistungen sind Arbeitsvorgänge, die operational beschreibbar, beobachtbar und dokumentierbar sind.

#### **5.1.5 Die Arbeitsfelder**

Die Arbeitsfelder orientieren sich an den regulären Sozialisationsfeldern. Somit beschreibt ein Arbeitsfeld ein unter institutionellen Bedingungen «künstlich» geplantes und realisiertes Sozialisationsfeld. Ausgehend von der ausgewiesenen Problemdimension der Klientel kann die Planung und der Praxis-transfer theoriegeleitet legitimiert werden.

Grundsätzlich werden im Rahmen der modernen Suchthilfe in allen Sozialisationsfeldern institutionelle Leistungen erbracht. Im Rahmen der Lebensfeld-ersetzenden Institutionen konzentriert sich die institutionelle Leistungserbringung auf die so genannte «therapeutische Gemeinschaft».

## **5.2 Die therapeutische Gemeinschaft**

Stationäre Therapiegemeinschaften sind «Orte», wo Menschen Tag und Nacht zusammenleben. Damit ist festgestellt, dass solche Gemeinschaften *per Definition die in unserer Gesellschaft regulären Primärgruppen ersetzen*. Somit erübrigt sich eine systematische Differenzierung unter dem Aspekt «Leistungen», da die umfassende Ersetzung der Primärgruppe die Grundlage für die Anerkennung der therapeutischen Gemeinschaft im Sinne einer Lebensfeld-ersetzenden Institution ist.

### **5.2.1 Wirkung / Ziele**

- Adäquate Befriedigung der biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Klientel.
- Die mehrfach problematische Störung/Behinderung wurde soweit behandelt, dass die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld über eine differenzierte Problemsicht verfügen und sie über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) Störung/Behinderung für ihre weitere Entwicklung informiert sind.
- Die problematischen Erlebens- und Verhaltensmuster, insbesondere die manifeste Suchtgeschichte, wurden behandelt; die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld verfügen über eine differenzierte Problemsicht und sind über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) problematischen Muster für ihre weitere Entwicklung informiert.
- Die Lebensbedingungen und Lebensbewältigungsstrategien wurden verbessert; in Zusammenarbeit mit der Nachsorge wurden weiterführende Massnahmen erarbeitet.
- Im Sinne einer Integration in eine problemadäquate Behandlungsvariante ist eine Anschlusslösung erarbeitet.
- Die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld sind zur Mit- und Zusammenarbeit motiviert.

### **5.2.2 Kernleistungen**

#### *Produktionsgemeinschaft*

- Bereitstellung, Planung und Sicherstellung eines systematischen Tages- und Wochenablaufs (inkl. rekreativer Phasen).
- Angeleitete gemeinsame Haushaltsführung (Waschen, Kochen, Putzen).
- Förderung der Selbstständigkeit im Tagesablauf (geplantes Übertragen von Verantwortlichkeiten – Kontrolle, Begleitung, Konfrontation/Intervention).

## *Konsumentengemeinschaft*

- Anleitung zum Umgang mit Geld (Taschengeld oder Lohnsystem).
- Bereitstellung von Materialien zur unstrukturierten Freizeitgestaltung (Zeitschrift, TV, Spiele...).
- Anleitung zum/Begleitung beim Umgang mit «unstrukturierter» Freizeit (in Abgrenzung zum Leistungsbereich Freizeit).
- Planung, Sicherstellung von und Anleitung zu einer gesunden, ausgewogenen Ernährung.
- Planung, Sicherstellung einer angemessenen Bekleidung (Jahreszeit, altersgemäss, finanziell).

## *Besitzgemeinschaft*

- Beschaffung und Bereitstellung individueller finanzieller Mittel.
- Anleitung zur individuellen Budgetplanung.
- Durchführung der individuellen Budgetkontrolle.
- Anleitung, Begleitung und Durchführung einer Schuldenregulierung.
- Anleitung zum sinnvollen und sorgfältigen Umgang mit gemeinsamem, eigenem oder zur Verfügung gestelltem Besitz.

## *Fürsorgegemeinschaft / medizinische Versorgung und Betreuung*

- Planung, Beschaffung und Bereitstellung von Einrichtungsgegenständen und allgemeinen Gebrauchsgütern.
- Entwicklung von Vorstellungen zur Ausstattung mit persönlichen Gebrauchsgütern.
- Planung, Schaffung und Aufrechterhaltung einer Geborgenheit vermittelnden Wohnatmosphäre (räumlich wie emotional).
- Planung, Schaffung und Aufrechterhaltung eines anregenden (Lernen ermöglichenden) Umfelds (Wissen und soziale Kompetenzen).
- Planung, Sicherstellung der medizinischen (inkl. psychiatrischen) Betreuung und Versorgung (intern und/oder extern).
- Planung, Sicherstellung der psychologischen Versorgung und Betreuung (intern und/oder extern).
- Planung, Angebot und Durchführung sozialpädagogischer/-therapeutischer Betreuung (Gesprächsgruppen, Einzelgespräche, meditative Ansätze, kreative Ansätze).

## *Interaktions- und Kommunikationsgemeinschaft*

- Planung, Schaffung und Durchsetzung von Regeln des Zusammenlebens (Hausordnung inkl. Sanktionen- und Beschwerderegungen, Drogen- und Gewaltverzicht, Kommunikationsregeln).
- Aktives Mitleben in der Gemeinschaft und in Gruppen.
- Förderung/Stärkung der Beziehungsfähigkeit.
- Planung, Anleitung und Förderung der Übernahme von Selbst- und Fremdverantwortung.
- Planung und Förderung der Autonomieentwicklung.

## *Erziehungsgemeinschaft*

- Vermittlung von Sozialisierungstechniken (Bewusstseinsbildung für Hygiene und Körperpflege, Aneignung von adäquaten Umgangsformen ...).
- Vermittlung von Alltagskompetenzen (Nutzung von Kommunikationsmitteln, Lesen von Fahrplänen, Umgang mit Behörden etc.).
- Vermittlung von kulturellen und gesellschaftlichen Werten (Ermöglichung des Zugangs zu allgemein bildenden Werten wie Literatur, Kunst, Musik, Theater etc.).

### **5.2.3 Allgemeine Kernleistungen**

- Sicherstellung (Planung und Umsetzung) der Überprüfbarkeit des Konzepts.

- Sicherstellung (Planung und Umsetzung) der Konzeptkompatibilität mit externen Überprüfungsmethoden (QSS).
- Periodische Klientel-bezogene Berichterstattung.
- Regelmässige organisationsbezogene Berichterstattung (Jahresberichte).
- Begleitung bei gutachterlichen Abklärungen (medizinischer oder juristischer Art).
- Planung, Organisation und Durchführung einer umfassenden Eintrittsdiagnostik sozialer, psychologischer, psychiatrischer und somatischer Art.
- Die Milieuplanung stützt sich ab auf eine professionelle Erfassung, Erklärung, Bewertung der mehrfach problematischen Lebensbedingungen und Lebensbewältigungsstrategien.
- Entwicklung und Durchführung einer individuellen Behandlungsplanung.
- Die systematische Austrittsplanung, Vorbereitung und Durchführung.
- Notfallszenarien bei Therapieabbruch/Wiedereintritt.
- Hinweise und Anleitungen zum Klientel-Rekursverfahren.
- Sicherstellung einer adäquaten Aktenführung (Datenschutz, verständliche und nachvollziehbare Verlaufs- und Interventionsdokumentation).
- Sicherstellung einer Klientel-bezogenen Vernetzung mit Fachstellen und Behörden.

## 5.2.4 Nebenleistungen

### *Infrastruktur*

#### Immobilien:

- Bereitstellung und Unterhalt von Liegenschaften, die dem konzeptionell definierten Nutzungszweck entsprechen (funktionale Trennung von Arbeits- und Wohnbereich, entsprechende sanitäre Einrichtungen, genügende Rückzugsmöglichkeiten und Raum für Individualität). Erstellung und Umsetzung eines betriebsbezogenen Raumkonzepts als Grundlage zur Nutzung der Liegenschaften. Die gesamte Infrastruktur muss den geschlechterspezifischen Bedürfnissen der Suchthilfe gerecht werden.
- Die Grösse der Wohn- und Schlafräume muss den gesetzlichen Mindestanforderungen entsprechen; wo solche nicht vorhanden sind, gelten als Referenz die Bedingungen des BSV.

#### Möbilien:

- Bereitstellung und Unterhalt eines Ausstattungsstandards der Wohn- und Arbeitsräume (inkl. Küche und sanitäre Einrichtungen), der quantitativ und qualitativ den konzeptuellen Anforderungen genügt.

### *Personal*

- Erstellung eines Personalplans und Anstellung des Personals, das über eine geeignete berufliche Qualifikation verfügt, die der konzeptionell zugeschriebenen Funktion und Aufgabe entspricht.

### *Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Ausformulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung eines umfassenden Betriebskonzepts (therapeutisch und betriebswirtschaftlich).
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Organisationsentwicklung und -pflege (Leitbild erarbeiten/umsetzen, Optimierung von Arbeitsabläufen, Überprüfung von Zielsetzung und Zielerreichung etc.).
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege (Supervision, Qualifikationsgespräche mit Angestellten, Weiterbildungskonzept etc.).

### *Forschung*

- Planung, Organisation und Sicherstellung der Mitarbeit in regionalen, kantonalen und nationalen Forschungs- und Statistikprojekten.

## *Interinstitutionelle Zusammenarbeit*

- Planung, Organisation und Sicherstellung einer institutionsbezogenen Vernetzung mit Fachstellen und Behörden.

## *Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

- Planung und Sicherstellung der Administration (klientel- und institutionsbezogen).
- Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung.
- Planung und Sicherstellung des Personalwesens.
- Planung und Umsetzung von PR- und Marketing-Massnahmen.

## **5.3 Bildung in der Therapie**

Bildung wird im Rahmen Lebensfeld-ersetzender Institutionen in sehr unterschiedlichem Ausmass in den Therapieprozess integriert. Immerhin sind einzelne Bildungsprojekte in der Therapielandschaft verankert, sodass sich eine Leistungserfassung aufdrängt.

### **5.3.1 Leistungsbereich**

Ein Leistungsbereich ist dann als erfüllt zu betrachten, wenn eine umfassende Planung und Realisierung des zu ersetzenden Sozialisationsfelds «Bildung» vorliegt. Insbesondere beinhaltet dies: Die Bildungseinheit ist von der zuständigen Direktion des Standortkantons offiziell anerkannt. Alle weiteren Anforderungen bezüglich Schulanerkennung sind in den Ausführungen der zuständigen kantonalen Direktionen beschrieben und haben Gültigkeit. Spezielle Verfahren zur Erfassung der Lerndefizite sind vorhanden. Das Erarbeiten und die Festlegung individueller Lernziele ist konzeptuell beschrieben.

### *Wirkung / Ziele*

- Qualifikation und Nachqualifikation der Bildungsbiographie.
- Die betroffene Klientel ist im gesamten Persönlichkeitsbereich bildungsmässig rehabilitiert.
- Der Übertritt in eine weiterführende reguläre Bildungseinheit ist möglich.
- Die Vorbereitung auf das Berufsleben ist erfolgt.

### *Kernleistungen*

Bildung berücksichtigt kognitive, emotionale, somatomotorische und soziale Lernprozesse und -ziele im lebensweltlichen Kontext. Von daher integriert Bildung rationale Einsicht, emotionale Berührtheit und konkretes Erleben zu einem emanzipatorischen Entwicklungsprozess:

- Planung und Sicherstellung eines integrierenden Bildungsverständnisses, das alle Aspekte des Lernens berücksichtigt.
- Planung und Sicherstellung eines qualifizierten Erfassungsverfahrens «individueller Bildungsstand».
- Planung und Sicherstellung von Schulungseinheiten, welche die speziellen Bedürfnisse und Bildungslücken berücksichtigen.
  - Sicherstellung einer angepassten kognitiven Förderung, die sich an Inhalten
  - der Volksschule,
  - der Berufsausbildung,
  - der weiterführenden Aus- und Fortbildungseinheiten
  - und höheren Schulen orientiert.
- Planung und Sicherstellung eines Verfahrens zur Überprüfung des Wissenszuwachses.
- Planung und Sicherstellung eines Zertifizierungsverfahrens.

*Allgemeine Kernleistungen*

- Diagnostische Erfassung der Problemstellung (Bildungslücken/Lernbedarf).
- Sicherstellung der gesetzlichen Vorgaben durch Standortkanton.
- Konzeptuell geplante Zusammenarbeit mit Schulbehörde, involvierten Drittpersonen und dem Schulkollegium.
- Sicherstellung (Planung und Umsetzung) der Überprüfbarkeit des Konzepts.
- Sicherstellung (Planung und Umsetzung) der Konzeptkompatibilität mit externen Überprüfungsmethoden (QSS).
- Periodische klientelbezogene Berichterstattung.
- Regelmässige organisationsbezogene Berichterstattung (Jahresberichte).
- Entwicklung und Durchführung einer individuellen Bildungsplanung.
- Sicherstellung einer adäquaten Aktenführung (Datenschutz, verständliche und nachvollziehbare Verlaufs- und Interventionsdokumentation).

*Nebenleistungen**Infrastruktur**Immobilien:*

- Sicherstellung des vom Gesetzgeber vorgegebenen Raumkonzeptes. Bereitstellung und Unterhalt von Liegenschaften, die dem konzeptionell definierten Nutzungszweck entsprechen (funktionale Trennung von Schul- und Wohnbereich).
- Erstellung und Umsetzung eines betriebsbezogenen Raumkonzepts als Grundlage zur Nutzung der Liegenschaften.

*Mobilien:*

- Bereitstellung und Unterhalt eines Ausstattungsstandards der Schulräume, der quantitativ und qualitativ den konzeptuellen Anforderungen genügt und den gesetzgeberischen Vorschriften entspricht.

*Personal*

- Erstellung eines Personalplans und Anstellung des Personals, das über eine geeignete berufliche Qualifikation verfügt, die der konzeptionell zugeschriebenen Funktion und Aufgabe entspricht.

*Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Ausformulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung eines umfassenden Bildungskonzepts.
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Organisationsentwicklung und -pflege (Leitbild erarbeiten/umsetzen, Optimierung von Arbeitsabläufen, Überprüfung von Zielsetzung und Zielerreichung etc.)
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege (Supervision, Qualifikationsgespräche mit Angestellten, Weiterbildungskonzept etc.)
- Schriftliche Dokumentation der geleisteten Arbeit.

*Forschung*

- Planung, Organisation und Sicherstellung der Mitarbeit in regionalen, kantonalen und nationalen Forschungs- und Statistikprojekten.

*Interinstitutionelle Zusammenarbeit*

- Planung, Organisation und Sicherstellung einer institutionsbezogenen Vernetzung mit Fachstellen und Behörden.

*Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

- Planung und Sicherstellung der Administration (klientel- und institutionsbezogen).
- Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung.
- Planung und Sicherstellung des Personalwesens.
- Planung und Umsetzung von PR und Marketing-Massnahmen.

## 5.3.2 Leistungseinheit

Eine Leistungseinheit deckt einen relevanten Ausschnitt aus der Bildungslandschaft ab. Die «Lernenden» erhalten eine ihren speziellen Bedürfnissen angepasste Förderung, die sich je nach Problemlage an dem Lehrplan der Volksschule, der Berufsschule orientiert. Die Lehrpläne der Volksschule/Berufsschule sind formal ausser Kraft gesetzt.

Spezielle Verfahren zur Erfassung der Lerndefizite sind vorhanden.

Das Erarbeiten und die Festlegung individueller Lernziele ist konzeptuell beschrieben.

### *Wirkung / Ziele*

- Die betroffene Klientel ist in Teilbereichen gebildet und gefördert.
- Die Lernenden sind in der Lage, in weiterführende Bildungseinheiten überzutreten.
- Die Vorbereitung auf das Berufsleben ist erfolgt.

### *Kernleistungen*

Bildung bezieht sich auf einen ganzheitlichen Lernprozess im lebensweltlichen Kontext. Von daher integriert Bildung rationale Einsicht, emotionale Berührtheit und konkretes Erleben zu einem emanzipatorischen Entwicklungsprozess:

- Planung und Sicherstellung eines integrierenden Bildungsverständnisses, das alle Aspekte des Lernens berücksichtigt.
- Planung und Sicherstellung eines qualifizierten Erfassungsverfahrens «individueller Bildungsstand».
- Erfassen der Ressourcen und Defizite bezüglich Wissensstand.
- Erfassen der Ressourcen und Defizite bezüglich Aufnahme und Verarbeitung der Bildungsinhalte.
- Erfassen der Ressourcen und Defizite bezüglich Arbeitsorganisation und Lerntechnik.
- Planung und Sicherstellung von Schulungseinheiten, welche die speziellen Bedürfnisse und Bildungslücken berücksichtigen.
  - Sicherstellung einer angepassten kognitiven Förderung, die sich an Inhalten
    - der Volksschule,
    - der Berufsausbildung,
    - der weiterführenden Aus- und Fortbildungseinheiten
    - und höheren Schulen orientiert.
- Planung und Sicherstellung eines Verfahrens zur Überprüfung des Wissenszuwachses.
- Planung und Sicherstellung eines Zertifizierungsverfahrens.

### *Allgemeine Kernleistungen*

- Diagnostische Erfassung der Problemstellung (Bildungslücken/Lernbedarf).
- Konzeptuell geplante Zusammenarbeit mit Schulbehörde, involvierte Drittpersonen und dem Schulkollegium.
- Die Bildungseinheit ist nach übergeordneten Kriterien konzipiert (Curriculum).
- Sicherstellung (Planung und Umsetzung) der Überprüfbarkeit des Konzepts.
- Sicherstellung (Planung und Umsetzung) der Konzeptkompatibilität mit externen Überprüfungsverfahren (QSS).
- Periodische klientelbezogene Berichterstattung.
- Regelmässige organisationsbezogene Berichterstattung (Jahresberichte).
- Entwicklung und Durchführung einer individuellen Bildungsplanung. Ein spezielles Verfahren zur Lerndiagnostik und die Festlegung individueller Lernziele ist konzeptuell beschrieben.
- Der Wissenszuwachs wird durch beschriebenes Prüfungsverfahren ausgewiesen und dokumentiert.
- Die Leistungseinheit «Bildung» ist als konstantes Strukturelement geplant und in das Betriebskonzept vernetzt. Fragen der Begleitung, Hilfe bei Hausaufgaben, Strukturzeiten für Schulvorbereitung, etc., sind geregelt.



- Mindest W./Stunden sind verbindlich festgelegt.
- Lernmittel stehen nach kantonalen Vorgaben zur Verfügung.
- Sicherstellung einer adäquaten Aktenführung.

### *Nebenleistungen*

#### *Infrastruktur*

##### Immobilien:

- Sicherstellung des vom Gesetzgeber vorgegebenen Raumkonzepts. Bereitstellung und Unterhalt von Liegenschaften, die dem konzeptionell definierten Nutzungszweck entsprechen (funktionale Trennung von Schul- und Wohnbereich).
- Erstellung und Umsetzung eines betriebsbezogenen Raumkonzepts als Grundlage zur Nutzung der Liegenschaften.

##### Möbilien:

- Bereitstellung und Unterhalt eines Ausstattungsstandards der Schulräume, der quantitativ und qualitativ den konzeptuellen Anforderungen genügt und den gesetzgeberischen Vorschriften entspricht.

#### *Personal*

- Erstellung eines Personalplans und Anstellung des Personals, das über eine geeignete berufliche Qualifikation verfügt, die der konzeptionell zugeschriebenen Funktion und Aufgabe entspricht.

#### *Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Ausformulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungseinheit «Bildung».
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Organisationsentwicklung und -pflege (Leitbild erarbeiten/umsetzen, Optimierung von Arbeitsabläufen, Überprüfung von Zielsetzung und Zielerreichung etc.).
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege (Supervision, Qualifikationsgespräche mit Angestellten, Weiterbildungskonzept etc.).
- Schriftliche Dokumentation der geleisteten Arbeit.

#### *Forschung*

- Planung, Organisation und Sicherstellung der Mitarbeit in regionalen, kantonalen und nationalen Forschungs- und Statistikprojekten.

#### *Interinstitutionelle Zusammenarbeit*

- Planung, Organisation und Sicherstellung einer institutionsbezogenen Vernetzung mit Fachstellen und Behörden.

#### *Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

- Planung und Sicherstellung der Administration (klientel- und institutionsbezogen).
- Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung.
- Planung und Sicherstellung des Personalwesens.
- Planung und Umsetzung von PR- und Marketing-Massnahmen.

### **5.3.3 Einzelleistungen**

Einzelleistungen im Bereich «Bildung» können ganz unterschiedliche Inhalte betreffen (die Liste ist nicht abschliessend):

- Konzeptuell geplanter Nachhilfeunterricht und Aufgabenhilfe.
- Organisation und Verbindung mit auswärtigem Kurswesen und Einheiten der Aus-, Fort- und Weiterbildung.
- Test- und Lerndiagnostische Abklärungen.
- Eignungs- und Neigungstest sowie Berufsabklärung.

## *Wirkung / Ziele*

- Bei den betroffenen Lernenden konnten Lernhemmungen abgebaut und Freude am Lernen geweckt werden.
- Die Lernenden haben positivere Lernvoraussetzungen und Lerntechniken. Sie verfügen über geeignete Möglichkeiten der Selbstorganisation.

## *Kernleistungen*

Bildung bezieht sich auf spezielle Lernmodule. Von daher müssen die Kernleistungen dem ausgewählten Lernmodul entsprechen.

- Planung und Sicherstellung eines qualifizierten Abklärungs- und Auswahlverfahrens für das Bildungsmodul.
- Sicherstellung einer adäquaten Unterstützung und Begleitung.
- Zeitliche Vorstrukturierung zur Aufgabenbewältigung.
- Aufstellen und Verankerung von verbindlichen Regeln.
- Bearbeitung und Behebung von auftretenden Störungen.
- Evaluation des Bildungsprozesses und eventuell inhaltliche und/oder zeitliche Neuplanung der Vorgehensweise.

## *Allgemeine Kernleistungen*

- Sicherstellung eines losen Kontakts mit involvierten Drittpersonen.
- Sicherstellung (Planung und Umsetzung) der Überprüfbarkeit des Konzepts.
- Sicherstellung (Planung und Umsetzung) der Konzeptkompatibilität mit externen Überprüfungsmethoden (QSS).
- Regelmässige organisationsbezogene Berichterstattung (Jahresberichte).
- Der Wissenszuwachs wird dokumentiert.
- Die Einzelleistung BILDUNG ist in das Betriebskonzept vernetzt. Die notwendige Strukturzeit ist eingeplant.
- Der Bildungsprozess wird von einem Teamverantwortlichen begleitet.
- Sicherstellung einer adäquaten Aktenführung.

## *Nebenleistungen*

### *Infrastruktur*

Immobilien:

- Bereitstellung und Unterhalt von Liegenschaften, die dem konzeptionell definierten Nutzungszweck entsprechen. Sicherstellung angemessener Rahmenbedingungen zur Erledigung der Aufgaben, z.B. Bereitstellen eines ungestörten Arbeitsplatzes.

Mobilien:

- Bereitstellung und Unterhalt von Lernhilfen, die quantitativ und qualitativ den konzeptuellen Anforderungen genügen.

### *Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Ausformulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungseinheit «Bildung».
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Organisationsentwicklung und -pflege (Optimierung von Arbeitsabläufen, Überprüfung von Zielsetzung und Zielerreichung etc.).

## 5.4 Arbeit in der Therapie

Arbeit ist in ihrer Wirkung deutlich mehr, als beschäftigt zu sein. Wichtige identitätsstiftende Merkmale sind in unserer Kultur über Berufstätigkeit mitbestimmt.

### 5.4.1 Leistungsbereich

Ein Leistungsbereich ist dann als erfüllt zu betrachten, wenn eine umfassende Planung und Realisierung des zu ersetzenden Sozialisationsfelds vorliegt.

#### *Wirkung/Ziele*

- Die Auseinandersetzung mit den Aspekten der Identifikation mit und der Sinnstiftung von Arbeit ist erfolgt.
- Die Berufswahl erfolgt in Abstimmung zwischen Berufswünschen und den dazu vorhandenen Ressourcen.
- Die berufliche Abklärung der Arbeitsmöglichkeiten und -fähigkeiten wurde durchgeführt. Die Übereinstimmung von Berufswunsch und arbeitsmarktlichen Möglichkeiten ist hergestellt.
- Das Bedürfnis, eine sinnvolle Beschäftigung/Arbeit auszuüben, ist adäquat befriedigt.
- Eine realitätsbezogene Arbeitsweise, die die Abstinenzbemühungen unterstützt, ist erlernt.
- Pläne für die zukünftige Gestaltung eines den Bedürfnissen angemessenen Arbeitslebens sind erstellt.
- Die Kompetenzen und Fähigkeiten zur Umsetzung der zukünftigen Berufsziele sind erworben.
- Die materiellen Voraussetzungen zur Umsetzung der zukünftigen Berufsziele sind geschaffen.
- Die nötigen Kompetenzen für ein selbstständiges Bestehen im Arbeitsleben sind erworben.
- Die beruflichen Kompetenzen wurden optimiert; weiterführende berufliche Massnahmen sind erarbeitet und die berufliche Integration ist vorbereitet oder vollzogen.
- Die Defizite im Arbeitsbereich wurden soweit behandelt, dass die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld über eine differenzierte Problemsicht verfügen und sie über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) Einschränkung für ihre weitere Entwicklung informiert sind.
- Die Klientel ist in der Lage, sich angemessene Unterstützung für die Realisierung ihrer Berufspläne zu holen.
- Das von der Klientel definierte Umfeld ist zur Mit- und Zusammenarbeit motiviert.

#### *Kernleistungen*

- Definition der Produkte.
- Marktwirtschaftlich orientierte Produktionsbedingungen.
- Festgelegte Arbeitszeiten – Beginn/Pausen/Ende – mit formulierten Wochen-Arbeits-Stunden. (Minimum 20 Std./W.).
- Regelmässige Qualifikationsgespräche und Leistungsbeurteilung.
- Periodische Beurteilung der beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, insbesondere hinsichtlich Selbstständigkeit bei der Aufgabenerfüllung, Quantität und Qualität der geleisteten Arbeit und Arbeitsverhalten.
- Adäquates, transparentes Lohn-/Gehaltssystem.
- Handwerklich und arbeitsagogisch professionelle Anleitung zur Strukturierung und Planung von Arbeiten oder Aufgaben sowie deren Durchführung.
- Strukturiertes und individualisiertes Förderungs- und Leistungskonzept.
- Konzeptuell geplante, abgestufte Verantwortungs- und Kompetenzregelungen.
- Schaffung der Möglichkeit, externe Arbeitsrealität kennen zu lernen.
- Unterstützung bei Arbeitsplatzsuche und Stellenbewerbung.
- Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen der IV: Berufsausbildung und Umschulungsmassnahmen gem. IVG.

## *Nebenleistungen*

### *Infrastruktur*

#### Immobilien

- Bereitstellung und Unterhalt von Liegenschaften, die dem konzeptionell definierten Nutzungszweck entsprechen (funktionale Trennung von Arbeits- und Wohnbereich, entsprechende sanitäre Einrichtungen, Umkleide- und Pausenräume). Die Grösse der Arbeitsräume muss den gesetzlichen Mindestanforderungen entsprechen; wo solche nicht vorhanden sind, gelten als Referenz die Bedingungen des BSV.

#### Mobilien

- Bereitstellung und Unterhalt eines Ausstattungsstandards der Arbeitsräume, der den konzeptuellen und den SUVA-Anforderungen genügt.

### *Personal*

- Erstellung eines Personalplans und Anstellung des Personals, das über eine geeignete berufliche Qualifikation verfügt, die der konzeptionell zugeschriebenen Funktion und Aufgabe entspricht.

### *Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Ausformulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung des Arbeitsangebots und der Beschäftigungsmöglichkeiten.
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Organisationsentwicklung und -pflege (Leitbild erarbeiten/umsetzen, Optimierung von Arbeitsabläufen, Überprüfung von Zielsetzung und Zielerreichung etc.).
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege (Supervision, Qualifikationsgespräche mit Angestellten, Weiterbildungskonzept etc.).

### *Interinstitutionelle Zusammenarbeit*

- Planung, Organisation und Sicherstellung einer institutionsbezogenen Vernetzung mit Fachstellen, Behörden und Gewerbe.

### *Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

- Planung und Sicherstellung der Administration (klientel- und institutionsbezogen).
- Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung (inkl. Lohnsystem und Sozialversicherungswesen).
- Planung und Sicherstellung des Personalwesens.
- Auftragsaquisition Bereich Arbeit.
- Kalkulierte Produkte und ausgewiesene ökonomische Gewinnorientierung.
- Transparentes Entlohnungssystem.
- Suva – Betrieb und für Klientel AHV-Abrechnungen.
- Sichergestellter Produktevertrieb.
- Planung und Umsetzung von PR- und Marketing-Massnahmen im Bereich Arbeit.

## **5.4.2 Leistungseinheit**

Die aufgebaute Leistungseinheit «Arbeit» in der Institution ermöglicht der betroffenen Klientel vielfältige Erfahrungen bezüglich der zukünftigen Arbeitswelt.

### *Wirkung/Ziele*

- Die Auseinandersetzung mit den Aspekten der Identifikation mit und der Sinnstiftung von Arbeit ist erfolgt.
- Die Berufswahl erfolgt nach Berufswünschen und den dazu vorhandenen Ressourcen.
- Die Übereinstimmung von Berufswahl und arbeitsmarktlichen Möglichkeiten ist hergestellt.
- Erfahrungen bezüglich einer realitätsbezogenen Arbeitsweise, die die Abstinenzbemühungen unterstützt, wurden gemacht.
- Die berufliche Abklärung der Arbeitsmöglichkeiten und -fähigkeiten wurde durchgeführt.

- Pläne für die zukünftige Gestaltung eines den Bedürfnissen angemessenen Arbeitslebens sind erstellt.
- Die beruflichen Kompetenzen wurden optimiert; weiterführende berufliche Massnahmen sind erarbeitet und die berufliche Integration ist vorbereitet.
- Die Klientel ist in der Lage, sich angemessene Unterstützung für die Realisierung ihrer Berufspläne zu holen.

### *Kernleistungen*

- Ermöglichung von Erfahrungen bezüglich zukünftiger Arbeitsumwelt
- Definition der Produkte.
- Festgelegte Arbeitszeiten – Beginn/Pausen/Ende – mit formulierten Wochen-Arbeits-Stunden. (Minimum 10–12 Std./W.).
- Marktorientierte Produktionsbedingungen werden angestrebt.
- Regelmässige Qualifikationsgespräche und Leistungsbeurteilung.
- Periodische Beurteilung der handlungsleitenden Fähigkeiten und Kenntnisse, insbesondere hinsichtlich Selbstständigkeit bei der Aufgabenerfüllung, Quantität und Qualität der geleisteten Arbeit und Arbeitsverhalten.

### *Förderung der Autonomie in der Organisation der Berufstätigkeit*

- Handwerklich und arbeitsagogisch professionelle Anleitung zur Strukturierung und Planung von Arbeiten oder Aufgaben sowie deren Durchführung.
- Strukturiertes und individualisiertes Förderungs- und Leistungskonzept.
- Konzeptuell geplante, abgestufte Verantwortungs- und Kompetenzregelungen.
- Schaffung der Möglichkeit, externe Arbeitsrealität kennen zu lernen.
- Unterstützung bei Arbeitsplatzsuche und Stellenbewerbung.
- Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen der IV: Berufsausbildung und Umschulungsmassnahmen gem. IVG sind abgeklärt.

### *Nebenleistungen*

#### *Infrastruktur*

##### *Immobilien*

- Bereitstellung und Unterhalt von Liegenschaften, die dem konzeptionell definierten Nutzungszweck entsprechen (funktionale Trennung von Arbeits- und Wohnbereich, entsprechende sanitäre Einrichtungen, Umkleide- und Pausenräume). Die Grösse der Arbeitsräume muss den gesetzlichen Mindestanforderungen entsprechen; wo solche nicht vorhanden sind, gelten als Referenz die Bedingungen des BSV.

##### *Mobilien*

- Bereitstellung und Unterhalt eines Ausstattungsstandards der Arbeitsräume und Maschinen (inkl. Küche und sanitäre Einrichtungen), der quantitativ und qualitativ den konzeptionellen und den SUVA-Anforderungen genügt.

##### *Personal*

- Erstellung eines Personalplans und Anstellung des Personals, das über eine geeignete berufliche Qualifikation verfügt, die der konzeptionell zugeschriebenen Funktion und Aufgabe entspricht.

##### *Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Ausformulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung des Arbeitsangebots und der Beschäftigungsmöglichkeiten.
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Organisationsentwicklung und -pflege (Leitbild erarbeiten/umsetzen, Optimierung von Arbeitsabläufen, Überprüfung von Zielsetzung und Zielerreichung etc.).
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege (Supervision, Qualifikationsgespräche mit Angestellten, Weiterbildungskonzept etc.).

## *Interinstitutionelle Zusammenarbeit*

- Planung, Organisation und Sicherstellung einer institutionsbezogenen Vernetzung mit Fachstellen, Behörden und Gewerbe.

## *Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

- Planung und Sicherstellung der Administration (klientel- und institutionsbezogen).
- Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung (inkl. Lohnsystem und Sozialversicherungswesen).
- Planung und Sicherstellung des Personalwesens.
- Auftragsakquisition Bereich Arbeit.
- Kalkulierte Produkte (ohne ökonomische Gewinnorientierung möglich).
- Transparentes Klientel-Entschädigungssystem.
- Sicherstellung der BSV-Vorgaben für geschützte Werkstätte.
- Zugang zu Produktevertrieb.
- Planung und Umsetzung von PR- und Marketing-Massnahmen im Bereich Arbeit.

### **5.4.3 Einzelleistung**

Einzelne Stunden Beschäftigung, die klar dem Bereich Arbeitswelt zugeordnet werden können. Die Anzahl Wochen/Stunden sind offen, jedoch wiederholt sich das Strukturelement in einem konzeptuell festgelegten Rhythmus. Inhaltlich decken Einzelleistungen Arbeitswelt unterschiedlichste Erfahrungsbereiche ab (die Aufzählung ist nicht abschliessend):

- Organisation und Begleitung Schnupperwochen.
- Konzentrationstraining mittels Beschäftigung.
- Kreativitätstraining.

## *Wirkung/Ziele*

- Die Auseinandersetzung mit den Aspekten der Identifikation mit und der Sinnstiftung von Arbeit ist angesprochen.
- Erfahrungen bezüglich einer realitätsbezogenen Arbeitsweise, die die Abstinenzbemühungen unterstützt, wurden angesprochen.
- Pläne für die zukünftige Gestaltung eines den Bedürfnissen angemessenen Arbeitslebens sind erstellt.
- Die allgemeinen Handlungskompetenzen wurden optimiert; weiterführende fördernde Massnahmen sind erarbeitet und die Integration ist vorbereitet.
- Die Klientel ist in der Lage, sich angemessene Unterstützung für die Realisierung ihrer Zukunftspläne zu holen.

## *Kernleistungen*

- Ermöglichung von Einblicken und Erfahrungen bezüglich eines Ausschnittes aus der Arbeitswelt.
- Konzeptuell geplante Rhythmen.
- Projektbezogene Beurteilung der handlungsleitenden Fähigkeiten und Kenntnisse, insbesondere hinsichtlich Selbstständigkeit bei der Aufgabenerfüllung und Qualität der geleisteten Arbeit und Arbeitsverhalten.
- Auftragsbezogene Anleitung zur Strukturierung und Planung von Arbeiten oder Aufgaben.
- Strukturiertes und individualisiertes Förderungskonzept.
- Einbezug der Klientel in die Projektplanung.
- Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen der IV: Berufsausbildung und Umschulungsmassnahmen gem. IVG sind abgeklärt.

## *Nebenleistungen*

### *Infrastruktur*

#### Immobilien

- Bereitstellung und Unterhalt von Liegenschaften, die dem konzeptionell definierten Nutzungszweck entsprechen.

#### Mobilien

- Bereitstellung und Unterhalt eines Ausstattungsstandards der Arbeitsräume und Maschinen, der quantitativ und qualitativ den konzeptuellen Anforderungen genügt.

### *Personal*

- Erstellung eines Personalplans und Anstellung des Personals, das über eine geeignete berufliche Qualifikation verfügt, die der konzeptionell zugeschriebenen Funktion und Aufgabe entspricht.

### *Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Ausformulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung des Arbeitsangebots und der Beschäftigungsmöglichkeiten.
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Organisationsentwicklung und -pflege (Leitbild erarbeiten/umsetzen, Optimierung von Arbeitsabläufen, Überprüfung von Zielsetzung und Zielerreichung etc.).
- Planung von geeigneten Resultatspräsentationen.

### *Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

- Planung und Sicherstellung der Administration (klientel- und institutionsbezogen).
- Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung (inkl. Lohnsystem und Sozialversicherungswesen).
- Planung und Sicherstellung des Personalwesens.

## **5.5 Altersspezifische Freizeitgestaltung in der Therapie**

Im altersspezifischen Freizeitbereich werden heute persönlichkeitsbildende Aspekte tangiert, die noch vor wenigen Jahren in der Familie und dem erweiterten sozialen Verband aufgehoben waren. Entsprechend problembeladen und entwicklungsbedürftig ist der Bereich Freizeitgestaltung.

### **5.5.1 Leistungsbereich**

Der Leistungsbereich «altersadäquate Freizeitgestaltung» ist dann als erfüllt zu betrachten, wenn eine umfassende Planung und Realisierung des zu ersetzenden Sozialisationsfelds vorliegt.

#### *Wirkung/Ziele*

- Adäquate Befriedigung der biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Klientel.
- Die mehrfach problematische Störung/Behinderung wurde soweit behandelt, dass die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld über eine differenzierte Problemsicht verfügen und sie über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) Störung/Behinderung für ihre weitere Entwicklung informiert sind.
- Die problematischen Erlebens- und Verhaltensmuster, insbesondere die manifeste Suchtgeschichte wurde behandelt; die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld verfügen über eine differenzierte Problemsicht und sind über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) problematischen Muster für ihre weitere Entwicklung informiert.
- Die Lebensbedingungen und Lebensbewältigungsstrategien wurden verbessert; in Zusammenarbeit mit der Nachsorge wurden weiterführende Massnahmen erarbeitet.
- Im Sinne einer Integration in eine problemadäquate Behandlungsvariante ist eine Anschlusslösung erarbeitet.
- Die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld sind zur Mit- und Zusammenarbeit motiviert.

## 5 Leistungsbeschreibung

- Der Umgang mit nicht strukturierter und arbeitsfreier Zeit ist soweit gefördert, dass individuelle Neigungen und Hobbys als unterstützend für die drogenfreie Lebensführung betrachtet werden kann.
- Zur Gestaltung der Freizeit werden Tätigkeiten in den Bereichen Kreativität/musische Tätigkeit, Musik, kulturelle Unternehmungen und Sport gewählt.
- Der sinnstiftende Anteil und die Wirkung der Freizeitaktivität auf die Identitätsbildung und Stärkung des Selbstbewusstseins ist erkannt und wird bei der Ausübung der Freizeit mit berücksichtigt.
- Der Zusammenhang zwischen nicht ausgefüllter Freizeit, die durch die Leere entstehende unzufriedene Stimmung und dem erneuten Drogenkonsum ist ausreichend ins Bewusstsein gerückt und wird bei den Aktivitäten berücksichtigt.
- Die daraus resultierende Notwendigkeit einer Korrektur des bisherigen Umgangs mit der Freizeit, der Wahl des Freundeskreises und der Neudefinition des Umfelds wird vollzogen (neue Szenen – neue Identität).
- Die Zugangsmöglichkeit zu den verschiedenen Freizeitaktivitäten sind erschlossen. Die Befähigung zum Erlangen eines Überblicks der Anbieter von Freizeitaktivitäten ist erarbeitet. (z.B. Vereine/Clubs, Treffs, individ. Freizeitgestaltung mit Dritten).
- Die Freizeitaktivitäten haben genügend Übungsfelder geboten, um Sicherheit ausserhalb der Institution zu gewinnen und auf die neue abstinente Identität unterstützend zu wirken.
- Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Aktivität und Entspannung ist gefunden. Die Erkenntnis, dass Freizeitgestaltung auch Ruhephasen zu berücksichtigen hat, wird befolgt. Die nötige Erholungs- und Ruhezeit wird aktiv geplant.
- Die Freizeitgestaltung hat genügend Anregungen gegeben, um Neues kennen zu lernen, Neigungen und Talente bei sich zu entdecken und deren Realisierung erlernt zu haben.
- Die Freizeitgestaltung hat den Stellenwert für die Beziehungspflege vermittelt. Der Kontakt zu Angehörigen, Freunden und Bekannten wird auf eine drogenfreie und altersadäquate Ebene gebracht.
- Die Teilhabe am kulturellen gesellschaftlichen Geschehen ist ermöglicht.

### *Kernleistungen*

- Professionelle Planung und strukturelle Integration eines Freizeitangebots und Durchführung von Angeboten zur Freizeitgestaltung.
- Planung und Realisierung eines spezifisch auf die Bedürfnisse, Ressourcen und Defizite abgestimmten Freizeitverhaltens.
- Ermitteln des individuellen Veränderungs- und Handlungsbedarfs im Freizeitverhalten.
- Formulieren von Zielsetzungen und Lösungsstrategien im Zusammenspiel mit allen für die Klientel relevanten Akteuren.
- Professionelle Aktivierung, Begleitung und Verarbeitung der Freizeitgestaltung der Klientel gemäss individueller Behandlungsplanung.
- Bereitstellung, Planung und Sicherstellung eines altersadäquaten soziokulturellen Angebots.

#### *Aktivitätsbereiche:*

##### *Kreativität*

- Bereitstellen, Planung und Durchführung von kreativen Aktivitäten mit verschiedenen Materialien (Farbe, Ton, Stein, Papier, Film, Foto usw.).
- Entdecken und Fördern von Neigungen und Talenten.
- Anregung und Befähigung zu neuen Erlebnissen und Erfahrungen.

##### *Musische Aktivitäten*

- Bereitstellung, Planung und Durchführung von musischen Kursen wie musizieren, singen, Erlernen von Instrumenten, Stimmschulung.

##### *Körpererfahrung*

- Bereitstellung, Planung und Durchführung von Aktivitäten im Bereich Tanz (Körperkoordination), Massage, Meditation, Atemtechniken.



### Sport

- Bereitstellung, Planung und Sicherstellung von verschiedenartigen Sportaktivitäten.
- Strukturierter Aufbau und Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit).
- Anregung und Befähigung zum spielerischen Umgang mit Wettbewerb/Wettkampf (Mannschaftsspiele, Geschicklichkeitsspiele).

### Kultur und Bildung

- Bereitstellung von und Zugang zu Literatur ermöglichen.
- Animation und Befähigung zum Besuch von Theater, Konzerten und Kinobesuche.
- Befähigung zur Erschliessung neuer kultureller Räume.
- Befähigung zur Erschliessung neuer Regionen (Städteexkursionen, Länder/Regionen bereisen, Ausflüge und Wanderungen).
- Zugang zu Spiritualität und Religion.

### Ruhe- und Erholungsphasen

- Planung und Sicherstellung von Erholungs- und Ruhephasen.

### Soziale Kontakte

- Bereitstellen und Befähigen zu gemeinschaftlichen und Gesellschaftsspielen.
- Befähigen zur Planung und Durchführung von interessenorientierten Unternehmungen individuell oder mit Dritten.
- Anleitung und Befähigung zum Kennenlernen von neuen, stützenden sozialen Umfeldern in bekannten und unbekanntem Städten und Regionen.
- Befähigung, Planung und Durchführung von Angehörigenkontakten.
- Anleitung und Befähigung zum Finden von Personen mit gleichen Interessen ausserhalb der Gemeinschaft über Freizeitaktivitäten.

### *Allgemeine Kernleistungen*

- Sicherstellung der Übereinstimmung von Konzept und Freizeitaktivitäten.
- Befähigung zur Freizeitplanung nach individuellen Neigungen.
- Exemplarische Förderung der Freizeitinteressen durch interne Angebote.
- Anleitung und Befähigung zur gezielten Wahl von externen Freizeitangeboten.
- Kenntnisse vermitteln über Freizeitangebote ausserhalb der Institution.
- Begleitung bei der Auswahl der Aktivität, geleitete Reflexion und weiterführende Planung der nächsten Freizeitunternehmungen.
- Planung und Durchführung von neuen Erlebnisfeldern mittels Exkursionen und Projekten.

### *Nebenleistungen*

#### *Infrastruktur*

##### Immobilien:

- Bereitstellung und Unterhalt von Räumen und Orten zur Nutzung für definierte Freizeitaktivitäten.

##### Mobilien

- Bereitstellung und Unterhalt von geeigneten Materialien, Geräten, Werkzeugen und Maschinen.

#### *Personal*

- Erstellung eines Personalplans und Anstellung des Personals (fest oder Honorar) mit beruflicher Qualifikation, die der zugeschriebenen Funktion entspricht.

#### *Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Formulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung eines Freizeitkonzepts.
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Organisationsentwicklung.

## *Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

- Planung und Sicherstellung der Administration (klientel- und institutionsbezogen).
- Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung.
- Planung und Sicherstellung des Personalwesens.
- Planung und Umsetzung von PR- und Marketing-Massnahmen.

### **5.5.2 Leistungseinheit**

Die Leistungseinheit «altersadäquate Freizeitgestaltung» ist dann als erfüllt zu betrachten, wenn gezielt ein Ausschnitt aus dem Sozialisationsfeld Freizeit institutionell bearbeitet wird.

#### *Wirkung / Ziele*

- Angemessene Befriedigung der biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Klientel.
- Die mehrfach problematische Störung/Behinderung wurde soweit behandelt, dass die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld über eine differenzierte Problemsicht verfügen und sie über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) Störung/Behinderung für ihre weitere Entwicklung informiert sind.
- Die problematischen Erlebens- und Verhaltensmuster, insbesondere die Wechselwirkung zwischen manifester Suchtgeschichte und unreflektiertem Freizeitverhalten wurde behandelt; die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld verfügen über eine differenzierte Problemsicht und sind über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) problematischen Muster für ihre weitere Entwicklung informiert.
- Die Lebensbedingungen und Lebensbewältigungsstrategien wurden verbessert; in Zusammenarbeit mit der Nachsorge wurden weiterführende Massnahmen erarbeitet.
- Im Sinne einer Integration in eine problemadäquate Behandlungsvariante ist eine Anschlusslösung erarbeitet. Die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld sind zur Mit- und Zusammenarbeit motiviert.
- Der Umgang mit nicht strukturierter und arbeitsfreier Zeit ist soweit gefördert, dass individuelle Neigungen und Hobbys als unterstützend für die drogenfreie Lebensführung betrachtet werden kann.
- Zur Gestaltung der Freizeit werden Tätigkeiten in den Bereichen Kreativität/musische Tätigkeit, Musik, kulturelle Unternehmungen und Sport gewählt.
- Der sinnstiftende Anteil und die Wirkung der Freizeitaktivität auf die Identitätsbildung und Stärkung des Selbstbewusstseins ist erkannt und wird bei der Ausübung der Freizeit mit berücksichtigt.
- Der Zusammenhang zwischen nicht ausgefüllter Freizeit, die durch die Leere entstehende unzufriedene Stimmung und dem erneuten Drogenkonsum ist ausreichend ins Bewusstsein gerückt und wird bei den Aktivitäten berücksichtigt.
- Die daraus resultierende Notwendigkeit einer Korrektur des bisherigen Umgangs mit der Freizeit, der Wahl des Freundeskreises und der Neudefinition des Umfelds wird vollzogen (neue Szenen – neue Identität).
- Die Zugangsmöglichkeit zu den verschiedenen Freizeitaktivitäten sind angesprochen. Die Befähigung zum Erlangen eines Überblicks der Anbieter von Freizeitaktivitäten ist erarbeitet (z.B. Vereine/Clubs, Treffs, individ. Freizeitgestaltung mit Dritten).
- Die Freizeitaktivitäten haben einzelne Übungsfelder geboten, um Sicherheit ausserhalb der Institution zu gewinnen und auf die neue abstinente Identität unterstützend zu wirken.
- Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Aktivität und Entspannung ist in Bearbeitung. Die Erkenntnis, dass Freizeitgestaltung auch Ruhephasen zu berücksichtigen hat, wird befolgt. Die nötige Erholungs- und Ruhezeit wird aktiv geplant.
- Die Freizeitgestaltung hat genügend Anregungen gegeben, um Neues kennen zu lernen, Neigungen und Talente bei sich zu entdecken und deren Realisierung erlernt zu haben.
- Die Freizeitgestaltung hat den Stellenwert für die Beziehungspflege vermittelt. Der Kontakt zu Angehörigen, Freunden und Bekannten wird auf eine drogenfreie und altersadäquate Ebene gebracht.
- Die Teilhabe am kulturellen gesellschaftlichen Geschehen ist möglich.

### *Kernleistungen*

- Sicherstellung von Freizeitangeboten mit regelmässig wiederkehrendem Charakter unter fachlicher Begleitung.
- Konzeptuelle Verankerung in der Wochenplanung.
- Ermitteln des individuellen Veränderungs- und Handlungsbedarfs im Freizeitverhalten.
- Formulieren von Zielsetzungen und Lösungsstrategien im Zusammenspiel mit allen für die Klientel relevanten Akteuren.
- Angebot von Informationen, welche den Zugang zu Freizeitangeboten und Veranstaltungen ermöglicht.
- Ermöglichung und begleitende Auswertung von Besuchen spezifischer Freizeitangebote ausserhalb der Institution.

### *Aktivitätsbereiche:*

- Entdecken und Fördern von Neigungen und Talenten.
- Anregung und Befähigung zu neuen Erlebnissen und Erfahrungen.
- Ermöglichung von Aktivitäten/Gestaltungsmöglichkeiten in den Bereichen:
  - Kreativität
  - musische Aktivitäten
  - Körpererfahrung
  - Sport
  - Kultur und Bildung
  - Ruhe- und Erholungsphasen
  - Soziale Kontakte
  - Allgemeine Kernleistungen
- Sicherstellung der Übereinstimmung von Konzept und Freizeitaktivitäten.
- Befähigung zur Freizeitplanung nach individuellen Neigungen.
- Exemplarische Förderung der Freizeitinteressen durch interne Angebote.
- Anleitung und Befähigung zur gezielten Wahl von externen Freizeitangeboten.
- Kenntnisse vermitteln über Freizeitangebote ausserhalb der Institution.
- Beratung bei der Auswahl der Aktivität, geleitete Reflexion und weiterführende Planung der nächsten Freizeitunternehmungen.

### *Nebenleistungen*

#### *Infrastruktur*

##### *Immobilien:*

- Bereitstellung und Unterhalt von Räumen und Orten zur Nutzung für definierte Freizeitaktivitäten.

##### *Mobilien*

- Bereitstellung und Unterhalt von geeigneten Materialien, Geräten, Werkzeugen und Maschinen.

##### *Personal*

- Erstellung eines Personalplans und Anstellung des Personals (fest oder Honorar) mit beruflicher Qualifikation, die der zugeschriebenen Funktion entspricht.

##### *Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Formulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung eines Freizeitkonzepts
- Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen zur Organisationsentwicklung.

##### *Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

- Planung und Sicherstellung der Administration (klientel- und institutionsbezogen).
- Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung.
- Planung und Sicherstellung des Personalwesens.
- Planung und Umsetzung von PR-Massnahmen.

## 5.5.3 Einzelleistungen

Einzelleistungen im Wirkungsbereich Freizeit sind spezifische und individuell auf die Klientel abgestimmte Angebote. Einzelleistungen beziehen sich nicht auf die allgemeine Freizeitgestaltung, welche unter dem Aspekt Primärgruppe als Interaktions- und Kommunikationsgemeinschaft bereits erfasst sind.

### *Wirkung / Ziele*

- Die mehrfach problematische Störung/Behinderung wurde exemplarisch an einem Ausschnitt behandelt, sodass die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld über eine Einsicht verfügen und sie über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) Störung/Behinderung für ihre weitere Entwicklung informiert sind.
- Die Lebensbedingungen und Lebensbewältigungsstrategien wurden verbessert; in Zusammenarbeit mit der Nachsorge wurden weiterführende Massnahmen erarbeitet.
- Die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld sind zur Mit- und Zusammenarbeit motiviert.
- Der Umgang mit nicht strukturierter und arbeitsfreier Zeit ist so weit angesprochen, dass individuelle Neigungen und Hobbys als unterstützend für die drogenfreie Lebensführung betrachtet werden können.
- Der sinnstiftende Anteil und die Wirkung der Freizeitaktivität auf die Identitätsbildung und Stärkung des Selbstbewusstseins ist erkannt und wird bei der Ausübung der Freizeit mit berücksichtigt.
- Die Zugangsmöglichkeit zu den verschiedenen Freizeitaktivitäten sind angesprochen. Die Befähigung zum Erlangen eines Überblicks der Anbieter von Freizeitaktivitäten ist erarbeitet (z.B. Vereine/Clubs, Treffs, individuelle Freizeitgestaltung mit Dritten).
- Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Aktivität und Entspannung ist angesprochen. Die Erkenntnis, dass Freizeitgestaltung auch Ruhephasen zu berücksichtigen hat, ist erkannt.
- Die Freizeitgestaltung hat genügend Anregungen gegeben, um Neues kennen zu lernen und Neigungen und Talente bei sich zu entdecken.
- Die Freizeitgestaltung hat den Stellenwert für die Beziehungspflege vermittelt. Der Kontakt zu Angehörigen, Freunden und Bekannten wird auf eine drogenfreie und altersadäquate Ebene gebracht.

### *Kernleistungen*

- Sicherstellen, dass die Freizeitaktivitäten über die gesamte Aufenthaltszeit regelmässig thematisiert und auf die Übereinstimmung mit der Zielsetzung aus der Rehabilitation überprüft wird.
- Konzeptuelle Verankerung von Strukturzeiten für Freizeitgestaltung in der Wochenplanung
- Ermitteln des individuellen Veränderungs- und Handlungsbedarfs im Freizeitverhalten.
- Formulieren von Zielsetzungen und Lösungsstrategien für die Klientel.
- Angebot von Informationen, welche den Zugang zu Freizeitangeboten und Veranstaltungen ermöglicht.

### *Aktivitätsbereiche*

- Anregung und Befähigung zu neuen Erlebnissen und Erfahrungen.
- Ermöglichung von Aktivitäten/Gestaltungsmöglichkeiten in den Bereichen:
  - Kreativität
  - musische Aktivitäten
  - Körpererfahrung
  - Sport
  - Kultur und Bildung
  - Ruhe- und Erholungsphasen
  - Soziale Kontakte

### *Allgemeine Kernleistungen*

- Sicherstellung der Übereinstimmung von Konzept und Freizeitaktivitäten.
- Befähigung zur Freizeitplanung nach individuellen Neigungen.
- Exemplarische Förderung der Freizeitinteressen durch interne Angebote.
- Kenntnisse vermitteln über Freizeitangebote ausserhalb der Institution.

### *Nebenleistungen*

#### *Infrastruktur*

- Verschiedene Räume und Materialien zur Freizeitgestaltung werden durch die Institution zur Verfügung gestellt oder zugänglich gemacht.

#### *Organisationsentwicklung und -pflege*

- Planung, Formulierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung eines Freizeitkonzepts.

#### *Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

- Planung und Sicherstellung der Administration (Klientel- und institutionsbezogen).
- Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung.

## **5.6 24-Stunden-Betreuung in den Lebensfeld-ersetzenden Institutionen**

### **5.6.1 Ausgangslage / Grundsätze**

Die im stationären Bereich erbrachten Leistungen haben grundsätzlich Sozialisationsfeld-ersetzenden Charakter. Dies bedeutet, dass die hier beschriebenen Leistungen sich explizit auf Institutionen beziehen, in denen die betreffende Klientel über eine längere Lebensphase (von bis gegen 18 Monaten Dauer) ihren Lebensmittelpunkt begründet.

Die Betreuungsverantwortung erstreckt sich über Tag- und Nachtzeiten, Werktage und Wochenenden; die Leistungserbringung muss folglich über 24 h und 7 Tage pro Woche gewährleistet sein.

Damit haben Lebensfeld-ersetzende Institutionen eine umfassende Betreuungsverantwortung übernommen, die sich auf die gesamte Aufenthaltsdauer bezieht.

Die 24-stündige Betreuung muss insbesondere bezüglich der Nacht- und gegebenenfalls der Wochenendpräsenz sicherstellen, dass jederzeit:

- eine adäquate Krisenintervention durchgeführt werden kann,
- Schutz, Fürsorge und Rechte des Klientels garantiert sind,
- relevante KlientInnenprozesse nach fachlichen Kriterien rapportiert und dargestellt werden können.

Unter anderem wird über diese Definition der Betreuungsintensität auch die ersetzende gegenüber der ergänzenden oder begleitenden Institution abgegrenzt.

Damit ist auch zum Ausdruck gebracht, dass Lebensfeld-ersetzende Institutionen eine Klientel beherbergen, deren Autonomie in praktisch allen Lebensbereichen gleichzeitig massiv beeinträchtigt ist.

Eine durchgehende Konzeptplanung und Betreuungsverantwortung wird damit zur Voraussetzung, dass die Klientel ihren Alltag wieder erfolgreich gestalten kann.

## **5.7 Operative Hilfsmittel zur Leistungsbeschreibung**

### **5.7.1 Leistungsbeschreibung und Institutionsprofile**

#### *Erfassungsinstrumente (online)*

Die Leistungserfassung der Institutionen erfolgt generell mittels Online-Fragebogen. Konkret hat die Institution von jedem Internet-gängigen Computer aus die Möglichkeit, ihre Leistungserfassung durchzuführen. Der Zugang ist Passwort-geschützt und wird über gesicherte Verbindungen abgewickelt.

## *Identifikation der Institution*

Im ersten Schritt werden zunächst Angaben zur Trägerschaft, zur Institution und zur Institutionsleitung erfragt. Danach werden die Platzkapazitäten der Institution sowie die Zielgruppen (mit spezifischen Kapazitäten) sowie die konzeptionelle Ausrichtung als Mittel- bzw. Langzeitinstitution erfragt. Ergänzt werden die Angaben durch die Positionierung als spezialisierte Alkohol-, Drogen- oder sog. «Gemischte» Institution.

Abschliessend wird überprüft, ob die Institution die FiSu-Rahmenbedingungen als Lebensfeld-ersetzende Institutionen erfüllt (siehe auch Kap. 5.2.1 «Identifikation Institution»).

Falls nein, wird das Verfahren gestoppt und die Institution wird aufgefordert, mit der Projektleitung Kontakt aufzunehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Falls ja, werden weitere Fragebogen zu den Arbeitsfeldern freigeschaltet.

## *Primärgruppe*

Erfragt werden die Wirkungsziele mit den an der Klientel erbrachten Kernleistungen, zusätzlich die Nebenleistungen, gegliedert nach Immobilien/Mobilen, Personal, Organisationsentwicklung und betriebswirtschaftlichen Grundleistungen, diese wiederum werden ergänzt durch spezifische Kapazitätsfragen.

## *Bildung, Arbeit, Freizeit*

Ob und in welchem Ausmass eine Institution ein Arbeitsfeld bewirtschaftet, wird in der Folge jeweils in zwei Stufen erfragt:

Zunächst wird eruiert, ob das Arbeitsfeld tatsächlich als eigenständiges Arbeitsfeld (und nicht etwa im Rahmen der Primärgruppenleistungen) bewirtschaftet wird; trifft dies zu, so wird über einen detaillierten Fragebogen die Leistungsstufe festgelegt (s.u. 3.17.1.5. «Auswertung»). Falls nicht, wird direkt zum nächsten Arbeitsfeld gesprungen – der Institution bleibt so das Ausfüllen unnötiger Fragebogen erspart.

Auch hier wird systematisch nach Kern- und Nebenleistungen unterschieden und werden die je Arbeitsfeld-spezifischen Kapazitäten erfragt.

## *Auswertung*

Das System generiert in der Folge nach gesamtschweizerisch einheitlichen Parametern das Leistungsprofil der Institution.

Wird ein Arbeitsfeld bewirtschaftet, werden die Leistungen drei sog. Profilstufen zugeordnet: Einzelleistung, Leistungseinheit oder Leistungsbereich.

Im Passwort-geschützten Bereich kann die Institution alle dem Profil zugrunde liegenden Antworten im Detail einsehen, in den Auswertungsberichten (s.u.) wird lediglich das Gesamtergebnis ausgewiesen.

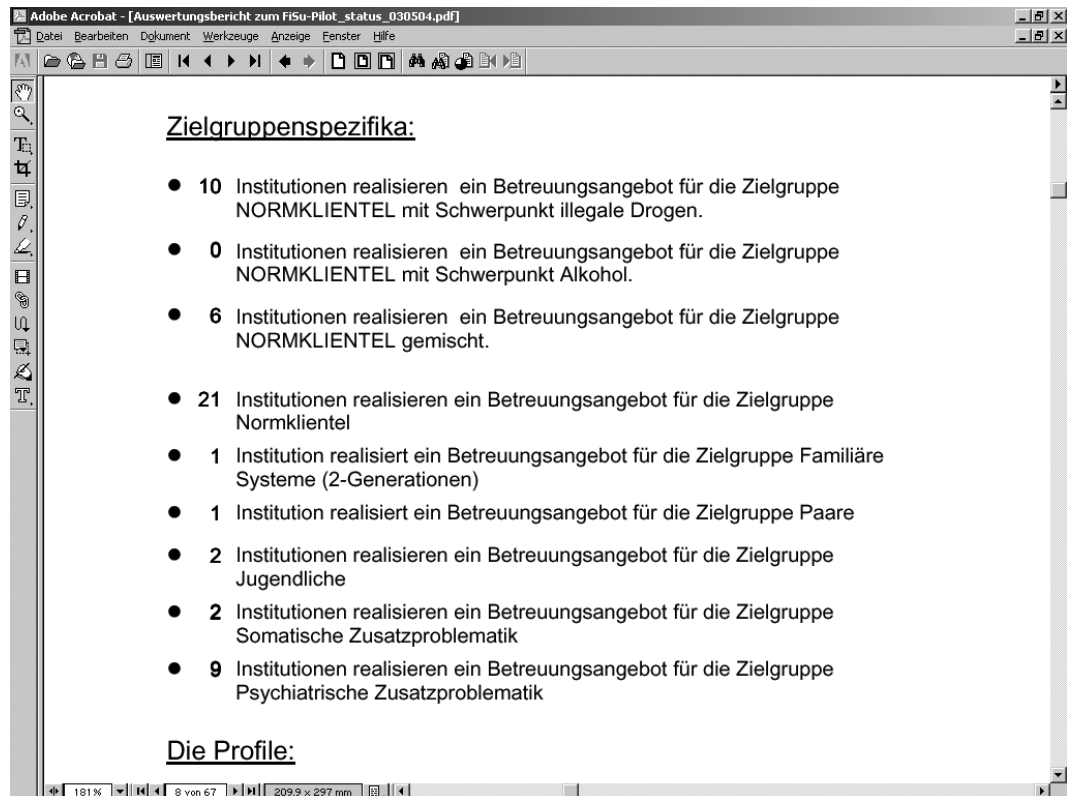
## **5.7.2 Nachweisdokumente**

### *Automatisierte Auswertungsberichte*

Die automatisierten Auswertungsberichte weisen eine Vielzahl von Eckdaten aus, die in verschiedener Hinsicht und auf verschiedenen Ebenen (Region, Kanton und Institution) von Nutzen sind (z.B. als Planungsdaten oder als Grundlage für Leistungsvereinbarungen).

Ausgehend von der Anzahl der als Lebensfeld-ersetzenden anerkannten Institutionen (und der als nicht-Lebensfeld-ersetzend definierten) werden – für alle Kantone in gleicher Form – die Zielgruppen-Ausrichtung sowie die Institutions- und Leistungsprofile aufgelistet.

Zu jeder Auswertungssachse werden die je spezifischen und aktuellen Kapazitäten ausgewiesen.



Beispiel: Bildschirmausschnitt aus «Automatisierter Auswertungsbericht» – Zielgruppenspezifika

Durch die Einbindung in das FiSu-Online-System mit entsprechender Automatisierung ist die Berichterstattung in der Lage, allfällige Änderungen des Leistungsangebots quasi in Echtzeit nachzuzeichnen.

**Pilot Kantone: Auswertung Institutionsprofile** **FiSu / FiDé 2003**

---

**Normklientel (LZ)**

Name der Institution	Kapazität	Profil	Einzeleistung	Leistungseinheit	Leistungsbereich
Institut für Sozialtherapie, Rehabilitationszentrum Niederlenz,	14	Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institut für Sozialtherapie, Egliswil,	24	Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Dienste des Kantons Aargau, Therapeutische Wohngemeinschaft Kaisten,	16	Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von Effinger-Stiftung, Effingerhort, REHA-Haus für alkohol- und medikamentenabhängige,		Bildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Psychiatrische Zusatzproblematik (LZ)**

Name der Institution	Kapazität	Profil	Einzeleistung	Leistungseinheit	Leistungsbereich

Beispiel: Bildschirmausschnitt aus «Automatisierter Auswertungsbericht» – Institutionsprofile (Kanton AG)

### Individuell erstellte Auswertungsberichte

Das System stellt die erhaltenen Daten zum Rückexport in einem vielseitig kompatiblen Datenformat bereit.

Damit werden grundsätzlich alle erdenklichen Auswertungen nach individuellen Bedürfnissen möglich. Die Institutionen können ihre Daten aus dem Passwort-geschützten Bereich «zurückholen» und zu weiteren Auswertungs-, Dokumentations- oder statistischen Zwecken verwenden.

Für die Ebene Kanton oder Region können von der Systemadministration – diese liegt derzeit bei der KOSTE – diese Daten anonymisiert zur Verfügung gestellt werden; denkbar sind auch spezifische Auswertungen.

### Identifikation der Institution als Lebensfeld-ersetzende Institution

#### Erfassung des Institutions- und Leistungsprofils Lebensfeld-ersetzender Institutionen

Der Kriterienkatalog folgt der Systematik, wie sie im bereits publizierten Papier «Die Ausstiegs-orientierte Suchttherapie: Leistungsbeschreibung für Lebensfeld-ersetzende Institutionen» und den weiteren im Pilotversuch eingesetzten Instrumenten beschrieben wurde (siehe auch Schwerpunktthema Therapiefinanzierung auf [www.infoset.ch](http://www.infoset.ch)).

Ziel ist, mit den ermittelten Grundlagenkriterien die befragten Institutionen schnell und treffsicher im Modell positionieren und das Institutionsprofil abbilden zu können.

Die Erfassung des Institutionsprofils erfolgt in verschiedenen Schritten:

1. Identifikation der juristischen Person/Trägerschaft
2. Identifikation der Institution
3. Formale Anerkennung der Institution
4. Rahmenbedingungen der Lebensfeld-ersetzenden Institution



Danach werden die erbrachten Leistungen in den vier möglichen institutionellen Arbeitsfeldern in einer einheitlichen Systematik erfasst:

5. Leistungsbeschreibungen
  - I. Die ersetzte Primärgruppe
    1. Wirkung & Ziele
    2. Kernleistungen
    3. Nebenleistungen
      - a. Immobilien/Mobilien
      - b. Personal
      - c. Organisationsentwicklung
      - d. Betriebswirtschaftliche Grundleistungen
  - II. Arbeitsfeld Bildung
    1. Generelle Rahmenbedingungen
    2. Spezifische Rahmenbedingungen
    3. Nebenleistungen
      - a. Immobilien/Mobilien
      - b. Personal
  - III. Arbeitsfeld Arbeit
    1. Generelle Rahmenbedingungen
    2. Spezifische Rahmenbedingungen
    3. Nebenleistungen
      - a. Immobilien/Mobilien
      - b. Personal
  - IV. Arbeitsfeld Freizeit
    1. Generelle Rahmenbedingungen
    2. Spezifische Rahmenbedingungen
    3. Nebenleistungen
      - a. Immobilien/Mobilien
      - b. Personal

Im letzten Teil werden die Vollkosten nach Arbeitsfeldern für im Jahr 2000 effektiv ausgetretene KlientInnen erhoben. Die Vorgehensweise zur Berechnung finden Sie im *Manual zur Kostenberechnung nach Arbeitsfeldern*.

6. Vollkosten-Erhebung für das Betriebsjahr 2000
  - I. Erfassung der im Jahr 2000 ausgetretenen KlientInnen
  - II. Kostenberechnung nach Arbeitsfeldern

# 5 Leistungsbeschreibung

## Identifikation der juristischen Person / Trägerschaft

In diesem Abschnitt wird geklärt, ob eine formal anerkannte juristische Person definiert ist, und es wird deren Identität festgehalten.

Name Trägerorganisation	

Strasse/Postfach	
------------------	--

PLZ	
-----	--

Ort	
-----	--

Telefon	
---------	--

E-Mail	
--------	--

Fax	
-----	--

Gründungsjahr Trägerschaft	
----------------------------	--

BSV-Nr.	
---------	--

PräsidentIn (Name/Vorname)	
----------------------------	--

Strasse/Postfach	
------------------	--

PLZ	
-----	--

Ort	
-----	--

Telefon	
---------	--

E-Mail	
--------	--

Fax	
-----	--

Juristischer Status Trägerschaft	Verein	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------	--------------------------

	Stiftung	<input type="checkbox"/>
--	----------	--------------------------

	Staatliche Einrichtung	<input type="checkbox"/>
--	------------------------	--------------------------

	Weitere Bezeichnung:	<input type="checkbox"/>
--	----------------------	--------------------------

Steuerbefreit	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

ZEWO-anerkannt	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Eintrag im Handelsregister	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------

Statuten sind vorhanden	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------

Organigramm ist vorhanden	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------

*Identifikation der Institution*

Name der Institution	

Strasse/Postfach	
------------------	--

PLZ	
-----	--

Ort	
-----	--

Telefon	
---------	--

E-Mail	
--------	--

Fax	
-----	--

Gründungsjahr der Institution	
-------------------------------	--

LeiterIn	
----------	--

Strasse/Postfach	
------------------	--

PLZ	
-----	--

Ort	
-----	--

Telefon	
---------	--

E-Mail	
--------	--

Fax	
-----	--

GeschäftsführerIn	
-------------------	--

Strasse/Postfach	
------------------	--

PLZ	
-----	--

Ort	
-----	--

Telefon	
---------	--

Fax	
-----	--

# 5 Leistungsbeschreibung

## Platzangebot und Zielgruppen

Betreuungskapazität der Institution total

Betreuungskapazität der Institution für die «Klientel Sucht»

Anzahl KlientInnen im Lebensfeld-ersetzenden Bereich total

Wie viele Zielgruppen werden betreut

Welche Zielgruppen werden betreut?	Mittelzeit 4–12 Monate	Langzeit > 12 Monate	Ja, ein zielgruppenspezifisches Konzept ist vorhanden	Grösse
Normklientel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Familiäre Systeme (2 Generationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migrationsangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Somatische Zusatzproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychiatrische Zusatzproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Zusatzkompetenzen

Welche zusätzlichen Zielgruppenprobleme werden bearbeitet?	Grösse	Ja, entsprechende Zusatz- kompetenzen beim Personal sind beschrieben und vorhanden
Familiäre Systeme (2 Generationen)		<input type="checkbox"/>
Paare		<input type="checkbox"/>
Jugendliche		<input type="checkbox"/>
Migrationsangehörige		<input type="checkbox"/>
Somatische Zusatzproblematik		<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Zusatzproblematik		<input type="checkbox"/>

*Formale Anerkennung der Institution*

	Ja
Die Anerkennung des Standort-Kantons liegt vor.	<input type="checkbox"/>
Die Institution ist in die Bedarfsplanung BSV aufgenommen.	<input type="checkbox"/>
Die Institution ist für die Betreuung der Massnahmeklientel der Justiz befugt.	<input type="checkbox"/>
Anforderungen Q-System sind erfüllt.	<input type="checkbox"/>
Mitarbeit im Forschungsverbund.	<input type="checkbox"/>

*Rahmenbedingungen der Lebensfeld-ersetzenden Institution*

Die Beantwortung dieses Fragenblocks dient der Identifikation der Institution als Lebensfeld-ersetzende, -ergänzende oder aber -begleitende Institution

	Ja
Die adäquate Befriedigung der biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Klientel ist sichergestellt.	<input type="checkbox"/>
Ein schriftliches Konzept liegt vor.	<input type="checkbox"/>
Die Wochenstruktur ist verbindlich pro Zielgruppe festgelegt.	<input type="checkbox"/>
Die Therapieplanung ist verbindlich pro Zielgruppe festgelegt.	<input type="checkbox"/>
Die Klientel wird direkt nach erfolgtem Entzug übernommen.	<input type="checkbox"/>
Ein Geschäftsreglement ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>
Ein KlientInnen-Rekursverfahren ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>
Notfallszenarien bei Therapieabbruch sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>
Eine 24-Std.-Betreuung ist nach fachlichen Vorgaben sichergestellt.	<input type="checkbox"/>
Die Referenzbedingungen BSV bezüglich Wohnen, Schlafen und Aufenthalt sind erfüllt.	<input type="checkbox"/>
Der Datenschutz ist sichergestellt.	<input type="checkbox"/>
Versicherungsrelevante Fragestellungen (wie z.B. Gesundheit, Haftpflicht, SUVA-Unterstellung usw.) sind geregelt.	<input type="checkbox"/>
Die Vorgaben des Arbeitsgesetzes sind implementiert.	<input type="checkbox"/>
Ein Sicherheitskonzept ist implementiert.	<input type="checkbox"/>
Ein Hygienekonzept nach Lebensmittelgesetz ist implementiert.	<input type="checkbox"/>

## «PG» Die ersetzte Primärgruppe

- Wirkung und Ziele
- Kernleistungen
- Nebenleistungen Immobilien/Mobilien
- Nebenleistungen Personal
- Nebenleistungen Organisationsentwicklung
- Nebenleistungen Betriebswirtschaftliche Grundleistungen
- Kapazität und Institutions-interne Vernetzung

### PG 1. Wirkung & Ziele

		Ja
	Die Wirkungsziele sind beschrieben	<input type="checkbox"/>
PG 1.1	Die mehrfach problematische Störung/Behinderung wurde soweit behandelt, dass die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld über eine differenzierte Problemsicht verfügen und sie über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) Störung/Behinderung für ihre weitere Entwicklung informiert sind.	<input type="checkbox"/>
PG 1.2	Die problematischen Erlebens- und Verhaltensmuster, insbesondere die manifeste Suchtgeschichte, wurden behandelt; die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld verfügen über eine differenzierte Problemsicht und sind über die Bedeutung der (ggf. fortbestehenden) problematischen Muster für ihre weitere Entwicklung informiert.	<input type="checkbox"/>
PG 1.3	Die Lebensbedingungen und Lebensbewältigungsstrategien wurden verbessert; in Zusammenarbeit mit der Nachsorge wurden weiterführende Massnahmen erarbeitet.	<input type="checkbox"/>
PG 1.4	Im Sinne einer Integration in eine problemadäquate Behandlungsvariante ist eine Anschlusslösung erarbeitet.	<input type="checkbox"/>
PG 1.5	Die betroffene Klientel und ihr relevantes Umfeld sind zur Mit- und Zusammenarbeit motiviert.	<input type="checkbox"/>

### PG 2. Kernleistungen

		Ja
PG 2.1	Die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen ist geregelt.	<input type="checkbox"/>
PG 2.2	Kriseninterventionen, Überweisungen sind geplant.	<input type="checkbox"/>
PG 2.3	Die beschriebenen Kernleistungen der Primärgruppe beziehen sich auf:	
	PG 2.3.1. Die Produktionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
	PG 2.3.2. Die Konsumentengemeinschaft	<input type="checkbox"/>
	PG 2.3.3. Die Besitzgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
	PG 2.3.4. Die Fürsorgegemeinschaft	<input type="checkbox"/>
	PG 2.3.5. Die Interaktions- und Kommunikationsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
	PG 2.3.6. Die Erziehungsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
PG 2.4	Die professionelle Erfassung, Erklärung, Bewertung der Klientel ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>
PG 2.5	Eine Phasenplanung für die Therapie liegt vor.	<input type="checkbox"/>
PG 2.4	Eine individuelle Therapieplanung wird gemacht.	<input type="checkbox"/>
PG 2.4	Eine periodische klientenbezogene Berichterstattung ist sichergestellt.	<input type="checkbox"/>
PG 2.4	Eine adäquate Aktenführung ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>

**PG 3. Nebenleistungen**

*PG 3.1 Immobilien / Mobilien*

		Ja
PG 3.1.1	Die Liegenschaften entsprechen dem Nutzungszweck ersetzender Institutionen.	<input type="checkbox"/>
PG 3.1.2	Ein konzept- und betriebsbezogenes Raumkonzept ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>
PG 3.1.3	Die Räume sind zweckdienlich eingerichtet.	<input type="checkbox"/>
PG 3.1.4	Die Infrastruktur entspricht den geschlechterspezifischen Bedürfnissen der Suchthilfe.	<input type="checkbox"/>
PG 3.1.5	Die funktionale Trennung von Arbeits- und Wohnbereich ist möglich.	<input type="checkbox"/>
PG 3.1.6	Die Grösse der Wohn- und Schlafräume entspricht den gesetzlichen Mindestanforderungen.	<input type="checkbox"/>
PG 3.1.7	Küche und sanitäre Einrichtungen entsprechen den konzeptuellen Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
PG 3.1.8	Die Mobilien der Wohn- und Arbeitsräume genügen den konzeptuellen Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
PG 3.1.9	Der Unterhalt der bezeichneten Liegenschaft(en), Räume, Umgebung und Einrichtung ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>

*PG 3.2 Nebenleistungen – Personal*

		Ja
PG 3.2.1	Ein Personalplan und die Definition der geeigneten beruflichen Qualifikation sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>
PG 3.2.2	Eine Massnahmenplanung zur Personalentwicklung und -pflege ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>
PG 3.2.3	Regelmässige Supervision ist integrierter Anstellungsbestandteil.	<input type="checkbox"/>
PG 3.2.4	Weiter- und Fortbildung sind geregelt.	<input type="checkbox"/>
PG 3.2.5	Qualifikationsgespräche mit Angestellten finden periodisch statt.	<input type="checkbox"/>

*PG 3.3 Nebenleistungen – Organisationsentwicklung*

		Ja
PG 3.3.1	Die Nachsorgebetreuung ist durch eine qualifizierte Fachstelle garantiert.	<input type="checkbox"/>
PG 3.3.2	Der Übertritt in ein Austrittshaus ist institutionell garantiert.	<input type="checkbox"/>
PG 3.3.3	Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Institutionen ist geregelt.	<input type="checkbox"/>

*PG 3.4 Nebenleistungen – Betriebswirtschaftliche Grundleistungen*

		Ja
PG 3.4.1	Planung und Sicherstellung der Administration (klientel- und institutionsbezogen).	<input type="checkbox"/>
PG 3.4.2	Planung und Sicherstellung einer Betriebsbuchhaltung.	<input type="checkbox"/>
PG 3.4.3	Arbeitsfelder können buchhalterisch dargestellt und ausgewiesen werden.	<input type="checkbox"/>
PG 3.4.4	Planung und Sicherstellung des Personalwesens.	<input type="checkbox"/>
PG 3.4.5	Stellenbeschrieb für alle Mitarbeitenden ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>

## PG 4. Kapazität und Institutions-interne Vernetzung

PG 4.1	Wie viele Zielgruppen sind im Arbeitsfeld integriert?	
PG 4.2	Wie gross ist die Betreuungskapazität des Arbeitsfelds?	

### «BIL» Das Arbeitsfeld Bildung in der Therapie

#### BIL 0. Generelle Rahmenbedingungen

		Ja
BIL 0.1	Für das Arbeitsfeld Bildung sind spezifische Konzeptaussagen formuliert.	<input type="checkbox"/>
BIL 0.2	Die Wirkungsziele sind beschrieben.	<input type="checkbox"/>
BIL 0.3	Die MitarbeiterInnen/das «Bildungsteam» ist identifiziert im Stellenplan ausgewiesen.	<input type="checkbox"/>
BIL 0.4	Stellenbeschreibungen bezüglich Bildungsleistungen liegen vor.	<input type="checkbox"/>
BIL 0.5	Die konzeptuelle Vernetzung und die Zusammenarbeit innerhalb der Institution sind geregelt und festgelegt.	<input type="checkbox"/>
BIL 0.6	Das Arbeitsfeld BILDUNG wird buchhalterisch spezifisch erfasst.	<input type="checkbox"/>
BIL 0.7	Der Unterhalt der bezeichneten Liegenschaft(en), Räume, Einrichtungen und der Umgebung ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>

#### BIL 1. Spezifische Rahmenbedingungen

		Ja
BIL 1.1.1	Ein schriftlich formuliertes, in sich zusammenhängendes Bildungskonzept liegt vor. Das Bildungsmodul ist nach übergeordneten Kriterien konzipiert (Curriculum).	<input type="checkbox"/>
BIL 1.1.2	Die Schule ist von der zuständigen Direktion des Standortkantons offiziell anerkannt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.1.3	Die verschiedenen Bildungsleistungen sind beschrieben und im Therapiekonzept integriert.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.2.1	Die Schule wird nach kantonaler Gesetzgebung geführt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.2.2	Kein konstantes Angebot wird nach jeweiligem Bedarf aktiviert.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.2.3	Das Bildungsangebot ist als konstantes Strukturelement geplant und in das Betriebskonzept vernetzt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.3.1	Für die jeweiligen Angebote sind verbindliche Zeiten festgelegt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.3.2	Mindest-Wochen-Stunden sind verbindlich festgelegt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.3.3	Wochen-Stunden sind im Schulplan nach kantonalen Vorgaben geregelt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.4.1	Die Auftragserteilung an die ausführenden MitarbeiterInnen ist geregelt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.4.2	Die juristische Person für die Schule ist definiert.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.4.3	Ein Geschäftsreglement für die Schule ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.5.1	Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen kantonalen Departement, seinen Kommissionen und den zuständigen Schulbehörden ist geregelt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.5.2	Bei Bedarf ist der Kontakt mit externen Bildungs-Anbietern gewährleistet.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.5.3	Die Zusammenarbeit mit der zuständigen Schulbehörde ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>



BIL 1.6.1	Die Planung und Sicherstellung eines qualifizierten Abklärungs- und Auswahlverfahrens für das Bildungsmodul ist intern sichergestellt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.6.2	Die Planung und Sicherstellung eines qualifizierten Abklärungs- und Auswahlverfahrens für das Bildungsmodul ist nach kantonalem Recht sichergestellt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.6.3	Die individuelle Motivation für das Bildungsmodul wird abgeklärt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.7.1	Das Erarbeiten und die Festlegung individueller Lernziele sind konzeptuell beschrieben.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.7.2	Lernziele werden dargestellt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.7.3	Der Lehrplan erfüllt die gesetzgeberischen Vorgaben.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.8.1	Der Wissenszuwachs wird im Alltag sichtbar.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.8.2	Der Wissenszuwachs wird nach den Vorgaben des kantonalen Rechts nachgewiesen.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.8.3	Ein Verfahren zur Überprüfung des Wissenszuwachses ist vorhanden und wird systematisch angewendet.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.9.1	Angemessene Bedingungen zur Erledigung der Aufgaben sind sichergestellt.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.9.2	Die Begleitung erfolgt im Rahmen der Primärgruppe.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.9.3	Eine Aufgabenhilfe kann organisiert werden.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.10.1	Bildungsprozesse werden im Einzelfall bewertet.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.10.2	Anerkannte Zeugnisse/Diplome werden abgegeben.	<input type="checkbox"/>
BIL 1.10.3	Ein Zertifizierungsverfahren ist implementiert.	<input type="checkbox"/>

## **BIL 2. Nebenleistungen**

### *BIL 2.1 Nebenleistungen – Immobilien / Mobilien*

		Ja
BIL 2.1.1.1	Die Liegenschaft entspricht dem vorgestellten Bildungskonzept.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.1.2	Zweckdienliche Räume sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.1.3	Die Liegenschaft entspricht den rechtlichen Anforderungen des Standortkantons.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.2.1	Bildungs- und Wohnbereich sind räumlich getrennt.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.2.2	Die funktionale Trennung von Bildungs- und Wohnbereich ist möglich.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.2.3	Räume für Bildungsmodul können ungestört benutzt werden.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.3.1	Schulungsräume sind bezeichnet; deren Grösse lässt ein konzentriertes Arbeiten zu.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.3.2	Die Grösse der Schulzimmer entspricht den rechtlichen Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.3.3	Es existieren keine festgelegten Räume für das Bildungsmodul; die Raumzuweisung erfolgt von Fall zu Fall.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.4.1	Für das Bildungsmodul stehen die allgemeinen Räumlichkeiten zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.4.2	Für das Bildungsmodul steht ein reservierter Aufenthaltsbereich zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.4.3	Sanitäre Einrichtungen und Pausenräume sind vorhanden und entsprechen den rechtlichen Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.5.1	Der Ausstattungsstandard entspricht den rechtlichen Vorgaben.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.5.2	Die Ausstattung ist zweckdienlich.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.5.3	Der Ausstattungsstandard erfüllt alle Anforderungen des Bildungsmoduls.	<input type="checkbox"/>

## 5 Leistungsbeschreibung

BIL 2.1.6.1	Die Lehrmittel stehen zur Verfügung und entsprechen den konzeptuellen Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.6.2	Die Lehrmittel werden bei Bedarf zur Verfügung gestellt.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.1.6.3	Die Lehrmittel erfüllen die rechtlichen Anforderungen.	<input type="checkbox"/>

### BIL 2.2 Nebenleistungen – Personal

		Ja
BIL 2.2.1.1.	Ein Personalplan ist vorhanden und die geeignete berufliche Qualifikation ist verbindlich geregelt.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.1.2	Für das Bildungsmodul sind genügend personelle Ressourcen geplant und die Anforderungen an die fachlichen Qualifikationen sind formuliert.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.1.3	Der Personalplan ist umfassend und die Definition der beruflichen Qualifikationen entspricht dem kantonalen Recht.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.2.1	Das angestellte Personal verfügt über die vom Gesetzgeber geforderte berufliche Qualifikation.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.2.2	Die zuständigen MitarbeiterInnen verfügen über eine ausgewiesene fachliche Qualifikation.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.2.3	Das angestellte Personal verfügt über eine geeignete berufliche Qualifikation zur Erfüllung der konzeptionell zugeschriebenen Funktionen und Aufgaben.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.3.1	Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege sind im Rahmen der Gesamteinstitution geregelt.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.3.2	Personalentwicklung und -pflege entsprechen dem kantonalen Recht.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.3.3	Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege sind konzipiert.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.4.1	Die Weiterbildung ist im Rahmen der Gesamteinstitution geregelt.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.4.2	Vorstellungen zur Weiterbildung sind dokumentiert und die MitarbeiterInnen sind zur Weiterbildung angehalten.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.4.3	Ein Weiterbildungskonzept ist vorhanden und erfüllt die kantonalen Vorgaben.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.5.1	Qualifikationsgespräche und Leistungsbeurteilungen werden durchgeführt und berücksichtigen kantonale Vorgaben.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.5.2	Qualifikationsgespräche werden mindestens einmal pro Jahr durchgeführt und sind dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
BIL 2.2.5.3	Die erbrachten Leistungen werden kritisch gewürdigt und dokumentiert.	<input type="checkbox"/>

### BIL 3. Kapazität und Institutions-interne Vernetzung

BIL 3.1	Wie viele Zielgruppen sind im Arbeitsfeld integriert?	<input type="checkbox"/>
BIL 3.2	Wie gross ist die Betreuungskapazität des Arbeitsfelds?	<input type="checkbox"/>

## «ARB» Das Arbeitsfeld Arbeit in der Therapie

**ARB 0. Generelle Rahmenbedingungen**

		Ja
ARB 0.1	Für das Arbeitsfeld Arbeit sind spezifische Konzeptaussagen formuliert.	<input type="checkbox"/>
ARB 0.2	Die Wirkungsziele sind beschrieben.	<input type="checkbox"/>
ARB 0.3	Die MitarbeiterInnen/das «Arbeitsteam» ist identifiziert im Stellenplan ausgewiesen.	<input type="checkbox"/>
ARB 0.4	Stellenbeschreibungen bezüglich Arbeitsleistungen liegen vor.	<input type="checkbox"/>
ARB 0.5	Die konzeptuelle Vernetzung und die Zusammenarbeit innerhalb der Institution sind geregelt und festgelegt.	<input type="checkbox"/>
ARB 0.6	Das Arbeitsfeld Arbeit wird buchhalterisch spezifisch erfasst.	<input type="checkbox"/>
ARB 0.7	Der Unterhalt der bezeichneten Liegenschaft(en), Räume, Einrichtungen und der Umgebung ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>
ARB 0.8	Das Sicherheitskonzept ist nach Vorgabe des geltenden Rechts implementiert.	<input type="checkbox"/>
ARB 0.9	Die BSV-Vorgaben für Werkstätten sind erfüllt.	<input type="checkbox"/>
ARB 0.10	Der Versicherungsschutz ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>

**ARB 1. Spezifische Rahmenbedingungen**

		Ja
ARB 1.1.1	Die verschiedenen Aktivitäten sind im Konzept beschrieben. Sie beziehen sich auf die Arbeitswelt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.1.2	Die Arbeitszweige, die Produkte-Linien, die Werkstätten sind definiert und im Konzept festgelegt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.1.3	Die Arbeitszweige sind im Konzept definiert und festgelegt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.2.1	Die Produktion kann Gewinn abwerfen.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.2.2	Einnahmen aus dem Produkte-Verkauf werden angestrebt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.2.3	Die Produktion ist markt- und gewinnorientiert aufgebaut.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.3.1	Einzelne Produkte/Produktionsabläufe können mit Richtzeiten versehen werden.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.3.2	Produktionsabläufe sind mit Zeitvorgaben versehen.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.3.3	Die einzelnen Produkte sind kalkuliert und mit einer entsprechenden Preisgestaltung versehen.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.4.1	Produkte-orientierte Qualitätskontrollen sind implementiert.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.4.2	Die Produkte unterstehen keiner Qualitätskontrolle.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.4.3	Die Produktion berücksichtigt qualitative Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.5.1	Regelmässige Arbeitszeiten sind geplant. Die Wochen-Arbeitsstunden sind definiert (im Minimum 10–12 Std./Wo.).	<input type="checkbox"/>
ARB 1.5.2	Regelmässige Wochen-Arbeitszeiten sind vorgesehen.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.5.3	Arbeitszeiten sind verbindlich festgelegt, die Wochen-Arbeitsstunden konzeptuell verankert (im Minimum 20 Std./Wo.).	<input type="checkbox"/>
ARB 1.6.1	Ein adäquates und transparentes Lohn-/Gehaltssystem ist eingeführt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.6.2	Gutschriften/Entschädigungen sind im Einzelfall vorgesehen.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.6.3	Ein transparentes Entschädigungssystem ist eingeführt.	<input type="checkbox"/>

## 5 Leistungsbeschreibung

ARB 1.7.1	Der Arbeitseinsatz wird im Rahmen der Primärgruppe ausgewertet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.7.2	Der Einsatz im Arbeitsbereich wird bewertet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.7.3	Regelmässige Qualifikationsgespräche und Leistungsbeurteilungen werden gemacht.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.8.1	Individuelle Ressourcen und Defizite werden wenn möglich im Arbeitsprozess berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.8.2	Impulse zur Erhöhung der allgemeinen Handlungskompetenz werden gesetzt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.8.3	Ein individualisiertes Förderungs- und Anlehrkonzept ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.9.1	Die Übernahme von zunehmender Verantwortung wird angestrebt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.9.2	Abgestufte Verantwortungs- und Kompetenzregelungen sind konzeptuell definiert.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.9.3	Situationsadäquates Verhalten wird trainiert.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.10.1	Auftragsbezogene Anleitungen und Unterstützungen sind sichergestellt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.10.2	Die Begleitung im Arbeitsprozess ist möglich.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.10.3	Handwerkliche und arbeitsagogische Anforderungen und Anleitungen sind professionell geplant und integriert.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.11.1	Die Produkte werden auch unter dem Aspekt Markttauglichkeit begutachtet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.11.2	Die Produkte-Linien werden kontinuierlich marktorientiert geplant und weiterentwickelt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.11.3	Die Produkte sind Sinn-orientiert.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.12.1	Geeignete Resultatspräsentationen und Verkauf werden wenn möglich durchgeführt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.12.2	Der Produkte-Vertrieb ist professionell sichergestellt, der Absatz gewährleistet. Planung und Umsetzung von Marketing-Massnahmen im Bereich Produkte-Vertrieb sind realisiert.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.12.3	Zugang zu Verkaufsmöglichkeiten sind vorhanden. Absatzmöglichkeiten werden gefördert.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.13.1	Produkte werden in eigenen Publikationen (z.B. Jahresbericht) vermarktet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.13.2	Die Produkte werden nicht speziell vermarktet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.13.3	Produkte-Prospekte, Preislisten und weiteres Werbematerial ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.14.1	Die institutionelle Zusammenarbeit mit Fachstellen, Behörden und Gewerbe ist sichergestellt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.14.2	Bei Bedarf sind Kontakte mit Behörden und Gewerbe gewährleistet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.14.3	Die Zusammenarbeit mit Behörden und Gewerbe ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.15.1	Externe Arbeitseinsätze werden institutionell organisiert, begleitet und ausgewertet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.15.2	Externe Schnupperwochen sind erwünscht. Sie vermitteln einen Einblick bezüglich zukünftiger Arbeitsrealität.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.15.3	Die Arbeitseinsätze werden in der Institution geleistet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.16.1	Die Berufsabklärung wird eingeleitet.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.16.2	Die berufliche Abklärung der Arbeitsmöglichkeiten und Fähigkeiten wurde durchgeführt.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.16.3	Die berufliche Abklärung wurde durchgeführt.	<input type="checkbox"/>

ARB 1.17.1	Die berufliche Zukunft wird in der Primärgruppe angesprochen.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.17.2	Die Unterstützung bei Stellenbewerbungen und Arbeitsplatzsuche ist sichergestellt. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen der IV, Berufsausbildung und Umschulungsmassnahmen gem. IVG sind in Abklärung.	<input type="checkbox"/>
ARB 1.17.3	Stellenbewerbungen und Arbeitsplatzsuche werden vorbereitet.	<input type="checkbox"/>

**ARB 2. Nebenleistungen**

*ARB 2.1 Nebenleistungen – Immobilien / Mobilien*

		Ja
ARB 2.1.1.1	Die Liegenschaft entspricht allen konzeptuellen Anforderungen und erfüllt alle relevanten rechtlichen Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.1.2	Die Raumplanung entspricht den Anforderungen des Arbeitsmoduls.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.1.3	Zweckdienliche Räume sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.2.1	Die funktionale Trennung von Arbeits-, Freizeit- und Wohnbereich ist möglich.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.2.2	Arbeits- und Wohnbereich sind räumlich getrennt.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.2.3	Räume für Arbeitsmodul können ungestört benutzt werden.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.3.1	Es existieren keine festgelegten Räume für das Arbeitsmodul; die Raumzuweisung erfolgt von Fall zu Fall.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.3.2	Die Grösse der Arbeitsräume erfüllt die rechtlichen Auflagen.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.3.3	Arbeitsräume sind bezeichnet; deren Grösse lässt ein zielorientiertes Arbeiten zu.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.4.1	Sanitäre Einrichtungen und Pausenräume sind vorhanden, im institutionellen Raumkonzept ausgewiesen und erfüllen die rechtlichen Auflagen.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.4.2	Für das Arbeitsmodul stehen die allgemeinen Räumlichkeiten zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.4.3	Für das Arbeitsmodul steht ein reservierter Aufenthaltsbereich zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.5.1	Die Ausstattung ist zweckdienlich.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.5.2	Der Ausstattungsstandard entspricht allen Anforderungen des Arbeitsmoduls und erfüllt die rechtlichen Auflagen.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.1.5.3	Der Ausstattungsstandard erfüllt alle Anforderungen des Arbeitsmoduls.	<input type="checkbox"/>

*ARB 2.2 Nebenleistungen Personal*

		Ja
ARB 2.2.1.1	Ein Personalplan ist vorhanden und die geeignete berufliche Qualifikation ist verbindlich geregelt.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.1.2	Für das Arbeitsmodul sind genügend personelle Ressourcen geplant und die Anforderungen an die fachlichen Qualifikationen sind formuliert.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.1.3	Der Personalplan ist umfassend und die Definition der beruflichen Qualifikationen entspricht dem definierten Arbeitsmodul.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.2.1	Die zuständigen MitarbeiterInnen verfügen über eine ausgewiesene fachliche Qualifikation.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.2.2	Das angestellte Personal verfügt über eine spezifische berufliche Qualifikation zur Erfüllung der konzeptionell zugeschriebenen Funktionen und Aufgaben.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.2.3	Das angestellte Personal verfügt über eine geeignete berufliche Qualifikation zur Erfüllung der Aufgaben.	<input type="checkbox"/>

# 5 Leistungsbeschreibung

ARB 2.2.3.1	Bei Bedarf wird eine fachspezifische Supervision/Fachberatung durchgeführt.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.3.2	Die fachspezifische Supervision/Fachberatung ist obligatorisch.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.3.3	Die Supervision ist im Rahmen der Gesamteinstitution geregelt.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.4.1	Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege sind konzipiert.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.4.2	Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege sind im Rahmen der Gesamteinstitution geregelt.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.4.3	Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege orientieren sich an den spezifischen Belangen des Arbeitsmoduls.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.5.1	Das Weiterbildungskonzept berücksichtigt gleichermassen Arbeitsmodul-spezifische und arbeitsagogische Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.5.2	Die Weiterbildung ist im Rahmen der Gesamteinstitution geregelt.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.5.3	Vorstellungen zur Weiterbildung sind dokumentiert und die MitarbeiterInnen sind zur Weiterbildung angehalten.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.6.1	Die erbrachten Leistungen werden kritisch gewürdigt und dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.6.2	Qualifikationsgespräche und Leistungsbeurteilungen werden mindestens einmal pro Jahr bezüglich arbeitsagogischen und ökonomischen Ergebnissen durchgeführt und sind dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
ARB 2.2.6.3	Qualifikationsgespräche werden mindestens einmal pro Jahr bezüglich Arbeitsmodul durchgeführt und sind dokumentiert.	<input type="checkbox"/>

### ARB 3. Kapazität und Institutions-interne Vernetzung

ARB 3.1	Wie viele Zielgruppen sind im Arbeitsfeld integriert?	<input type="checkbox"/>
ARB 3.2	Wie gross ist die Betreuungskapazität des Arbeitsfelds?	<input type="checkbox"/>

### «FRE» Das Arbeitsfeld Freizeit in der Therapie

#### FRE 0. Generelle Rahmenbedingungen

		Ja
FRE 0.1	Für das Arbeitsfeld Freizeit sind spezifische Konzeptaussagen formuliert.	<input type="checkbox"/>
FRE 0.2	Die Wirkungsziele sind beschrieben.	<input type="checkbox"/>
FRE 0.3	Die MitarbeiterInnen/das «Freizeitteam» ist identifiziert im Stellenplan ausgewiesen.	<input type="checkbox"/>
FRE 0.4	Stellenbeschreibungen bezüglich Freizeit-Leistungen liegen vor.	<input type="checkbox"/>
FRE 0.5	Die konzeptuelle Vernetzung und die Zusammenarbeit innerhalb der Institution sind geregelt und festgelegt.	<input type="checkbox"/>
FRE 0.6	Das Arbeitsfeld Freizeit wird buchhalterisch spezifisch erfasst.	<input type="checkbox"/>
FRE 0.7	Der Unterhalt der bezeichneten Liegenschaft(en), Räume, Einrichtungen und der Umgebung ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>

**FRE 1. Spezifische Rahmenbedingungen**

		Ja
FRE 1.1.1	Das Freizeitangebot ist im Konzept definiert und festgelegt.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.1.2	Freizeitaktivitäten werden im Konzept erwähnt.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.1.3.	Eine professionelle Planung und strukturelle Integration des Freizeitangebots ist verbindlich geregelt und konzeptuell beschrieben.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.2.1	Strukturzeiten stehen zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.2.2	Die Anzahl Wochen/Stunden bezüglich Freizeitgestaltung sind verbindlich festgelegt und konzeptuell verankert.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.2.3	Eine regelmässige Freizeitgestaltung ist in der Wochenstruktur geregelt.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.3.1	Die professionelle Aktivierung, Begleitung und Verarbeitung der Freizeitgestaltung der Klientel gemäss individueller Behandlungsplanung ist realisiert.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.3.2	Die Freizeitgestaltung berücksichtigt Ressourcen und Defizite der betroffenen Klientel.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.3.3	Die Freizeitaktivitäten ermöglichen ein exemplarisches Übungsfeld.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.4.1	Projektziele werden formuliert und die Zielerreichung ausgewertet.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.4.2	Zielsetzungen und Lösungsstrategien im Zusammenspiel mit allen für die Klientel relevanten Akteuren werden formuliert und ausgewertet.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.4.3	Perspektiven werden besprochen.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.5.1	Die Freizeitangebote beziehen sich auf einzelne Aktivitäten aus dem Arbeitsfeld.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.5.2	Die Freizeitaktivitäten vermitteln Erfahrungen bezüglich verschiedenen relevanten Ausschnitten und Anforderungen des Arbeitsfelds.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.5.3	Die Freizeitaktivitäten beziehen sich auf einen relevanten Ausschnitt aus dem Arbeitsfeld.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.6.2	Die Angebote sind im aktiven Gestaltungsbereich angesiedelt.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.6.3	Die Angebote berücksichtigen aktive und passive Freizeitgestaltung.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.7.1	Die Aktivitäten im Freizeitbereich sind einem identifizierbaren Betätigungsfeld zuzuordnen.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.7.2	Die Aktivitäten im Freizeitbereich beziehen sich auf Kreativität, Muisches, Sport, Körpererfahrungen, Spiritualität und Religion, Kultur, allg. Bildung und Politik.	<input type="checkbox"/>
FRE 1.7.3	Die Aktivitäten im Freizeitbereich vermitteln gezielt Erfahrungen aus einzelnen Betätigungsfeldern.	<input type="checkbox"/>

**FRE 2. Nebenleistungen**
**FRE 2.1 Immobilien / Mobilien**

		Ja
FRE 2.1.1.1	Die Raum- und Umgebungsplanung entspricht den Anforderungen des Freizeitmoduls.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.1.1.2	Zweckdienliche Räume und geeignete Aufenthaltsorte sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.1.1.3	Die Liegenschaft mit Umgebung entspricht allen konzeptuellen Anforderungen und erfüllt allfällige rechtliche Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.1.2.1	Die Räume für das Freizeitmodul können ungestört benutzt werden.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.1.2.2	Freizeit- und Wohnbereich sind räumlich getrennt.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.1.2.3	Die funktionale Abgrenzung des Freizeitbereichs ist möglich.	<input type="checkbox"/>

## 5 Leistungsbeschreibung

FRE 2.1.3.1	Ausstattungsstandard, Ausrüstung und eingesetzte Materialien entsprechen allen Anforderungen des Freizeitmoduls in unterschiedlichen Aktivitätsbereichen.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.1.3.2	Ausstattung und Ausrüstung sind zweckdienlich.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.1.3.3	Der Ausstattungsstandard und die Ausrüstung erfüllen alle Anforderungen des beschriebenen Freizeitmoduls.	<input type="checkbox"/>

### FRE 2.2 Nebenleistungen Personal

		Ja
FRE 2.2.1.1	Der Personalplan ist umfassend und die Definition der beruflichen Qualifikationen entspricht dem definierten Freizeitmodul.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.1.2	Für das Arbeitsmodul sind genügend personelle Ressourcen geplant und die Anforderungen an die inhaltlichen Qualifikationen sind formuliert.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.1.3	Ein Personalplan ist vorhanden und die geeignete fachliche Qualifikation ist verbindlich geregelt.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.2.1	Die zuständigen MitarbeiterInnen verfügen über eine ausgewiesene inhaltliche Qualifikation.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.2.2	Das angestellte Personal verfügt über eine anerkannte berufliche Qualifikation zur Erfüllung der konzeptionell zugeschriebenen Funktionen und Aufgaben.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.2.3	Das angestellte Personal verfügt über eine geeignete fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Aufgaben.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.3.1	Bei Bedarf wird eine fachspezifische Supervision/Fachberatung durchgeführt.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.3.2	Die Supervision ist im Rahmen der Gesamteinstitution geregelt.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.3.3	Die fachspezifische Supervision/Fachberatung ist obligatorisch.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.4.1	Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege sind im Rahmen der Gesamteinstitution geregelt.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.4.2	Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege sind konzipiert.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.4.3	Massnahmen zur Personalentwicklung und -pflege orientieren sich an den spezifischen Belangen des Freizeitmoduls.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.5.1	Die Weiterbildung ist im Rahmen der Gesamteinstitution geregelt.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.5.2	Das Weiterbildungskonzept berücksichtigt gleichermaßen Freizeitmodul-spezifische und -agogische Anforderungen.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.5.3	Vorstellungen zur Weiterbildung sind dokumentiert und die MitarbeiterInnen sind zur Weiterbildung angehalten.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.6.1	Qualifikationsgespräche werden mindestens einmal pro Jahr bezüglich Freizeitmodul durchgeführt und sind dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.6.2	Die erbrachten Leistungen werden kritisch gewürdigt und dokumentiert.	<input type="checkbox"/>
FRE 2.2.6.3	Qualifikationsgespräche und Leistungsbeurteilungen werden mindestens einmal pro Jahr bezüglich agogischen Ergebnissen und Autonomiezuwachs durchgeführt und sind dokumentiert.	<input type="checkbox"/>



**FRE 3. Kapazität und Institutions-interne Vernetzung**

FRE 3.1	Wie viele Zielgruppen sind im Arbeitsfeld integriert?	
FRE 3.2	Wie gross ist die Betreuungskapazität des Arbeitsfelds?	

# fisú • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Die Zielgruppe sind alle suchtmittelabhängigen Menschen, die Beratung, Betreuung und Therapie/Rehabilitation bedürfen. Es handelt sich um eine heterogene Gruppe, die eine differenzierte Erfassung – die Definition der konkreten Zielgruppe – notwendig macht.

Die Systematik der hier vorgestellten Sub-Gruppen – der konkreten Zielgruppen – bezieht sich auf suchtmittelabhängige Menschen im Bereich mehrfach problematischer Lebensbezüge, oder von der Marginalisierung unmittelbar betroffener Menschen in Verbindung mit Suchtproblemen.

Die mehrheitlich auftretende Klientel im stationären Alkoholbereich entspricht nicht in allen Punkten dieser Darstellung, insbesondere beim Alter und dem Grad der sozialen Desintegration.

Die hier beschriebenen Zielgruppen beziehen sich auf die *heutige* Institutionsrealität und KlientInnen-problematiken. Es ist davon auszugehen, dass sich über die Zeit hinweg Veränderungen einstellen.

## 6.1. Die Mehrheitsklientel

Grundlage und Ausgangsbedingung der Leistungsbeschreibung FiSu ist die so genannte *Normklientel*. Die Festlegung der Problemmenge und die Definition der Normklientel stützt sich auf Fos-Studien, welche rund  $\frac{2}{3}$  der erfassten Klientel der Normklientel zuordnen.

### 6.1.1 Die Normklientel 1

#### *Problemdimension*

Mehrheitlich lassen sich folgende Charakteristika beobachten:

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum über 7 Jahre
- unvollständige Bildungsbiographie
- beeinträchtigte psychische Gesundheit
- beeinträchtigte körperliche Gesundheit
- 20–40-jährig
- alleinstehend
- justiziell erfasst
- verschuldet
- sozial desintegriert

### 6.1.2 Die Normklientel 2

Die zweite Zielgruppe Normklientel bezieht sich auf Menschen, die erst von der Marginalisierung bedroht sind, also noch teilintegriert leben.

## *Problemdimension*

Mehrheitlich lassen sich folgende Charakteristika beobachten:

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum eher unter 7 Jahre
- vollständige Bildungsbiographie
- beeinträchtigte psychische Gesundheit
- beeinträchtigte körperliche Gesundheit
- 20–40-jährig
- alleinstehend
- Verschuldung unerheblich
- sozial teilintegriert

### **6.1.3 Psychosoziale Zusatzproblematik**

Die psychosoziale Zusatzproblematik gewinnt an Bedeutung im Hinblick auf die Behandlungsbedürftigkeit partieller und ganzer familiärer Systeme (Mütter, Eltern und Kinder, Paare). Unter die Beschreibung «Familiäre Systeme» fallen alle Teil- oder analogen Systeme. Die Beschreibung bezieht sich auf die Situation, dass sich zwei Generationen gleichzeitig in der stationären Struktur aufhalten.

### **6.1.4 Familiäre Systeme**

#### *Problemdimension Eltern*

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum über 7 Jahre
- unvollständige Bildungsbiographie
- beeinträchtigte psychische Gesundheit
- beeinträchtigte körperliche Gesundheit
- 20–40-jährig
- justiziell erfasst
- verschuldet
- sozial desintegriert
- lebt teilweise in Partnerschaft
- Elternrolle mit Erziehungsauftrag (Kind lebt bei Elternteil)

#### *Problemdimension Kind*

- 0–10 Jahre
- defizitäre Sozialisationsbiographie
- sozial desintegriert
- frühkindliche Traumatisierung
- teilweise vormundschaftlich erfasst

### **6.1.5 Paare 1**

Personen, welche vor Eintritt in die Rehabilitation bereits zusammenlebten, gemeinsame Erfahrungen als abhängige Personen gemacht haben und sich für eine Rehabilitation in der gleichen Einrichtung entschieden haben, werden als Paare definiert.

Paare, die sich während des Rehabilitationsaufenthalts bilden und ihre Erfahrungen aus der gemeinsamen Beziehung im Hinblick auf die gemeinsame zukünftige Lebensführung ohne Drogenkonsum reflektieren wollen.

Der Zivilstand ist für die Problemdefinition sekundär.

*Problemdimension*

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum über 7 Jahre
- unvollständige Bildungsbiographie
- beeinträchtigte psychische Gesundheit
- beeinträchtigte körperliche Gesundheit
- 20–40-jährig
- lebt in Partnerschaft
- justiziell erfasst
- verschuldet
- Erfahrung in gemeinsamer Lebensführung
- Erfahrung in Beschaffungskriminalität und Prostitution  
im Zusammenhang mit der Sicherung des Lebensunterhalts
- mangelnde Identitätsbildung als Paar

**6.1.6 Paare 2**

Personen, welche vor Eintritt in die Rehabilitation bereits längere Zeit zusammen waren und teilintegriert lebten, gemeinsame Erfahrungen als abhängige Personen gemacht haben und sich für eine Rehabilitation in der gleichen Einrichtung entschieden haben, werden als Paare 2 definiert.

Der Zivilstand ist für die Problemdefinition sekundär.

*Problemdimension*

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum eher unter 7 Jahre
- vollständige Bildungsbiographie
- beeinträchtigte psychische Gesundheit
- beeinträchtigte körperliche Gesundheit
- 20–40-jährig
- lebt in Partnerschaft
- kann justiziell erfasst sein
- Verschuldung unerheblich
- Erfahrung in gemeinsamer Lebensführung
- mangelnde Identitätsbildung als Paar
- sozial teilintegriert

**6.1.7 Jugendliche**

Dieser Bereich ist im Regelfall über die Jugendheimgesetzgebung behandelt und wird hier nicht ausgeführt.

**6.1.8 Migrationsangehörige**

Unter den Begriff Migrationsangehörige fällt alle Klientel in stationärer Rehabilitation mit direkten oder indirekten (2. oder spätere Generation) Migrationserfahrungen.

*Problemdimension*

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum über 7 Jahre
- unvollständige Bildungsbiographie
- beeinträchtigte psychische Gesundheit
- beeinträchtigte körperliche Gesundheit
- 20–40-jährig
- alleinstehend
- justiziell erfasst

- verschuldet
- Migrationserfahrung (direkt oder mehrgenerativ)
- mangelnde Identitätsbildung (Spannungsfeld Herkunfts- vs. Migrationskultur)
- ungenügend kulturell integriert (reduzierte Sozialbezüge auf das familiäre Umfeld)

## 6.1.9 Medizinisch-psychiatrische Zusatzprobleme

Eine wachsende Anzahl sucht betroffener Mitmenschen weisen somatische und/oder psychiatrische Krankheitsbilder aus, die zwingend nach einer spezifischen Behandlungsform rufen. Von daher scheint es angezeigt, diese Gruppe als eigenständige Zielgruppe zu beschreiben.

### 6.1.10 Somatische Zusatzproblematik 1

#### *Problemdimension*

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum über 7 Jahre
- unvollständige Bildungsbiographie
- beeinträchtigte psychische Gesundheit
- erheblich beeinträchtigte körperliche Gesundheit
- 20–40-jährig
- alleinstehend
- justiziell erfasst
- verschuldet
- sozial desintegriert
- Vorliegen von zusätzlich/separat diagnostizierten somatischen Erkrankungen (HIV, AIDS; chronische Hepatitis C etc.), welche im Rahmen des bestehenden Therapiekonzepts einer qualifizierten Zusatzbehandlung bedürfen.

### 6.1.11 Somatische Zusatzproblematik 2

#### *Problemdimension*

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum eher unter 7 Jahre
- vollständige Bildungsbiographie
- beeinträchtigte psychische Gesundheit
- erheblich beeinträchtigte körperliche Gesundheit
- 20–40-jährig
- alleinstehend
- kann justiziell erfasst sein
- Verschuldung unerheblich
- sozial teilintegriert
- Vorliegen von zusätzlich/separat diagnostizierten somatischen Erkrankungen (HIV, AIDS; chronische Hepatitis C etc.), welche im Rahmen des bestehenden Therapiekonzepts einer qualifizierten Zusatzbehandlung bedürfen.

### 6.1.12 Psychopathologische Zusatzproblematik 1

#### *Problemdimension*

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum über 7 Jahre
- unvollständige Bildungsbiographie
- beeinträchtigte psychische Gesundheit
- häufig traumatisierende Missbrauchserfahrungen
- häufig funktionale Essstörungen
- beeinträchtigte körperliche Gesundheit

- 20–40-jährig
- alleinstehend
- justiziell erfasst
- verschuldet
- sozial desintegriert
- Vorliegen von zusätzlich/separat diagnostizierten psychischen Störungen oder Erkrankungen (nach ICD-Norm), welche im Rahmen des bestehenden Therapiekonzepts einer zusätzlichen Behandlung bedürfen.

### **6.1.13 Psychopathologische Zusatzproblematik 2**

#### *Problemdimension*

- Polytoxikomanie
- Suchtmittelkonsum eher unter 7 Jahre
- vollständige Bildungsbiographie
- erheblich beeinträchtigte psychische Gesundheit
- beeinträchtigte körperliche Gesundheit
- 20–40-jährig
- alleinstehend
- kann justiziell erfasst sein
- Verschuldung unerheblich
- sozial teilintegriert
- Vorliegen von zusätzlich/separat diagnostizierten psychischen Störungen oder Erkrankungen (nach ICD-Norm), welche im Rahmen des bestehenden Therapiekonzepts einer zusätzlichen Behandlung bedürfen.

### **6.1.14 Chronische Klientel**

#### *Problemdimension*

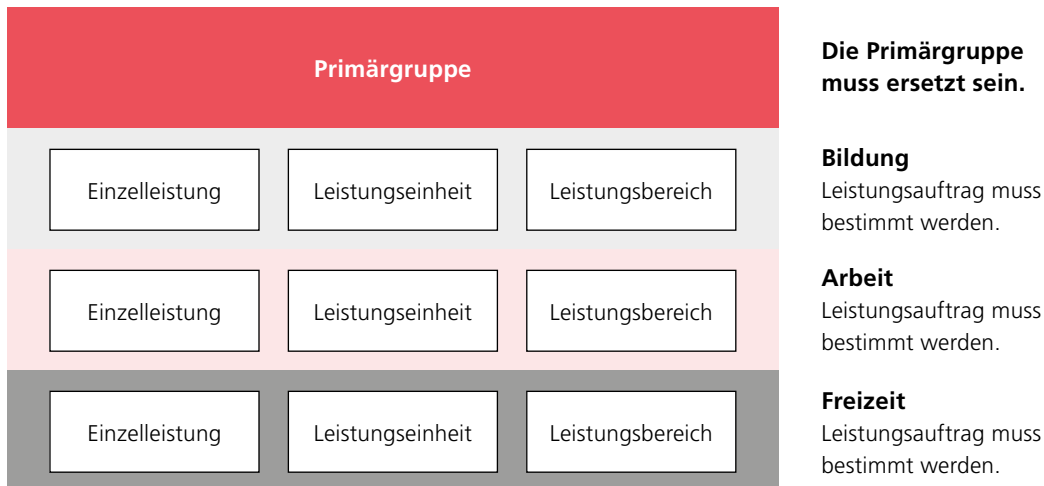
- Polytoxikomanes Konsummuster ist möglich
- Suchtmittelkonsum in der Regel über 10–15 Jahre
- Kognitiv, psychisch und physisch auffällig reduziert
- In der Regel umfassend invalidisiert, hat eine Rente
- Vormundschaftsrechtlich erfasst
- Um die 40 und älter
- alleinstehend
- sozial desintegriert
- Die umfassende Invalidisierung dieser Klientel verhindert eine autonome Reintegration in die Umgebungskultur. Im Rahmen der bestehenden Betreuungskonzepte werden mehrjährige Aufenthalte und Betreuungsphasen geplant.

## 6.2 Die Zielgruppen und Zielgruppenprobleme

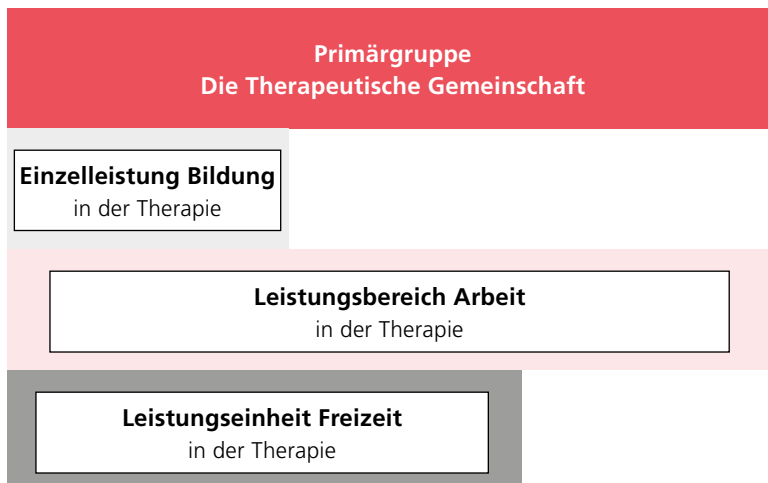
### 6.2.1 Leitfaden Klientel

#### Erfassung des Institutionsprofils

Jedes *Arbeitsfeld* ist mit einem institutionsspezifischen Leistungsauftrag versehen. Die Bestimmung des Leistungsauftrags pro Arbeitsfeld und deren Zusammenführung ergeben das Profil. Der Leistungsauftrag ist detailliert nach Arbeitsfeld unter Kapitel 3 beschrieben. Nach der vorgegebenen Systematik sollte es möglich sein, für jedes Arbeitsfeld den Leistungsauftrag zu bestimmen.



#### Beispiel: ein mögliches Institutionsprofil



### 6.2.2 Erfassung der KlientInnengruppe

In der systematischen Erfassung der Klientel werden verschiedene Begriffe eingeführt. Dabei sind folgende Zuschreibungen zu beachten:

### Die KlientInnengruppe

Die KlientInnengruppe bezieht sich auf die Summe aller Menschen, die in einer gegebenen Institution betreut und behandelt werden. Diese KlientInnengruppe kann sich sowohl auf Suchtprobleme als auch auf weitere Probleme beziehen. Im Beispiel betreut eine Institution 32 KlientInnen. Davon sind 24 Betreuungsplätze für die Klientel im Suchtbereich reserviert. Im FiSu-Pilot werden nur die 24 Plätze aus dem Suchtbereich berücksichtigt.

Total Betreuungskapazität: 100% = 32 KlientInnen	
Davon Klientel im Suchtbereich: 24 Betreuungsplätze. Für Pilot FiSu, massgebende Berechnungsgrundlage 24 100% = 24	Weitere 8 Plätze

### Wichtig

- Institutionen, welche eine KlientInnengruppe aufweisen, für die ein Therapieaufenthalt unter 12 Monate geplant ist, haben diese als eigenständige Zielgruppe zu beschreiben. Z.B. eine Zielgruppe befindet sich im *Langzeitbereich*, eine Zielgruppe im *Mittelzeitbereich*.
- Institutionen, die ein «Mischkonzept» *ersetzend* und *ergänzend* betreiben, müssen entsprechende Zielgruppen formulieren. Im Pilotprojekt erfasst werden nur die ersetzenden Massnahmen.

### 6.2.3 Die Zielgruppen

Als Zielgruppen werden nur KlientInnengruppen beschrieben, für die ein je eigenständiges Konzept in der Institution aufgebaut ist: dieses muss als originales Arbeitsfeld erfasst werden können. Konzeptaussagen – Struktur, Prozess, Einsatz Institutionsmittel etc. – sind spezifisch auf eine jeweils beschriebene Zielgruppe abgestimmt und unterscheiden sich klar von einer abgegrenzten zweiten, resp. allen weiteren Zielgruppen.

Eine Zielgruppe bezieht sich auf mindestens 8 Klienten. Von daher können kleinere Institutionen nur eine Zielgruppe ausweisen.

Im Beispiel werden also von dieser angenommenen Institution mit 32 Betreuungsplätzen im Pilot FiSu nur noch die Zielgruppen im Suchtbereich berücksichtigt. Diese 24 Betreuungsplätze im Suchtbereich sind für 2 Zielgruppen geplant. So bezieht sich die 1. Zielgruppe auf die Normklientel, die 2. Zielgruppe auf Paare.

<p><b>1. Zielgruppe: 16 KlientInnen</b></p> <p>Konzept für 1. Zielgruppe liegt vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Therapieplanung</li> <li>■ Wochen-/Tagesstruktur</li> <li>■ Anforderungsstruktur</li> <li>■ Einsatz Institutionsmittel</li> <li>■ Weiteres</li> </ul>	<p><b>2. Zielgruppe: 8 KlientInnen</b></p> <p>Konzept für 2. Zielgruppe liegt vor: Aufgebaut nach der eingeführten Systematik</p>
--	---



## Zielgruppenprobleme 1

In jeder Zielgruppe treten Einzelpersonen oder Subgruppen mit zusätzlich spezifischen Problemkonstellationen auf, die in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden müssen.

In der übergeordneten Konzeptplanung verbleibt diese Klientel aber in der vorgängig definierten Zielgruppe. Diese Problemkonstellationen werden mit dem Einsatz zusätzlicher, gezielt eingesetzter Ressourcen bearbeitet. Es werden also für Zielgruppenprobleme keine eigenständigen Konzepte verfasst, sondern die zur Betreuung und Behandlung notwendigen Zusatzkompetenzen werden im bestehenden Konzept beschrieben. Spezifische Leistungen bezüglich der zu behandelnden zusätzlichen Zielgruppenprobleme werden in der bekannten Systematik nach Wirkung/Zielen – Kernleistungen und Nebenleistungen speziell ausgewiesen.

Im Beispiel werden in den 2 Zielgruppen – Normklientel und Paare – durchschnittlich 50% – 12 KlientInnen – mit der psychiatrischen Zusatzproblematik betreut.



## Zielgruppenprobleme 2

Weitere mögliche Zielgruppenprobleme werden – wie oben eingeführt – im Sinne der ausgewiesenen Zusatzkompetenzen im bestehenden Konzept beschrieben.



### 6.2.4 Individuelle Therapieplanung

Es ist unerlässlich, dass die Behandlungs- resp. Therapieplanung sich auf die individuelle Situation der KlientInnen bezieht. Diese Anforderung nach individuellen Massnahmen ist im generellen Auftrag der *Lebensfeld-ersetzenden Institutionen* enthalten.

# *fis*u • *fid*é

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Die Tarife im System FiSu bilden die Grundlage für die landesweit gleiche Abgeltung für gleiche Leistungen – und natürlich auch für die unterschiedliche Abgeltung unterschiedlicher Leistungen. Zur Tarifbildung wurden nach der Profil-Feststellung in einem ersten Schritt die Vollkosten der Lebensfeld-ersetzenden Einrichtungen nach einem einheitlichen Raster erfasst. Danach wurde innerhalb einer Kategorie von Institutionen mit gleicher Leistungsdichte der gewichtete Mittelwert gerechnet und als Tarifwert eingesetzt.

Politisch kann ein Tarifwert verändert werden, es gilt jedoch zu bedenken, dass jede Veränderung innerhalb eines Systems nachhaltige Auswirkungen auf zunächst scheinbar unbeteiligte Elemente haben kann. Deshalb ist es zentral, sowohl die Tarife wie auch die Institutionsprofile im Rahmen des Gesamtsystems FiSu regelmässig auf ihre Gültigkeit hin zu überprüfen.

Wo im Einzelfall erhebliche Unterschiede zwischen heutigen Kosten und Kosten nach System FiSu entstehen, sollten zunächst folgende Dimensionen überprüft werden:

- Ist die Leistungsbeschreibung nach den Vorgaben von FiSu korrekt erfolgt?
- Stimmt folglich das Leistungsprofil der Institution?
- Werden tatsächlich die deklarierten Zielgruppen betreut (Integrationsgrad der Klientel)?
- Stimmt die tatsächliche mittlere Aufenthaltsdauer mit den FiSu-Annahmen überein?
- Handelt es sich um eine nach professionalisierten Grundsätzen geführte Institution?

## 7.1 Vorbereitungsarbeiten

Leistungserfassung, Profilierung und KlientInnen-Erfassung sind wie verschiedentlich erwähnt die für das System nötigen Vorarbeiten.

Mit den FiSu-Instrumenten werden erstmals in der schweizerischen stationären Suchttherapielandchaft einheitliche Leistungsbeschreibungen ermöglicht; diese dienen wiederum als Ausgangsbasis für eine nach einheitlichen Kriterien erfolgende Bezahlung der erbrachten Leistungen.

Die Entwicklungsziele für FiSu als Finanzierungs-System wurden mit der Erarbeitung dieser Instrumente erfüllt.

Die Einführung von FiSu wird – nicht ganz unerwartet – von der Diskussion um die Tarife dominiert, was angesichts unsicherer Budgets, vielerorts ungewisser Nachfrage nach ausstiegsorientierter Therapie, der teilweise einschneidenden Veränderungen der «Spielregeln» im Bereich der Finanzierung und des Umbaus der Zuständigkeiten durchaus verständlich ist.

Dabei ist die Gefahr gross, dass die im Zuge der Projektarbeiten erarbeiteten, zukunftsweisenden Instrumente in ihrem Nutzen für die Kantone ebenso wie für die Institutionen und damit deren Klientel übersehen oder verkannt werden.

Diese Instrumente haben in der Pilotphase bereits ihre Funktionstüchtigkeit unter Beweis gestellt und können jederzeit operationell eingesetzt werden – sofern die für das System nötigen Vorarbeiten wie Leistungserfassung, Profilierung und KlientInnen-Erfassung erfüllt sind – und Einigkeit über die Tarife, die nach FiSu auf Vollkostenberechnungen basieren – zwischen den Beteiligten besteht.

Ohne hier zu sehr in die Details zu gehen, seien summarisch einige der hervorstechendsten Merkmale erwähnt:

### 7.1.1 Einheitlicher Beschreibungsraster

Erstmals werden die institutionell erbrachten Leistungen in einem *einheitlichen Beschreibungsraster* online erfasst und in einer allen Institutionen gemeinsamen Sprache deklariert.

#### *Vorteile für die Kantone:*

- Ermöglicht wird eine inhaltlich und fachlich abgestützte Angebotsplanung dank der sichtbar werdenden Lücken resp. Überangebote, inner- wie interkantonal resp. regional.

#### *Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen:*

- Eine differenzierte, gleichzeitig aber gut vergleichbare Beschreibung des Leistungsangebots ermöglicht eine
- gezieltere Suche nach geeigneten Platzierungen, für die KlientInnen selbst wie auch für zukünftige Indikations- und Triagestellen.

#### *Vorteile für die Institutionen:*

- Die Institutionen können ihr Angebot gezielt ausrichten und positionieren.
- Mit deklarierten, kommunizierbaren Schwerpunkten, die dank der einheitlichen Beschreibung auch leichter verstanden werden.
- Die Abstimmung des Angebots auf bestimmte Zielgruppen-Bedürfnisse wird erleichtert.
- Weiterentwicklung und Innovation des Fachbereichs werden gesichert.

### 7.1.2 Die Online-Erfassung der KlientInnen-Variablen

- Die Online-Erfassung der KlientInnen-Variablen ist ein zentrales Element der FiSu-Systematik, da sie Daten für verschiedene Verwendungszwecke bereitstellt. Wichtig ist die Querverbindung mit der Belegungsstatistik, die insbesondere mit einer allfälligen Verknüpfung mit dem FiSu-Rechnungswesen (s.a. Kap. 7.6)) eine bisher unbekannte Aktualität erreichen kann.

#### *Vorteile für die Kantone:*

- Schnell reproduzierbare Übersichten und Verfügbarkeit der Originaldaten; damit ist ein
- wichtiges Element für den Aufbau von Controlling-Instrumenten gegeben;
- abrufbereite Statistiken stehen bereit. Dank vereinheitlichter statistischer Darstellungen
- bessere Vergleichbarkeit und Interpretationskonstanz.

#### *Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen:*

- Stärkung des Persönlichkeitsschutzes durch vereinheitlichte Standards des Datenschutzes;
- einheitlich organisierter Finanzverkehr, damit deutlich
- höhere Transparenz dank
- vergleichbarer Rechnungsverfahren.

#### *Vorteile für die Institutionen:*

- Implizite institutionsbezogene KlientInnen-Übersicht, online bearbeitbar.
- Verfügbarkeit der Originaldaten für interne Weiterverarbeitungen.
- Automatische Einbindung in die Belegungsstatistik mit verschiedenen vorbereiteten und abrufbaren Standardauswertungen.  
Dank vereinheitlichter statistischer Darstellungen
- bessere Vergleichbarkeit.

### 7.1.3 Weitgehend automatisierte Berichterstellungen

#### *Vorteile für die Kantone:*

- Einfache und schnelle Verfügbarkeit aktueller Daten.
- Interpretationssicherheit durch Konstanz in der Darstellung.

#### *Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen:*

- Einfache und schnelle Verfügbarkeit von Informationen aus dem Fachbereich.
- Interpretationssicherheit durch Konstanz in der Darstellung.
- Erleichterte Vergleichsmöglichkeiten.

#### *Vorteile für die Institutionen:*

- Reproduzierbarkeit der Dokumentationen mit geringem Aufwand.
- Verwendbar für verschiedene Zwecke.
- Für die Adressaten zunehmend vertraut, da einheitlich dargestellt.

## 7.1.4 Kriterienabhängiger Rückexport der Originaldaten für KlientInnen- und Rechnungsdaten

*Vorteile für die Kantone:*

- Kantonale Auswertungen mit Originaldaten oder standardisierter Auswertung werden möglich.

*Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen:*

- KlientInnen-bezogene Auswertung wird möglich.
- Interpretationssicherheit durch einheitliche Aufbereitung der Informationen.

*Vorteile für die Institutionen:*

- Einmalige Erfassung – mehrfache Verwendung; wiederholtes Erfassen derselben Daten entfällt (vgl. auch Online-Erfassung).

## 7.1.5 Rechnungsstellung

*Vorteile für die Kantone:*

- Inhaltlich und formal einheitliche Rechnungsform.
- Ein clearing nach einheitlichen Grundsätzen wird möglich.

*Vorteile für die platzierenden Stellen und die KlientInnen:*

- KlientInnen-bezogene Auswertung wird möglich.
- Interpretationssicherheit durch einheitliche Aufbereitung der Informationen.

*Vorteile für die Institutionen:*

- Einfache Rechnungsgenerierung.
- Fälligkeitsübersicht, online bearbeitbar.

## 7.2 Berechnung der Tarife

### 7.2.1 Notwendige Vorarbeiten

Die Institution erstellt nach FiSu-Vorgaben ihr Institutions-Profil. Dieses Profil gibt Auskunft darüber,

- welcher Institutionskategorie (Alkohol/illegale Drogen/gemischt, Mittelzeit – Langzeit) eine Institution zugehört;
- welche Arbeitsfelder (Bildung/Arbeit/Freizeit) zusätzlich zu den Primärgruppenleistungen bewirtschaftet werden;
- in welcher Intensität oder Leistungsdichte (Einzelleistung/Leistungseinheit/Leistungsbereich) die institutionellen Leistungen erbracht werden.

### 7.2.2 Vorgehensweise pro Institution

Ausgangspunkt für die Tariffberechnung ist die *Vollkostenerhebung* in den Institutionen: Jeder Aufwandsposten der Jahresrechnung wird darauf überprüft, ob er der Primärgruppe oder einem der anderen Arbeitsfelder *direkt* zugeordnet werden kann; die *nicht* oder *teilweise nicht direkt* zuordenbaren Aufwandsposten werden nach einem vorgegebenen Schlüssel ebenfalls auf die Arbeitsfelder umgelegt.

Danach werden die auf die Arbeitsfelder umgelegten Kosten in Beziehung gesetzt zu den im Erfassungsfenster realisierten Betreuungstagen. Damit ist der Aufwand für KlientInnen nach den verschiedenen Arbeitsfeldern bestimmt. Jetzt werden diese Aufwände auf einen einzelnen Betreuungsmonat umgerechnet, womit die *effektiven durchschnittlichen Monatskosten pro Arbeitsfeld* ermittelt sind.

Im nächsten Schritt werden die Aufwände pro Betreuungsmonat mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der KlientInnen multipliziert – für die je bewirtschafteten Arbeitsfelder. Die durchschnittlichen Therapiekosten pro Arbeitsfeld und KlientIn sind ermittelt.

Um eine einheitliche Vorgehensweise zu gewährleisten, wurde den Pilotinstitutionen vom Experten eine ausführliche Anleitung zur Verfügung gestellt. Diese findet sich zu Dokumentationszwecken in Kap. 7.3.

### 7.2.3 Berechnung der Tarifvorschläge

Die Institutionsergebnisse werden zuerst nach den vorgegebenen Institutionskategorien und Leistungsprofilen gruppiert.

Pro Gruppe wird dann der nach Anzahl KlientInnen gewichtete Mittelwert berechnet.

Damit sind die Eckwerte für die Tarifvorschläge in den verschiedenen Leistungsmodulen ermittelt.

### 7.2.4 Datenbasis

Im Projekt FiSu wurden zunächst die institutionellen Leistungen erhoben und so genannte Institutionsprofile erstellt.

Auf der Basis von Vollkostenerhebungen wurden in einem zweiten Schritt Tarifvorschläge für die verschiedenen Institutionskategorien und Leistungsstufen erarbeitet.

Als drittes Element wurden in einer so genannten «Trockenübung» von den Pilotinstitutionen die tatsächlich eingetretenen KlientInnen erfasst und mit den vorher erarbeiteten Elementen in Verbindung gesetzt: EDV-gestützt wurden für die KlientInnen FiSu-konforme Rechnungen gestellt.

Der Begriff «Trockenübung» wurde deshalb gewählt, weil die gestellten Rechnungen keine Zahlungen ausgelöst haben.

Aufbauend auf den Erfahrungswerten der Pilotphase 1 bilden die während der Pilotphase 2 in Lebensfeld-ersetzende Therapieeinrichtungen eingetretene KlientInnen die Grundlage für die in Kap. 7.4 vorgestellten Tarifvorschläge.

### 7.2.5 Gesamtübersicht

Die teilnehmenden Institutionen meldeten insgesamt 630 Eintritte, 464 in Institutionen mit Langzeitkonzepten, 166 in solche mit Mittelzeitangeboten.

Die Meldungen bezogen sich auf 463 Männer (73,5 %) und 165 Frauen (26,0 %). Bei 3 Personen (0,5 %) ist das Geschlecht nicht angegeben.

Die Tariffberechnungen konnten damit auf der Basis von 81 425 Aufenthaltstagen erfolgen.

## *Bereich Langzeit (LZ)*

Insgesamt wurden 464 Eintritte in Institutionen mit Langzeitkonzept gemeldet, von denen 313 (67,45 %) am 31.12.02 noch in der Therapie waren. Die Eintritte betrafen 352 Männer und 109 Frauen (3 ohne Angabe).

In den Langzeitinstitutionen stammten 331 (71,33 %) KlientInnen aus den FiSu-Pilotkantonen selbst, 97 (20,9 %) Personen stammten aus Nicht-Pilotkantonen. Bei 36 (7,75 %) fehlte die Wohnsitzangabe. Die gemeldeten Daten im Bereich LZ repräsentieren 63 502 Aufenthaltstage.

## *Bereich Mittelzeit (MZ)*

Insgesamt wurden 166 Eintritte in Institutionen mit Mittelzeitkonzept gemeldet, von denen 77 (46,39 %) am 31.12.02 noch in der Therapie waren. Die Eintritte betrafen 111 Männer und 55 Frauen. In den Mittelzeitinstitutionen stammten 119 KlientInnen (71,68 %) aus den FiSu-Pilotkantonen selbst, 43 Personen (25,9 %) stammten aus Nicht-Pilotkantonen. Bei 4 Personen (2,40 %) fehlt die Wohnsitzangabe. Die gemeldeten Daten im Bereich MZ repräsentieren 17 860 Aufenthaltstage.

## **7.3 Manual Kostenberechnungen von Arbeitsfeldpauschalen bei stationären Suchttherapien**

### **7.3.1 Warum diese Berechnungen?**

Im Rahmen der Revision des Betäubungsmittelgesetzes und anderer laufender Arbeiten wurde von Bund und Kantonen eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Finanzierungsmodells für die Jahre 2000 ff. eingesetzt. Diese hat ihren Schlussbericht im Juni 1999 an die Koordinationsgruppe abgeliefert. Der Bericht empfiehlt in einem ersten Schritt, die Einführung von Arbeitsfeldpauschalen im Bereich der stationären Suchttherapien zu realisieren. Zu diesem Zweck bedarf es gemäss der Arbeitsgruppe vorgängig einer Konkretisierung der Arbeitsfeldpauschalen.

Diese Empfehlung wurde in weiteren Arbeiten weiter konkretisiert. Dabei wurden u.a. auch erste Berechnungen für mögliche Tarife im Rahmen eines Pilotprojekts vorgenommen. Dabei mussten allerdings einige Arbeitsfelder offen gelassen werden, weil die Anzahl Pilotinstitutionen während der Ausarbeitung kleiner wurde und damit nicht mehr sämtliche Bereiche abzudecken vermochte. Deshalb sollen im Rahmen dieses zweiten Pilotprojekts die gewonnenen Zahlen noch einmal überprüft und die bestehenden Lücken gefüllt werden.

### **7.3.2 Was brauche ich für die Berechnungen?**

Bevor die Berechnungen begonnen werden können, müssen zwingend folgende Unterlagen vorhanden sein:

- Jahresrechnung;
- Bilanz;
- Statistiken über die Anzahl Fälle im Jahr 2000;
- Vollständig und richtig ausgefüllte Klassifikation der Primärgruppe(n) und der weiteren Arbeitsfelder in der Institution;
- Gebäudeplan der Institution, aus welcher die Quadratmeterflächen der einzelnen Räume hervorgehen;
- Von Vorteil für die Durchführung der hier vorzunehmenden Berechnungen ist die Existenz einer Kostenstellenrechnung. Sie bildet jedoch nicht zwingende Voraussetzung für die Teilnahme am Pilotprojekt, wenn die Bereitschaft der Institutionsverantwortlichen zur sorgfältigen Berechnung im Rahmen des 80–20-Prinzips vorhanden ist (mit 20 Prozent Aufwand 80 Prozent an Wirkung erzielen).

Weitere Tipps:

- Schreiben Sie mit Bleistift; erfahrungsgemäss kann es zu nachträglichen Korrekturen kommen, die sich mit dem Gummi dann relativ problemlos lösen lassen.
- Halten Sie einen Taschenrechner bereit.

### 7.3.3 Wie gehe ich konkret vor?

Zuerst wird die Jahresrechnung herangezogen sowie die vollständig und richtig durchgeführte Klassifikation. Danach werden folgende Schritte getätigt:

1. Jeder Aufwandsposten der Jahresrechnung wird herangezogen und darauf überprüft, ob er der Primärgruppe bzw. einem der anderen Arbeitsfelder (Arbeit, Bildung, Freizeit) direkt zugeordnet werden kann. Eine gute Grundlage für die Aufteilung der Personalaufwände und der damit verbundenen Sozialversicherungsbeiträge sind in der Regel die Pflichtenhefte.

Beispiel 1: Eine Sozialarbeiterin ist ausschliesslich für den Bereich Freizeit angestellt. In diesem Fall werden die Personalaufwände und die Sozialversicherungsbeiträge für die Sozialarbeiterin vollständig dem Arbeitsfeld Freizeit zugewiesen.

Beispiel 2: Ein Raum ist mit PCs ausgestattet und wird nur für Bildungszwecke der KlientInnen verwendet. Die PCs sind ebenfalls ausschliesslich für diesen Zweck bestimmt. In diesem Fall werden der Mietanteil für diesen Raum gemäss Quadratmeter (aus dem Gebäudeplan) und die PC-Aufwendungen dem Arbeitsfeld Bildung zugewiesen.

2. Neben den direkt zuordenbaren Aufwandsposten wird es immer auch solche geben, die mindestens teilweise *nicht direkt* auf ein Arbeitsfeld zugewiesen werden können, weil sie für mehrere oder sogar alle Arbeitsfelder Funktionen übernehmen.

Es handelt sich dabei *in der Regel* um *folgende Posten*: Miete, Küche, Transport, Reinigung, Wäsche, Sozialdienst, Leitung/Verwaltung, PR/Marketing.

In diesen Fällen muss der Aufwand über so genannte Schlüssel auf die einzelnen Arbeitsfelder umgelegt werden. Diese werden für alle Institutionen zentral vorgegeben.

Folgende Schlüssel werden angewandt:

- Miete/Liegenschaft: nach Anzahl m<sup>2</sup>;
- Küche: ganz der Primärgruppe zuordnen;
- Transport: nach Personalaufwand;
- Reinigung: nach Anzahl m<sup>2</sup>;
- Wäsche: ganz der Primärgruppe zuordnen;
- Sozialdienst: nach Personalaufwand;
- Leitung/Verwaltung: nach Personalaufwand;
- PR/Marketing: nach Personalaufwand.

*Zu beachten* ist in diesen Fällen vor der Umlage auf die einzelnen Arbeitsfelder, ob im Rahmen der nicht direkt zuordenbaren Aufwände auch *Leistungen* vorkommen, die nicht für die KlientInnen, sondern *für aussenstehende Dritte* erbracht werden. *Diese gilt es vor der Umlage auf die Arbeitsfelder vom Gesamtaufwand abzuziehen (vgl. dazu auch die Beispiele im Kapitel über die häufig gestellten Fragen).*

Beispiel 1: Aus der Raumplanung ist bekannt, dass rund 55 Prozent der Wohnfläche für die Primärgruppe, 20 Prozent für die Arbeit, 15 Prozent für die Bildung und 10 Prozent für die Freizeit genutzt werden. Folglich werden 55 Prozent der Reinigungskosten der Primärgruppe, 20 Prozent dem Arbeitsfeld Arbeit, 15 Prozent jenem der Bildung und 10 Prozent jenem der Freizeit zugeordnet. Nach dem genau gleichen Schlüssel werden auch die Aufwände für Miete/Liegenschaften umgelegt.



Beispiel 2: Aus den direkt zuordenbaren Personalaufwänden ist bekannt, dass 75 Prozent auf die Primärgruppe, je 10 Prozent auf die Arbeit und Freizeit sowie 5 Prozent auf die Bildung entfallen. Damit ist auch klar, nach welchem Schlüssel die Aufwände für Transport, Sozialdienst, Leitung/Verwaltung und Marketing/PR umgelegt werden: 75 Prozent auf die Primärgruppe, je 10 Prozent auf die Arbeit bzw. die Freizeit und 5 Prozent auf die Bildung.

Beispiel 3: In der Jahresrechnung fallen 200 000 Franken für die Küche und 23 000 Franken für die Wäscherei an. Wenn Küche und Wäscherei nur für die KlientInnen verwendet werden, sind sämtliche Aufwendungen, also 200 000 und 23 000 Franken, der Primärgruppe zuzuordnen. Falls die Küche oder die Wäscherei noch für andere Personen als die Klientinnen und Klienten Leistungen erbringt, sind diese Aufwendungen vorher auszusondern und damit vom Gesamtaufwand dieser Posten abzuziehen (vgl. auch die entsprechenden Ausführungen im Kapitel über die häufig gestellten Fragen).

Sind diese beiden Schritte vollständig durchgeführt und abgeschlossen worden, *sollten alle Aufwände aus der Jahresrechnung auf die Primärgruppe bzw. die anderen Arbeitsfelder Arbeit, Bildung und Freizeit verteilt sein*. Danach kann mit den weiteren Schritten begonnen werden.

3. Die einzelnen Aufwandsposten, welche direkt bzw. indirekt über Schlüssel auf die einzelnen Arbeitsfelder verteilt worden sind, werden pro Arbeitsfeld zusammengezählt. Weil diese Summen immer noch von sämtlichen im Jahr 2000 behandelten KlientInnen ausgehen, wir aber nur an den Zahlen der KlientInnen interessiert sind, welche im Jahr 2000 ausgetreten sind, müssen die entsprechenden Summen korrigiert werden.
4. Aus der Fallklassifikation ist bekannt, wie viele KlientInnen im Jahr 2000 aus der Institution regulär und irregulär ausgetreten bzw. in eine andere Institution übergetreten sind. Von diesen KlientInnen werden alle Betreuungstage zusammengefasst, welche im Jahr 2000 von der Institution geleistet wurden. Diese werden in Beziehung gesetzt zu den gesamten Betreuungstagen. Das ergibt einen bestimmten Prozentsatz.
5. Dieser Prozentsatz wird mit den oben ermittelten Summen für die Primärgruppe bzw. die Arbeitsfelder Arbeit, Bildung und Freizeit multipliziert. Das ergibt die Ausgaben im Jahr 2000 für die im Jahr 2000 ausgetretenen KlientInnen.

Beispiel: Eine Institution hat 10 Mio. Franken als Aufwand für die Primärgruppe errechnet. Von den gesamthaft im Jahr 2000 geleisteten 1000 Betreuungstagen entfallen 304 auf KlientInnen, welche im Jahr 2000 aus der Institution ausgetreten sind. Somit sind der Primärgruppe für die ausgetretenen KlientInnen 10 Mio. Franken geteilt durch 1000 Betreuungstage mal 304 Betreuungstage als Aufwand für die Primärgruppe anzurechnen. Im konkreten Beispiel ergibt dies einen Wert von 30 400 Franken.

Beispiel: Im Jahr 1999 wurden für die im Jahr 2000 ausgetretenen KlientInnen von der Institution 750 Betreuungstage erbracht. Diese 750 Betreuungstage fliessen nicht bei diesem Schritt in die Berechnungen ein, weil sie nicht im Jahr 2000, sondern eben im Jahr 1999 erbracht worden sind.

Die so ermittelte Zahl gibt uns den *Aufwand für die im Jahr 2000 ausgetretenen KlientInnen nach den verschiedenen Arbeitsfeldern im Jahr 2000 an*.

6. Im nächsten Schritt geht es darum, diese Aufwände auf einen einzelnen Betreuungsmonat umzurechnen. Die Umrechnung der Betreuungstage auf Betreuungsmonate erfolgt, indem die Anzahl Betreuungstage durch 30,4 geteilt werden ( $365 \text{ Tage} : 12 = 30,4$ ). Damit ergeben sich dann die effektiven durchschnittlichen Monatskosten pro Arbeitsfeld.

7. Die Aufwände pro Betreuungsmonat werden danach mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der im Jahr 2000 ausgetretenen KlientInnen multipliziert. In diese Berechnung fliessen nun auch die im Jahr 1999 oder 1998 oder allenfalls noch früher geleisteten Betreuungsmonate für die im Jahr 2000 ausgetretenen KlientInnen in die Berechnungen mit ein. Dabei ist eine Unterscheidung in regulär und irregulär ausgetretene bzw. in eine andere Institution übergetretene KlientInnen vorzunehmen. Die irregulär ausgetretenen Personen werden weiter unterteilt in solche, welche in den Monaten 0–4, 5–12 bzw. 13–18 ausgetreten sind.

Beispiel: Die im letzten Schritt ermittelten 30400 Franken für die Primärgruppe beziehen sich auf 304 Betreuungstage, also umgerechnet:  $304 : 30,4 = 10$  Betreuungsmonate. 30400 Franken geteilt durch 10 Betreuungsmonate ergibt einen monatlichen Aufwand für die Primärgruppe von 3040 Franken. Aus der ausgefüllten Klassifikation dieser Institution ist bekannt, dass die durchschnittliche Aufenthaltszeit für regulär ausgetretene KlientInnen bei 15,5 Monaten, jene der übertretenden bei 4,5 Monaten und jene der irregulär ausgetretenen bei 2,5, 7 bzw. 14 Monaten liegt. Für die regulär ausgetretenen KlientInnen ergibt sich somit folgende Rechnung: 15,5 Monate mal 3040 Franken = 47120 Franken. Für die anderen Austritte lauten die Rechnungen: 4,5 mal 3040 Franken, 2,5 mal 3040 Franken, 7 mal 3040 Franken, 14 mal 3040 Franken.

- Für die anderen Arbeitsfelder Arbeit, Bildung und Freizeit ist analog vorzugehen.
- Damit lassen sich die Werte in der Tabelle eintragen.

### 7.3.4 Welches sind häufig gestellte Fragen, die es zu beachten gilt?

- *Wie wird mit pädagogisch-therapeutischen Massnahmen umgegangen, welche nicht auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag durchgeführt werden und daher auch nicht von den Krankenversicherern übernommen werden müssen?*

Die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen werden vollständig und direkt der Primärgruppe zugeordnet.

- *Wie wird mit therapeutischer Arbeit umgegangen, welche von der Krankenkasse finanziert wird?*
- Die für diese Arbeiten anfallenden Aufwände werden von den in der Jahresrechnung ausgewiesenen Aufwendungen abgezogen. Die Erträge der Krankenkasse werden im Gegenzug nicht berücksichtigt.

- *Was passiert, wenn eine Institution keine Miete bezahlen muss, sondern Hauseigentümerin ist?*
- In diesem Fall wird vom Versicherungswert der Liegenschaft ausgegangen. Dieser wird mit dem Faktor 1.05 multipliziert, um den entgangenen Kapitalzins einer alternativen Anlage zu berücksichtigen. Der ermittelte Wert wird anschliessend durch 20 geteilt, was einer Abschreibung des Gebäudes über 20 Jahre entspricht. Von dieser Zahl wird dann der Eigenmietwert abgezogen, sonst würde der Hauseigentümer gegenüber dem Mieter besser fahren.

Beispiel: Der Versicherungswert beträgt eine Million Franken, der Eigenmietwert 26000 Franken. Somit ergibt sich folgende Rechnung: 1 Mio. mal 1,05 geteilt durch 20 ergibt 52500 Franken, minus Eigenmietwert ergibt 26500 Franken. Dies entspricht dem einzusetzenden Totalwert für Liegenschaften, der auf die einzelnen Arbeitsfelder direkt und/oder indirekt zugewiesen werden muss.

- *Wie wird mit anderen Investitionen umgegangen?*
- Diese werden analog zu den Liegenschaften abgeschrieben. Bei Gebäuden und anderen längerfristigen Investitionen wird somit von einer Amortisationszeit von 20 Jahren ausgegangen. Die anderen Investitionen über 3000 Franken werden über 8 Jahre abgeschrieben. Investitionen unter 3000 Franken werden im Jahr der Anschaffung vollständig abgeschrieben.

- *Verschiedene Institutionen führen zu therapeutischen Zwecken Nebenbetriebe wie Bäckereien, Schreinereien etc. Dort werden Erträge erzielt. Müssen diese von den ermittelten Aufwänden abgezählt werden?*

Nein. Es ist gerade umgekehrt vorzugehen. Die Erträge sind nicht zu berücksichtigen, aber allfällige Mehraufwendungen, welche durch den Nebenbetrieb entstehen, dürfen nicht in die Aufwandberechnungen einfließen. Typisches Beispiel: KlientInnen, aber auch andere Personen beziehen für ihre Tätigkeiten zugunsten des Nebenbetriebs einen Lohn oder ein Taschengeld. Diese Aufwendungen dürfen nicht in die Personalaufwendungen einfließen und müssen daher vom in der Jahresrechnung ausgewiesenen Personalaufwand abgezogen werden.

- *Wie wird mit Spenden umgegangen?*

Analog wie bei den Nebenbetrieben. Die Spenden werden nicht abgezogen. Sind jedoch Aufwendungen getätigt worden, um diese Spenden zu realisieren, so sind diese vom Aufwand abzuziehen, bevor dieser auf die einzelnen Arbeitsfelder verteilt wird. Zu denken wäre etwa an Versandkosten durch einen Spendeversand oder Aufwendungen für ein gezieltes Fund Rising über Drittpersonen.

- *Wie werden die Kosten für Arbeits- und Lehrmeister aufgeteilt, die in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig sind?*

Wenn Pflichtenhefte vorhanden sind, sollte ausgehend von den dort beschriebenen Anteilen der Aufwand auf die entsprechenden Arbeitsfelder verteilt werden. Wenn keine Pflichtenhefte vorhanden sind, sollte eine Schätzung vorgenommen werden, welche wenn möglich auf Stundenplänen basiert. Auch in diesem Bereich ist im Übrigen der Grundsatz einzuhalten, dass Subventionen für Schulungen, welche von der öffentlichen Hand oder anderen Quellen stammen, nicht berücksichtigt werden, aber im Gegenzug die Aufwendungen zur Erlangung dieser Einnahmequellen vom in der Jahresrechnung ausgewiesenen Aufwand abgezählt werden müssen.

- *Warum werden die Tageskosten in diesem Modell nicht separat ausgewiesen?*

Die Tageskosten interessieren überhaupt nicht mehr im neuen Modell, denn entscheidend ist, welche Arbeitsfelder in welchem Umfang von den KlientInnen benötigt werden. Die Entschädigung richtet sich demnach nach dem Motto: für die Leistung eines bestimmten Arbeitsfelds gibt es einen fixen Preis. Ob beispielsweise eine regulär ausgetretene Klientin 14 oder 17 Monate in der Institution war, spielt für den Ertrag, den die Institution bekommt, im Langzeitbereich keine Rolle mehr. Beim Mittelzeitbereich verhält es sich analog.

### 7.3.5 Was mache ich bei anderen Fragen?

Ich maile an [fisubag.admin.ch](mailto:fisubag.admin.ch) und beschreibe mein Problem. Thomas Egli vom Bundesamt für Gesundheit beantwortet die Frage entweder selbst oder leitet diese an die entsprechende Stelle weiter.

Zürich, 10. September 2001

Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom

## 7.4 Tarifvorschläge nach Institutionskategorien

Auf den beiden Pilotphasen konnten – auf der Basis tatsächlicher Therapieaufenthalte – für verschiedene Institutionskategorien FiSu-Tarifvorschläge erstellt werden.

### 7.4.1 Kategorie Langzeitbehandlungen – «Illegal»

Übersicht Kosten Arbeitsfelder nach Leistungsdichte

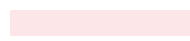

Basis: 24 Institutionen, 196 KlientInnen

	Wert	Einzelleistung	Leistungseinheit	Leistungsbereich
Primärgruppe	gewichtet nach Anz. KlientInnen			101 000
Arbeit	gewichtet nach Anz. KlientInnen		30 000	63 000
Bildung	gewichtet nach Anz. KlientInnen	3000	11 000	
Freizeit	gewichtet nach Anz. KlientInnen	6000	12 000	18 000

Angaben je in SFr. pro KlientIn

1) Wie sind die Tabellen zu lesen:

«Die *gesamten durchschnittlichen Kosten* für das Arbeitsfeld Arbeit *pro regulär ausgetretene/n KlientIn* belaufen sich im Rahmen der untersuchten Pilotinstitutionen für die Abdeckung des gesamten ‚*Leistungsbereichs Arbeit*‘ auf SFr. 63 000.–.»

 = keine Fälle in Pilotinstitutionen vorgekommen  
 = gem. FiSu-Vorgaben nicht möglich

2) Der Wert für den Leistungsbereich im Arbeitsfeld Arbeit wurde ermittelt aus dem Durchschnitt des für diese Profilstufe im ersten Pilot und im zweiten Pilot resultierenden Werts.

*Grund:* Der (analog der für alle anderen Tarifmodule angewendeten Systematik) errechnete Wert für Langzeit/Arbeit: Leistungsbereich fiel sowohl im Quervergleich zu dem für die Mittelzeitinstitutionen errechneten Wert als auch im Vergleich zum im ersten Pilot errechneten Wert eindeutig und erheblich zu tief aus. Die Projektleitung hat deshalb beschlossen, für den Start der «Trockenübung» einen korrigierten Tarifwert einzusetzen, um weitere Erfahrungswerte zu sammeln.

Die Analyse der Kombination von Profilen und zugeordneten Kosten legt nahe, dass sich einige Institutionen «zu hoch» profiliert haben, da die Leistungen sich nicht in den Kosten spiegeln.

Die Projektleitung FiSu wird die betreffenden Institutionen auf die Feststellungen aufmerksam machen, zu einer Neuprofilierung auffordern oder – falls keine Einigung erzielt werden kann – den zuständigen Pilotkanton über den Sachverhalt in Kenntnis setzen.

3) Beispiel

In einer Institution mit Leistungsprofil:

Primärgruppe	Lebensfeld-ersetzend	101 000
Arbeit	Leistungsbereich	63 000
Bildung	Einzelleistung	3000
Freizeit	Leistungseinheit	12 000
Therapie-Gesamtkosten (volle Dauer)		179 000

### 7.4.2 Kategorie Langzeitbehandlungen – «Gemischt»

Übersicht Kosten Arbeitsfelder nach Leistungsdichte

Basis: 1 Institution, 23 KlientInnen

	Wert	Einzelleistung	Leistungseinheit	Leistungsbereich
Primärgruppe				78 000
Arbeit				
Bildung				
Freizeit				

Angaben je in SFr. pro KlientIn

### 7.4.3 Kategorie Mittelzeitbehandlungen – «Illegal»

Übersicht Kosten Arbeitsfelder nach Leistungsdichte

Basis: 6 Institutionen, 49 KlientInnen

	Wert	Einzelleistung	Leistungseinheit	Leistungsbereich
Primärgruppe	gewichtet nach Anz. KlientInnen			66 000
Arbeit	gewichtet nach Anz. KlientInnen	3300	14 000	33 000
Bildung	gewichtet nach Anz. KlientInnen	1500	5 000	
Freizeit	gewichtet nach Anz. KlientInnen		5 500	6 500

Angaben je in SFr. pro KlientIn

### 7.4.4 Kategorie Mittelzeitbehandlungen – «Gemischt»

Übersicht Kosten Arbeitsfelder nach Leistungsdichte

Basis: 2 Institutionen, 36 KlientInnen

	Wert	Einzelleistung	Leistungseinheit	Leistungsbereich
Primärgruppe	gewichtet nach Anz. KlientInnen			38 000
Arbeit	gewichtet nach Anz. KlientInnen			8 000
Bildung	gewichtet nach Anz. KlientInnen			
Freizeit	gewichtet nach Anz. KlientInnen			6 000

Angaben je in SFr. pro KlientIn

### 7.4.5 Kategorie Mittelzeitbehandlungen – «Alkohol»

Übersicht Kosten Arbeitsfelder nach Leistungsdichte

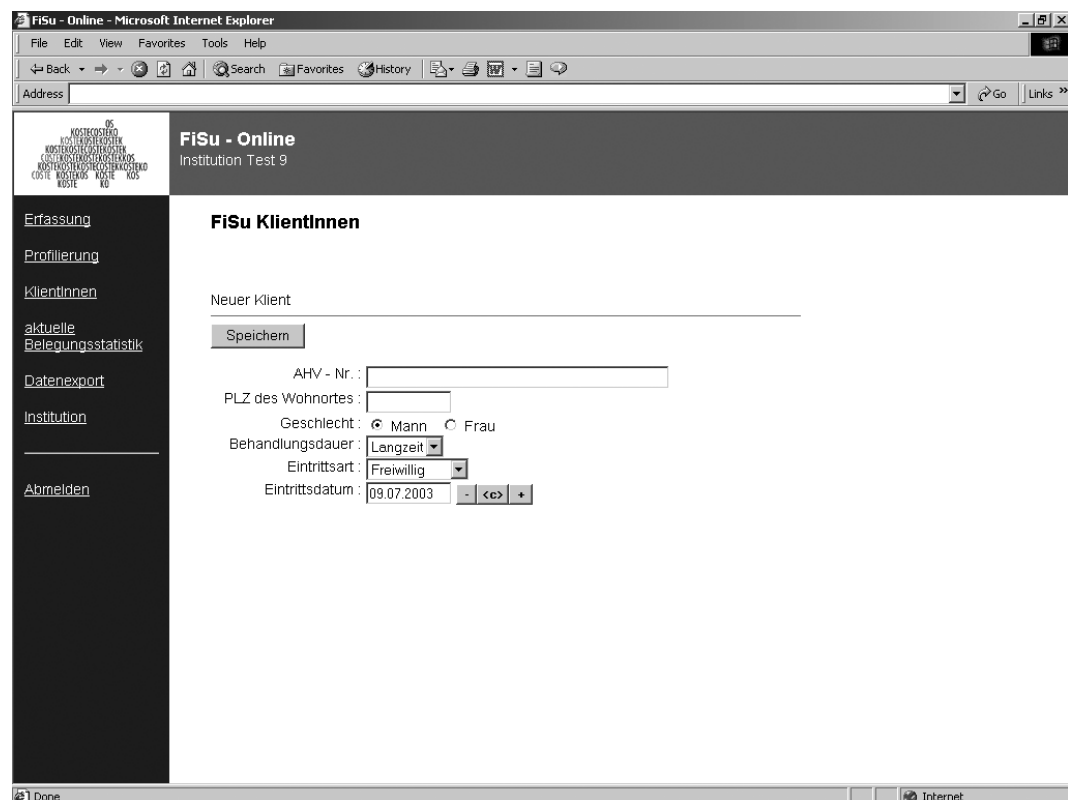
Basis: 1 Institution, 21 KlientInnen

	Wert	Einzelleistung	Leistungseinheit	Leistungsbereich
Primärgruppe	gewichtet nach Anz. KlientInnen			38 000
Arbeit	gewichtet nach Anz. KlientInnen			20 000
Bildung	gewichtet nach Anz. KlientInnen			
Freizeit	gewichtet nach Anz. KlientInnen			5 000

Angaben je in SFr. pro KlientIn

## 7.5 Erfassung der KlientInnen

Den Institutionen stellt das System FiSu eine Online-Erfassung ihrer KlientInnen zur Verfügung. Die Angaben beschränken sich auf die minimal notwendigen Informationen (siehe nachfolgender Bildschirmausschnitt).



Beispiel: Eintrittserfassung der KlientInnen

### 7.5.1 Statistische Auswertung der eingegebenen Daten

Die erfassten Daten dienen nicht nur der Rechnungsstellung nach FiSu, sondern werden an die Belegungsstatistik weitergegeben. Hier haben die Institutionen die Möglichkeit, standardisierte Auswertungen abzurufen (siehe nachfolgender Bildschirmausschnitt).

**FiSu - Online**  
Institution Test 9

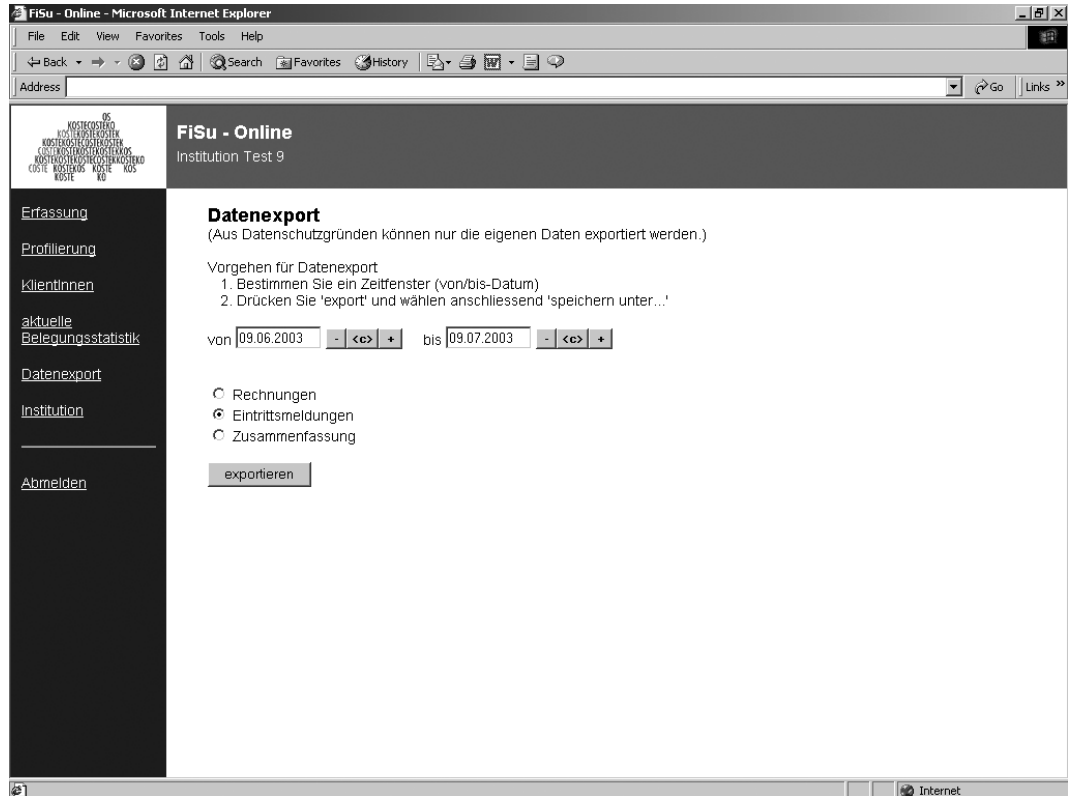
**Resultate für Belegung vom 9. Juni 2003 bis 9. Juli 2003**

Effektives Platzangebot	12.00	Auslastung %
davon belegt	1.00	8.33%
<b>Kantonale Freiwillige total</b>	<b>0.00</b>	<b>0%</b>
kantonale Freiwillige Männer	0.00	0%
kantonale Freiwillige Frauen	0.00	0%
<b>Kantonale Massnahmen total</b>	<b>0.00</b>	<b>0%</b>
kantonale Massnahmen Männer	0.00	0%
kantonale Massnahmen Frauen	0.00	0%
<b>Ausserkantonale Freiwillige total</b>	<b>0.00</b>	<b>0%</b>
ausserkantonale Freiwillige Männer	0.00	0%
ausserkantonale Freiwillige Frauen	0.00	0%
<b>Ausserkantonale Massnahmen total</b>	<b>0.00</b>	<b>0%</b>
ausserkantonale Massnahmen Männer	0.00	0%
ausserkantonale Massnahmen Frauen	0.00	0%
<b>Plätze Kinder total</b>	<b>0.00</b>	<b>100%</b>

Beispiel: Standardauswertung der Belegungssituation (Zeitfenster frei wählbar)

## 7.5.2 Verfügbarkeit der Originaldaten

Zusätzlich kann die Institution ihre Originaldaten zurückexportieren und damit als Basis für anderweitige Zwecke nutzen. Auf diese Weise können unnötige Mehrfacheingaben identischer Angaben weitgehend vermieden werden (siehe nachfolgender Bildschirmausschnitt).



Beispiel: Rückexport der Daten (Zeitfenster frei wählbar)



## 7.6 Systemgestützte Rechnungsstellung

Das System stellt der Institution eine Übersicht über ihre KlientInnen bereit und listet die Fälligkeiten für die Teilrechnungen auf (siehe nachfolgender Bildschirmausschnitt).

Vorzeitige oder nicht zulässige Rechnungsauslösungen werden durch entsprechende Plausibilitätskontrollen verunmöglicht; so bleibt z.B. die Auslösung der Schlussrechnung bis nach erfolgtem Austritt gesperrt.

The screenshot shows a web browser window titled "FiSu - Online - Microsoft Internet Explorer". The address bar is empty. The page content is as follows:

**FiSu - Online**  
Institution Test 9

**FiSu KlientInnen**

Klientin : 999.88.999.999

Buttons:

Teilzahlungen

Fällig	Ausgelöst
01.04.2003	12.05.2003
01.06.2003	09.07.2003
01.08.2003	
01.10.2003	
01.12.2003	
01.02.2004	

Schlussrechnung

Fällig	Ausgelöst
12.05.2003	

Left sidebar menu items: Erfassung, Profilierung, KlientInnen, aktuelle Belegungsstatistik, Datenexport, Institution, Abmelden.

Beispiel: Übersicht Rechnungsfälligkeiten

Insgesamt wurden für das Jahr 2002 von den teilnehmenden Pilotinstitutionen 1367 Teilrechnungen ausgelöst.

### 7.6.1 Vergütung des Pauschaltarifs in Raten

#### Bereich Langzeit

Die Rechnungsauslösung erfolgt *ab Eintrittsdatum 6 Mal je alle 2 Monate in Raten von 1/8 des Therapiepreises*, dazu kommt eine Schlusszahlung nach Austritt in Höhe von *1/4* des Preises.

Erreicht ein/e KlientIn die konzipierte Aufenthaltsdauer – im Bereich Langzeit mindestens 12 Monate – nicht, kann die Schlussrechnung nicht ausgelöst werden.

#### Bereich Mittelzeit

Die Rechnungsauslösung erfolgt *ab Eintrittsdatum 3 Mal je alle 2 Monate in Raten von 1/5 des Therapiepreises*, dazu kommt eine Schlusszahlung nach Austritt in Höhe von *2/5* des Preises.

Erreicht ein/e KlientIn die konzipierte Aufenthaltsdauer – im Bereich Mittelzeit mindestens 6 Monate – nicht, kann die Schlussrechnung nicht ausgelöst werden.

*Muster-Rechnungsformular*

Für das Rechnungsstellungsverfahren sind das Institutionsprofil, der profilabhängige Tarifwert und die KlientInnen-Daten die notwendigen Eckdaten.

Mit den Elementen des Institutionsprofils (Institutionskategorie, bewirtschaftete Arbeitsfelder und jeweilige Leistungsstufe), den modulabhängigen Tarifwerten sowie den KlientInnen-Daten errechnet das System den jeweiligen Rechnungsbetrag.

Für die Pilotphase wurde ein Musterformular für die Erstellung dieser Teilrechnungen kreiert, das alle nötigen Angaben enthält. Das Layout ist nicht definitiv und kann ohne weiteres angepasst werden.

Die Rechnungen werden vom FiSu-Online-System automatisch erstellt und können erst bei erreichter Fälligkeit ausgelöst werden.

Das nachstehende fiktive Beispiel zeigt die Teilrechnung für eine Institution der Kategorie «Langzeit»-«Illegal» im Sitzkanton XY, die zusätzlich zur Primärgruppe die Arbeitsfelder Bildung und Freizeit auf Stufe «Leistungseinheit» bewirtschaftet.

Sitzkanton		XY
Institution	Muster – Institution	
Leistungsprofil	Bildung	LE
	Freizeit	LE
Tarif		SFr. 124 000
Identifikation KlientIn	xxx.xx.xxx.xxxx	
Eintrittsdatum	23.10.2002	
Austrittsdatum		
Rechnungsadresse	Kanton Muster Musterstrasse 1444 Musterstadt	
Anteil Rate von	bis	SFr. 15 500.00
23.10.2002	22.12.2002	
	Rechnungsbetrag	SFr. 15 500.00

Beispiel: Online-Rechnungsformular

**7.6.2 Handhabung der Originaldaten**

Auf zusätzliches Tabellenmaterial wird aus Volumengründen verzichtet.

Weitere Auswertungen können für berechtigte Personen auf Anfrage erstellt werden, vorbehältlich der Verfügbarkeit der dazu jeweils benötigten Daten.

Auf Wunsch können den Kantonen die Rohdaten ihrer Institutionen und/oder ihrer Klientel zur Verfügung gestellt werden.

Kontakt:  
fisubag.admin.ch oder office@koste-coste.ch

**7.6.3 Weitere Dokumentationsmaterialien**

In Ergänzung zu den KlientInnen-bezogenen Auswertungen stellt das System in automatisierter Form eine Übersicht über die pro Kanton vorhandenen institutionellen Leistungsprofile zur Verfügung.

## 7.7 Nächste Schritte

### 7.7.1 Auswertung «Trockenübung»

Die in der so genannten «Trockenübung» mit virtuellen Rechnungsstellungen ermittelten Daten werden fortlaufend ausgewertet und den Pilotkantonen in Berichtsform zur Verfügung gestellt.

Durch die Möglichkeit des Zugriffs auf ihre Daten haben die Institutionen die Möglichkeit zu Vergleichsrechnungen «alt – neu». Diese Vergleichsrechnungen geben erste Aufschlüsse darüber, wie ausgewogen die bisher vorliegenden Tarifvorschläge sind. Immerhin wurden die bisherigen Kostenerhebungen ausschliesslich selbstdeklaratorisch erhoben und nicht vor Ort in den Betrieben verifiziert. Allenfalls müssen hier Überprüfungen vor Ort und gegebenenfalls entsprechende Anpassungen erfolgen.

### 7.7.2 Rechnungsadressaten für einen allfälligen regulären Betrieb sind zu bestimmen

Es wird festzulegen sein, an welche Adresse die Teilzahlungen zu richten sind. Im Pilot wurden (mit Ausnahme der Selbstzahler aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes) die tatsächlichen Rechnungsadressen eingegeben.

Das Modell FiSu favorisiert als Rechnungsadresse eine vom Kanton zu bezeichnende Stelle im Wohnkanton der Klientin/des Klienten. Der Vorgabe folgend, FiSu-kompatibel zur IVSE zu halten, sollte dies konsequenterweise die von der IVSE beauftragte Stelle sein. Diese leitet dann die Rechnung an die je nach Kanton zahlungspflichtige Stelle weiter.

### 7.7.3 Intake, Indikation und Triagestellen müssen beauftragt werden

Die Projektorganisation FiSu hat Vorschläge zu Rahmenbedingungen und Aufgaben dieser Intake und Triagestellen erarbeitet (vgl. dazu auch Kap. 9.6.). Es liegt aber ausschliesslich in der Kompetenz der Kantone, die für ihre Situation geeignetste Variante festzulegen.

## 7.8 Anstehende Entscheide

### 7.8.1 Ausweitung der Systematik der Leistungsbeschreibung mit anschliessender Tarifierung auf andere Institutions- und Problemkategorien

Die für den Bereich der Lebensfeld-ersetzenden Institutionen erarbeitete Leistungs- und Tarifsystematik ist zwar im Grundsatz, aus verschiedenen Gründen (wie z.B. extrem unterschiedliche durchschnittliche Aufenthaltsdauer, besonderes Behandlungssetting, spezielle Wirkungsziele u.a.m.) aber selbstverständlich nicht auf alle Institutions- resp. Problemkategorien uniform anwendbar. Zu denken ist etwa an die Bereiche

- Kurzzeit-Interventionen (bis 3 Monate konzipierter Aufenthalt);
- Langzeitaufenthalte mit einer konzipierten Aufenthaltsdauer von mehr als 20 Monaten, teilweise ohne spezifische Resozialisierungsabsichten und Schwerpunkt auf versorgerischer Betreuung und Begleitung;
- hochspezialisierte institutionelle Angebote ausschliesslich für spezifische Zielgruppen und Zusatzproblematiken;

sowie die Einbindung ergänzender und begleitender Angebote (vgl. dazu auch Kap. 5) wie

- Familienplatzierungen;
- Aussenwohngruppen;

- teilstationäre Angebote bis hin zu
- ambulanten Angeboten (Nachsorge u.ä.).

Sofern die Systematik ausgedehnt werden soll – und viele Argumente sprechen dafür –, bleibt das Vorgehen grundsätzlich dasselbe:

<i>Leistungen</i>	
Leistungsbeschreibung	Zuerst werden alle in einem Feld erbrachten Leistungen erfasst und den maximal vier Arbeitsfeldern zugeordnet.
Leistungserfassung	Die einzubeziehenden Institutionen definieren ihre Zielgruppe(n) und erfassen nach einem einheitlichen (vorgegebenen) Raster die von ihnen erbrachten Leistungen.
Leistungsprofil	Die erfassten Leistungen werden systematisch vorgegebenen Leistungsstufen und Zeitkonzepten (Kurz-, Mittel-, Langzeit) zugeordnet.
<i>Kosten</i>	
Vollkostenerhebung	Die Institutionen einer Kategorie erheben ihre Vollkosten und ordnen sie nach einem vorgegebenen Schlüssel ihren Arbeitsfeldern zu.
Kostenumlage und Tarifbildung	Die pro Arbeitsfeld ermittelten Kosten werden auf durchschnittliche Pro-Kopf-Kosten für eine mittlere Aufenthaltsdauer in einer Institutions-Kategorie umgerechnet.
<i>Arbeitsfeldpauschale</i>	Die pro Institutions-Kategorie ermittelten durchschnittlichen Therapiekosten pro Arbeitsfeld werden über alle Institutionen dieser Kategorie gemittelt. Die Institutionsgrösse wird über die Gewichtung der KlientInnenzahl berücksichtigt.

### **7.8.2 Fazit**

Die bisher entwickelten Instrumente haben sich als zweckmässig und zielführend erwiesen und sind technisch stabil, kurz: Sie können weitgehend übernommen werden; Anpassungen beziehen sich auf inhaltlich-fachliche Fragen.

# fisú • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Finanzielle Aspekte und Überlegungen bilden – selbstverständlich – einen wichtigen Ausgangspunkt des neuen Finanzierungsmodells; so wurden bereits in der Vernehmlassung von 1999 zentrale Punkte wie prospektive Zahlungen, Kostenaufteilung oder die Frage der Kostenneutralität erwähnt. Allerdings haben nicht alle Beteiligten zu jedem Zeitpunkt dasselbe unter den jeweiligen Begriffen verstanden. Im Zuge der Systementwicklung ergaben sich deshalb Änderungen in der Rollenaufteilung und bei den Abläufen, deren wichtigste hier kurz erwähnt werden sollen.

## *Vor- und nachschüssige Ratenzahlungen*

Ursprünglich waren im System FiSu/FiDé in Anlehnung an das Modell der «Kapitation» vorschüssige, auf wenige Raten verteilte Pauschalzahlungen vorgesehen. Im Pilotprojekt wurden dann sowohl Zahlungsrhythmus wie -zeitpunkt den Bedürfnissen der Kantone angepasst.

Die vieldiskutierte «vorschüssige» Zahlung wurde damit faktisch ersetzt durch eine für die Kantone wie die Institutionen annehmbare «Finanzierung in Echtzeit», kombiniert mit einer «Schlusszahlung nach Austritt». Im Vergleich zum heutigen System wird damit eine deutliche Verbesserung der Liquidität der Institutionen erreicht – sofern sie eine genügende Auslastung ihres Angebotes erreichen.

## *Kostenneutralität und Kostenaufteilung*

Die Verwendung des Begriffs «Kostenneutralität» erwies sich schnell als problematisch. Jede teilnehmende Partei bezog diesen Begriff offensichtlich exklusiv auf den von ihr bis dato geleisteten Anteil und selbstverständlich wollen alle ihren Kostenanteil kleiner, allenfalls gleich bleibend haben. Angesichts der Vorgabe kostendeckender Tarife und der absehbaren Mindererträge im Bereich der kollektiven Leistungen ein nahezu unlösbarer Interessenkonflikt.

Ein möglicher Ansatz besteht wie von der Projektleitung vorgeschlagen, zunächst die Kostenneutralität auf dem Niveau des Gesamtsystems zu beurteilen. Diesem Ansatz konnten sich im Vorfeld der Einführungsentscheidung aus nachvollziehbaren Gründen noch nicht alle Beteiligten anschliessen.

Eng mit der Kostenneutralität ist die «Kostenaufteilung» verbunden, die bereits im Bericht Herrmann et al. (1998)<sup>1</sup> im Vorfeld der FiSu-Entwicklung dargestellt wurde. Diese lange Zeit stabile Aufteilung wurde durch die Praxisänderung des BSV verändert. Dass die dadurch entstandene Finanzierungslücke nicht den Leistungserbringern, also den Institutionen selbst angelastet werden kann, erscheint offensichtlich, will man nicht auf karitative Modelle rekurrieren.

Die nach wie vor ungelöste Frage des Kostenteilers ist bei vielen der in den letzten drei Jahren erfolgten Institutionsschliessungen vielleicht nicht der je einzige, aber doch ein nicht zu unterschätzender Faktor.

## *Auslastung*

Obschon selbstverständlich Leitlinien betreffend einer anzustrebenden mittleren Auslastung bestehen: in einem System mit Defizitdeckung spielt sie eine zunächst untergeordnete Rolle. Mit einer Systemänderung hin zu einer leistungsorientierten Abgeltung in Echtzeit gewinnt die Auslastung aber massiv an

<sup>1</sup> Herrmann H., Güntzel O., Simmel U.; Lehmann Ph.: Stationäre Suchthilfe Schweiz: Angebot und Finanzierung Suchthilfe. Gesamtschweizerische Erhebung bei Therapieeinrichtungen im Alkohol- und Drogenbereich für die Jahre 1995–1998. Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), EDMZ, Bern, 1998.

Bedeutung. Natürlich ist es entscheidend, dass die Tarife grundsätzlich kostendeckend sind, ohne genügende Auslastung muss aber eine Institution im neuen System umgehend Massnahmen ergreifen, da sie keine Defizitdeckung mehr wird geltend machen können.

Neben Institutionsprofilen, Tarifen und qualitativen Aspekten hat also die Auslastungsquote auch im System FiSu/FiDé einen erheblichen und im Vergleich zu früher unmittelbaren Einfluss auf die Ausgestaltung der stationären Suchthilfe.

## *Mehr betriebswirtschaftliche Verantwortung*

Dies bedeutet aber im Gegenzug, dass den Institutionen die Möglichkeit von Rückstellungen ermöglicht werden muss; nur dann werden sie in der Lage sein, allfällige Auslastungsschwankungen aufzufangen und notwendige Innovationen rasch und in Abstimmung mit den zuweisenden Stellen und zuständigen Behörden zu tätigen. Nur so werden sie sich «am Markt behaupten» können.

## *Zuweisungspraxis*

Der Zuweisungspraxis fällt damit mehr noch als bisher eine wichtige Aufgabe zu. So ist eine Institution nicht nur zwingend auf schnelle und konkrete Hinweise und Rückmeldungen betreffend Änderungen auf der Nachfrageseite angewiesen; mit der Etablierung von Leistungsprofilen muss auch Gewähr geleistet werden, dass die Zuweisungsverantwortlichen diese Leistungsprofile kennen, und ihrerseits eine korrespondierende Ressourcenbeurteilung bei der Klientel vorzunehmen in der Lage sind.

Für eine zunehmend optimale Steuerung der KlientInnenströme sollten in den verschiedenen Angeboten der Suchthilfe generell derart fachlich legitimierte Rahmenparameter vor einer Behandlungsentcheidung eingefordert werden.

Hier können ausschliesslich die zuständigen Behörden ihre Ordnungsmacht ausspielen und für faire und transparente Marktbedingungen sowie deren Einhaltung sorgen.

Alles in allem wird für einen erfolgreichen Systemwechsel eine ausgewogene Gewichtung von Kosten-, Liquiditäts- und Transparenzansprüchen entscheidend sein.

Dies setzt bei allen Beteiligten ein hohes Mass an Kooperations-, Kompromissbereitschaft und Loyalität voraus und bedingt, dass entscheidende fachliche Kriterien nicht vorschnell zu Gunsten finanzieller Überlegungen über Bord geworfen werden.

## **8.1. Wesentliche Zielsetzungen des Systems FiSu**

### *Vereinheitlichung der Geldflüsse zur Bezahlung der stationär erbrachten Leistungen*

- Eine – kontrollierte und kontrollierbare – leistungsorientierte Bezahlung kann sinnvoll nur erfolgen, wenn die verschiedenen Geldtransfers vor der Auszahlung an die Institutionen gebündelt werden. Durch die damit erreichte Kostentransparenz zwischen Leistungseinkäufer und Leistungserbringer wird die Verknüpfung von Kosten und Qualität überhaupt erst analysier- und steuerbar.
- Die stationären Einrichtungen rechnen mit nur einem einzigen, wenn auch hie und da mittelbaren Zahler ab: das entlastet ihre Verwaltung, setzt somit Ressourcen für ihr eigentliches Kerngeschäft frei und senkt damit zwangsläufig die Overhead-Kosten.
- Der Zugang zu den tatsächlich benötigten Leistungen ist für die KlientInnen besser gewährleistet und entspricht damit auch besser dem Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit, weil die Erlöse pro KlientIn für das jeweilige Leistungsprofil in allen Institutionen gleich und folglich die Zuweisung nicht nach pekuniären Unterschieden für gleiche Leistungen erfolgen wird.

### *Schaffung günstiger Anreize*

Die Allokation der finanziellen Mittel an die stationären Einrichtungen wird mit effizienzsteigernden Anreizen gekoppelt:

- FiSu zahlt Arbeitsfeldpauschalen, die nicht zuletzt wegen ihrer langen zeitlichen Reichweite dem Modell der «Kapitation» (im Sinn einer diagnoseabhängigen Gesamtbehandlungspauschale) bereits recht nahe kommen. Die Institutionen werden alles Interesse entwickeln, «Drehtür-Effekte» zu verhindern, aber dennoch die einzelnen Therapien in die ihrer Konzeption entsprechende geplante Therapiedauer zu überführen, da sie sonst finanzielle Einbussen erleiden
- Mit der Institutionsprofilierung und der vereinheitlichten, weil Leistungsprofil-gebundenen Bezahlung verliert Einnahmenmaximierung für die Institutionen ihren Sinn; die Konkurrenz wird folglich zunehmend über qualitative Kriterien stattfinden
- Mengenausweitung (sowohl in Form von «länger als nötig im Behandlungssetting behalten» als auch die Erbringung besonders (kosten-)intensiver therapeutischer Leistungen) wird unattraktiv. Es zahlt sich für die Institutionen nur aus, qualitativ gute Arbeit im Rahmen der zeitlichen vereinbarten Vorgaben zu leisten.

### *Steuerung über Kosten-Effektivität*

In Sinn eines effektiven und effizienten Mitteleinsatzes ist es Ziel einer jeder rationalen Politik, aus unterschiedlichen Leistungsangeboten dasjenige mit der besten Erfolgserwartung zu wählen, bei dem also die eingesetzten Mittel bestmöglich in definierte Wirkungen umgesetzt werden. Es geht in diesem Zusammenhang also letztendlich um die Frage, wie viel Geld für ein erwünschtes, mit hoher Wahrscheinlichkeit erreichtes Behandlungsergebnis bezahlt werden muss.

FiSu macht zwar die Kostenseite transparent, es muss aber auch die andere Seite der Effektivität bekannt sein: mit dem Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA ist für eine Effektivitätsmessung zumindest schon einer der grundsätzlich notwendigen Bausteine für eine Institutionsübergreifende Effektmessung geschaffen.

### *Verbesserte Zuweisung zur geeigneten Behandlung*

Erst die mit FiSu geschaffene Verbindung von Leistungs- und Kostentransparenz ermöglicht grundsätzlich die Optimierung der Zuweisungskriterien zu der am meisten geeignet erscheinenden Therapieform.

Es wird in Zukunft vermehrt darauf geachtet werden müssen, dass über die verschiedenen Segmente der Suchthilfe hinweg diese Leistungs-Kostentransparenz in auch tatsächlich vergleichbarer Art und Weise etabliert werden.

# fisü • fidé

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Der von FiSu vorgeschlagene Systemwechsel ist weit reichend. Er betrifft zahlreiche Ebenen der Suchthilfe und bedingt in vielen Bereichen eine Anpassung oder Änderung der heutigen Abläufe und Gewohnheiten. Schon bei der Entscheidung, das Modell FiSu voranzutreiben, wurde von der AG FiMo und den beigezogenen Experten darauf hingewiesen, dass ein derartiges System die anvisierten *Wirkungen nur als Gesamtsystem* entfalten kann – während das Herausbrechen einzelner Teile unerwünschte und unkontrollierbare, ja kontraproduktive Effekte verursachen kann.

Insbesondere in der zweiten Pilotphase ging es darum, die auf der Basis der weiter oben ausgeführten theoretischen Grundlagen (vgl. Kap. 4) entwickelten Instrumente für die Institutionen auf ihre Praktikabilität hin zu erproben und wo nötig anzupassen. Es wurde erstmals deutlich, dass man unter dem Überbegriff der «Stationären Therapie» sehr wohl und mit vergleichsweise einfachen Mitteln Unterschiede in der Leistungserbringung beschreiben und die Institutionen auch hinsichtlich ihrer Angebote unterscheiden kann. Damit entstanden auf einheitliche Kriterien abgestützte Übersichten, die den Kantonen für versorgungsplanerische Zwecke ebenso dienlich sein können wie den Institutionen für Konzeptentwicklungen und Marktpositionierungen.

Gleichzeitig waren die Pilotkantone aufgefordert, ihrerseits wo nötig Vorkehrungen für eine allfällige Systemumstellung vorzusehen bzw. vorzubereiten, um in einem neuen System die nötigen Kompetenzen als Leitinstanz für die Institutionen wahrnehmen zu können.

Die gemachten Erfahrungen sollen Kantonen, die den Systemwechsel erst später vollziehen wollen oder können, zugute kommen.

## 9.1 Anforderungen an die Kantone und Institutionen

Die Leitkompetenz betreffend Versorgungsplanung und Aufsicht über die in einem Versorgungsbereich tätigen Institutionen liegt bei den Kantonen. Ein tief greifender Systemwechsel erfordert deshalb auch von den zuständigen kantonalen Stellen und Verantwortlichen eine Überprüfung und gegebenenfalls eine Anpassung der vorhandenen administrativen Grundlagen oder gar der rechtlichen Voraussetzungen.

Während der Pilotphasen haben sich folgende Punkte herauskristallisiert, denen bei der Aushandlung neuer Zusammenarbeitsformen zwischen Kanton und Institutionslandschaft besondere Beachtung geschenkt werden sollte:

### 9.1.1 Kantone

- Sicherstellung von Planung und Evaluation der Angebotspalette mit Hilfe geeigneter Instrumente und Verfahren. Das System FiSu stellt diesbezüglich Planungsinstrumente zur Verfügung.
- Entscheid über die Berücksichtigung der Suchtinstitutionen durch Unterzeichnung der IVSE Liste C/Suchtinstitutionen. Die IVSE bietet die Gewähr für einen interkantonalen Zugang zur für die Klientel geeignetsten Institution bei fair geregelter Kostenteilung zwischen Institutionskantonen und solchen, die über kein spezifisches Angebot verfügen.



- Erteilung von Betriebsbewilligungen für Akteure im Suchtbereich. Hier werden die Spielregeln definiert, nach denen sich die Anbieter von Leistungen zu richten haben.
- Erarbeitung von Leistungsvereinbarungen mit den Institutionen. Mit Leistungsvereinbarungen erhöhen sich Versorgungs- und Planungssicherheit für die Kantone resp. für die Institutionen.
- Vorgaben zu Finanzflüssen. Es liegt an den jeweiligen Trägerkantonen, die für sie optimalen Finanzflüsse im Gesamtrahmen des Systems zu definieren; die involvierten Stellen sind den kantonalen Gegebenheiten entsprechend offiziell zu mandatieren. Für den interkantonalen Zahlungsverkehr bietet sich die IVSE an.
- Integration geeigneter Controlling-Elemente. Insbesondere im Bereich «reporting» kann auf die vom System zur Verfügung gestellten Basiswerkzeuge zurückgegriffen werden.
- Mandatierung einer Referenzorganisation. Eine zentrale Referenzorganisation erleichtert eine interkantonal kohärente inhaltliche Systementwicklung und gewährleistet eine harmonisierte Beurteilung bei fachlichen Fragen.
- Führung des Krisenmanagements im Institutionsverbund. Insbesondere in der unsicheren Phase der Systemumstellung, evtl. aber auch grundsätzlich, empfiehlt es sich, die Führungsverantwortung in Krisensituationen beim Kanton anzusiedeln.

## 9.1.2 Institutionsebene

Auf Seiten der Institutionen steht die Etablierung einiger weniger Rahmenbedingungen im Vordergrund:

- Integration eines Qualitätsmanagement-Systems (QMS). Mit der Bedingung der Einführung eines idealerweise zertifizierten QMS wird dem Anspruch auf Einhaltung qualitativer Rahmenkriterien Nachachtung verschafft. Mit QuaTheDA besteht eine eigens für den stationären Suchtbereich geschaffene Zertifizierung.
- Anerkennung BSV.
- Anerkennung Straf- und Massnahmenvollzug.
- Institutionsunabhängige Evaluationen. Die verpflichtende Teilnahme an externen Evaluationen ist im Hinblick auf die Beurteilung der outcome-Qualität eine unumgängliche Voraussetzung. Mit FOS resp. zukünftig act-info kann auf bestehende Systeme gesetzt werden.
- Verpflichtung zur Verbund- resp. Netzbewirtschaftung.
  - Eine zentrale fachliche Voraussetzung für die zukünftige zielgerichtete Steuerung der KlientInnen-Ströme im Suchtbereich ist die Einsetzung/Mandatierung von Intake-, Indikations- und Triagestellen. Deren Anlage muss lokalen Gegebenheiten folgen; die Fachfunktionen sollten aber nach einheitlichen Vorgaben und Grundsätzen erfüllt werden.
  - Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit Triagestelle. Im Gegenzug müssen die Institutionen auf die konsequente Zusammenarbeit mit der Indikationsstelle verpflichtet werden.
- Verpflichtung zur interinstitutionellen Zusammenarbeit. Mit einer optimalen Nutzung der Angebote und einer fachlich geleiteten, unkomplizierten Zugänglichkeit können die vorhandenen Ressourcen mit dem Ziel einer erfolgreichen Behandlung optimal eingesetzt werden. Zu prüfen sind Verpflichtung zur Erbringung spezifischer Leistungen (wie z.B. Konzeptanpassungen hinsichtlich Institutionsprofil, Spezialisierung auf besondere Angebote usw.).
- «Dienstvorgaben»

Für die meisten der nachgenannten Punkte bestehen bereits verschiedene Grundlagen auf der Basis von Verordnungen oder Gesetzen und werden hier nicht weiter kommentiert:

  - Datenschutz (inkl. Bedingungen für Datentransfer)
  - Persönlichkeitsschutz
  - Kostenstellenrechnungen nach FiSu
  - Rekursverfahren für KlientInnen
  - Rekursverfahren für MitarbeiterInnen
  - Regelung der Rechenschaftspflicht

## 9.2 «FiSu-Institutionen»

Während der beiden Pilotversuche haben – von Ausnahmen abgesehen – praktisch alle Institutionen der an den Pilotversuchen beteiligten Kantone das Verfahren der Leistungsprofilierung durchlaufen.

Einige der Institutionen wurden durch das System als nicht-Lebensfeld-ersetzend im Sinn von FiSu identifiziert. Sie wurden in der Folge bei der Trockenübung des Pilots 2 nicht berücksichtigt, da für sie (z.B. Familienplatzierungen, Aussenwohngruppen, begleitetes Wohnen usw.) noch keine Leistungserfassung mit entsprechender Kostenerhebung und darauf aufbauender Tarifbildung durchgeführt wurde. (In der Systematik FiSu fallen solche Angebote unter Lebensfeld-*ergänzend* resp. Lebensfeld-*begleitend*.)

Da die Leistungsprofilierung der Angebote ein zentrales Element von FiSu ist, haben später auch die Institutionen der Nicht-Pilotkantone das Profilierungsverfahren durchlaufen.

Per Ende Mai 2003 hatten insgesamt 109 Institutionen bereits in der einen oder anderen Form Kontakt mit dem Profilierungsverfahren: die Lebensfeld-ersetzenden Institutionen – das grosse Mehr – haben das Profilierungsverfahren regulär und komplett durchlaufen, einige wurden vom System als nicht-Lebensfeld-ersetzend identifiziert, und eine sehr kleine dritte Gruppe – meist Institutionen mit Klinikstatus – hat die Profilierung, ohne dazu verpflichtet zu sein, in Teilen absolviert.

Positiv überrascht und überzeugt hat – obschon es sich inhaltlich und technisch um eine Neuentwicklung handelte – die hohe Funktionalität und technische Stabilität des Systems.

## 9.3 Die Profilierung der Institutionen

Sollen Institutionen in die FiSu-Systematik aufgenommen werden, ist es unerlässlich, die Arbeiten in einer vorgegebenen Reihenfolge durchzuführen. Zunächst muss das Leistungsprofil einer Institution erstellt werden:

### *Identifikation und Leistungsbeschreibung*

Mittels Online-Fragebogen identifizieren sich die Suchtinstitutionen a) grundsätzlich als Lebensfeld-ersetzende stationäre Einrichtung, b) deklarieren die von ihnen bewirtschafteten Arbeitsfelder und c) erhalten ihre je in den deklarierten *Arbeitsfeldern* erbrachten Leistungen in einem dreistufigen Raster vom System zugeordnet.

### *Zielgruppendefinition*

Im gleichen Verfahren bezeichnen die Institutionen die von ihnen angesprochenen KlientInnen-Zielgruppen. Für die Deklaration einer spezifischen Zielgruppe gelten als Rahmenbedingungen eine Gruppengrösse von mind. 8 Personen und ein spezifisch auf die jeweilige Zielgruppe ausgerichtetes, schriftlich dokumentiertes Konzept.

### *Institutionsprofil*

Aus der Verbindung der Leistungsbeschreibungen und der Zielgruppendefinition ergibt sich das so genannte Institutionsprofil.

Damit sind die nötigen Basisinformationen zu einer Institution erfasst.

### *KlientInnen-Erfassung*

In einem nächsten Schritt werden durch die Institution die für das Rechnungsstellungs-Verfahren erforderlichen KlientInnen-Daten eingegeben. Im Hinblick auf eine Systemumstellung empfiehlt es sich, dass der Kanton einen Stichtag festlegt, von dem an die Neueintritte zu erfassen sind. Sinnvollerweise legt man diesen Tag – ggf. rückwirkend – auf einen Jahresbeginn fest. Dank der wenigen zu erfassenden Variablen und der im stationären Bereich vergleichsweise geringen KlientInnen-Fluktuation kann eine rückwirkende Erfassung verantwortet werden.

Idealerweise sprechen sich benachbarte Kantone einer Versorgungsregion untereinander ab, ab welchem Datum die KlientInnen zu erfassen sind. So hat man sich im Pilot 2 beispielsweise darauf geeinigt, dass die Institutionen die seit 1.1.2002 eingetretenen KlientInnen erfassen – selbstverständlich auch hier wieder nach einheitlichen Vorgaben.

## *Vollkostenerhebung*

In den beiden Piloten wurden Vollkostenerhebungen durchgeführt, wobei das neue Element darin bestand, die Kosten nach den zuvor ermittelten Institutionskategorien, bewirtschafteten Arbeitsfeldern und deren Leistungsstufen zu kategorisieren. Diese Aufteilung erfolgte zunächst rechnerisch, da ja noch keine Institution über eine FiSu-kompatible Kosten-Zuordnung nach Arbeitsfeldern verfügte. Auch hier wurden vom als Projektexterten beigezogenen Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier, Zürich, einheitliche Vorgaben für die Berechnung und Aufteilung der verschiedenen Kostenarten gemacht.

Mit der Vollkostenerhebung sind alle Elemente für den nächsten Schritt zusammengetragen:

## *Arbeitsfeldpauschalen*

Durch die FiSu-systematische Verbindung der drei zentralen Elemente Institutionsprofilierung, Klient-Innenerfassung und Vollkostenerhebung mit Umlegung auf die in den Arbeitsfeldern erbrachten Leistungen liegen systemkonforme Vorschläge für die Pauschalpreise vor. Diese Pauschalen decken künftig alle anfallenden Kosten.

## *Zwei Möglichkeiten für die Kantone betreffend Kostenerhebung*

Es liegt im Ermessen interessierter Kantone, ihre Institutionen die Vollkostenerhebungen ebenfalls durchführen zu lassen, da ja aus den beiden Piloten bereits Tarifvorschläge vorliegen.

### *Option 1: Vollkostenerhebung durchführen (lassen)*

Will ein Kanton eine Vollkostenerhebung seiner Institutionen durchführen, sollte diese aus Vergleichbarkeitsgründen auf das Betriebsjahr 2000 bezogen sein und die Ergebnisse der Projektleitung FiSu zur Verfügung gestellt werden. Damit könnten die neu hinzukommenden Zahlen in die bisherige Tarfberechnung integriert werden und damit die Basis für die Berechnung von Tarifvorschlägen weiter gestärkt werden. FiSu stellt interessierten Kantonen resp. Institutionen vorbereitete Excel-files zur Verfügung.

### *Option 2: Start mit den vorgeschlagenen Tarifwerten ohne eigene Vollkostenerhebung*

Ein Kanton kann ohne weiteres mit seinen Institutionen auf der Basis der derzeit vorgeschlagenen Tarife in FiSu starten; das integrierte Rechnungssystem ist operativ bereit. Anhand der dann konkreten Erfahrungen und auf der Basis realer KlientInnen mit tatsächlichen Therapieverläufen können nach einer noch zu bestimmenden Zeitdauer allfällige Anpassungen (betreffend Neuprofilierungen, Tarifwerte u.a.m.) entschieden werden.

## **9.4 Die Leistungsvereinbarungen**

Ein Wechsel des Finanzierungssystems bedingt eine Vielzahl von Anpassungen inhaltlicher, organisatorischer, formaler oder auch rechtlicher Natur, die sich noch dazu wechselseitig beeinflussen. So können auch die in FiSu vorgeschlagenen Arbeitsfeldpauschalen nicht ohne Anpassung der Rahmenbedingungen eingeführt werden: Will man die Leistungsentschädigung mittels Arbeitsfeldpauschalen einführen, bilden neben einer Bedarfsplanung für die entsprechende Versorgungsregion darauf abgestützte Leistungsvereinbarungen eine unverzichtbare Grundlage.

Neben den üblichen formalen Standardinhalten (wie z.B. Beschreibung der Vertragsparteien und der Produkte und Dienstleistungen, Laufzeit und Kündigungsmodalitäten, Bestimmungen über Controlling und Prüfungsmöglichkeiten, Konsequenzen aus Schlecht- oder Nichterfüllung, Zahlungsbedingungen usw.) können die Vereinbarungsparteien inhaltlich fachliche Punkte entweder bilateral aushandeln oder – was aus FiSu-Sicht klar zu bevorzugen ist – sich im regionalen Verbund vergleichbarer Institutionen auf verbindliche Leistungsstandards und Qualitätsvorgaben einigen. Fachlich-inhaltlich kann beispielsweise auf das in Kooperation zwischen Bund, Kantonen und Institutionen entstandene Qualitätszertifikat QuaTheDA abgestützt werden, oder es können die verschiedenen im Zusammenhang mit der IVSE erarbeiteten Richtlinien als gemeinsamer Massstab angelegt werden.

Die nachstehend aufgeführten Beispiele wurden im Rahmen der Pilotphase von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und vom BSV/Abteilung IV zur Verfügung gestellt und sollen als Orientierungshilfe bei der Erarbeitung von Leistungsvereinbarungen dienen.

#### 9.4.1 Beispiel 1 (a): Vertrag zwischen Kanton und Institution (Rahmenvertrag)

**Muster**

##### **Leistungsvertrag Rahmenvertrag ab 2003**

zwischen dem

Kanton Bern, vertreten durch die Gesundheits-  
und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF),  
Rathausgasse 1, 3011 Bern

als Auftraggeber und der

*<Name>*

als Leistungserbringer betreffend

**stationäre Suchtrehabilitation**

## *Präambel*

Mit vorliegendem Rahmenvertrag soll einerseits die nach Sozialhilfegesetz (SHG) vorgesehene Steuerung eines bedarfsgerechten Angebots durch den Kanton wahrgenommen, andererseits die Grundlage zur allfälligen Einführung des neuen Finanzierungsmodells Suchthilfe (FiSu) gelegt werden.

## *1 Vertragsgegenstand*

Vorliegender Vertrag regelt die Grundsätze der Zusammenarbeit zwischen den Vertragspartnern. Die Detailbestimmungen der Zusammenarbeit werden gestützt auf diesen Rahmenvertrag jährlich neu ausgehandelt und in einem separaten Jahresvertrag festgehalten.

Die Betriebsbewilligung vom <Datum> des Leistungserbringers nach der Verordnung vom 18. September 1996 über die Betreuung und Pflege von Personen in Heimen und privaten Haushalten (HEV) gilt als Vertragsvoraussetzung. Bei Erlöschen oder Entzug der Betriebsbewilligung ist vorliegender Rahmenvertrag wie der entsprechende Jahresvertrag als nichtig im Sinne von Art. 20 Obligationenrecht (OR) zu betrachten. Die Aufgaben der GEF als Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde sind einer vertraglichen Regelung entzogen und folglich nicht Gegenstand vorliegenden Vertrages.

## *2 Rechtliche Grundlagen*

- Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe vom 11. Juni 2001 (SHG).
- Verordnung über die öffentliche Sozialhilfe vom 24. Oktober 2001 (SHV).
- Staatsbeitragsgesetz vom 16. September 1992 (StBG).
- Staatsbeitragsverordnung vom 23. März 1994 (StBV).

## *3 Bestandteile des Vertrages*

- Institutionsprofil gemäss FiSu (Anhang 1).
- Qualitätszertifikat einer akkreditierten Zertifizierungsstelle (Anhang 2).

Diese Grundlagen sind integrierende Bestandteile des vorliegenden Vertrages. Änderungen der oben erwähnten Grundlagen sind im Jahresvertrag zu vereinbaren.

## *4 Vereinbarte und geplante Leistungen*

Die vereinbarten Leistungen umfassen: Stationäre Rehabilitationsbehandlung für Suchtmittelabhängige gemäss Institutionsprofil FiSu. Die geplanten Leistungen werden im Jahresvertrag festgehalten.

## *5 Leistungsabgeltung*

Die Leistungsabgeltung wird im Jahresvertrag vereinbart.

## *6 Wirkungsziele*

Die Wirkungsziele konkretisieren die Schwerpunkte und Zielsetzungen der vereinbarten Leistungen. Sie werden im Laufe des Jahres 2003 in Zusammenarbeit mit dem Leistungserbringer und in Anlehnung an FiSu sowie an die vom Institut für Suchtforschung (ISF) erhobenen Daten erarbeitet.

## *7 Qualitätssicherung*

Die Qualitätssicherung ist ein tragendes Element der Steuerung. Der Leistungserbringer muss sich über eine QuaTheDa-Zertifizierung (QuaTheDa, QWA = Qualitäts-Wachstums-Anreiz-System des VCRD) ausweisen. Das Zertifikat muss in einem Wiederholungsaudit durch eine akkreditierte Zertifizierungsstelle nach deren Periodizität bestätigt werden.

## *8 Reporting*

Zur Angebotssteuerung benötigt die GEF Daten zur Erarbeitung von Planungs- und Entscheidungsgrundlagen. Ebenso umfasst das Reporting die einzureichenden Jahresabschlussunterlagen. Die hierzu erforderlichen Daten des Leistungserbringers werden im Jahresvertrag festgelegt.

## *9 Evaluation*

Die GEF kann Evaluationen durchführen, die über das im Jahresvertrag festgelegte Reporting hinausgehen. Zu diesem Zweck ist der GEF auf schriftliche Anfrage und unter Einhaltung der Vorschriften über den Daten- und Persönlichkeitsschutz der Zugang zu den notwendigen Unterlagen zu gewähren. Sie kann damit auch Dritte beauftragen. Die Kosten ausserordentlicher Evaluationen gehen zu Lasten der GEF. Ebenso erklärt sich der Leistungserbringer bereit, an allfälligen Datenerhebungen der GEF oder von ihr beauftragten Dritten (insbesondere ISF) teilzunehmen.

## *10 Arbeitnehmerschutz sowie Ausbildungs- und Praktikumsplätze*

Der Leistungserbringer hält für seine Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen die einschlägigen Arbeitsschutzbestimmungen und Arbeitsbedingungen am Ort der Leistung ein. Er gewährleistet die Gleichbehandlung von Frau und Mann in Bezug auf die Lohngleichheit. Als Arbeitsbedingungen gelten die Gesamtarbeitsverträge und die Normalarbeitsverträge; wo diese fehlen, gelten die tatsächlichen orts- und berufsüblichen Arbeitsbedingungen.

Der Leistungserbringer bildet soweit als möglich im Rahmen von Praktika Schülerinnen und Schüler in sozialpädagogischen und anderen Berufen sowie Lehrlinge aus. Das Ausmass dieser Ausbildungsleistung orientiert sich an den Rahmenbedingungen des Leistungserbringers, die jeweils in den Jahresverträgen überprüft und vereinbart werden.

## *11 Vertragsdauer*

Dieser Rahmenvertrag hat eine Laufzeit von 4 Jahren und beginnt am 1. Januar 2003. Zur Verlängerung oder Erneuerung des Rahmenvertrages nimmt der Leistungserbringer spätestens bis zum 30. Juni des Jahres vor Ablauf der Vertragsdauer mit der GEF Kontakt auf.

## *12 Kündigung und Auflösung*

Der Rahmenvertrag ist jederzeit mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten auf Ende eines Kalenderjahres kündbar. Können sich die Vertragspartner nicht auf einen neuen Jahresvertrag einigen, so kann der vorangehende Jahresvertrag um maximal 6 Monate bis zum 30. Juni des Folgejahres verlängert werden. Diesfalls wird vorliegender Rahmenvertrag mit Ablauf dieses verlängerten Jahresvertrags ebenfalls aufgelöst.

## *13 Streitigkeiten*

Bei Streitigkeiten verpflichten sich die Vertragspartner, zunächst eine Verhandlungslösung anzustreben. Kommt keine Einigung zustande, werden Streitigkeiten aus diesem Vertrag auf Klage hin vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern beurteilt (Art. 87 Bst. b Verwaltungsverfahrensrechtsgesetz).

Bern, <Datum>

Der Gesundheits- und Fürsorgedirektor

<Leistungserbringer>

Samuel Bhend  
Regierungsrat

<Unterschrift>

Anhänge:

1. Institutionsprofil gemäss FiSu
2. Qualitätszertifikat einer akkreditierten Zertifizierungsstelle

## 9.4.2 Beispiel 1 (b): Vertrag zwischen Kanton und Institution (Jahresvertrag)

**Institution****Leistungsvertrag  
Jahresvertrag ab 2003**

zwischen dem

Kanton Bern, vertreten durch die Gesundheits-  
und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF),  
Rathausgasse 1, 3011 Bern

als Auftraggeber und der

&lt;Name Institution&gt;

als Leistungserbringer betreffend

**<Tätigkeitsfeld>**



## 1 Ziel und Zweck

Der vorliegende Jahresvertrag konkretisiert die Bedingungen des Rahmenvertrags vom <Datum> zwischen <Leistungserbringer> und dem Kanton Bern, vertreten durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

## 2 Grundlagen

- Budget 2003 bezogen auf die stationäre Suchtrehabilitation (Vorschlag folgt).
- Institutionsprofil gemäss FiSu (nur bei Änderungen).

## 3 Vereinbarte Leistungen

Die vereinbarten Leistungen sind grundsätzlich im Rahmenvertrag Ziffer 4 vom <Datum> und dem Institutionsprofil/den Institutionsprofilen FiSu umschrieben.

### Kapazität:

Anzahl Behandlungsplätze gemäss Institutionsprofil FiSu	
Maximal mögliche Behandlungstage (Anzahl Behandlungsplätze gemäss Institutionsprofil FiSu x 365 Tage)	

### Geplante Leistungen gemäss Budget des Leistungserbringers:

Geplante Anzahl Behandlungstage gemäss Budget für freiwillige KlientInnen mit Wohnsitz im Kanton Bern (BernerInnen)	
Geplante Anzahl Behandlungstage gemäss Budget für BernerInnen Massnahme	
Geplante Anzahl Behandlungstage für BernerInnen Übrige (z.B. Kinder)	
Geplante Anzahl Behandlungstage gemäss Budget für freiwillige KlientInnen mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Bern (Ausserkantonale)	
Geplante Anzahl Behandlungstage gemäss Budget für ausserkantonale MassnahmeklientInnen	
Geplante Anzahl Behandlungstage für Ausserkantonale Übrige (z.B. Kinder)	
Total Behandlungstage	

## 4 Leistungsabgeltung

### 4.1 Finanzierungsvorbehalt:

Allfällige Kürzungen am jeweiligen Staatsvoranschlag und dessen definitive Genehmigung durch den Grossen Rat bleiben in jedem Fall vorbehalten (Budgethoheit des Grossen Rates). Im Anschluss an die Genehmigung des Staatsvoranschlags durch den Grossen Rat informiert die GEF den Leistungserbringer.

### 4.2 Abgeltung:

Die Leistungsabgeltung erfolgt aufgrund der effektiv erbrachten Behandlungstage (Kalendertage) für freiwillige KlientInnen mit Wohnsitz im Kanton Bern (BernerInnen) multipliziert mit dem in diesem Jahresvertrag vereinbarten Abgeltungssatz pro BernerInnen-Behandlungstag (Kalendertag) abzüglich des BernerInnen-Kostgeldertrags (nur Gemeindebeitrag). Der Leistungserbringer überweist nach vorliegender Schlussabrechnung des BSV sämtliche vom BSV anerkannten IV-Tage für die freiwilligen BernerInnen an die GEF (IV/BSV-Betriebsbeitrag dividiert durch total IV-Tage x freiwillige BernerInnen IV-Tage).

Der Abgeltungssatz pro Behandlungstag für *freiwillige KlientInnen mit Wohnsitz im Kanton Bern* wird auf der Grundlage des Institutionsprofils FiSu sowie auf der Grundlage des Budgets vereinbart. Der Abgeltungssatz pro Behandlungstag stellt eine Kostenobergrenze dar.

Es wird folgender Abgeltungssatz pro Behandlungstag für KlientInnen mit Wohnsitz im Kanton Bern vereinbart:

Fr. <Betrag>

#### 4.3 Zahlungen der GEF:

Der Leistungserbringer stellt der GEF monatlich wie folgt Rechnung für das Ausrichten von Zahlungen: Effektiv erbrachte Behandlungstage für freiwillige BernerInnen x vereinbarter Abgeltungssatz ./ BernerInnen-Kostgeldertrag (*nur Gemeindebeitrag*) = *Monatliche Zahlung der GEF*

Die GEF begleicht die Rechnung nach deren Vorliegen in der Regel längstens innert 60 Tagen.

Die Zahlungen der GEF werden dem Konto der Staatsrechnung 4400 3650-77151, Beiträge an private bernische Fürsorgeinstitutionen zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs belastet.

#### 4.4 Schlussabrechnung:

Der Leistungserbringer überweist nach vorliegender Schlussabrechnung des BSV sämtliche vom BSV anerkannten IV-Tage für die freiwilligen BernerInnen an die GEF (IV/BSV-Betriebsbeitrag dividiert durch total IV-Tage x freiwillige BernerInnen IV-Tage) = *Saldo zugunsten der GEF*

Der Leistungserbringer überweist die Zahlung des BSV gemäss oben aufgeführter Berechnung für freiwillige BernerInnen innert 30 Tagen nach Erhalt an die GEF.

#### 4.5 Überdeckung/Unterdeckung, Reservenbildung:

Gelingt es dem Leistungserbringer unter Einhaltung der Qualitätssicherungsanforderungen (vgl. Ziffer 7 Rahmenvertrag) eine Kostenunterschreitung zu erzielen, so entsteht eine Überdeckung. Die Überdeckung ist für Betriebszwecke zu verwenden (z.B. künftige Investitionen, finanzieller Engpass etc.) und darf nicht an die Trägerschaft ausgeschüttet werden.

Entsteht eine Kostenüberschreitung und somit eine Unterdeckung, so ist diese vollumfänglich durch Überdeckungen aus früheren Betriebsjahren oder durch eigene Mittel zu decken.

Eine Überdeckung bzw. Unterdeckung ist in der Bilanz des Leistungserbringers separat und transparent auszuweisen.

#### 4.6 Weitere Abgeltungsbestimmungen:

Eine Abweichung bis zu 5% über dem geplanten Leistungsumfang bzw. der geplanten Behandlungstage für freiwillige BernerInnen gemäss Ziffer 3 wird von der GEF abgegolten. Eine Abweichung von mehr als 5% über dem geplanten Leistungsumfang bzw. der geplanten Behandlungstage für freiwillige BernerInnen gemäss Ziffer 3 setzt die Zustimmung der GEF voraus.

Die Kosten für Betreute mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Bern (Ausserkantonale) können von der GEF nicht übernommen werden. Für Ausserkantonale hat der Leistungserbringer vom betreffenden Kanton Kostengutsprachen einzuholen. Die GEF übernimmt keine Eintrittspauschalen für Aufnahmeverfahren. Ebenfalls nicht von der GEF übernommen werden betriebsfremde Aufwendungen sowie Ertragsausfälle (z.B. nicht geltend gemachte BewohnerInnen-Kostgelder) oder nicht ausgeschöpfte bzw. nicht geltend gemachte Betriebsbeiträge (z.B. IV/BSV-Betriebsbeitrag).

## 5 Leistungsziele

Leistungsziele werden im Laufe des Jahres 2003 in Zusammenarbeit mit den Institutionen und in Anlehnung an FiSu sowie an die vom Institut für Suchtforschung (ISF) erhobenen Daten erarbeitet.

## 6 Einzureichende Unterlagen und Reporting

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, der GEF folgende Daten zu unterbreiten:

### 6.1 monatlich:

- Rechnungsstellung gemäss Ziffer 4.3 (Angabe zu Anzahl Pflgetage für BernerInnen freiwillig, BernerInnen Massnahme, BernerInnen Übrige, Ausserkantonale freiwillig, Ausserkantonale Massnahme, Ausserkantonale Übrige, erfolgt mit Rechnungsstellung).

Die Angaben über Personen müssen in anonymisierter Form erfolgen.

## 6.2 halbjährlich

- Anzahl Abbrüche (KlientInnen, die vor Ablauf der nach FiSu-Profil vorgesehenen Behandlungszeit austreten), kurze Begründung für den Abbruch (Rückfall, Ausschluss wegen Verstoss gegen die Hausordnung usw.).
- Anzahl Übertritte in andere Institutionen (mit Begründung).
- Anzahl reguläre Austritte.
- Jeweilige Wartedauer ab Anmeldung bis Eintritt;
- Zwischenabschluss per 30. Juni 2003 (Bilanz und Erfolgsrechnung bezogen auf die stationäre Suchtrehabilitation, gegliedert nach Kontenrahmen «HVS Heimverband Schweiz»).

Die Angaben über Personen müssen in anonymisierter Form erfolgen.

## 6.3 Jahresabschlussunterlagen

bis zum 15. März des Folgejahres

- Jahresrechnung (Bilanz und Erfolgsrechnung bezogen auf die stationäre Suchtrehabilitation, gegliedert nach Kontenrahmen «HVS Heimverband Schweiz»).
- Bilanzerklärung (Erklärung über die Vollständigkeit und Richtigkeit).

Sollte die Jahresrechnung sowie die Bilanzerklärung bis zum 15. März nicht vorliegen, ist bis zu diesem Datum eine provisorische Jahresrechnung einzureichen. Die definitive Jahresrechnung und Bilanzerklärung muss nach Vorliegen nachgereicht werden.

bis zum 30. Juni des Folgejahres

- Bestätigungsbericht (ohne Anhänge) der statutarischen Kontrollstelle (Revisionsbericht).
- Genehmigte Jahresrechnung durch das statutenbefugte Organ.
- Jahresbericht.
- Kopie des IV/BSV-Betriebsbeitragsgesuchs.

nach Vorliegen

- IV/BSV-Betriebsbeitragsverfügung für das Jahr 2003

Der Leistungserbringer hat der GEF jederzeit Einblick in das Rechnungswesen (inkl. Kostgeldwesen) zu gewähren.

## 7 Vertragsdauer

Dieser Leistungsvertrag gilt für das Jahr 2003. Können sich die Vertragspartner nicht auf einen neuen Jahresvertrag einigen, so kann vorliegender Jahresvertrag um maximal 6 Monate verlängert werden (vgl. Ziffer 13 Rahmenvertrag).

## 8 Streitigkeiten

Bei Streitigkeiten verpflichten sich die Vertragspartner, zunächst eine Verhandlungslösung anzustreben. Kommt keine Einigung zustande, werden Streitigkeiten aus diesem Vertrag auf Klage hin vom Verwaltungsgericht des Kantons Bern beurteilt (Art. 87 Bst. b Verwaltungsrechtspflegegesetz).

Bern, <Datum>

Der Gesundheits- und Fürsorgedirektor

<Leistungserbringer>

Samuel Bhend  
Regierungsrat

<Unterschrift>

Anhänge:

1. Budget 2003

nur bei Änderungen: *Institutionsprofil gemäss FiSu*

**9.4.3 Beispiel 2 (a): Vertrag zwischen BSV/IV und Kanton**

Vertrag

zwischen

<Name Kanton>  
(nachfolgend Kanton genannt)

und

dem Bundesamt für Sozialversicherung, Geschäftsfeld IV  
(nachfolgend BSV genannt)

für die Jahre 2003 bis 2005

*1 Allgemeines*

*1.1 Gegenstand und Zweck des Vertrags*

Der vorliegende Vertrag regelt gestützt auf Art. 107<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. b IVV<sup>2</sup> den Zahlungsverkehr zwischen dem Kanton und dem BSV bezüglich von Betriebsbeiträgen der Invalidenversicherung (IV) im Sinne von Art. 73 IVG<sup>3</sup> zugunsten der in Ziff. 1.2 erwähnten Institutionen.

*1.2 Geltungsbereich*

Der Vertrag bezieht sich auf die folgenden Institutionen:

Trägerschafts-Nr.	Einrichtungs-Nr.	Name	Ort

*1.3 Voraussetzungen für die Gültigkeit der Vereinbarung*

Der Vertrag ist nur gültig, wenn

- a alle Trägerschaften der in Ziff. 1.2 erwähnten Institutionen mit dem BSV einen Leistungsvertrag im Sinne von Art. 107<sup>bis</sup> IVV abgeschlossen haben;
- b der Kanton alle in Ziff. 1.2 erwähnten Institutionen in die vom BSV genehmigte kantonale Bedarfsplanung für Werkstätten und Wohnheime/Tagesstätten aufgenommen hat.
- c der Kanton mit allen in Ziff. 1.2 erwähnten Institutionen schriftliche Leistungsverträge abgeschlossen hat, welche folgende Punkte enthalten müssen:
  - 1 Eine Vereinbarung über die dem Kanton von den Institutionen für die betreuten Personen in Rechnung gestellten Tarife. Diese Tarife schliessen allfällige Beiträge der IV mit ein (vgl. Ziff. 2);
  - 2 Eine Vereinbarung über den Zahlungsverkehr zwischen dem Kanton und den Institutionen;
  - 3 Die Verpflichtung des Kantons, die von den Institutionen ihm in Rechnung gestellten Tarife unabhängig von einer Feststellung des BSV über einen Anspruch auf Beiträge der IV zu bezahlen.

Die Leistungsverträge nach Absatz 1 Buchstabe c sind vor dem Inkrafttreten des vorliegenden Vertrags abzuschliessen und dem BSV zur Kenntnis zu bringen. Sie können auch Bereiche regeln, die in Absatz 1 Buchstabe c nicht erwähnt sind.

<sup>2</sup> Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (SR 831.201).

<sup>3</sup> BG über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (SR 831.20).

## 2 Beitrag der IV an die mit den Institutionen vereinbarten Pauschalen

Der Beitrag der IV beträgt 30% an den vom EDI für das entsprechende Institutionsprofil empfohlenen Tarifen zur Finanzierung von stationären Suchttherapien<sup>4</sup> (Empfehlung FiSu). Für die der Vereinbarung unterstellten Institutionen beträgt der Beitrag der IV pro betreute Person in Franken:

Institution	Plätze in der Bedarfsplanung 2001–2003*	Pauschale gemäss Empfehlungen EDI	Beitrag der IV

Bei vorzeitigem Austritt der betreuten Person aus der Institution wird der Beitrag der IV gemäss den Rahmenbedingungen der Empfehlungen FiSu entsprechend gekürzt. Für Personen, deren Invalidität nicht durch eine IV-Stelle bestätigt ist, wird kein Beitrag der IV ausgerichtet.

Wird die Pauschale aufgrund neuer Empfehlungen FiSu während der Vertragsdauer geändert, wird der Vertrag angepasst und der Anteil der IV neu festgelegt.

Die Pauschale basiert auf dem Landesindex der Konsumentenpreise (LIKP) von 101,3 Punkten (Stand Jahresdurchschnitt 2001 auf der Basis Mai 2000 = 100). Bei der definitiven Abrechnung des Beitrags der IV wird jeweils die Veränderung des Jahresdurchschnitts des LIKP berücksichtigt.<sup>5</sup>

## 3 Zahlungsverkehr

### 3.1 Betreute mit Wohnsitz im Kanton

- Für alle in den Institutionen betreuten Personen mit Wohnsitz im Kanton überweist der Kanton jeder Institution die vereinbarte Pauschale inkl. Beitrag der IV gemäss den in den Vereinbarungen des Kantons mit den Institutionen festgehaltenen Zahlungsbedingungen (Raten, Zeitpunkt der Fälligkeiten etc.).
- Der Kanton fordert den Beitrag der IV beim BSV für alle Betreuten ein, deren Invalidität von der zuständigen IV-Stelle bestätigt wurde. Er verzichtet auf Zinsen für seine vorschüssige Auszahlung der Beiträge der IV an die Institutionen.
- Der Kanton meldet jeder Institution die Höhe des IV-Beitrags. Er sorgt dafür, dass die Institution diesen in ihrer Jahresrechnung ausweist.
- Der Kanton kann von ihm geleistete Zahlungen von anderen KostenträgerInnen zurückfordern, wenn die entsprechenden Voraussetzungen des Bundesrechts oder des kantonalen Rechts erfüllt sind. Er regelt die Zahlungsflüsse mit diesen KostenträgerInnen.

### 3.2 Betreute mit Wohnsitz in anderen Kantonen (ausserkantonale Betreute)

- Hat sich bei Betreuten mit Wohnsitz in anderen Kantonen (ausserkantonale Betreute) der Wohnsitzkanton gegenüber einer Institution zur vorschussweisen Bezahlung der gesamten Pauschale inkl. Beitrag der IV und zum Verzicht auf Zinsen für diese Vorschusszahlungen verpflichtet, übernimmt der Kanton die Abrechnung mit dem BSV zuhanden des Wohnsitzkantons.
- Der Kanton fordert den Beitrag der IV an der Pauschale für die invaliden ausserkantonalen Betreuten beim BSV ein. Die Forderung an das BSV wird gleichzeitig mit derjenigen für die invaliden Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons gestellt.
- Das BSV vergütet dem Kanton die vorgeschossenen IV-Beiträge für alle ausserkantonalen Betreuten, deren Invalidität durch die zuständige IV-Stelle bestätigt wurde (Verfügung der IV-Stelle). Der Kanton leitet diesen Beitrag dem Wohnsitzkanton weiter. Die Kantone vereinbaren die Einzelheiten ihres Zahlungsverkehrs.
- Der Kanton meldet jeder Institution die Höhe des IV-Beitrags für ausserkantonale Betreute. Er sorgt dafür, dass die Institution diesen in ihrer Jahresrechnung ausweist.
- Der Wohnsitzkanton kann von ihm geleistete Zahlungen von anderen KostenträgerInnen zurückfordern, wenn die entsprechenden Voraussetzungen des Bundesrechts oder des kantonalen Rechts erfüllt sind. Er regelt die Zahlungsflüsse mit diesen KostenträgerInnen.

<sup>4</sup> In der Fussnote die offizielle Bezeichnung dieser Empfehlung mit Datum angeben.

<sup>5</sup> Für die Anzahl Plätze im Jahre 2004 und 2005 ist die genehmigte Bedarfsplanung der 3. Planungsperiode 2004–2006 massgebend.

<sup>5</sup> Unter dem Vorbehalt, dass das EDI einer Teuerungsklausel zustimmt.

#### 4 Rechnungsstellung

Die Rechnungsstellung des Kantons an das BSV erfolgt halbjährlich, jeweils per Ende Juni und per Ende Dezember. Mit der Rechnung sind dem BSV jeweils pro Institution auf dem vom BSV erstellten Formular folgende Angaben zu machen:

- Trägerschafts-, Einrichtungsnummer, Name und Ort der Institution;
- Namen und AHV-Nummer von allen in der Institution betreuten KlientInnen (bei invaliden KlientInnen mit Angabe des Datums der zusprechenden Verfügung der IV-Stelle und Bezeichnung der IV-Stelle);
- Die pro KlientIn mit Anspruch auf IV-Leistungen im betreffenden Halbjahr erfolgten Ratenzahlungen seitens des Kantons oder Wohnsitzkantons;
- Ein- und Austrittsdatum der KlientInnen sowie deren Anzahl Aufenthaltstage und Wohnsitzkanton.

Der Kanton unterscheidet in der Rechnungsstellung zwischen Beiträgen der IV für die laufende Zahlungsperiode und Beiträgen der IV, die gestützt auf eine Verfügung der IV rückwirkend für eine frühere Zahlungsperiode geltend gemacht werden.

Das BSV prüft die Richtigkeit der Angaben und löst den Zahlungsauftrag spätestens innerhalb von 45 Kalendertagen nach Rechnungseingang aus. Die Überprüfung der Beiträge der IV und ihre definitive Abrechnung gestützt auf die Berichtsdaten (vgl. Ziff. 5 und 6) bleiben bei diesen Zahlungen vorbehalten.

#### 5 Berichtsdaten

Der Kanton reicht dem BSV jährlich bis zum 30. Juni des dem Beitragsjahr folgenden Jahres folgende Berichtsdaten pro Institution ein:

- Anzahl Plätze im Berichtsjahr (getrennt nach Wohnen mit integrierter Beschäftigung, Wohnen ohne Beschäftigung, Tagesstätte, Werkstätte, Plätze für Nichtbehinderte);
- Anzahl Öffnungstage;
- Betriebsrechnung mit Bilanz und Revisionsbericht;
- Jahresbericht;
- Gültiges BSV/IV-2000 Zertifikat (sofern nicht bereits beim BSV);
- Angaben zum Personal (Stellenprozent des Betreuungspersonals, Anzahl Betreuungstage, Ausbildung des Betreuungspersonals).

#### 6 Definitive Abrechnung

Das BSV prüft nach Erhalt der Berichtsdaten die Richtigkeit seiner Beitragszahlungen und nimmt wenn nötig die entsprechenden Korrekturen vor. Es entrichtet gleichzeitig eine allfällige Teuerungszulage.

#### 7 Konzeptänderungen und Anpassungen

Folgende Änderungen bei den Institutionen können erst vorgenommen werden, nachdem sie vom Kanton und vom BSV genehmigt wurden:

- Änderung in den Grundlagen der Trägerschaft (z.B. Statutenanpassungen, Trennung und Fusion von Trägerschaften);
- Änderung der Öffnungstage;
- Änderung der räumlichen Verhältnisse, sofern Bau- und/oder Einrichtungsbeiträge der IV betroffen sind;
- Änderungen in der Klientel oder im Dienstleistungsangebot, die eine Neuprofilierung bedingen.

Änderungen im Platzangebot müssen entsprechend dem Kreisschreiben zur Bedarfsplanung für Werkstätten und Wohnheime/Tagesstätten vom 1. Januar 2003 dem BSV über den Kanton gemeldet werden. Sie können erst vorgenommen werden, nachdem sie vom BSV genehmigt wurden.

Eine allfällige Anpassung des Vertrags erfolgt im Rahmen der Genehmigung obgenannter Änderungen durch das BSV.

## 8 Rechtsweg

Können sich die Parteien über die Auslegung dieses Vertrags oder über die definitive Abrechnung der Beiträge der IV nicht einigen, trifft das BSV zur strittigen Frage eine beschwerdefähige Verfügung. Eine Verfügung über die Ausrichtung von Beiträgen der IV ist der Institution und jenen Kantonen zu eröffnen, welche die Beiträge vorschussweise entrichtet haben.

## 9 Dauer und vorzeitige Auflösung der Vereinbarung

Der Vertrag tritt am 1.1.2003 in Kraft und endet am 31.12.2005.  
Er fällt vorzeitig dahin, wenn eine der in Ziff. 1.3 erwähnten Voraussetzungen für seine Gültigkeit nicht mehr erfüllt ist.

### Unterschriftenblatt

Bern, den [REDACTED]	
Bundesamt für Sozialversicherung Geschäftsfeld Invalidenversicherung Bereich Werkstätten, Wohnheime und Organisationen	
Dr. Dorothea Zeltner, Bereichsleiterin	(Vorname, Name)
[REDACTED], den [REDACTED]	
(Kanton)	
(Vorname, Name, Funktion)	(Vorname, Name, Funktion)

### 9.4.4 Beispiel 2 (b): Vertrag zwischen BSV/IV und Institution

<b>Leistungsvertrag</b>
zwischen
<Name Trägerschaft> (nachfolgend Trägerschaft genannt)
und
dem Bundesamt für Sozialversicherung, Geschäftsfeld IV (nachfolgend BSV genannt)
für die Jahre 2003 bis 2005

## 1 Allgemeines

### 1.1 Gegenstand und Zweck des Leistungsvertrags

Die vorliegende Vereinbarung ist ein Leistungsvertrag im Sinne von Art. 107<sup>bis</sup> IVV<sup>6</sup>. Er regelt die Voraussetzungen für die Ausrichtung von Betriebsbeiträgen der Invalidenversicherung (IV) im Sinne von Art. 73 IVG<sup>7</sup> und Art. 106 Abs. 3<sup>bis</sup> IVV sowie die Höhe dieser Beiträge an die in Ziff. 1.2 erwähnten Institutionen.

Beiträge an Bauten und Einrichtungen sind nicht Gegenstand dieses Vertrags.

### 1.2 Geltungsbereich

Der Vertrag bezieht sich auf folgende Institutionen der Trägerschaft (Trägerschafts-Nr.: [ ] ) im Kanton XY:

[ ] (Einrichtungsnr. [ ] )

[ ] (Einrichtungsnr. [ ] )

[ ] (Einrichtungsnr. [ ] )

Der Vertrag bezieht sich zudem auf folgende Institutionen der Trägerschaft (Trägerschafts-Nr.: [ ] ) in anderen Kantonen. Der Kanton XY übernimmt für diese Institutionen ebenfalls die in Ziff. 1.3 erwähnten Verpflichtungen.<sup>8</sup>

[ ] (Einrichtungsnr. [ ] ) im Kanton [ ]

[ ] (Einrichtungsnr. [ ] ) im Kanton [ ]

### 1.3 Voraussetzungen für die Gültigkeit des Vertrags

Ein Anspruch auf Beiträge der IV nach diesem Vertrag besteht nur, wenn:

- die Beiträge nach Art. 73 IVG an alle Institutionen, welche nach der Bedarfsplanung des Kantons XY vom..... Invalide im Suchtbereich betreuen, gestützt auf einen Leistungsvertrag mit dem BSV im Sinne von Art. 107bis entrichtet werden;
- der Kanton XY sich gegenüber dem BSV im Sinne von Art. 107<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV verpflichtet, die von der IV gestützt auf den vorliegenden Leistungsvertrag voraussichtlich zu entrichtenden Beiträge vorschussweise an die Institutionen auszubezahlen und sich diese Verpflichtung auf alle übrigen Institutionen im Kanton XY bezieht, welche nach der Bedarfsplanung des Kantons XY vom..... Invalide im Suchtbereich betreuen;
- der Kanton XY mit allen in Buchstabe b erwähnten Institutionen schriftliche Leistungsverträge abgeschlossen hat, welche folgende Punkte enthalten müssen:
  - Eine Vereinbarung über die dem Kanton von den Institutionen für die betreuten Personen in Rechnung gestellten Tarife. Diese Tarife schliessen allfällige Beiträge der IV mit ein (vgl Ziff. 3.1 Abs. 1 und 2);
  - Eine Vereinbarung über den Zahlungsverkehr zwischen dem Kanton und den Institutionen;
  - Die Verpflichtung des Kantons, die von den Institutionen ihm in Rechnung gestellten Tarife unabhängig von einer Feststellung des BSV über einen Anspruch auf Beiträge der IV zu bezahlen.

Die Leistungsverträge nach Absatz 1 Buchstabe c sind vor dem Inkrafttreten des vorliegenden Leistungsvertrags abzuschliessen und dem BSV zur Kenntnis zu bringen. Sie können auch Bereiche regeln, die in Absatz 1 Buchstabe c nicht erwähnt sind.

### 1.4 Grundlagen der Trägerschaft

Für die Trägerschaft und die von ihr betriebenen, in Ziff. 1.2 erwähnten Institutionen sind folgende im Anhang zu diesem Vertrag beigelegte Grundlagen massgebend:

- Statuten vom [ ] /Stiftungsurkunde vom [ ] (sofern privatrechtliche Trägerschaft) resp. gesetzliche Basis/Regierungsratsbeschluss u.ä. (sofern öffentlich-rechtliche Trägerschaft).
- Leitbild vom [ ] .
- Betriebs- und Betreuungskonzept(e) vom [ ] .
- Institutionsprofil gemäss FiSu vom [ ] .
- Zertifikat BSV/IV-2000; das erneuerte Zertifikat wird termingerecht beim BSV eingereicht.

<sup>6</sup> Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (SR 831.201).

<sup>7</sup> BG über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (SR 831.20).

<sup>8</sup> Dieser Absatz bezieht sich auf den seltenen Fall, da eine Trägerschaft in mehreren Kantonen Institutionen führt und die Abrechnung sinnvollerweise nur über einen einzigen Kanton abgewickelt werden soll.



## 1.5 Bedarfsnachweis

In der vom BSV genehmigten Bedarfsplanung (2. Planungsperiode 2001–2003) des Kantons  für die Jahre 2001 und 2003 ist folgendes Platzangebot vorgesehen:

Institution	Anzahl Plätze 2001	Anzahl Plätze 2003

Für die Anzahl Plätze im Jahr 2004 und 2005 ist die genehmigte Bedarfsplanung der 3. Planungsperiode 2004–2006 massgebend. Die Institution veranlasst die entsprechende Meldung an das BSV durch den Kanton bis Ende Mai 2004.

## 1.6 Zielgruppen

Die Zielgruppen gehen aus dem Betriebs- und Betreuungskonzept hervor.

## 2 Leistungen der Trägerschaft

### 2.1 Quantitatives Angebot

Die Institutionen weisen folgendes Platzangebot auf (Angaben getrennt pro Institution; falls sich die Platzzahlen während der Vertragsdauer ändern, Angaben für jedes Jahr separat):

Eckdaten 2003–2005

■ Anzahl Plätze gemäss vom BSV bewilligter kantonaler Bedarfsplanung	
Davon	
– Anzahl Plätze mit integrierter Beschäftigung	
– Anzahl reine Wohnheimplätze	
– Anzahl Beschäftigungsplätze für Externe	
■ Anzahl Plätze ausschliesslich für nicht invalide Betreute	
■ Anzahl Plätze total	
■ Anzahl Öffnungstage	
■ Betreuungsverhältnis	

Die der IV maximal verrechenbare Leistungsmenge, gemessen in Aufenthaltstagen, ergibt sich aus der Multiplikation der in der Bedarfsplanung enthaltenen Plätze mit der Anzahl der Öffnungstage. Dieser Wert darf im Jahresdurchschnitt nicht überschritten werden.

Das Betreuungsverhältnis ergibt sich aus dem Total der effektiven Aufenthaltstage der betreuten Personen dividiert durch die Anzahl Betreuungstage des Personals. Die Betreuungstage des Personals berechnen sich aus der Anzahl Stellen für die direkte Betreuung und Beschäftigung der Behinderten multipliziert mit 220 Tagen (Hausdienst, Leitung und Verwaltung, Küche u.ä. gelten nicht als Betreuungsstellen). Werden Personen nur teilweise in der Betreuung eingesetzt, so sind deren Stellen anteilmässig entsprechend dem im Pflichtenheft oder Stellenbeschrieb festgehaltenen Betreuungsanteil zu berücksichtigen.

### 2.2 Qualitative Leistung und Zielsetzung

Leistungserbringung und Wirkungsziele richten sich nach den vom Eidg. Departement des Innern herausgegebenen Richtlinien über die Rahmenbedingungen in Suchtinstitutionen und Empfehlungen über die Tarife zur Finanzierung von stationären Suchttherapien (Empfehlungen FiSu).

### 2.3 Qualitätssicherung

Eine systematische Qualitätssicherung gemäss den Kriterien BSV/IV-2000 ist in allen Bereichen eingeführt, wird eingehalten, jährlich überprüft und alle drei Jahre durch eine durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle (SAS) akkreditierte Stelle zertifiziert.

## 3 Beitrag der IV

### 3.1 Beitragshöhe

Die mit dem Kanton vereinbarte Leistungspauschale für die Leistungserbringung gemäss Institutionsprofil beträgt Fr. [REDACTED] pro betreute Person. Sie berücksichtigt die Empfehlungen FiSu. Bei vorzeitigem Austritt der betreuten Person wird die Pauschale gemäss den Rahmenbedingungen der Empfehlungen FiSu entsprechend gekürzt.

Der Anteil der IV an der Pauschale beträgt für jede invalide Person (Verfügung IV-Stelle) Fr. [REDACTED]. Bei vorzeitigem Austritt der betreuten Person wird der IV-Anteil analog der Pauschale gekürzt.

Für Personen, deren Invalidität nicht durch eine IV-Stelle bestätigt ist, wird kein Beitrag der IV ausgerichtet.

Wird die Pauschale aufgrund neuer Empfehlungen FiSu während der Vertragsdauer geändert, wird der Vertrag angepasst und der Anteil der IV neu festgelegt.

Die Pauschale basiert auf dem Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) von 101,3 Punkten (Stand Jahresdurchschnitt 2001 auf der Basis Mai 2000 = 100). Bei der definitiven Abrechnung des Beitrags wird jeweils die Veränderung des Jahresdurchschnitts des LIK berücksichtigt.<sup>9</sup>

### 3.2 Auszahlung der Beiträge

Die in Ziff. 1.2 erwähnten Institutionen haben Anspruch auf die Beiträge der IV gemäss Ziff. 3.1. Die Trägerschaft ist damit einverstanden, dass das BSV die Beiträge der IV für alle von den Institutionen betreuten invaliden Personen mit dem Kanton XY abrechnet und diesem ausbezahlt.

Die Institutionen erhalten für die von ihnen betreuten Personen die in den Tarifvereinbarungen mit den Wohnsitzkantonen vereinbarten Leistungspauschalen. Diese Pauschalen schliessen die Beiträge der IV mit ein. Die Wohnsitzkantone vereinbaren mit den Institutionen den Zahlungsverkehr. Das BSV haftet nicht für allfällige Unstimmigkeiten, die sich aus diesem Zahlungsverkehr ergeben.

Der Kanton XY leitet die Beiträge der IV für die von den Institutionen betreuten invaliden Personen mit Wohnsitz in einem anderen Kanton an den Wohnsitzkanton weiter.

Die Institutionen weisen die Beiträge der IV zusammen mit der Jahresrechnung aus.

Die Institutionen verpflichten sich, dem Kanton XY die für die Rechnungsstellung an das BSV notwendigen Unterlagen pro halbes Jahr jeweils bis Ende Februar und Ende August zu liefern. Dies sind namentlich:

- Trägerschafts-, Einrichtungsnummer, Name und Ort der Institution;
- Namen und AHV-Nummer von allen in der Institution betreuten KlientInnen (bei invaliden KlientInnen mit Angabe des Datums der zusprechenden Verfügung der IV-Stelle und Bezeichnung der IV-Stelle);
- Die pro KlientIn mit Anspruch auf IV-Leistungen im betreffenden Halbjahr erfolgten Ratenzahlungen seitens des Kantons oder Wohnsitzkantons;
- Ein- und Austrittsdatum der KlientInnen sowie deren Anzahl Aufenthaltstage und Wohnsitzkanton.

<sup>9</sup> Unter dem Vorbehalt, dass das EDI einer Teuerungsklausel zustimmt.

Hat die Institution Kenntnis erhalten von Verfügungen einer IV-Stelle, mit welcher für von ihr betreute KlientInnen eine Invalidität rückwirkend anerkannt worden ist, liefert sie dem Kanton XY die unter Absatz 5 erwähnten Angaben auch für frühere Abrechnungsperioden. Diese Angaben sind von jenen zur laufenden Abrechnungsperiode zu trennen.

Das BSV prüft den Anspruch auf Beiträge der IV gestützt auf die Angaben des Kantons und der mit dem Kanton getroffenen Vereinbarung.

## 4 Berichtsdaten

Die Institutionen reichen dem Kanton, z.H. des BSV, die folgenden Berichtsdaten der Jahre 2003, 2004 bzw. 2005 bis spätestens Ende Februar 2004, 2005 bzw. 2006 ein:

- Anzahl Plätze im Berichtsjahr (getrennt nach Wohnen mit integrierter Beschäftigung, Wohnen ohne Beschäftigung, Tagesstätte, Werkstätte, Plätze für Nichtbehinderte);
- Anzahl Öffnungstage;
- Betriebsrechnung mit Bilanz und Revisionsbericht;
- Jahresbericht;
- Gültiges BSV/IV-2000 Zertifikat (sofern nicht bereits beim BSV)
- Angaben zum Personal (Anzahl der für Betreuung und Beschäftigung eingesetzten Stellen gemäss Ziffer 2.1 Abs. 3, Anzahl Betreuungstage, Ausbildung des Betreuungspersonals)

## 5 Konzeptänderungen und Anpassungen

Folgende Änderungen können erst vorgenommen werden, nachdem sie vom Kanton und vom BSV genehmigt wurden:

- Änderung in den Grundlagen der Trägerschaft (z.B. Statutenanpassungen, Trennung und Fusion von Trägerschaften);
- Änderung der Öffnungstage;
- Änderung der räumlichen Verhältnisse, sofern Bau- und/oder Einrichtungsbeiträge der IV betroffen sind;
- Änderungen in der Klientel oder im Dienstleistungsangebot, die eine Neuprofilierung bedingen.

Änderungen im Platzangebot müssen entsprechend dem Kreisschreiben zur Bedarfsplanung für Werkstätten und Wohnheime/Tagesstätten gültig per 1. Januar 2003 dem BSV über den Kanton gemeldet werden. Sie können erst vorgenommen werden, nachdem sie vom BSV genehmigt wurden.

Eine allfällige Anpassung des Vertrags erfolgt im Rahmen der Genehmigung obgenannter Änderungen durch das BSV.

## 6 Vorgehen bei Nichterbringen der Leistung

Kann die Trägerschaft die in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen nicht oder nicht mehr in vollem Umfang erbringen, teilt sie dies dem BSV unverzüglich mit und unterbreitet einen Vorschlag zur Wiederherstellung des vertraglich vereinbarten Zustands oder für eine Änderung der Leistungsvereinbarung. Können die Leistungen innert einer angemessenen Frist nicht erbracht werden, kann das BSV die Beiträge der IV verweigern oder kürzen und eine Anpassung der Vereinbarung an die geänderte Verhältnisse verlangen.

## 7 Rechtsweg

Können sich die Parteien über die Auslegung dieses Vertrags oder über den Anspruch und die Höhe der Beiträge der IV nicht einigen, trifft das BSV zur strittigen Frage eine beschwerdefähige Verfügung.

Eine Verfügung über die Ausrichtung von Beiträgen der IV ist der Institution und jenen Kantonen zu eröffnen, welche die Beiträge vorschussweise entrichtet haben.

### 8 Dauer und vorzeitige Auflösung des Vertrags

Der Vertrag tritt am 1.1.2003 in Kraft und endet am 31.12.2005.

Er fällt vorzeitig dahin, wenn eine der in Ziff. 1.3 erwähnten Voraussetzungen für die Gültigkeit des Vertrags nicht mehr erfüllt ist.

#### Unterschriftenblatt

Bern, den [Redacted]

Bundesamt für Sozialversicherung  
Geschäftsfeld Invalidenversicherung  
Bereich Werkstätten, Wohnheime und Organisationen

Dr. Dorothea Zeltner, Bereichsleiterin (Vorname, Name)

[Redacted], den [Redacted]

(Trägerschaft)

(Vorname, Name, Funktion)

(Vorname, Name, Funktion)

Anhang (Dokumente gemäss Ziffer 1.4):

Statuten vom <Datum>/Stiftungsurkunde vom <Datum> (sofern privatrechtliche Trägerschaft)

resp. gesetzliche Basis/Regierungsratsbeschluss u.ä. (sofern öffentlich-rechtliche Trägerschaft)

Leitbild vom <Datum>

Betriebs- und Betreuungskonzept(e) vom <Datum>

Institutionsprofil gemäss FiSu vom <Datum>

Zertifikat BSV/IV-2000 vom <Datum>

## 9.5 Kontenpläne/Manual

### Kostenrechnung für Suchtinstitutionen

#### FiSu-FiDé

Roger Rossier, Rovedyma AG, Grenchen

Unter Mitwirkung der «Arbeitsgruppe Kostenrechnung»

- Therese Laubscher
- Ernst Haueter
- Paul Oechslin
- Michel Niquille
- Nicolas Amherd
- Thomas Egli

### 9.5.1 Einleitung

#### *Ausgangslage*

Der Bundesrat hat eine Änderung der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beschlossen. Diese ermöglicht einerseits die Einführung eines neuen Finanzierungsmodells in Form von Leistungsverträgen. Neu sollen Suchtinstitutionen für jede betreute Person je nach angebotenen Leistungspaket eine Pauschale erhalten, welche durch den Kanton ausgerichtet wird. Dieses neue Finanzierungsmodell wurde von der Koordinationsgruppe «Finanzierung stationäre Suchttherapie (FiSu)» unter der Leitung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit den Kantonen und Institutionen ausgearbeitet. Die Beiträge stammen aus folgenden Quellen:

- Fürsorge/Vorsorge/Sozialhilfe (Kanton und Gemeinden).
- Justiz- und Massnahmenvollzug.
- Invalidenversicherung (sofern Invalidität oder unmittelbar drohende Invalidität anerkannt wird).
- Krankenversicherung (bei ärztlichen oder ärztlich verordneten Leistungen).
- Rückgriff auf KlientIn bzw. dessen/deren Familie.
- Spenden.
- Erlös der Institutionen aus dem Verkauf eigener Produkte und Dienstleistungen.

Das neue Finanzierungsmodell sieht vor, dass die Suchtinstitutionen ihre Kosten und Leistungen mittels einer einheitlichen Kostenrechnung und einer Leistungsstatistik ausweisen.

#### *Grundlagen*

Ergebnisse der Arbeitsgruppe FiSu und bereits existierende Kostenrechnungen für Pflegeheime (Heimverband Schweiz, H+, Spitäler der Schweiz).

#### *Problematik*

Das Modell enthält nur die von allen Suchtinstitutionen einzuführenden minimalen Vorgaben. Grössere Institutionen mit besonderen Gegebenheiten können das Modell erweitern und auf ihre Bedürfnisse anpassen.

### 9.5.2 Ziele und Grenzen der Kostenrechnung für Suchtinstitutionen

#### *Einordnung*

Das primäre Ziel der Kostenrechnung ergibt sich aus der Vorgabe, dass die Suchtinstitutionen, gestützt auf Leistungsverträgen, für jede betreute Person je nach angebotenen Leistungspaket eine Pauschale erhalten sollen. Die bisher ausbezahlten pauschalen Kollektivbeiträge gemäss Art. 73 IVG an Suchtinstitutionen der stationären Suchtrehabilitation fallen weg.

Andererseits ist die Kostenrechnung auch ein betriebsinternes Führungsinstrument. Sie stellt einen Teil der zur Wahrnehmung der unternehmerischen Steuerungsfunktionen (Planung, Entscheidung, Umsetzung und Kontrolle) nötigen Informationen zur Verfügung.

#### *Grenzen der Kostenrechnung*

Als Mindestanforderung schreibt die FiSu eine *Kostenstellenrechnung* vor. Eine Kostenträgerrechnung wird nicht verlangt.

Institutionen, die bereits eine Kostenträgerrechnung eingeführt haben, können diese weiterführen. In diesem Fall ist es sinnvoll, die FiSu-Arbeitsfelder als Kostenträger zu führen.

Betriebe mit gemischten Angeboten (FiSu- und Nicht-FiSu-Dienstleistungen), die noch keine Kostenträgerrechnung besitzen, müssen nur für den FiSu-Teil eine Kostenstellenrechnung führen.

Einführung und Ausbaustandard der Kostenstellenrechnung finden Sie im Kapitel 6 «Systemwahl und Systembau».

## 9.5.3 Aufbau des Kostenstellenplans

Die Finanzbuchhaltung beschränkt sich auf die Darstellung von Bilanz und Erfolgsrechnung. Damit das neue Finanzierungsmodell zum Tragen kommt, muss auch bekannt sein, wo Kosten und Leistungen anfallen. Damit diese Frage beantwortet werden kann, muss eine Kostenstellenrechnung geführt werden.

Die Kostenstelle ist eine Organisations- und Abrechnungseinheit. Sie beantwortet die Frage, «wo die Kosten und Leistungen anfallen».

### Die vier Hauptkostenstellen

Die FiSu definiert vier Hauptkostenstellen. Diese sind als verbindliche Grobstruktur vorgegeben:

Nummer der Hauptkostenstelle	1000	2000	3000	4000
Bezeichnung der Hauptkostenstelle	Primärgruppe	Bildung	Arbeit	Freizeit

Die vier Hauptkostenstellen sind identisch mit den vier Arbeitsfeldern des neuen Finanzierungsmodells und besitzen immer eine vierstellige Nummer.

### Umschreibung der vier Hauptkostenstellen (Arbeitsfelder)

#### 1000 Primärgruppe

- Massnahmen zur Förderung der Alltagskompetenzen und Integrationsfähigkeiten
- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Betreuung
- Medizinische Versorgung
- Selbstständigkeit im Tagesablauf fördern
- Geborgenheit
- Regeln des Zusammenlebens
- Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit
- Umgang mit Geld
- Übernahme von Selbst- und Fremdverantwortung

#### 2000 Bildung (und Schule)

- Schulische und berufliche Abklärung
- Schulische Defizite aufarbeiten
- Berufsausbildung
- Durchführung von institutionseigenen bzw. Zugang zu externen Lehrgängen
- Prüfungsvorbereitung
- KlientInnenbezogene Vernetzung mit Fachstellen und Behörden

#### 3000 Arbeit (und Beruf)

- Schaffung einer realitätsbezogenen Arbeitssituation
- Arbeitszeiten, Terminmanagement
- Beständigkeit in Arbeitsprozessen fördern
- Fähigkeiten zur Stellensuche, Zugang zum Arbeitsmarkt
- Einbindung in ein Lohnsystem
- KlientInnenbezogene Vernetzung mit Fachstellen und Behörden

*4000 Freizeit*

- Altersspezifische Freizeitgestaltung
- Zeitliche Strukturierung der Freizeit
- Kontinuität
- Einzel- und Gruppenaktivitäten
- Aktivitäten im musisch-kreativen, sportlichen und kulturellen Bereich

*Was tun, wenn die Zuteilung nicht klar und eindeutig ist?*

Tätigkeiten, die nicht eindeutig zugewiesen werden können, sollen immer der Hauptkostenstelle «1000 Primärgruppe» zugeordnet werden.

*Die Hilfskostenstellen*

*Folgende Hilfskostenstellen sind in der Kostenrechnung vorgesehen:*

Nummernbereich

(3-stellige Nummern)

- 100–199 Gebäude, Energie, Technik
- 200–299 Fahrzeuge, Transporte
- 300–399 Leitung, Verwaltung
- 400–499 Werkstätten, Produktion
- 500–599 Verpflegungsdienst, Hauswirtschaft, Wäscherei
- 600–999 freie Verwendung

*Umschreibung der Hilfskostenstellen*

<b>Nr.</b> <small>(als Vorschlag gedacht)</small>	<b>Bezeichnung der Hilfskostenstelle</b>	<b>Zuweisung der folgenden Kosten</b>
100	Gebäude	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Unterhalts- und Reparaturarbeiten</li> <li>■ Abschreibungen auf Liegenschaft</li> <li>■ Zinskosten</li> <li>■ Gebäudeversicherungsprämien</li> <li>■ Kosten für Kapitalzinsen</li> <li>■ Baurechtszinsen</li> </ul>
110	Energie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Energiekosten</li> <li>■ Wasser</li> <li>■ Abwasser</li> </ul>
120	Technischer Dienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lohn technische Dienste</li> <li>■ Sozialleistungen</li> <li>■ Honorare für Leistungen Dritter</li> <li>■ Lohnnebenkosten</li> <li>■ Abwart/Hauswartung</li> <li>■ Gartenunterhalt</li> <li>■ Umgebungsarbeiten</li> <li>■ Elektrische Installationen</li> <li>■ Sanitäre Installationen</li> <li>■ Lüftungs- und heizungstechnische Installationen</li> <li>■ Werterhaltende Unterhalts- und Reparaturarbeiten</li> <li>■ Werkstattmaterial</li> <li>■ Werkzeuge</li> <li>■ Kosten für Kapitalzinsen</li> </ul>



Nr. (als Vorschlag gedacht)	Bezeichnung der Hilfskostenstelle	Zuweisung der folgenden Kosten
200	Fahrzeuge/Transporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lohn Ökonomie und Hausdienst</li> <li>■ Sozialleistungen</li> <li>■ Honorare für Leistungen Dritter</li> <li>■ Lohnnebenkosten</li> <li>■ Personentransport</li> <li>■ Transport von Gütern</li> <li>■ Unterhalts- und Reparaturarbeiten der dazu notwendigen Infrastruktur sowie deren Abschreibungen</li> <li>■ Treibstoff</li> <li>■ Fahrzeug- und Haftpflichtversicherungen</li> <li>■ Motorfahrzeugsteuern</li> <li>■ Parkkosten</li> <li>■ Kosten für Kapitalzinsen</li> </ul>
300	Leitung/Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lohn Verwaltung</li> <li>■ Sozialleistungen</li> <li>■ Honorare für Leistungen Dritter</li> <li>■ Lohnnebenkosten</li> <li>■ Entschädigung Aufsichtsinstanzen</li> <li>■ Büro- und Verwaltungskosten</li> <li>■ Aus-, Fort- und Weiterbildung</li> <li>■ Kosten für Kapitalzinsen</li> </ul>
400	Werkstatt/ Produktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lohn Werkstattpersonal</li> <li>■ Sozialleistungen</li> <li>■ Honorare für Leistungen Dritter</li> <li>■ Lohnnebenkosten</li> <li>■ Werkstattmaterial</li> <li>■ Werkzeuge</li> <li>■ Kosten für Kapitalzinsen</li> </ul>
500	Verpflegungsdienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lohn Verpflegungspersonal</li> <li>■ Sozialleistungen</li> <li>■ Honorare für Leistungen Dritter</li> <li>■ Lohnnebenkosten</li> <li>■ Lebensmittel/Getränke</li> <li>■ Kosten für Kapitalzinsen</li> </ul>
510	Hauswirtschaft	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lohn Hauswirtschaftspersonal</li> <li>■ Sozialleistungen</li> <li>■ Honorare für Leistungen Dritter</li> <li>■ Lohnnebenkosten</li> <li>■ Materialaufwand</li> <li>■ Kosten für Kapitalzinsen</li> </ul>
520	Wäscherei	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lohn Wäschedienstpersonal</li> <li>■ Sozialleistungen</li> <li>■ Honorare für Leistungen Dritter</li> <li>■ Lohnnebenkosten</li> <li>■ Materialaufwand</li> </ul>

#### 9.5.4 Umlage auf Ebene Kostenstellenrechnung

Als Umlage bezeichnet man die Zuordnung der Infrastrukturkosten von einer Hilfskostenstelle auf andere Hilfskostenstellen und von den Hilfskostenstellen auf die Hauptkostenstellen (FiSu-Arbeitsfelder).

FiSu unterscheidet zwei Arten von Umlagen: In einem ersten Schritt werden die Umlagen und Rück-Umlagen unter Hilfskostenstellen und in einem zweiten Schritt die Umlagen auf die nachfolgenden Hauptkostenstellen vorgenommen.

##### *Umlage Personalkosten*

Die Personalkosten bilden den grössten Kostenfaktor. Zu einer sachgerechten Kostenumlage ist eine möglichst weitgehende Zuweisung der Lohnkosten erforderlich.

*Vorgehen Umlage Lohnkosten ohne Sozialleistungen:*

##### ■ Stellenbeschreibungen

Der grösste Aufwandsposten sind die Personalkosten. Als Basis zur Kostenstellenrechnung muss zwingend für jede Funktion eine Stellenbeschreibung vorliegen. Bei multifunktionalen Stellen müssen für die einzelnen Arbeiten die Stellenprozente ermittelt werden.

Anhand der Stellenbeschreibungen werden die Lohnkosten direkt den einzelnen Kostenstellen zugewiesen.

##### ■ Arbeitsrapporte zur Quantifizierung der Umlageschlüssel

Können bei einer multifunktionalen Aufgabe die Stellenprozente nicht auf die einzelnen FiSu-Arbeitsfelder verteilt werden, wird folgendes Vorgehen vorgeschlagen:

Diese Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen führen während 2 Monaten pro Jahr einen Arbeitsrapport. Mit diesen Arbeitsrapporten können die Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenstunden den einzelnen Kostenstellen zugeordnet werden. Als kleinste Zeiteinheit beim Ausfüllen der Arbeitsrapporte gilt 0,25 Stunden (15 Minuten). Details zum Vorgehen finden Sie unter Ziffer 7.3/Anhang 3.

*Vorgehen Umlage Sozialleistungen und Personalnebenkosten:*

- Zur Ermittlung der Sozialleistungen wird pro Kostenstelle ein pauschaler Umrechnungsfaktor benutzt. Dieser besteht aus den gesamten Sozialleistungen des Arbeitgebers in Prozenten der Bruttolohnsumme. Die Sozialleistungen werden im Verhältnis der bereits umgelegten Bruttolohnsumme auf die einzelnen Kostenstellen umgelegt.

##### *Umlageschlüssel Hilfskostenstellen*

Man unterscheidet zwei Arten von Umlagen:

1. Schritt: Rück-Umlagen unter Hilfskostenstellen
2. Schritt: Umlagen auf Hilfs- und Hauptkostenstellen

Umlagen sind zwingend vorzunehmen.

*Empfehlung zur Anwendung der Umlageschlüssel:*

*Hilfskostenstelle Gebäude (Kostenstellenbereich 100–199)*

Vorgehen:

Erfassung der Raumdaten (m<sup>2</sup> pro Räume)

Aufteilung der Raumdaten in folgende fünf Grundraumtypen:

- Typ 1 Büro
- Typ 2 Wohn-, Schlaf-, Therapie- und Freizeiträume
- Typ 3 Werkstatt
- Typ 4 Lager, Keller, Garage
- Typ 5 genutzte Aussenfläche für Werkstatt und Freizeit

Die Nebennutzflächen (Korridore etc.) werden den Grundraumtypen 1 bis 4 anteilmässig zugeschlagen.

FiSu überprüft und kommuniziert periodisch die Kosten (Fr. pro m<sup>2</sup>) je Grundraumtyp. Per 01.07.2003 betragen die Kosten:

- |                                    |           |
|------------------------------------|-----------|
| ■ Typ 1 Büro                       | Fr. 240.– |
| ■ Typ 2 Wohn-/Schlaf-/Freizeitraum | Fr. 200.– |
| ■ Typ 3 Werkstatt                  | Fr. 180.– |
| ■ Typ 4 Lager/Keller/Garage        | Fr. 80.–  |
| ■ Typ 5 genutzte Aussenflächen     | Fr. 30.–  |

FiSu überprüft und kommuniziert periodisch, wie hoch der Mietzinskostenanteil pro betreute Person maximal sein darf.

Je nach Entwicklung der Mietzinssituation in der Schweiz kann FiSu nach Regionen unterteilte m<sup>2</sup>-Preise festlegen. Zur Festsetzung dieser m<sup>2</sup>-Preise stützt sich FiSu auf den schweizerischen Baukostenindex.

Bei Institutionen, die Liegenschaften kostenlos benutzen dürfen, ist es den Kantonen freigestellt, ob diese Einrichtungen die kalkulatorischen Liegenschaftskosten in der Kostenstellenrechnung berücksichtigen dürfen.

*Hilfskostenstelle Energie (Kostenstellenbereich 100–199)*

Vorgehen: Folgende Varianten sind möglich

- Umlage nach Fläche (gemäss 4.1.1)
- Umlage nach m<sup>3</sup>
- Umlage nach Wärmezähler
- Gemischte Lösung

*Hilfskostenstelle Technischer Betrieb (Kostenstellenbereich 100–199)*

Vorgehen: Folgende Varianten sind möglich

- Umlage nach Fläche (gemäss 4.1.1)
- Umlagen nach m<sup>3</sup>
- Umlage nach Arbeitsrapporten (sofern vorhanden)
- Gemischte Lösung

*Hilfskostenstellen Fahrzeuge/Transporte (Kostenstellenbereich 200–299)*

Vorgehen: Folgende Varianten sind möglich

- Feste Zuteilung der Fahrzeuge auf einzelne Kostenstellen
- Umlage nach km-Rapport
- Umlage nach Zeitrapport

*Hilfskostenstelle Leitung / Verwaltung (Kostenstellenbereich 300–399)*

Vorgehen: Folgende Varianten sind möglich

- im Verhältnis (prozentual) der übrigen Personalkosten
- nach Arbeitsrapporten (Stundenaufwand)

*Hilfskostenstelle Werkstatt / Produktion (Kostenstellenbereich 400–499)*

Vorgehen: Folgende Varianten sind möglich

- im Verhältnis (prozentual) der übrigen Personalkosten
- nach Arbeitsrapporten (Stundenaufwand)

*Hilfskostenstelle Verpflegung (Kostenstellenbereich 500–599)*

Vorgehen: Folgende Varianten sind möglich

- im Verhältnis (prozentual) der übrigen Personalkosten
- gemäss Bezüge (Anzahl Personen-Tage pro Kostenstelle)

*Hilfskostenstelle Hauswirtschaft (Kostenstellenbereich 500–599)*

Vorgehen: Folgende Varianten sind möglich

- im Verhältnis (prozentual) der übrigen Personalkosten
- nach Arbeitsrapporten (Stundenaufwand)

*Hilfskostenstelle Wäscherei (Kostenstellenbereich 500–599)*

Vorgehen: Folgende Varianten sind möglich

- im Verhältnis (prozentual) der übrigen Personalkosten
- im Verhältnis des Wäscheverbrauchs in kg
- gemäss periodischer Erhebung
- gemäss Personen-Tage pro Kostenstelle

**9.5.5 Hinweise zur Einführung der Kostenstellenrechnung***Definition des eigenen Kostenstellenplans*

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, seinen Kostenstellenplan zu bestimmen:

- Die Leitung der Institution richtet einen Kostenstellenplan gemäss den Minimalanforderungen von FiSu ein.
- Die Leitung der Institution erarbeitet mit dem Kader einen Vorschlag «Kostenstellenplan».

*Andere Kontenrahmen*

FiSu schreibt nicht vor, welcher Kontenrahmen in der Finanzbuchhaltung anzuwenden ist. FiSu schreibt nur eine Minimalanforderung an die Kostenstellenrechnung vor (vgl. Ziffer 9.5.3).

*Kontierung*

Die Kontierung der Kosten wird dort verbucht, wo die Kosten zur Leistungserbringung dienen.

Beispiel: Waschpulver wird der Wäscherei belastet, da dieses dort zum Waschen der Wäsche benötigt wird. Es werden keine einzelnen Bleistifte verrechnet, weil diese grundsätzlich zur Büroarbeit benötigt werden. Bleistifte werden der einkaufenden Stelle «Verwaltung» angelastet, weil sie dort eingekauft werden.

## Aufbau Umlagestamm

Die Umlagen, mittels derer die Nettokosten einer Hilfskostenstelle auf Hilfs- und Hauptkostenstellen umgelagert werden, sind mit Bezugsgrössen zu verstehen. Dies bedeutet, dass zum Beispiel die Quadratmeter der Liegenschaft den Kostenstellen zuzuteilen sind (vgl. Ziffer 9.5.4).

### Checkliste zum Vorgehen bei der Einführung

Nr.	Aktivität	Erledigt
1	Informationen einholen	
2	Entscheidung zur Verarbeitungsform (statisch = Ende Jahr Übertrag auf Excel-Tabelle) (dynamisch = EDV-Lösung mit integrierter Kostenstellenrechnung)	
3	Offerteneinholung und Ankauf entsprechender Software bzw. Beschaffung der Excel-Auswertungstabelle nach FiSu	
4	Abklären, was können wir mit eigenen Ressourcen abdecken?	
5	Orientierung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen	
6	Sicherstellen, dass der Kontenplan den FiSu-Anforderungen entspricht und eine richtige Verarbeitung ermöglicht.	
7	Betrieblichen Kostenstellenplan erstellen bzw. anpassen nach FiSu	
8	Anpassungen bei den Hilfsbuchhaltungen vornehmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ pro MitarbeiterIn die Stammdaten bezüglich Finanzbuchhaltungskonto und Kostenstelle anpassen (Stellenbeschreibung erstellen; Zuteilung gemäss Stellenbeschreibung)</li> <li>■ Lohnarten den Kostenstellen zuweisen</li> <li>■ Festlegen, wie die Sozialleistungen aufgeteilt werden</li> <li>■ Zuteilung der Erträge auf die Kostenstellen</li> </ul>	
9	Personal schulen, Verständnis zur Verarbeitung mit Kostenstellen wecken und fördern	
10	Mitarbeitende, die kontieren, in die Materie speziell einführen. Kontierungsstempel mit Kostenstellenvermerk ergänzen.	
11	Evtl. Fakturierung anpassen	
12	Einrichten der Umlageschlüssel planen und umsetzen	
13	Nach einem Monat wird die Abrechnung der Hilfskostenstellen mittels Umlageschlüssel in die Hilfs- und Hauptkostenstellen getestet und kontrolliert.	
14	Nach Abschluss des ersten verarbeiteten Geschäftsjahres soll die Aufbau- und Ablauforganisation «Kostenrechnung» überprüft und Verbesserungsmaßnahmen beschlossen und durchgeführt werden.	
15	Wahl einer Revisionsstelle gemäss Anforderungen FiSu	

### Anforderungen an die Revisionsstelle

Für die Revisionsstelle gelten grundsätzlich die Bestimmungen gemäss Art. OR 727 bis OR Art. 731. Im Einzelnen prüft sie

- ob die Buchführung und die Jahresrechnung mit Anhang den Grundsätzen der ordnungsgemässen Rechnungslegung entsprechen,
- ob die Jahresrechnung so aufgestellt ist, dass die Vermögens- und Ertragslage der Gesellschaft möglichst zuverlässig beurteilt werden kann und ob sie die dazu nötigen Angaben enthält,
- ob die Gliederung den Mindestvorschriften entspricht,

- ob die Bewertung den gesetzlichen Vorschriften entspricht,
- ob der Antrag über die Verwendung des Bilanzergebnisses Gesetz und Statuten entspricht,
- ob die Abrechnung FiSu den Anforderungen gemäss Handbuch Kostenrechnung FiSu entspricht.

Die Revisionsstelle bestätigt in ihrem Bericht ausdrücklich die Einhaltung der Vorgaben FiSu in Bezug auf die Gestaltung der Jahres- und Kostenstellenrechnung.

Jahresrechnung, Bilanz und Betriebsrechnung müssen auch die Vorjahreszahlen enthalten.

Im Anhang zum Revisionsbericht ist auch das namentliche Verzeichnis der Organe mit Hinweis zur Unterschriftsberechtigung aufzuführen.

Ferner sind im Anhang die Vermögensanlagen aufzuführen (Depotauszüge mit Bestätigung der Bank, dass die Werte sowohl während des Jahres als auch per Stichtag weder verpfändet noch sonst irgendwie belastet waren).

### 9.5.6 Systemwahl und Systemaufbau

*Variante 1 (= statische Lösung, Institution besitzt nur eine FIBU)*

*Manuelles Übertragen der relevanten Konten aus der FIBU auf ein standardisiertes Auswertungssystem auf Excel-Basis*

Diese Variante eignet sich für kleine Institutionen. Ist die Finanzbuchhaltung korrekt aufgebaut, hat sie oft genügend Aussagekraft für die Übertragung der Daten auf ein standardisiertes Auswertungssystem auf Excel-Basis. Damit können diese Einrichtungen mit einem vertretbaren Aufwand den FiSu-Anforderungen Rechnung tragen.

Für solche Institutionen bietet FiSu ein standardisiertes Excel-Produkt an.

*Variante 2*

*EDV-integrierte Kostenstellenrechnung mit manuellem Übertrag in ein Auswertungssystem (Institution besitzt FIBU und Kostenstellenrechnung)*

Für grössere Betriebe genügt eine reine Finanzbuchhaltung nicht mehr. Sie haben aus Transparenzgründen einen höheren Bedarf an intern rasch verfügbaren Daten für Statistik und Betriebsführung. In der Regel besitzen grössere Einrichtungen bereits eine Finanzbuchhaltung mit integrierter Kostenstellenrechnung. In diesem Fall kann das Ergebnis der Kostenstellenrechnung auf eine von FiSu angebotene standardisierte Excel-Tabelle übertragen werden.

*Variante 3*

*EDV-integrierte Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung*

Institutionen mit eingeführter Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung können auch gemäss Variante 2 die Ergebnisse manuell auf eine von FiSu angebotene standardisierte Excel-Tabelle übertragen.

Entsprechen die Kostenträger den FiSu-Arbeitsfeldern und können daraus die Kosten pro betreute Person ermittelt werden, erübrigt sich die Übertragung der Daten auf die von FiSu angebotene Excel-Tabelle.

## Schema Kostenstellenrechnung

Aufwandpositionen aus FIBU	Aufwand gemäss Finanzbuchhaltung	Abgrenzung	Kosten für Betriebsbuchhaltung	Hilfskostenstellen						Hauptkostenstellen			
				100-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	1000	2000	3000	4000
				Gebäude Energie Techn. Dienst	Fahrzeuge, Transporte	Leitung, Verwaltung	Werkstätten, Produktion	Verpflegung, Hauswirtschaft, Wäscherei	Reserve Hilfskostenstellen	Primär-Gruppe	Bildung	Arbeit	Freizeit
Besoldungen	zzz		zzz										
Sozialleistungen	zzz		zzz										
Personalnebenkosten	zzz	-zz	zzz										
Medizinischer Bedarf	zzz		zzz										
Haushaltsaufwand	zzz		zzz										
Unterhalt, Reparaturen	zzz		zzz										
Miete, Leasing	zzz		zzz										
Verwaltungsaufwand	zzz	+zz	zzz										
Abschreibungen	zzz		zzz										
Kapitalkosten	zzz		zzz										
Bruttokosten vor Umlagen	zzz		zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz				
Nebenerlöse			-zzz										
Nettokosten vor Umlagen			zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz				
Umlagen Gebäude (nach m²)				-zzz				+z		+z			+z
Umlagen Fahrzeuge/Transportdienste (km)					-zzz			+z					
Umlagen Leitung Verw. (nach Stellenbeschreibung)						-zzz			+z	+z			
Umlagen Werkstätten/Produktion							-zzz					+z	
Umlagen Verpflegung, Hauswirtschaft, Wäscherei								-zzz			+z		
Umlagen Hilfskostenstellen				+z		+z		+z	-zzz				
Total nach Umlagen 1			zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	zzz	z	z	z	z
Umlagen Gebäude (nach m²)				-zzz						+zz	+zz	+zz	+zz
Umlagen Transportdienst (km)					-zzz					+zz	+zz	+zz	+zz
Umlagen Leitung Verw. (nach Stellenbeschreibung)						-zzz				+zz	+zz	+zz	+zz
Umlagen Werkstätten/Produktion							-zzz			+zz	+zz	+zz	+zz
Umlagen								-zzz		+zz	+zz	+zz	+zz
Umlagen Reinigung									-zzz	+zz	+zz	+zz	+zz
Umlage auf Hauptkostenstellen			0	0	0	0	0	0	0	+zz	+zz	+zz	+zz
Ergebnis Hauptkostenstellen										zzz	zzz	zzz	zzz

Arbeitsrapport zur Quantifizierung der Umlageschlüssel

Mo.:		Di.:		Mi.:		Projekt:	
Do.:		Fr.:		Sa./So.:		Datum:	
KST-Nr.	Mitarb.-Code	Leistungs-Code	Text				Stunden
			Total Stunden				

Legende:

KST-Nr.	Kostenstellen	Code	Leistungen
Hauptkostenstellen:			
1000	Primärgruppe	1	Besprechung, Telefonate
2000	Bildung	2	Administrative Arbeiten
3000	Arbeit	3	Rechnungswesen
4000	Freizeit	4	Personalwesen
		5	Öffentlichkeitsarbeit
Hilfskostenstellen:			
		6	Weiterbildung
...		7	Ferien, Krankheit, Militär, Zivilschutz
		8	...
		9	...
		10	...
		11	...
		12	...
		13	...
		14	...
		15	...



## Kontenübersicht nach Klassen, Gruppen und Detailkonten

### Klasse 1 Aktiven

Gruppe 10	<i>Umlaufvermögen</i>
1000	Kassen
1010	Postcheck
1020	Banken
1040	Wertschriften (leicht realisierbar)
1050	Debitoren (Benützer der Institution)
1055	Guthaben aus Barauslagen für Institutions-Benützer
1060	Übrige Debitoren
1070	Vorräte
1090	Transitorische Aktiven
Gruppe 11	<i>Anlagevermögen</i>
1100	Liegenschaften
1109	Abschreibungs-Bewertungsposten zu Immobilien
1110	Betriebseinrichtungen und Mobilien
1119	Abschreibungs-Bewertungsposten zu Einrichtungen
1120	Fahrzeuge
1129	Abschreibungs-Bewertungsposten zu Fahrzeugen
1130	Wertschriften und andere Finanzanlagen
Gruppe 12	<i>Anlagen Fondsrechnungen</i>
1200–	
1299	Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 15	<i>Aktive Berichtigungsposten</i>
1500	...
1510	Gründungs- und Organisationskosten
1590	Vortrag aus Erfolgsrechnung (Verlust)
Gruppe 19	<i>Aktive Ergänzungsposten</i>
1900	Eventualverbindlichkeiten

### Klasse 2 Passiven

Gruppe 20	<i>Fremdkapital</i>
2000	Lieferantenkreditoren
2010	Übrige Kreditoren
2011	Depotgelder (Institutionsbenützer)
2012	Vorauszahlungen (Institutionsbenützer)
2020	Finanzverbindlichkeiten (Bank)
2040	Defizitbeiträge-Vorauszahlungen
2050	Darlehensschulden
2060	Hypothekarschulden
2080	Rückstellungen
2090	Transitorische Passiven
Gruppe 21	<i>Eigenkapital</i>
2100	Eigenkapital
2120	Reserven (Rücklagen)
2130	Spenden
2190	Vortrag aus Erfolgsrechnung (Gewinn)
Gruppe 22	<i>Fonds- und Stiftungskapitalien</i>
2200–2299	Detailkonten nach Bedarf

Gruppe 29	<i>Passive Berichtigungsposten</i> 2900      Eventualverbindlichkeiten
<b>Klasse 3</b>	<b>Besoldungen und Sozialleistungen</b>
Gruppe 30	<i>Besoldungen Ausbildungspersonal</i> 3000–3099    Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 31	<i>Besoldungen Betreuungspersonal</i> 3100–3199    Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 32	<i>Besoldungen Therapiepersonal</i> 3200–3299    Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 33	<i>Besoldungen Heimleitung und Verwaltungspersonal</i> 3300–3399    Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 34	<i>Besoldungen Ökonomie- und Hausdienstpersonal</i> 3400–3499    Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 35	<i>Besoldungen Personal technische Dienste</i> 3500–3599    Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 36	<i>Besoldungen Personal der Werkstätten/Beschäftigungsstätten</i> 3600–3699    Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 37	<i>Reserve</i>
Gruppe 38	<i>Honorare für Leistungen Dritter (nicht sozialleistungspflichtig)</i> 3800–3899    Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 39	<i>Sozialleistungen</i> 3900      AHV, ALV, FAK 3910      Pensionskassen (BVG) 3920      Unfall- und Krankenversicherung (UVG, KKG) 3990      Übrige Sozialleistungen
<b>Klasse 4</b>	<b>Sachaufwand</b>
Gruppe 40	<i>Medizinischer Bedarf</i> 4000–4099    Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 41	<i>Lebensmittelaufwand</i> 4100      Fleisch, Wurstwaren, Fische, Geflügel 4110      Brot, Backwaren 4120      Milch, Milchprodukte, Eier 4130      Kolonialwaren 4140      Gemüse, Obst 4150      Getränke
Gruppe 42	<i>Haushaltsaufwand</i> 4200      Textilien 4210      Haushaltsartikel 4220      Wasch- und Reinigungsmittel 4250      Hauswirtschaftliche Fremdleistungen

Gruppe 43	<i>Unterhalt und Reparaturen der Immobilien, Mobilien und Fahrzeuge</i>
4300–4309	Unterhalt und Reparaturen Immobilien
4310–4319	Unterhalt und Reparaturen Mobilien
4320–4329	Unterhalt und Betrieb Fahrzeuge
4380	Werkstattmaterial und Werkzeuge
Gruppe 44	<i>Aufwand für Anlagennutzung</i>
4400	Investitionen für Immobilien (direkte Abschreibung)
4410	Investitionen für Mobilien (direkte Abschreibung)
4420	Investitionen für Fahrzeuge (direkte Abschreibung)
4430	Mietzinse
4440	Leasing
4450	Kapitalzinsen
4460	Hypothekarzinsen
4470	Abschreibungen auf Immobilien
4480	Abschreibungen auf Mobilien
4490	Abschreibungen auf Fahrzeugen
Gruppe 45	<i>Aufwand für Energie und Wasser</i>
4500	Strom
4510	Gas
4520	Flüssige Brennstoffe (Heizöl)
4530	Feste Brennstoffe (Holz, Kohle)
4540	Fernheizung
4550	Wasser
Gruppe 46	<i>Aufwand für Schulung und Ausbildung</i>
4600	Schul- und Ausbildungsmaterial
4610	Bastel- und Handfertigkeitsmaterial
4620	Bibliothek
4630	Freizeitgestaltung
4640	Ausflüge und Besichtigungen
4650	Lager
4670	Kleintierhaltung
Gruppe 47	<i>Büro- und Verwaltungsaufwand</i>
4700	Büromaterial, Drucksachen
4710	Telefon, Porti, Postcheckgebühren
4720	Zeitungen, Fachliteratur
4730	Personalsuche
4740	Aus- und Fortbildungsaufwand
4750	Reisespesen
4760	Übriger Personalaufwand
4770	Aufwand für administrative Fremdleistungen
4790	Übriger Büro- und Verwaltungsaufwand
Gruppe 48	<i>Löhne, Werkzeug- und Materialaufwand für Werkstätten/Beschäftigungsstätten</i>
4800	Löhne und Sozialleistungen der Institutionsbenützer
4810	Fertigwaren-Einkauf
4820	Rohmaterial-Einkauf
4830	Verbrauchsmaterial
4840	Material für Werken
4850	Werkzeuge
4860	Fremdarbeiten an Erzeugnissen
4890	Übriger Werkstättenaufwand

Gruppe 49	<i>Übriger Sachaufwand</i> ( <i>Versicherungsprämien, Gebühren, Abgaben, Auslagen für Institutionsbenützer</i> )
	4900 Prämien für Sachversicherungen
	4910 Gebühren und Abgaben
	4950 Auslagen für Institutionsbenützer
	4990 Übriger Sachaufwand
<b>Klasse 6</b>	<b>Betriebsertrag</b>
Gruppe 60	<i>Ertrag Institution</i>
	6000 Ertrag Institutionstaxen (inkl. Krankenkassenpauschalen)
	6001–6099 Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 61	<i>Ertrag für berufliche Ausbildung</i>
	610 IV-Beiträge für Einzelfälle
	6100 Ausbildungs- und Kostgeldbeiträge für Institutionsbenützer
	6101 Ausbildungs- und Kostgeldbeiträge für Umschulungs- und Abklärungsfälle
	6103 Vergütungen für Mahlzeiten
	6105 Weitere IV-Einzelleistungen
	611 Weitere Beiträge für IV-Einzelfälle
	6110 Beiträge für Institutionsbenützer
	6111 Beiträge für Umschulungs- und Abklärungsfälle
	612 Beiträge für NIV-Fälle
	6120 Beiträge für Institutionsbenützer
	6121 Beiträge für Umschulungs- und Abklärungsfälle
Gruppe 62	<i>Selbstzahler</i>
	6200 Kostgelder Institutionsbenützer
	6201–6299 Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 63	<i>Erträge aus Produktion</i>
	6300 Fertigwaren-Verkauf an Verbraucher
	6301 Fertigwaren-Verkauf an Grossisten
	6310 Produktionsertrag Verbraucher
	6311 Produktionsertrag Detaillisten
	6312 Produktionsertrag Grossisten
	6313 Ertrag aus Eigenleistungen
	6320 Ertrag aus Dienstleistungen
	6360 Erlösminderungen (Rabatte, Retouren, Mehrwertsteuer)
	6361–6369 Detailkonten nach Bedarf
Gruppe 65	<i>Übrige Erträge aus Leistungen für Betreute</i>
	6500–6599 Detailkonten nach Bedarf (z.B. Unfallversicherung, Taschengelder, Kleider und Schuhe, Arzt und Zahnarzt, Telefon, Radio, Fernsehen, Coiffeur, Bestattungswesen, Debitorenverluste etc.)
Gruppe 66	<i>Miet- und Kapitalzinsertrag</i>
	6600 Mietzinsertrag
	6650 Kapitalzinsertrag

Gruppe 67	<i>Erträge Cafeteria</i>
6700	Umsatz Cafeteria
6701–6799	Detaillkonten nach Bedarf
Gruppe 68	<i>Erträge aus Leistungen an Personal und Dritte</i>
6800	Personalverpflegung
6810	Personalunterkunft
6820	Schul- und Kursgelder
6830	Verkäufe an Personal und Dritte
6890	Übrige Nebenerlöse
Gruppe 69	<i>Beiträge und Subventionen</i> <i>(keine Betriebsbeiträge und keine Einzelträge der Institutionsbenützer)</i>
6900	Beiträge der Gemeinden
6950	Beiträge der Kantone
6960	Beiträge vom Bund
6970	Beiträge und Spenden von Stiftungen und Privaten
6980	Übrige Beiträge gemäss IVG

## **Klasse 7 Betriebsfremder Aufwand und Ertrag**

Gruppe 70	<i>Liegenschaften</i>
7000–7050	Liegenschaftsaufwand
7060–7090	Liegchaftsertrag
Gruppe 71	<i>Landwirtschaft, Gärtnerei</i>
7100–7150	Landwirtschaftsaufwand
7160–7190	Landwirtschaftsertrag
Gruppe 72	<i>Kiosk, Tea-Room, Getränkeautomat</i>
7200–7250	Aufwand Kiosk, Tea-Room, Getränkeautomat
7260–7290	Ertrag Kiosk, Tea-Room, Getränkeautomat
Gruppe 73	7300–7350 Aufwand Automobilbetrieb
7360–7390	Ertrag Automobilbetrieb
Gruppe 74	<i>Zweigbetriebe (Siedlungen, Wohnheime, Schwimmbäder etc.)</i>
7400–7450	Aufwand Zweigbetriebe
7460–7490	Ertrag Zweigbetriebe
Gruppe 76	7600–7650 Aufwand nachgehende Fürsorge
7660–7690	Ertrag nachgehende Fürsorge
Gruppe 77	<i>Stützpunkte</i>
7700–7799	Detaillkonten nach Bedarf
Gruppe 79	<i>Übriger betriebsfremder Aufwand und Ertrag</i>
7900–7950	Übriger betriebsfremder Aufwand
7960–7990	Übriger betriebsfremder Ertrag

## 9.6 «Intake», «Indikation» und «Triage»

Die Forderung nach einer fachlich qualifizierten Intake-, Indikations- und Triagestelle geht über den finanztechnischen Anteil von FiSu hinaus.

Im Hinblick auf knapper werdende Ressourcen in der Versorgung Suchtmittelabhängiger ist es ein Gebot der Stunde, Vorkehrungen für eine professionelle Bearbeitung des Problemfeldes zu treffen.

Es geht hier also bei weitem nicht nur um die möglichst «passgenaue» Zuweisung zu einer stationären Einrichtung, sondern vielmehr um eine zukünftig nach professionellen Gesichtspunkten gestaltete Interventions- und Behandlungsplanung im Rahmen des diversifizierten Hilfsangebots.

Welche Behandlung soll für welche Klientel zu welchen fachlichen und finanziellen Bedingungen erfolgen?

### 9.6.1 Grundsätze

Die Überlegungen folgen einfachen Grundsätzen:

- Platzierungen sollen unter bester Nutzung des Fachwissens erfolgen und
- die Platzierungen erfolgen *nicht* durch die FiSu-Projektorganisation, sondern durch lokale, kantonale oder regionale Stellen – aber auf der Basis gemeinsamer Instrumente. Die Referenzorganisation (vgl. Kap. 11) kann ggf. beigezogen werden.

### 9.6.2 Verwendete Begriffe

#### 1. Intake («Erfassen»)

Geeignete Erfassung einer/eines Klientin/Klienten in Bezug auf die Behandlungs- resp. Interventionsbedürftigkeit.

Grundaufgabe ist die soziodemographische und anamnestische Erfassung der Klientel.

Eine differenziertere Diagnostik kann – je nach Fachkompetenz der Intakestelle –, muss aber nicht zwingend zu diesem Zeitpunkt erfolgen.

#### 2. Indikation («Erklären»)

Welche Art der Behandlung (ambulant/stationär? Substitution? usw.) ist weshalb angezeigt?

#### 3. Triage («Bewerten»)

Wo wird die benötigte Behandlung/Intervention von wem angeboten?

Als Instrument baut FiSu eine Online-Hilfe für Beratungs- und Platzierungsstellen auf.

Dieses wird eine (numerisch begrenzte) Liste möglichst «passender» Angebote erstellen.

U.a. gestützt auf diese Hilfe erfolgt eine Interventions-Empfehlung mit Antragsstellung in einem abschliessenden Beratungsgespräch zwischen EinweiserIn, KlientIn und Fachperson (BeraterIn). Der Schlussentscheid bleibt – so die klare Mehrheitsmeinung während des FiSu-Pilots 2 – im Fall der Fürsorgezuständigkeit aus formellen Überlegungen beim Zahler.

### 9.6.3 Ressourcenprofil

Die von FiSu gewählte Leistungssystematik berücksichtigt unterschiedlich dichte Interventionsgrade, differenziert zwischen den bekannten Interventions-Zeitrahmen und orientiert sich richtigerweise an den bekannten Sozialisationsfeldern in unserer Regelkultur.

Damit vermag die vorgestellte Systematik zur Leistungserfassung in den Institutionen den unterschiedlichsten Institutionstypen gerecht zu werden, womit sie einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung eines vielfältigen Betreuungsangebots leistet.

Darüber hinaus ermöglicht die Systematik erstmals eine gesamtschweizerische, gemeinsame fachliche Profilierung der einzelnen Institutionen; diese ist die Grundlage zukünftiger Leistungsvereinbarungen.

## Grundlagen adäquater Planung

Mit dieser – einheitlichen Grundsätzen folgenden – Erfassung und Beschreibung von in einem Hilfsystem erbrachten Leistungen ist gleichzeitig eine wesentliche Voraussetzung geschaffen, die in diesem System erbrachten Angebote adäquat zu planen, auch interkantonal bzw. regional.

## Erarbeitung bisher fehlender Instrumente

Im Gegenzug ist es erforderlich, die Ressourcenlage der zu beratenden Klientel in einer kompatiblen Systematik zu erfassen, um eine möglichst passgenaue Hinführung zur am besten geeigneten professionellen Intervention zu gewährleisten.

Zur Komplettierung der FiSu-Systematik, die sich bisher auf die Leistungserfassung institutioneller Angebote bezieht, muss ein geeignetes Erfassungsinstrument bezüglich der betroffenen Klientel in der Praxis implementiert werden. Dieses KlientInnen-Erfassungsinstrument – das Intakeverfahren – hat folgenden Ansprüchen zu genügen:

- Die fachliche Einheit der Materie ist gewahrt. Das Erfassungsinstrument Klientel ist kompatibel mit und entspricht der eingeführten Fachgrundlage der FiSu-Leistungsbeschreibung.
- Das Erfassungsinstrument *Klientel* gewährleistet gesamtschweizerisch ein einheitliches Intake und ermöglicht eine nach fachlichen Kriterien organisierte Triage der betroffenen Akteure.
- Die Zuständigkeiten (IV–KK–BSV, Fürsorge und Weitere) können mit dem Erfassungsinstrument *Klientel* dargestellt und ausgewiesen werden.

## Das Erfassungsinstrument Klientel

Zur ganzheitlichen Erfassung individueller, klientenspezifischer Ressourcenlagen, zur Planung adäquater Hilfeleistungen, zur Triage der Akteure und zur Regelung der Zuständigkeiten bezieht sich die Systematik FiSu auf:

- die Grundlagendaten Klientel
- die Zielgruppen und Zusatzprobleme
- die Sozialisationsfelder
- Gesellschafts- und sozialpolitisches Niveau
- Ressourcen – Ausstattungen
- Einordnungsskala
- Ressourcenprofil
- Triage

### Hinweis:

Das Erfassungsinstrument «Ressourcenprofil der KlientInnen» liegt zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht in ausgetesteter Form vor. Auf eine provisorische Präsentation wird verzichtet.

Das fertige Instrument wird sobald verfügbar nachgeliefert.

## 9.6.4 Konzept Triage

 <small>Das leistungsbezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances</small>	Intake, Triage, Indikation für stationären Aufenthalt	<b>9.6.KO.Intake-Ind-Tri.00/Seite...</b> <b>– Beispiel // Nicht freigegeben –</b>
--	--	--

## Simulation der Grundbedingungen für Pilotkantone

(Kommentare sind *kursiv* gesetzt)

### Rahmenbedingungen

Mit dem derzeit erteilten Auftrag hat sich FiSu mit der Präsentation der Triageschritte auf den Ausschnitt der Angebote im stationären, ausstiegsorientierten Bereich zu konzentrieren.

Betont sei an dieser Stelle, dass aus FiSu-Sicht eine Indikation, die die gesamte Angebotspalette der Suchthilfe berücksichtigt, grundsätzlich möglich, gewünscht und mittelfristig anzustreben ist.

#### Voraussetzungen

Der Pilotkanton bezeichnet eine Intake-, Indikations- und Triagestelle.

*(Kommentar: Diese sollte möglichst keine eigenen Angebote im anvisierten, also stationären oder teilstationären Bereich unterhalten, um eine unabhängige, von Interessenkonflikten freie Problem- und KlientInnen-orientierte Beurteilung vornehmen zu können.)*

Grundsatz:

Die fachliche Unabhängigkeit muss zwingend gewährt sein.

Aufgaben:

- Erstellen eines umfassenden Ressourcenprofils der/des KlientIn.
- (Wichtig: der Einsatz uniformer – «interkantonal einheitlicher» Erfassungsgrundlagen und Materialien.)
- Identifikation einer (idealerweise zwei oder drei) «bedarfskompatiblen» Institution.
- (Entscheidend in diesem Punkt ist, mit welchen Instrumenten zugewiesen wird.)
- Zusammensetzung:  
Personell sollte die Stelle durch ein interdisziplinäres Team betrieben werden (das idealerweise auch in der Lage sein sollte, die Gutachten zu Händen der IV zu erstellen); ein Team mit Berufsqualifikationen aus den Bereichen Psychiatrie/Medizin, Sozialarbeit, Psychologie, Berufsbildung/-beratung erscheint angezeigt.

#### Angestrebte Wirkungen

- «Beschleunigung der fachspezifischen Kontaktaufnahme».
- Höhere Passgenauigkeit von Ressourcenprofil und Leistungserbringung.
- Positiver Einfluss auf die durch «Fehlplatzierungen» bedingten drop-outs.
- Bessere Nutzung resp. Auslastung der bereitgestellten Ressourcen.  
(die KlientInnen kommen nicht in eine Institution, die Leistungen bereitstellt, die sie gar nicht benötigen).
- Wissenszugewinn (hinsichtlich Leistungen, KlientInnen-seitigen Entwicklungen ...).
- Ergebniskontrolle.
- Grundlagen für Bedarfsplanungen (hinsichtlich Leistungen, KlientInnen-seitigen Entwicklungen usw.).

#### Nebeneffekte

- Auflösung der heute noch häufig anzutreffenden Parallelstrukturen.
- Auflösung der heute noch häufigen Parallelkontakte/-behandlungen.
- Klassischer positiver Synergie-Effekt durch Know-how-sharing.
- Letztlich resultiert eine zunehmende Professionalisierung auf dem Weg von den Vorabklärungen bis hin zur Behandlungsaufnahme..

#### Organisation des Berichtswesens (reporting)

Grundsatz:

- Die Führung muss durch eine «wertneutrale» Stelle erfolgen (evtl. zumindest anfänglich durch den Kanton).
- Intakestelle und «Empfänger-Institutionen» treffen sich anfänglich monatlich, später evtl. quartalsweise zu einem review-preview.
- Die Intakestelle liefert eine Übersicht über die seit dem letzten Treffen erfolgten Platzierungen und erklärt/begründet die Wahl der Institution(en) resp. Interventionsarten.

Elemente:

- Anzahl der Kontakte.
- Anzahl der Vermittlungen nach Behandlungsangeboten/Interventionsarten.
- Auffällige Veränderungen in der Indikationsstellung (KlientInnenmerkmale).
- Hauptargumente (stichwortartig) für die Triagierung in ein bestimmtes Angebot.
- weitere Elemente nach spezifischem Bedarf.



## *Organisation der Steuerungsinstrumente und Kennzahlen (controlling)*

- Grundsatz:  
Der Kanton ist für die Organisation des Controllings verantwortlich. Er kann die operative Durchführung an Dritte delegieren.
- Elemente:  
Nach lokalen Gegebenheiten und Bedarf festzulegen.

## *Organisatorische Gegebenheiten*

- Materiell:
  - Gemäss kantonalen Gegebenheiten festzulegen
  - Interkantonale Strukturen nach Bedarf und Verfügbarkeit (IVSE Liste C, Referenzorganisation usw.)
- Ressourcen:
  - Formularfluss (einheitliche, «uniforme» inhaltliche und äussere Gestaltung)
  - Zuordnung weiterer Ressourcen nach Bedarf

## *Mögliche Widerstände*


- Schlüsselpersonen.
- Formale Ebene:  
Fehlende Rechtsgrundlagen in Form von Weisungen, Verordnungen oder Gesetzen.
- Ressourcen:  
Die Struktur der Triage-/Indikationsstelle muss u.U. neu geschaffen werden. Damit entstehen auf den ersten Blick zusätzliche Kosten.

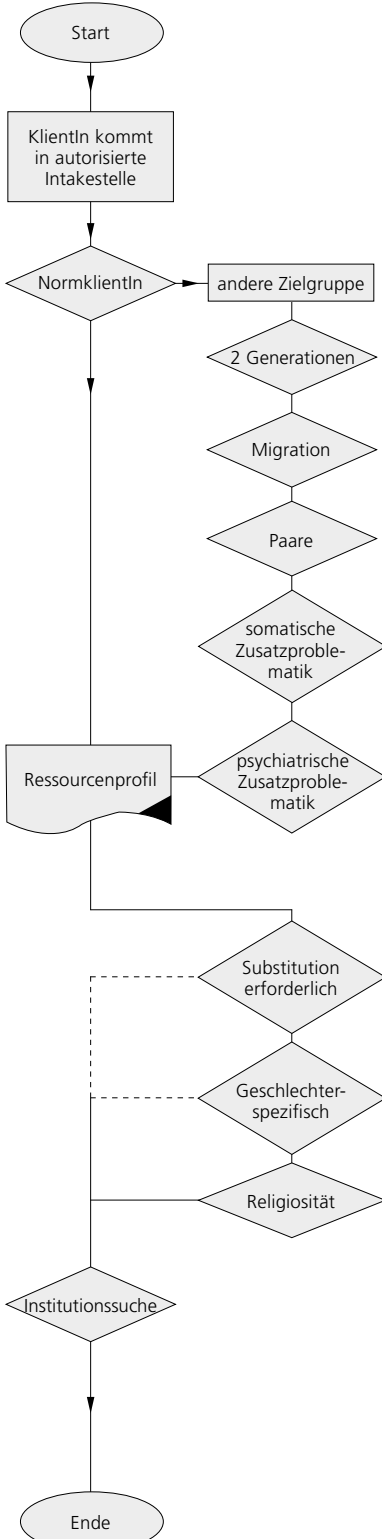
*(Die zu erwartenden Synergiegewinn-bedingten Einsparungen setzen sich aus komplexen Teilwirkungen zusammen und dürften schwierig «zu verkaufen» sein.)*

## *Empfehlung der Projektleitung FiSu an die Kantone*

- Intakestelle(n) sollte(n) einen «umfassenden Abklärungs-Auftrag» für alle möglichen ambulanten und stationären Interventionsformen, inklusive Substitutionsangebote (siehe auch Kap. 2.3) erhalten.
- Die Leistungen der Intakestelle kann auch für Alkohol-Klientel in Anspruch genommen werden.


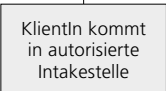
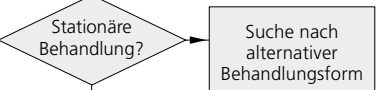
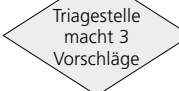
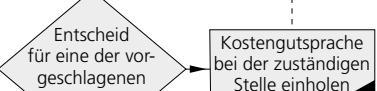
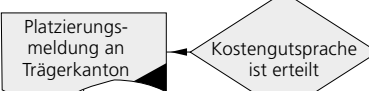
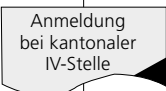
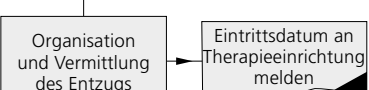
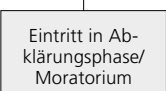
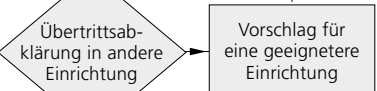
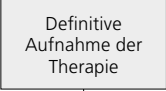
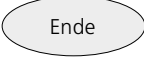
9.6.5 Schematische Darstellung einer Indikation

 <p style="font-size: 8px; margin-top: 5px;">Das leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances</p>	<b>Indikationsvorgang</b>	9.6.VA.Ind.00/Seite... – Beispiel // Nicht freigegeben –
---	---------------------------	---

Grafische Darstellung	Tätigkeiten	Verantwortlich	Hilfsmittel
	<p>KlientIn kommt mit oder ohne Begleitung</p> <p>1 Triagestelle klärt Bedürfnislage (Problemlage) der/ des KlientIn ab</p> <p>1a Triagestelle klärt spezifische Behandlungsbedürftigkeiten auf Zielgruppenebene ab</p> <p>2a Triagestelle klärt spezifische Behandlungsbedürftigkeiten hinsichtlich bestimmter Interventionsansätze ab</p> <p>3 Triagestelle schlägt die Art der Intervention vor und begründet Vorschlag</p> <p>4 Entscheidungsfindung zur Aufnahme einer Suchtbehandlung</p>	<p>1 Triagestelle</p> <p>1a Triagestelle</p> <p>2 Triagestelle</p> <p>3 Klientel, Triagestelle</p> <p>4 Klientel, Triagestelle, Anbieter</p>	<p>1 Rahmenpapier «Intake und Triage»</p> <p>1a Ressourcenprofil, Befragung</p> <p>2 Ressourcenprofil, Befragung, D-Instrumente usw.</p> <p>3 Interne Konzeptbeschreibungen, Qualitätsvorgaben</p>

9.6.6 Verfahrensanweisung Triage

 <p style="font-size: 8px; margin-top: 5px;">Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances</p>	<b>Triage</b>	<p style="margin: 0;">9.6.VA.Tri.00/Seite xy</p> <p style="margin: 0;">– Beispiel // Nicht freigegeben –</p>
---	---------------	--

Grafische Darstellung	Tätigkeiten	Verantwortlich	Hilfsmittel
	KlientIn kommt mit oder ohne Begleitung		
	1 Triagestelle klärt Bedürfnislage (Problemlage) der/ des KlientIn ab	1 Triagestelle	1 Rahmenpapier «Intake und Triage»
	1a Vergleicht Problemlage Klientel mit den institutionellen Leistungsprofilen	1a Triagestelle	1a Papier Institutionsprofile
	2 Triagestelle macht 3 Vorschläge zu in Frage kommenden Institutionen	2 Triagestelle	2a Institutionsdokumentationen 2b Ressourcenerfassung KlientIn
	3 Entscheidung für eine der vorgeschlagenen Institutionen	3 KlientIn	3 Institutionsdokumentationen
	4a Kostengutsprache beim Wohnsitzkanton oder Trägerkanton einholen	4a KlientIn mit Hilfe der Triagestelle	4 (Formulare)
	4b Sammelplatzierungsmeldung an Trägerkanton je am Quartalsende	4b Institution	
	4c Anmeldung bei IV-Stelle 4d Zielgruppen-spezifische Meldungen (z.B. Vormundschaft ...)	4c Triagestelle 4d Triagestelle	Formular
	5 Organisation und Vermittlung Entzug	5 Triagestelle	Vereinbarungen mit relevanten Institutionen
	6 Eintrittsdatum an Behandlungsinstitution melden	6 Triagestelle	Tel.
	7 Eintrittsverfahren in das Moratorium	7 Lebensfeld- ersetzende Institution	Interne Konzept- und Qualitätsvorgaben
	8 Intensive Abklärungen bezüglich der Möglichkeiten einer produktiven Zusammenarbeit	8 Lebensfeld- ersetzende Institution	
	9 Entscheidungsfindung zum definitiven Eintritt in die Therapie	9 Klientel, Lebensfeld- ersetzende Institution, Triagestelle	D-Instrumente etc.

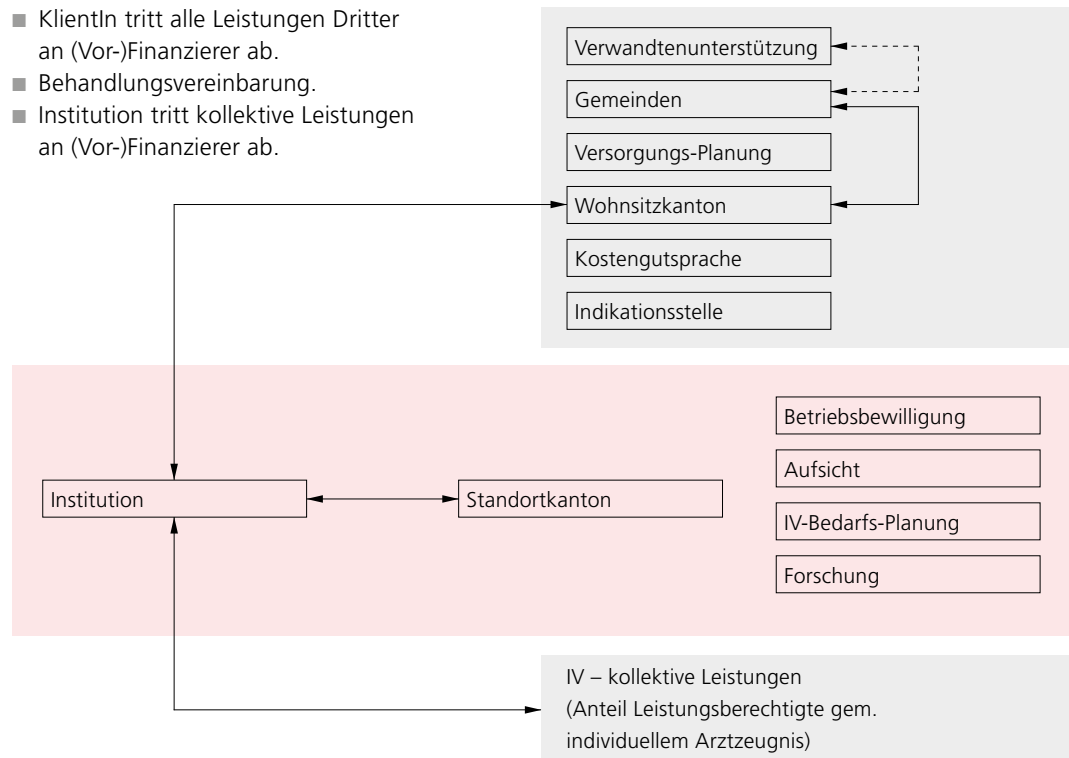
## 9.7 Organisation nach FiSu-Finanzierungsgrundsätzen

### 9.7.1 Geldfluss

Mit Pilotkantonen am 11.3.2002 vereinbartes Schema

So verabschiedet 11.3.02

- KlientIn tritt alle Leistungen Dritter an (Vor-)Finanzierer ab.
- Behandlungsvereinbarung.
- Institution tritt kollektive Leistungen an (Vor-)Finanzierer ab.



**Wichtig!**

In Abweichung vom ersten vorgestellten, in die Vernehmlassung geschickten FiSu-Modell wurden auf Drängen der Pilotkantone folgende Anpassungen vorgenommen:

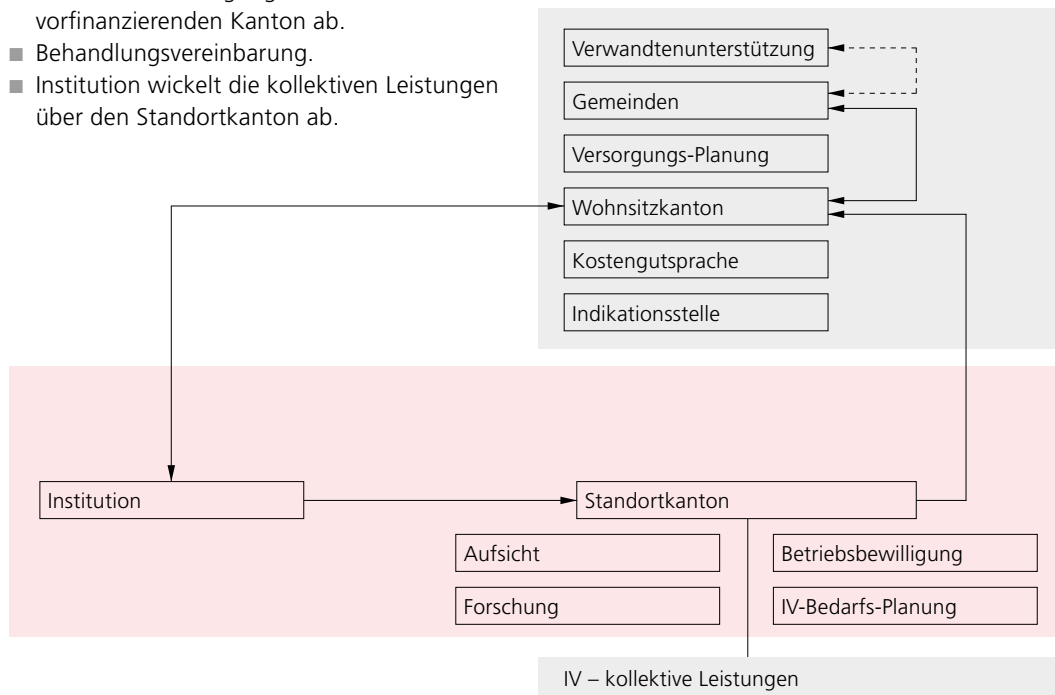
*Neu* akzeptiert jeder einweisende Kanton (Wohnsitzkanton) die Finanzierung der Preispauschale gemäss FiSu-Tarifvorschlägen.

Die besondere Verantwortung für Trägerkantone bezieht sich auf die Überprüfung der Einhaltung der FiSu-Vorgaben, der Qualitätsvorgaben, der Kapazitätsplanungen und allgemein des Controllings zu den Institutionen.

Mit dieser Anpassung konnte die seinerzeit in der Vernehmlassung viel kritisierte vermeintliche Sonderposition der Trägerkantone – insbesondere in Bezug auf die «Vorfinanzierung ausserkantonaler KlientInnen» – praktisch eliminiert werden.

Durch IV modifizierte Fassung – vorgestellt am 8. August 2002

- KlientIn tritt Verfügung der IV-Stelle an den vorfinanzierenden Kanton ab.
- Behandlungsvereinbarung.
- Institution wickelt die kollektiven Leistungen über den Standortkanton ab.



Die einzige Veränderung durch die IV betrifft die Auszahlung der IV-Beiträge direkt an die Standortkantone in Anlehnung an die seit 1. Juni 02 in Kraft befindliche IVV.

Da die Institutionen die legitimierte Empfänger der kollektiven Beiträge – für inner- wie für ausserkantonale KlientInnen – sind, müssen sie die von den Wohnsitzkantonen bezahlten Beiträge an die Wohnsitzkantone zedieren.

Der Standortkanton vereinnahmt in diesem Modell anteilig IV-Beiträge für ausserkantonale KlientInnen; diese muss er anteilig den Wohnsitzkantonen rückvergüten.

## 9.7.2 Rechnungsauslösung und Ratenhöhe ebenfalls neu

Mit den Pilotkantonen wurde im Pilotversuch folgende Vorgehensweise vereinbart (siehe auch Kap. 7.6.1):

### Langzeit-Interventionen:


Ab Eintritt werden 6-mal je alle 2 Monate Raten von je 1/8 des Therapiepreises in Rechnung gestellt, die Schlusszahlung in Höhe von 2/8 erfolgt *nach* Austritt aus der Therapie.

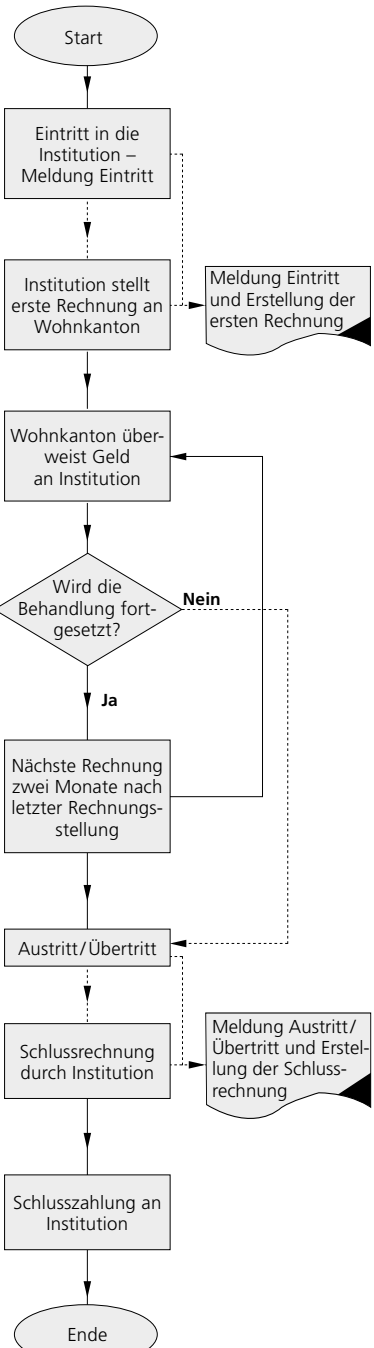
### Mittelzeit-Interventionen:

Ab Eintritt werden 3-mal je alle 2 Monate Raten von je 1/5 des Therapiepreises in Rechnung gestellt, die Schlusszahlung in Höhe von 2/5 erfolgt *nach* Austritt aus der Therapie.

Mit dieser Vorgehensweise wurden den Anliegen der Pilotkantone Rechnung getragen, dass

- der zu bezahlende Zeitraum nicht zu gross und damit
- die pro Rate zu bezahlenden Beträge nicht zu gross werden (die Leistungen werden also Gegenwarts-bezogen bezahlt und nicht über grössere Zeiträume hinweg «vorfinanziert»);
- ein erheblicher Anteil der Preispauschale (1/4 resp. 2/5; siehe oben) erst nach einem wie konzeptionell geplanten Austritt erfolgt.

 <p style="font-size: 8px; margin-top: 5px;">Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances</p>	<b>Trockenübung</b>	<b>9.6.VA.Trock.00/Seite xy</b> <b>- Nicht freigegeben -</b>
---	---------------------	---

Grafische Darstellung	Tätigkeiten	Pilot	Verantwortlich	Hilfsmittel
	<p>Start: Entscheid für einen Therapieplatz ist getroffen</p> <p>KlientIn tritt in eine «FiSu-Institution» ein; Institution meldet Eintritt bei Wohnkanton (+KOSTE während Pilot)</p> <p>Institution stellt online Rechnung an Wohnkanton</p> <p>Wohnkanton überweist (virtuell) Geld an Institution</p> <p>Wird die Behandlung fortgesetzt?</p> <p>Ja: Nächste Rechnung zwei Monate nach letzter Ratenrechnung</p> <p>Nein: Austritt/Übertritt – Meldung an Wohnkanton – (+ KOSTE während Pilot)</p> <p>Schlussrechnung durch Institution</p> <p>Schlusszahlung an Institution</p>	<p>Institution erfasst Eintritt online über individuellen Login</p> <p>Institution erstellt Rechnung online über individuellen Login</p> <p>Institution erstellt Rechnung online über individuellen Login</p> <p>Institution erfasst Austritt/Übertritt online über individuellen Login</p> <p>Institution erstellt Schlussrechnung online</p>	<p>KlientIn Indikationsstelle</p> <p>Institution</p> <p>Institution</p> <p>Wohnkanton</p> <p>Institution</p> <p>Institution</p> <p>Institution</p> <p>Institution</p> <p>Wohnkanton</p>	<p>Papier FiSu Indikation</p> <p>Online-Formular(e)</p> <p>Online-Formular(e)</p> <p>Online-Formular(e)</p> <p>Online-Formular(e)</p> <p>Online-Formular(e)</p>

# *fis*u • *fid*é

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Die Entwicklung der stationären Suchtarbeit ist von verschiedenen Faktoren geprägt. Vielerorts stand am Anfang der Selbsthilfegedanke im Zentrum. Bald darauf etablierten sich aber zunehmend professionelle Zugänge zu dieser Problematik, wobei stets soziale, medizinische, psychologische und pädagogische Ansätze zusammenspielten oder miteinander konkurrierten. Bei der Finanzierung der stationären Suchtinstitutionen hat man sich stark an die Heimfinanzierung angelehnt und Betriebsdefizite durch Zahlungen der öffentlichen Hand abgedeckt.

Als einer der ersten Bereiche sah sich die stationäre Suchthilfe durch den Rückgang der IV-Zahlungen gezwungen, die Finanzierung neu auf eine Leistungsabgeltung auszurichten.

Mit der Einführung von FiSu besteht die Möglichkeit, ein System mit Leistungs-bezogener Pauschalabgeltung umzusetzen. Dies kann für weitere Bereiche im sozialpädagogischen Bereich und in der Behindertenarbeit im Hinblick auf eine Weiterentwicklung sehr interessant sein. Insbesondere besteht die Chance, Leistungen und Wirkungsziele zu benennen und in einer späteren Phase auch zu überprüfen.

Vergleichbare Beschreibungen erleichtern im Übrigen auch den Austausch von KlientInnen über Kantons- und Regionsgrenzen hinaus.

Darüber hinaus wurde – ganz den ursprünglichen Überlegungen und Forderungen der 1998 eingesetzten Arbeitsgruppen entsprechend – soweit wie möglich der Fortschritt der für den Fachbereich wesentlichen parallelen Projekte berücksichtigt und wo immer möglich in die FiSu-Entwicklungsarbeiten integriert, so z.B. QuaTheDa, Act-Info, Revision IHV/IVSE, aber auch die NFA und die Revision des BetmG. Auf einige dieser Projekte wird in diesem Kapitel eingegangen.

## **10.1 Erläuterungen zur Systematik FiSu**

Das breite, stark diversifizierte Angebot in der stationären Suchthilfe der Schweiz ist im Wesentlichen auf der Grundlage konkreter Erfahrung entwickelt worden.

Die therapeutischen Gemeinschaften, die mit dem Auftauchen der damals «neuen», vergleichsweise jungen Klientel anfangs der 70er Jahre gegründet wurden, boten sich gegenüber den Sozialversicherungen als spezialisierte Wiedereingliederungsinstanz an. Die Zusammenarbeit basierte auf der gemeinsam akzeptierten Maxime der «Wiedereingliederung vor Rente», wofür der Gesetzgeber auch im Art. 8 IVG die Voraussetzungen geschaffen hatte.

Damit war die Finanzierung der stationären Behandlungen bis 1996 dank gesicherter Kostenbeteiligung der IV und Nachfrageüberhang weitgehend unproblematisch. Als Folge einer Anpassung der BSV-Praxis an das geltende Recht ging der BSV-Beitrag zurück, da im Vergleich zur vorher pauschalen Anerkennung der KlientInnen als invalid neu nur noch in den Fällen Geld ausgerichtet werden kann, die über ein von der IV anerkanntes Arzzeugnis verfügten.

Dies brachte die stationäre Suchthilfe in finanzielle Schieflage. Dank Überbrückungsleistungen des Bundes und einzelner Kantone konnten diese Liquiditätsschwierigkeiten weitgehend kompensiert werden. Dass es in der Folge dennoch zu Schliessungen von Institutionen kam, ist jedoch keinesfalls allein auf die geringeren BSV-Beiträge, sondern unter anderem auch auf die sinkende Nachfrage zu-

rückzuführen. Als gravierend erwies sich zudem der Mangel an allgemein gültigen Behandlungsstandards. Ein qualitativer Vergleich der Angebote als Grundlage für finanzielle Steuerungsentscheide war unter den gegebenen Umständen nicht möglich.

Mit dem Ziel, die kantonalen Behörden in die Lage zu versetzen, die Versorgung gezielter Steuern zu können, wurde das Finanzierungsmodell für die stationäre Suchthilfe (FiSu) in Auftrag gegeben.

Das Ausmass einer Suchtmittelabhängigkeit kann unter anderem daran gemessen werden, wie stark die Betroffenen auf Hilfe angewiesen sind, um den Anforderungen des täglichen Lebens zu genügen. Davon ausgehend orientiert sich die dem Modell FiSu zugrunde liegende Systematik an der Fähigkeit der Abhängigen, mit diesen Anforderungen umzugehen, bzw. ihr Lebensfeld autonom zu kontrollieren. Im besten Fall liegt zwar eine Suchtmittelabhängigkeit vor, die Betroffenen sind aber in der Lage, die Entstehung von Folgeproblemen ohne professionelle Hilfe zu vermeiden oder zumindest unter Kontrolle zu halten. Im schlechtesten Fall sind die Betroffenen nicht nur suchtmittelabhängig, sondern ausser Stande, den Anforderungen des täglichen Lebens auch nur ansatzweise zu genügen. Das heisst, diese Abhängigen haben mehr oder weniger ausgeprägte zusätzliche Defizite im sozialen, materiellen und gesundheitlichen Bereich.

Mit FiSu werden die Voraussetzungen geschaffen, um Abhängige entsprechend ihrer individuellen Ressourcenlage zu behandeln bzw. in die Selbstverantwortung zurückzuführen. Die vorrangige Aufgabe der stationären Suchtrehabilitation besteht deshalb darin, Ihre KlientInnen bei der Rückgewinnung von Autonomie anzuleiten und zu begleiten; so lernen beispielsweise die Betroffenen wieder, sich in einem drogenfreien Alltag in der Gruppe zurechtzufinden, sich an Regeln zu halten oder auch Frustrationen zu ertragen. Diese Lernprozesse finden idealerweise – wenn auch immer seltener – in der Familie oder, anders ausgedrückt, in der «Primärgruppe» statt. Die Rehabilitationseinrichtung muss demnach in der Lage sein, ihrer Klientel ein förderliches Milieu zu bieten, das wesentliche Bedingungen der Primärgruppe integriert und diese wirksam zum Tragen bringt. Diese umfangreiche Basisaufgabe der Suchtrehabilitation rechtfertigt einen entsprechenden Grundtarif. Nachdem jedoch die Sozialisation nicht nur in der Primärgruppe, sondern auch in der Arbeit, in der Bildung und in der Freizeit erfolgt, braucht es auch für diese Bereiche qualifizierte Angebote.

Form und Umfang des institutionellen Angebots bestimmen das Leistungsprofil und die Vollkosten einer Einrichtung. Das heisst, wenn die Einrichtung neben dem Ersatz der Primärgruppe ein umfassendes und gut strukturiertes Angebot im Bereich Bildung, Arbeit und/oder Freizeit macht, dann ist dies verbunden mit zusätzlichem Aufwand, der einen höheren Tarif rechtfertigt.

Die FiSu-Systematik unterscheidet dabei drei Grade der Intensität eines Angebots: Einzelleistung (punktuelleres Angebot), Leistungseinheit (mehrere gegeneinander klar abgegrenzte Einzelleistungen) und Leistungsbereich (wenn alle Anforderungen eines Sozialisationsfeldes im Vergleich mit dem «normalen» Leben – immer unter Berücksichtigung der konkreten KlientInnen-Probleme – erfüllt sind). Die Qualitätsüberprüfung der Leistungserbringung erfolgt im Rahmen der periodisch wiederkehrenden Zertifizierung des spezifisch für Sucht-Institutionen konzipierten Qualitätsmanagementsystems QuaTheDA.

Mitbestimmend für den Erfolg einer Rehabilitation ist unter anderem die Wahl der richtigen Behandlung. Dabei geht es darum, diejenige Institution zu finden, die den individuellen Förderungsbedürfnissen der Betroffenen am ehesten entsprechen kann. Das heisst, wenn Defizite im Bildungsbereich vorliegen, dann bedingt das eine Platzierung, die neben dem für alle verbindlichen primärgruppenspezifischen Angebot Zusatzleistungen im Bereich Bildung erfordert.

Ähnliches gilt für die Dauer einer Behandlung, die ebenfalls im Einzelfall bestimmt werden muss. Dabei geht es nicht darum, schon im Vorfeld der Platzierung einen unveränderlichen Behandlungsplan festzulegen; das Ziel ist vielmehr, aufgrund der Anamnese einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen und diesen regelmässig daraufhin zu prüfen, ob Dauer, Art und Intensität der gewählten Behandlung nach wie vor angemessen sind.

Die durchgehende Anwendung der FiSu-Prinzipien führt dazu, dass die Ausgestaltung des stationären Angebots für Suchtmittelabhängige in Zukunft mit einem verbesserten Überblick über das Angebot und mit geeigneten Steuerungsinstrumenten erfolgen kann.

Mit höherer Zuweisungssicherheit und einer optimierten Leistungserbringung wird somit auch auf der fachlichen Ebene erhebliches Verbesserungspotenzial der professionellen Interventionen erschlossen.



Nicht zuletzt ist in der Folge eine deutlich höhere Kostentransparenz zu erwarten. Mit der konsequenten Anwendung der FiSu-Prinzipien können die vorgegebenen Zielsetzungen erreicht werden: keine nachschüssige Aufwands-, sondern gegenwartsbezogene Leistungsfinanzierung, gleicher Preis für gleiche Leistungen, gleiche Bedingungen für freiwillige TherapieabsolventInnen wie für MassnahmenklientInnen.

### **10.1.1 QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol)**

QuaTheDA ist ein Projekt zur Förderung der Qualität, bestimmt für Einrichtungen mit stationären Therapieangeboten im Drogen- und Alkoholbereich. Es wurde im Jahr 2000 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) lanciert, nachdem das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) beschlossen hatte, dass Einrichtungen, die von der Invalidenversicherung (IV) Beiträge erhalten, bis Ende 2002 im Besitz einer Zertifizierung sein müssen, um weiterhin im Genuss einer Finanzierung zu bleiben. Da viele dieser Institutionen auf diese Beiträge angewiesen sind, hat das BAG entschieden, ein für diesen Bereich spezifisches Qualitätsprogramm zu entwickeln, das den Einrichtungen bei der neu aufgetauchten Anforderung Unterstützung bieten sollte.

Mit dem QuaTheDA-Programm verfolgt das BAG das Ziel, diesen Tätigkeitsbereich der Suchthilfe in einen langfristigen Prozess der Qualitätsentwicklung einzubinden.

### **10.1.2 Act-info**

Unter der Federführung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Statistik (BFS) startete im Mai 1999 das Projekt «act-info» unter dem damaligen Namen «Harmonisierte Suchthilfestatistik». Ziel dieses Projekts war es, die bestehenden Suchthilfestatistiken der Schweiz (FOS, SAMBAD, SAKRAM/CIRSA, HegeBe und Nationale Methadon-Statistik) zu einer einheitlichen gesamtschweizerischen und amtlichen Statistik zusammenzuführen. Erhoben werden Daten über KlientInnen und Behandlungen sowohl aus dem ambulanten als auch aus dem stationären Bereich, über illegale und legale Drogen sowie über nicht substanzgebundene Abhängigkeiten wie zum Beispiel Essucht und pathologisches Spielen.

Die bestehenden Lücken und Überschneidungen sollten definiert und eliminiert, vorhandene Ressourcen zusammengeführt und die weitere Entwicklung der Statistiken unter «einem Dach» koordiniert werden.

Am 9.10.02 fand eine Besprechung zwischen den Direktoren BAG und BFS bezüglich der Weiterführung der harmonisierten Suchthilfestatistik «act-info» statt. Anlässlich dieser Sitzung wurde entschieden, dass das BAG federführender Auftraggeber wird. Die Erhebungen im Rahmen des Projekts «act-info» werden ohne offizielle Beteiligung des BFS fortgesetzt. Ein Anspruch auf die Erstellung einer amtlichen Statistik «act-info» mit den entsprechenden Rechtsgrundlagen wird damit zurückgestellt. Das Projekt «act-info» wird in diesem Sinne redimensioniert und soll in die Strukturen des BAG integriert werden. Zu einem späteren Zeitpunkt kann allenfalls entschieden werden, ob das Projekt als Ganzes wieder in das neue Mehrjahresprogramm der Bundesstatistik aufgenommen werden soll.

## **10.2 IVSE: Die Bedeutung der Integration der Suchtinstitutionen in eine Liste C**

Im Suchtbereich muss unter den Kantonen ein Verrechnungssystem für die Finanzabgeltung gefunden werden. Die KG FiSu war sich anlässlich ihrer ersten Sitzung vom 9. Oktober 1998 einig, dass eine Ergänzung der Interkantonalen Heimvereinbarung (IHV) die beste Lösung wäre, weil diese in der Praxis erprobt ist, gerade revidiert wird und dabei mit einem speziellen Teil für Suchtinstitutionen ergänzt werden soll.

Die Schaffung einer eigenen Vereinbarung respektive eines eigenen Konkordats speziell für den Bereich der Suchtinstitutionen erscheint sachlich nicht geeignet und politisch wenig aussichtsreich, da das institutionelle Angebot im Suchtbereich zu klein ist, als dass jeder Kanton für seine KlientInnen ein umfassendes und gleichzeitig ökonomisches Angebot unterhalten könnte.

Die interkantonale Zugänglichkeit des Angebots ist deshalb aus fachlichen wie ökonomischen Gründen zwingend erforderlich: je spezifischer die Angebotsausgestaltung, desto notwendiger eine überkantonale, (sprach)regionale oder gar nationale Nutzung (z.B. im Falle hochspezialisierter Angebote).

Einige Kantone beherbergen Suchtinstitutionen auf ihrem Hoheitsgebiet (in der IVSE «Trägerkanton» genannt), während andere Kantone über keine, nicht genügend eigene oder aber der jeweiligen Problemlage resp. Nachfragesituation nicht angemessene Einrichtungen verfügen und deshalb auf die Mitnutzung ausserkantonaler Angebote angewiesen sind.

Mit der Zeichnung der Liste C im Rahmen der IVSE werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Trägerkantone nicht mehr Gefahr laufen, direkt oder indirekt Aufwendungen für ausserkantonale KlientInnen mittragen zu müssen, während gleichzeitig die Kantone ohne eigenes stationäres Angebot auch weiterhin die Gewähr haben, ihre KlientInnen in ein geeignetes, qualitativ gutes und überprüftes Hilfsangebot platzieren zu können – in der heutigen IHV für weite Bereiche der Institutionslandschaft (ohne Suchtinstitutionen) eine Selbstverständlichkeit.

Auf der Ebene der KlientInnen geht es um die zentrale Zielsetzung und letztendliche Legitimation der IVSE: Personen mit besonderen Betreuungs- und Förderungsbedürfnissen sollen ohne Erschwernisse in geeigneten, also fachlich adäquat gerüsteten Einrichtungen platziert werden können – auch wenn diese Einrichtungen ausserhalb ihres Wohnkantons liegen. Es geht um den Grundsatz des Zugangs zur fachlich geeignetsten Intervention – unabhängig vom Wohnort.

Für die Schaffung und den Unterhalt der für die Versorgung der fürsorgebedürftigen Personen nötigen institutionellen Infrastruktur besteht in der Regel keine rechtliche Verpflichtung; diese würde erst mit der geplanten Revision des Betäubungsmittelgesetzes geschaffen.

Im Sinne der IVSE stellt die Unterzeichnung der Liste C die Suchtinstitutionen den anderen sozialen Einrichtungen gleich und integriert sie in die Versorgungsplanung der Kantone. Für die Institutionen entsteht damit eine wesentlich verbindlichere Planungsgrundlage für ihre Arbeit.

Die IVSE stellt es den Vereinbarungskantonen für die Liste C frei, ob ein Defizit-Deckungsmodell oder ein Abrechnungsmodell «P» auf der Basis von Pauschalen (wie z.B. im Modell «FiSu: Finanzierung Suchttherapie» vorgeschlagen) zur Anwendung kommen soll.

Die Einführung von FiSu kann im Laufe des Jahres 2003 beginnen. Aufgrund des mit FiSu verbundenen grundlegenden Systemwechsels – Bezahlung von sog. Arbeitsfeldpauschalen, deren Höhe kostendeckend sein soll und von verschiedenen Parametern wie Leistungsprofilen und Zielgruppenbestimmung, Institutionskategorie oder auch Therapiedauer u.a.m. bestimmt wird – sind die (insbesondere finanziellen) Effekte von FiSu natürlich nicht im Detail zu prognostizieren. Es ist für die Kantone nicht einfach, sich a priori für ein grundlegend neues System zu entscheiden. Andererseits sind die zu erwartenden Defizite im Modell Defizitdeckung ebenso wenig (respektive erst mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung) bekannt. Die Defizitdeckung birgt also für die Kantone weit grössere Unsicherheiten als die Leistungsfinanzierung mit festen, bekannten Preisen auf der Basis von zeitlimitierten Leitungsvereinbarungen, die überdies den Grundsätzen zeitgemässer Finanzplanung weit besser entspricht und weniger falsche Anreize auf Seiten der Institutionen setzt.

Oder aber, sie überwälzen dieses Risiko den – meist privat – organisierten Trägerschaften. Dies könnte ungeahnte und schnelle Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur haben.

Zu Zwecken der historischen Würdigung soll anschliessend die damalige (1999) Positionierung der IHV-Verantwortlichen wiedergegeben werden, die selbstverständlich für Aufbau- und Entwicklung des Projekts FiSu von Bedeutung war.

## 10.2.1 Aktuelle (1999) Situation der IHV

Die IHV verfügt über eine 15-jährige Erfahrung in der interkantonalen Zusammenarbeit im Heimsektor. Rund die Hälfte der Kantone hat bereits heute auch Suchttherapie-Einrichtungen (STE) in ihre Heimliste aufgenommen. Die IHV beruht auf der Defizitfinanzierung, welche mittelfristig überholt ist, und es fehlen klar definierte Qualitätserfordernisse. Dem Wohnsitzkanton des Klienten oder der Klientin werden die dem Standortkanton verbleibenden Restdefizite verrechnet.

### 10.2.2 Möglichkeit der Integration von Suchttherapie-Einrichtungen in die IHV

Der Einbezug der STE in die IHV ist möglich, falls der politische Wille zwischen den Kantonen aufgebracht wird. Die IHV müsste entsprechend angepasst werden. Das Finanzierungsmodell kombiniert mit Qualitätserfordernissen müsste gesamtschweizerisch, in jedem Falle von den betreffenden Teilen der IHV beitretenden Kantonen, verbindlich übernommen werden. Für den Grossteil der Kantone stellt die IHV heute eine Verwaltungsvereinbarung dar, d.h. sie bleibt ohne Einwirkung auf den Rechtsbestand eines Kantons. Insofern und falls die Kantonsverfassung nichts anderes vorsieht, sind die Regierungen kompetent, Beitritt oder Änderungen zu beschliessen. Die IHV-Organen können heute bloss Empfehlungen erlassen, hingegen keine Richtlinien oder Verordnungen mit verbindlichem Charakter. Dies müsste sich künftig ändern. Die IHV müsste zu einer Vereinbarung werden, die auch direkt rechtsetzende Elemente enthalten könnte. Diese Elemente würden aus föderalistischen Erwägungen auf das unbedingt Nötige beschränkt. Solche Vereinbarungen sind durchaus aktuell. So hat die EDK in den letzten Jahren verschiedene solcher Vereinbarungen verwirklicht oder sie bereitet solche vor (Diplom-erkennung, Fachschulen etc.).

### 10.2.3 Notwendige Anpassungen der IHV

Der Zeitpunkt für die vorgesehenen Änderungen wäre an sich günstig, da sich die IHV in der Revision befindet. Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass es teilweise einer klareren und verbindlicheren Formulierung und einer Öffnung für andere Systeme neben der Defizitdeckung (Pauschalen, Tarife, Globalbudgets) bedarf.

Das neue Finanzierungsmodell müsste folgende Punkte regeln:

- welche Akteure (Bund, Kantone, Gemeinden, IV, KVG, KlientInnen resp. deren Vertreter oder die Versorger)
- welchen Anteil an die Finanzierung der stationären Suchttherapie-Einrichtungen aufzubringen haben.
- nach welchem System die Kosten berechnet resp. festgelegt werden (Defizitdeckung, Tarife, Pauschalen, Teilpauschalen, Globalbudget, Kombinationen).

Das gewählte Finanzierungsmodell würde in einem neu zu schaffenden Teil die Grundlage für die interkantonale Verrechnung im Rahmen der IHV bilden. Dieses Modell und weitere für STE spezifische Bestimmungen machen es ratsam, die STE in einem neuen Teil der IHV unterzubringen.

Heute ist die IHV wie folgt strukturiert:

- Der Teil A nimmt Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene grundsätzlich bis zum vollendeten 20., im jugendstrafrechtlichen Bereich bis zum vollendeten 22. Altersjahr auf.
- Der Teil B umfasst die Erwachsenen-Einrichtungen des IVG.

Mit der Unterordnung der in Frage stehenden Einrichtungen unter einen neu zu schaffenden Teil bestünden diese Einschränkungen nicht.

Die erste Sitzung der Expertenkommission hat gezeigt, wie unterschiedlich die Interessenlagen sind und wie schwierig es ist, die divergierenden Auffassungen unter einen Hut zu bringen. Die SODK wird die Bedürfnisse der STE in die IHV-Revision aufnehmen. Sie braucht aber die volle politische Unterstützung, um die Revision der IHV auch durchsetzen zu können. Dies würde bedeuten, dass sich die Koordinationsgruppe FiSu sowohl an die Kantonsregierungen wie auch an die Präsidien der vier, die IHV tragenden Konferenzen (SODK, SDK, KKJPD, EDK) zu wenden hätte. Die politischen Vorgaben müssten dann auf Verwaltungsstufe durchgesetzt werden. Hier liegt das zentrale Problem der Revision der IHV, nicht in rechtlichen Belangen.

Der IHV gehören heute 24 Stände an. Der Kanton Graubünden bereitet zur Zeit den Beitritt vor. Diese Subsumtion der STE unter einen neuen Teil würde bedeuten, dass die spezifischen Bedingungen für diesen Teil unter den Kantonen auszuhandeln wären. Es wäre denkbar, dass nicht alle IHV-Kantone oder nicht alle gleichzeitig der Vereinbarung über die STE beitreten wollen oder können. Von zentraler und prioritärer Bedeutung wäre der Beitritt der heimreichen und insbesondere der grossen Kantone.

## 10.2.4 Zusammenfassung

- Die STE sollen und können in die IHV, in einem neuen Teil, einbezogen werden. Hierfür muss das Finanzierungsmodell und das Qualitätsraster der FiSu vorliegen.
- Die IHV muss allgemein, besonders aber in Bezug auf die STE, verbindlich werden.
- Die Steuergruppe fällt eine politische Entscheidung und stellt einen entsprechenden Antrag an die Kantone und die 4 Konferenzen der IHV.

*Ernst Zürcher, Zentralsekretär SODK*

# *fis*u • *fid*é

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Es liegt auf der Hand, dass eine derart fundamentale Systemumstellung wie der Wechsel auf FiSu erhebliche Unsicherheiten bei allen Beteiligten mit sich bringt. Die kommende Praxis wird Anpassungen, Korrekturen und Verfeinerungen nach sich ziehen. Ebenso absehbar dürften auch die sukzessiven Erweiterungen auf angrenzende Hilfsangebote sein.

Um so wichtiger ist für die Einführungszeit bis hin zu einer ersten Konsolidierung die Mandatierung einer Referenzorganisation. Deren wichtigste Aufgabe besteht darin, allen Interessierten und Involvierten dabei behilflich zu sein, die zahlreichen System-Elemente so kohärent wie nur möglich in die Praxis zu integrieren und bei auftauchenden Problemen und neuen Fragestellungen eine «*unité de doctrine*» bei deren Lösung zu gewährleisten.

Zu denken ist an die Bereiche Leistungserfassung, Institutionsprofilierung und Tarifentwicklung; dazu kommen Anwendung, Unterhalt und Weiterentwicklung der zentral erfassten Systeminstrumente sowie das Datenmanagement aus der Systemanwendung im Dienst der Kantone und Institutionen.

Daneben sollte die Referenzorganisation für die generelle Informationsvermittlung bezüglich Praxis des Systems zuständig sein. Dieser Punkt schliesst den Aufbau und die Betreuung der FiSu-Homepage [www.fisu-fide.ch](http://www.fisu-fide.ch) mit ein.

Eine spezifische Aufgabe ergibt sich im Zusammenhang mit dem automatisierten Rechnungsstellungsverfahren; hier könnte die Referenzorganisation als vorprüfende Stelle dazu beitragen, Fehlauflösungen und damit unnötigen Aufwand auf Seiten der Kantone resp. der zuständigen Gemeinden zu minimieren.

Eine weitere Funktion der Referenzorganisation ist die Schulung und Weiterbildung der beteiligten Personen in Bezug auf die Anwendung des Systems in den verschiedenen Bereichen (wie z.B. Profilierungsverfahren, Anwendung und Nutzung der elektronischen Hilfsmittel, die Organisation von Intake-, Indikations- und Triagestellen usw.).

Aufgrund der bisherigen engen Einbindung in die Projekt- und Entwicklungsarbeiten bietet sich die KOSTE als derartige Referenzorganisation an, um so mehr, als sie dem Zentralsekretariat SODK angegliedert und damit zumindest mittelbar den für die meisten stationären Suchteinrichtungen auf kantonaler Seite zuständigen SozialdirektorInnen unterstellt ist.

Inhaltlich spricht für die KOSTE zudem ihr Engagement im Bereich Qualitätsentwicklung mit dem vom BAG anfangs 2003 erteilten Mandat betreffend Unterhalt und Systempflege von «*QuaTheDA-stationär*» sowie der Umstand, dass bereits bisher die Informationen zu FiSu über die von der KOSTE geführte Webseite «*Infoset direct*» dem interessierten (Fach-)Publikum zur Verfügung gestellt wurden.

Durch diese mehrfache Einbindung in die Systementwicklung FiSu wie in der im Gang befindlichen Qualitätsentwicklung kann KOSTE auch im Umfeld der Einführungsarbeiten der IVSE, Liste C/Suchtinstitutionen bei Bedarf einbezogen werden.

# *fis*u • *fid*é

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie FiSu hat in einer ausgesprochen heterogenen Institutionslandschaft einen nachhaltigen Fachdiskurs eröffnet und qualitativ neue Formen der interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit aufgezeigt.

Die der FiSu-Leistungsbeschreibung und -erfassung zugrunde gelegte Erklärungs- und Handlungstheorie ermöglicht heute ein Fachgespräch über berufliche Ausbildungsgrenzen hinweg. Dank der FiSu-Beschreibung der stationären Suchttherapie ist heute eine durchgehende Beschreibung und Definition der Leistung in der Suchtarbeit denkbar und möglich. Dies setzt allerdings ein grosses Mass an Willen und Bereitschaft zur Offenlegung der Leistungen in allen Bereichen voraus.

In der relevanten Praxis sind bis heute in der Schweiz keine vergleichbaren Beschreibungs- und Erfassungssysteme bekannt. Zwar bestehen auch international konkrete Projekte in diese Richtung. Sie sind aber aus den je bestehenden Strukturen heraus, in den meisten Fällen einseitig verengend durch berufsspezifische, allen voran medizinisch-psychiatrische Ansätze geprägt. Es bedarf noch intensiver Diskussionen, um entsprechende Instrumente sinnvoll in das schweizerische System integrieren zu können.

Die Erarbeitung der Leistungsbeschreibung für stationäre Einrichtungen erfolgte nach verschiedenen Kriterien, die bei einer allfälligen Ausweitung der Leistungsbeschreibungen in nicht-Lebensfeld-ersetzende Bereiche unbedingt beibehalten werden sollten:

- der Einbezug von Experten aus dem Feld;
- die Erfassung der KlientInnen;
- die Zuweisung der KlientInnen aufgrund des Ressourcenprofils.

Mit der Einhaltung der Systematik werden verschiedene für die Angebote wichtige Themenbereiche angeschnitten und anschliessend beantwortet. Auf diesem Weg können Schnittstellen zu angrenzenden Systemen definiert und geklärt werden. Zudem werden die erbrachten Leistungen vergleichbar und aufgrund einer systematischen Tarifierung die tatsächlich entstehenden Kosten transparent dargestellt. Damit sind unter anderem wesentliche Voraussetzungen für spätere Kosteneffizienz-Vergleiche geschaffen.

FiSu kann für sich in Anspruch nehmen, die fachlich und inhaltlich an ein neues Finanzierungssystem gestellten Anforderungen nicht nur weitestgehend zu erfüllen, sondern geradezu die Voraussetzungen dafür geschaffen zu haben. Widerstand erwächst der fundamentalen Systemumstellung nahezu ausschliesslich aus finanzpolitischer Optik, da zwar der Gesamtaufwand für die Lebensfeld-ersetzenden Therapien kleiner wird, das Modell aber Kostenverschiebungen bedingt, die für einige Kostenträger – isoliert betrachtet – Mehraufwand im Vergleich zu deren vorherigen finanziellen Engagement bedeuten.

Im Zusammenspiel mit QuaTheDA und act info besteht heute die Möglichkeit, einen Fachbereich einerseits regional zu steuern und andererseits in einem nationalen Kontext weiterzuentwickeln. Diese Erfahrungen können in einer späteren Phase durchaus in andere (grössere) Bereiche übertragen werden. Dies kann aber nur gelingen, wenn die verschiedentlich erwähnten Kriterien eingehalten und allfällige neue Rahmenbedingungen – zu denken ist etwa an das Beispiel der Lastenverlagerung im oben erwähnten Sinn – klar deklariert und soweit als möglich a priori auch definiert und quantifiziert werden.

# *fi*su • *fidé*

Das Leistungs-bezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie  
Le système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances

## 13.1 Kurzbiographien der Autoren

### **Peter Burkhard**

Peter Burkhard (1949), verheiratet, 3 Kinder, Gesamtleiter des Vereins für umfassende Suchttherapie «Die Alternative».

Er ist seit 1970 in der Sucht- und Drogenarbeit tätig. 1972 eröffnete er die erste Therapeutische Gemeinschaft «Ulmenhof» in Ottenbach und trieb danach sukzessive den Aufbau und die Integration weiterer Institutionseinheiten bis zum heutigen Stand eines umfassenden sozialtherapeutischen Betreuungsnetzes voran.

Er ist Co-Autor des Medienpakets «Sucht und Drogen» und Dozent für Sucht- und Drogenfragen an verschiedenen Fachhochschulen für Soziale Arbeit.

Neben seiner Mitgliedschaft im Expertengremium der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich und der Kantonalen Kommission für Suchtprobleme amtiert er seit 1997 als Präsident des Fachverbands «ART74 Dachorganisation der Suchthilfe».

In der Projektorganisation FiSu hat er den Status des externen Experten.

### **Thomas Egli**

Thomas Egli (1954), verheiratet, 3 Kinder, arbeitete nach 7 Semestern Jus-Studium an der Uni Bern während 17 Jahren im sozialpädagogischen Bereich mit Alkohol- und DrogenklientInnen. Berufsbegleitend absolvierte er eine Management- und eine Supervisorenausbildung.

Seit 1999 ist er im Bundesamt für Gesundheit als Wissenschaftl. Adjunkt zuständig für den Bereich Therapie mit Schwerpunkt Stationäre Rehabilitation.

Er ist Mitglied der Projektleitung FiSu, leitete die Erarbeitung des Referenzsystems QuaTheDA und ist zusammen mit Urs Künzi zuständig für die Harmonisierung der Suchthilfestatistiken (act-info).

### **Ueli Simmel**

Ueli Simmel (1957), verheiratet, 2 Kinder, Lic.phil., Psychologe FSP, studierte an der Universität Fribourg Pädagogik und Psychologie. Während und nach dem Studium arbeitete er in der halboffenen Strafanstalt Witzwil (BE), zunächst als Betreuer und Abteilungsleiter, zuletzt als Anstaltspsychologe. Von 1993 bis 1995 war er im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit an der Erstellung des dritten Methadonberichts und interimistisch an der Weiterentwicklung des Projekts «Methadonstatistik» beteiligt.

Seit 1995 ist er Stellenleiter der Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich (KOSTE). Im Rahmen der ursprünglichen Projektorganisation «Finanzierung stationäre Suchttherapie FiSu» hatte er Einsitz in allen vier von der Koordinationsgruppe FiSu eingesetzten Arbeitsgruppen (AG Finanzhilfen, AG Finanzmodell 2000ff., AG Leistungserfassung und AG Angebotsplanung), der Expertenkommission zur Revision der IHV/IVSE und ist seit deren Gründung Mitglied der Projektleitung FiSu.

## 13.2 Abkürzungsverzeichnis

A+S	Alkohol- und Suchtfachleute Deutschschweiz
AFF	Administration fédérale des finances
AFF	Amministrazione federale delle finanze
AG AP	FiSu-Arbeitsgruppe Angebotsplanung
AG FiHi	FiSu-Arbeitsgruppe Finanzhilfen
AG FiMo	FiSu-Arbeitsgruppe Finanzmodell
AG LE	FiSu-Arbeitsgruppe Leistungserfassung
ART74	ART74 – Dachorganisation der Suchthilfe
ASID	Associazione per lo studio e l'informazione sulle dipendenze
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAP	Bundesamt für Polizeiwesen/Office fédérale de police
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CDAS	Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales
CDCF–KKFD	Conférence des directeurs cantonaux de finances
CDCT–KKBS	Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies (CDCT)
CDOS	Conferenza dei direttori cantonali delle opere sociali
CFPA–EKA	Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool
CFPD–EKDF	Commission fédérale des Problèmes de drogue
CIIS	Convention intercantonale relative aux institutions cantonales
CIRSA	Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie
COSAS	Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale
COSTE–KOSTE	Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues
COSTE–KOSTE	Centrale di coordinamento nazionale delle offerte di trattamento residenziale inerenti ai problemi di droga
CRASS	Conférence Romande des affaires sanitaires et sociales
CRIAD	Coordination Romande des Institutions et organisations ouvrant dans le domaine des Addictions
CSIAS	Conférence suisse des institutions d'action sociale
DFF	Département fédéral des finances
DFF	Dipartimento federale delle finanze
DSSV	Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes Plate-forme drogue de l'Union des villes suisses
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
EFD	Eidg. Finanzdepartement
EFV	Eidg. Finanzverwaltung
EKA–CFPA	Eidg. Kommission für Alkoholfragen



EKDF–CFPD	Eidg. Kommission für Drogenfragen
FOS	Ligue pour l'évaluation des traitements résidentiels de la toxicomanie
ggf.	gegebenenfalls
GREAT	Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies
IG BS/BL	Interessengemeinschaft regionale Trägerschaften BS und BL
IGPD	Interessengemeinschaft Private Drogenhilfe
IHV	Interkantonale Heimvereinbarung
ISPA–SFA	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
IV	Invalidenversicherung (Abteilung im BSV)
IVSE	Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen
KK	Krankenkassen
KKBS–CDCT	Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen
KKFD–CDCF	Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren
KKJPD	Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren
KOSTE–COSTE	Koordinationsstelle für stationäre Drogentherapie
NDA	Nationaler Drogenausschuss/Commission fédérale pour les questions liés aux drogues
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
RPT	Réforme de la péréquation et de la répartition des tâches
SAKRAM	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol und Medikamentenabhängige
SAMBAD	Statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue
SDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Sanitätsdirektoren
SDSS	Schweizerischer Dachverband für stationäre Suchthilfe
SFA–ISPA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
SGA	Schweizerische Gesellschaft für Alkoholologie
SKBS	Städtische Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SODK	Konferenz der Kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
STCA	Servizio Ticinese di Cura dell'Alcolismo
STE	Suchttherapie-Einrichtungen
u.a.m.	und anderes mehr
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
UST	Ufficio federale di statistica
VCRD	Verein christlicher Fachleute im Rehabilitations- und Drogenbereich
VEV DAJ	Verband der Eltern- und Angehörigen-Vereinigungen Drogenabhängiger
VSD	Fachverband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz

## 13.3 Offizielle Schreiben und Mitteilungen des Eidg. Departements des Innern EDI, des Bundesamtes für Gesundheit BAG und des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV.

DIE VORSTEHERIN  
DES EIDGENÖSSISCHEN DEPARTEMENTS  
DES INNERN

3003 Bern, 16. Juli 1998

An die Kantone

Sehr geehrte Damen und Herren Regierungsrätinnen und Regierungsräte

Zahlreiche Institutionen, welche abstinenzorientierte stationäre Suchttherapien anbieten, sehen sich aus unterschiedlichen Gründen zunehmend mit zum Teil gravierenden Finanzierungsproblemen konfrontiert. Es ist mir wichtig zu verhindern, dass die Säule Therapie der bundesrätlichen Drogenpolitik massgeblich geschwächt wird. Nur wenn es mittelfristig gelingt, die Säule Therapie in ihrer Substanz zu erhalten und auf eine gesunde finanzielle Basis zu stellen, bleibt die Vier-Säulen-Politik in ihrer Gesamtheit glaubwürdig und von breiten Kreisen akzeptiert.

Kurzfristig müssen daher Massnahmen ergriffen werden, um die Schliessung von bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und gut ausgelasteten therapeutischen Einrichtungen zu verhindern. Mittelfristig müssen tragfähige Finanzierungsmodelle gefunden werden, welche ein bedarfsgerechtes therapeutisches Angebot von hoher Qualität sicherstellen.

Einer der Gründe für die Finanzierungsschwierigkeiten der Institutionen liegt darin, dass die Gewährung von Beiträgen der IV an Suchtinstitutionen im Umbruch ist. Seit anfangs 1996 hat das BSV die für Behindertenwerkstätten und -wohnheime zuständigen kantonalen Departemente regelmässig informiert, und im vergangenen April haben diese von mir ein erläuterndes Schreiben erhalten. In diesem habe ich zugestanden, dass derzeit Leistungen der IV an Suchtinstitutionen ausgezahlt werden können, auch wenn diese weniger als 50% Behinderte im Sinne des IVG betreuen. Dieser Entscheid wird nicht in Frage gestellt.

Zwischenzeitlich haben mir die beiden Bundesämter BAG und BSV die Resultate der angekündigten Abklärungen unterbreitet.

Ein vom BSV und vom BAG in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten kommt zum Schluss, dass die neue IV-Beitragspraxis dem IVG und der Rechtsprechung entspricht. Die Ueberprüfung durch das BSV hat ergeben, dass die IV Beiträge früher zu grosszügig zugesprochen hat, was zu einer ungleichen Behandlung der unterstützten Suchtinstitutionen geführt hat. Effektiv wurde

98.453

nicht in allen Fällen überprüft, ob die subventionierten Institutionen die Bedingungen des IVG wirklich erfüllen. Dies widerspricht den gesetzlichen Bestimmungen und musste geändert werden. Ex lege könnte nur über eine neue Praxis des EVG eine Aenderung der Beitragspraxis der IV erreicht werden.

Anlässlich von Experten-Hearings mit Fachleuten aus dem Bereich der Suchttherapie ergab sich, dass aus medizinischer Sicht ein chronisches und schweres Abhängigkeitssyndrom in einen Gesundheitsschaden mündet, der die Arbeitsfähigkeit nachhaltig und dauerhaft beeinträchtigen und damit invaliditätsbegründend sein *kann* – was das BSV mit dem System des Nachweises eines IV-relevanten Gesundheitsschadens auch anerkennt –, und dass die Rehabilitation bzw. die Verhinderung von Invalidität um so erfolgreicher ist, je früher die entsprechenden Massnahmen einsetzen.

Die IV wird auch künftig Beiträge an Suchtinstitutionen leisten. Sie verlangt aber den Nachweis, dass die Betreuten, für welche Beiträge bezahlt werden, behindert im Sinne des IVG sind. Dieser Nachweis kann entweder mit einer zusprechenden Verfügung einer IV-Stelle oder mit einem aussagekräftigen Arztzeugnis erbracht werden. Wichtig ist, die Aerztinnen und Aerzte, die Süchtige betreuen, besser darüber zu informieren, was im Sinne der IV eine Invalidität begründet. Das BAG wird diese Informationsarbeit zusammen mit dem BSV an die Hand nehmen.

Expertisen und Grundlagen von BSV und BAG erlauben zielgerichtete Vorbereitungsarbeiten für ein umfassendes Finanzierungsmodell der stationären Betreuung, Therapie und Rehabilitation im Suchtbereich unter Mitwirkung von Bund, Kantonen und Sozialversicherungen. Es liegt in der Pflicht der Kantone, dafür zu sorgen, dass das Angebot an Therapie- und Eingliederungsmöglichkeiten ausreichend und diversifiziert ist. Sie müssen auch einen Teil der Finanzierung sichern. Suchtinstitutionen sollten zudem Gegenstand einer Planung sein, die über die Grenzen des jeweiligen Kantons hinausgeht. Dies gilt auch im Zusammenhang mit dem Finanzierungsmodus. Somit müssen vor allem interkantonale Lösungen angestrebt werden. Ich würde es sehr schätzen, wenn wir diese Anliegen während des kommenden Herbstes mit Vertretungen der kantonalen Exekutiven, insbesondere mit der Konferenz der Sozial- sowie der Sanitätsdirektorinnen und -direktoren diskutieren könnten.

Um gezielt vorwärtszukommen, habe ich die beiden Bundesämter mit der Schaffung einer Koordinationsgruppe beauftragt, die sowohl kurzfristige Massnahmen treffen als auch langfristige Lösungen erarbeiten soll. Nebst BAG, BSV, KOSTE sowie Vertretungen von Suchtinstitutionen sollten in dieser Gruppe auch die Kantone vertreten sein. Das BAG wird mit der SODK wie auch mit der SDK Kontakt aufnehmen um abzuklären, ob von seiten der Kantone eine Vertretung erwünscht ist und wie diese konkret aussehen wird.

Kurzfristig soll diese Koordinationsgruppe Kriseninterventionsmassnahmen zur Sanierung erhaltenswerter Institutionen der stationären Suchthilfe treffen, welche durch die Aenderung der Praxis des BSV in Finanzierungsengpässe geraten sind. In ihrer Existenz gefährdete Institutionen werden die Möglichkeit haben, sich ab August 1998 beim BAG an diese Koordinationsgruppe zu wenden. Das Eidgenössische Departement des Innern bemüht sich zur Zeit, Bundesmittel freizumachen, um den bedrängten Institutionen helfen zu können.

Die Koordinationsgruppe soll des weiteren langfristige, umfassende, bedarfsge-  
rechte und tragfähige Finanzierungsmodelle erarbeiten. Sie wird im Frühjahr  
1999 Bund und Kantone Vorschläge zur Finanzierung stationärer Suchthilfe  
unterbreiten, so dass wir unter Berücksichtigung aller Sozialversicherungen  
Entscheide in die Wege leiten können.

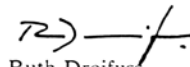
Das BAG und das BSV werden ausserdem sämtliche verfügbaren Informatio-  
nen zusammentragen, um sich einen Überblick über das gesamtschweizerische  
Angebot an Therapie- und Eingliederungsmöglichkeiten verschaffen zu kön-  
nen, so dass die Bedürfnisse suchtabhängiger Personen, die verschiedenen  
Finanzierungsmodelle und die tatsächlich erbrachten Leistungen klar aufge-  
zeigt werden können. Ich bitte Sie, die beiden Bundesämter bei dieser Infor-  
mationsbeschaffung zu unterstützen.

Dieses Massnahmenpaket soll es erlauben, einerseits weiterhin eine abstinenz-  
und eingliederungsorientierte Suchtpolitik zu betreiben, und andererseits die  
Sozialversicherungen, insbesondere die Invalidenversicherung, gesetzmässig  
anzuwenden. Gewisse Entscheidungen, die in diesem Zusammenhang zu tref-  
fen sind, werden ihre Zeit erfordern, soviel steht heute schon fest. Ich kann je-  
doch den heutigen Zustand nicht unverändert lassen, es müssen deshalb auch  
kurzfristige Regelungen gefunden werden. In keinem Fall möchte ich, dass die-  
ser Prozess zu einem Verlust von unabdingbaren Therapie- und Eingliede-  
rungsmöglichkeiten führt, die für die suchtabhängige Person eine entschei-  
dende Voraussetzung sind, um ihre Autonomie wiederzuerlangen.

Gerne sende ich Ihnen in der Beilage die Medienmitteilung, die in den nächsten  
Tagen verschickt wird, zur Kenntnis.

Ich danke Ihnen für Ihr Engagement zu Gunsten behinderter und suchtab-  
hängiger Personen sowie für Ihre konstruktive Zusammenarbeit im Hinblick  
auf die Lösung der bestehenden Probleme.

Mit freundlichen Grüßen



Ruth Dreifuss  
Bundesrätin

Beilage: Medienmitteilung

Adresse der Koordinationsgruppe:  
BAG, Abteilung Sucht und Aids  
Herr U. Locher, Vizedirektor  
3003 Bern

Kopie an:  
- SODK  
- SDK



Bundesamt  
für Gesundheit  
Office fédéral  
de la santé publique  
Ufficio federale  
della sanità pubblica  
Swiss Federal Office  
of Public Health

Facheinheit Sucht und Aids

An alle kantonalen Sozialdirektorinnen  
und Sozialdirektoren

Ihr Zeichen  
Ihre Nachricht vom  
Unser Zeichen EGT  
Telefon direkt 031 323 80 19  
Telefax direkt 031 323 87 89  
E-Mail thomas.egli@bag.admin.ch

Bern, 9. April 2001

#### **Neues Finanzierungsmodell für stationäre Einrichtungen im Suchtbereich/ FisU 2001**

Sehr geehrte Frau Regierungsrätin,  
sehr geehrter Herr Regierungsrat

Das folgende Schreiben informiert Sie über den Stand der Entwicklung des neuen Finanzierungsmodells. Dabei ist es unerlässlich, parallel laufende Entwicklungen einzubeziehen, welche ihrerseits noch nicht abgeschlossen sind. Namentlich sind dies die Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE), der neue Finanzausgleich (NFA) und das Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA. Wir bitten Sie um Verständnis, wenn wir uns in diesem Brief hauptsächlich auf die Entwicklung des neuen Finanzierungsmodells konzentrieren.

Nach der 1999 durchgeführten Vernehmlassung der Kantone lag der Schwerpunkt im Jahr 2000 auf der Überprüfung der Umsetzbarkeit des neuen Modells in einem Dutzend Institutionen. Anlässlich der Sitzung der Koordinationsgruppe FiSu vom 14.12.2000 wurde der Bericht Oggier zu einem Pauschaltarif-Modell diskutiert. Sinnvolle Durchschnittswerte konnten lediglich im illegalen Langzeitbereich erarbeitet werden, da die andern Untergruppen teilweise lediglich aus einer Institution bestanden. Diese Werte werden in den nächsten Wochen mit zusätzlichen Institutionen überprüft und ergänzt. Eine Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen zum neuen Finanzierungsmodell im Suchtbereich, basierend auf den Arbeitsfeldpauschalen liegt diesem Brief bei.

In den Bereichen Qualitätsentwicklung und Revision der Interkantonalen Vereinbarung für Soziale Institutionen laufen die Prozesse ebenfalls weiter.

Ursprünglich war geplant, das neue Finanzierungsmodell auf Anfang 2002 definitiv einzuführen. Da die Zahlen aus dem letztjährigen Pilotversuch noch durch Modellrechnungen erhärtet werden müssen und indem wir den verbleibenden Arbeiten bis zur Einführung der IVSE Rechnung tragen, wird die Verzögerung einige Monate betragen. Die Einführung im Jahr 2002 bleibt jedoch unser Ziel.

Postadresse: 3003 Bern  
Telefon 031 323 87 11  
Telefax 031 323 87 89

## **Weiteres Vorgehen im Hinblick auf die Einführung eines neuen Finanzierungsmodells**

Nachdem letztes Jahr der Pilotversuch Arbeitsfeldpauschalen mit 12 Institutionen durchgeführt werden konnte, ist von Juni bis Dezember 2001 die Klärung der Abläufe und Erprobung des Tarifvorschlages in Zusammenarbeit mit den Kantonen vorgesehen. Das diesjährige Projekt im erweiterten Rahmen verfolgt folgende Ziele:

- Die Berechnungen der Kosten und Tarife gemäss dem neuen Modell sollen dem bisherigen gegenübergestellt und mit ihm verglichen werden, dieser Teil des Projekts wird in diesem Jahr als Modellrechnung lediglich auf dem Papier durchgeführt, ohne direkte finanzielle Auswirkungen.
- Einbindung bestehender Ansätze in das neue System. So sollen Erfahrungen, welche Kantone bereits mit Leistungsvereinbarungen oder Zuweisungsabläufen gemacht haben, in das Pilotprojekt einfließen.
- Zunehmende Sicherheit im Umgang mit dem neuen Modell, vor allem im Verhältnis Kanton-Institution.
- Die ausserkantonalen und die innerkantonalen Tarife sind gleich.
- Der Tarifvorschlag soll aufgrund der Erkenntnisse angepasst und verfeinert werden.
- Die Kantone können, wo nötig, die gesetzlichen und verordnungsmässigen Voraussetzungen den neuen Erfordernissen anpassen.
- Muster von Leistungsvereinbarungen werden erarbeitet.
- Die Voraussetzungen für eine nachvollziehbare Indikationsstellung und Zuweisung werden geschaffen.

Das vorgesehene Projekt ist ein weiterer Schritt zur Einführung des neuen Finanzierungsmodells.

Parallel dazu laufen die Arbeiten an zwei weiteren grossen Projekten:

Die Revision der IHV zur IVSE hat die erste Vernehmlassungsrunde abgeschlossen. Die zahlreichen Rückmeldungen werden derzeit geprüft und gegebenenfalls in den Revisionstext eingearbeitet. Diese Arbeiten werden vom Zentralsekretariat SODK geführt und es ist folglich auch Sache des Zentralsekretariats, Stand und Fortgang der Revisionsarbeiten zu kommunizieren.

Die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen (QMS) ist ebenfalls in vollem Gang und kann den vorgegebenen Zeitplan bis jetzt einhalten: vom QMS QuaTheDA ist ein Referenzsystem erstellt, in dem nebst anderen auch alle Bedingungen BSV/IV2000 eingehalten sind, die Schulung der Qualitätsverantwortlichen der Institutionen verläuft planmässig, parallel dazu ist derzeit das Zertifizierungsverfahren in Vorbereitung, das wiederum den BSV/IV2000 Anforderung voll entspricht. Weiter bestehen enge Kontakte zwischen QuaTheDA und anderen Anbietern von QMS. Mit der Zertifizierung eingeführter QMS kann somit bis Ende 2002 der in der IHV/IVSE geforderte Nachweis der Qualität eines Angebotes erbracht werden.

## **Pilotprojekt in Zusammenarbeit mit einer Gruppe von Kantonen**

Bevor das Modell flächendeckend eingeführt wird, sollten idealerweise in einer Gruppe von 4-8 Kantonen auf freiwilliger Basis die neuen Abläufe geklärt, eingeführt und ausgewertet werden.

In einem ersten Schritt werden die beteiligten Kantone zusammen mit „ihren“ Institutionen Profile der jeweiligen Einrichtungen und Zielgruppen gemäss den Vorgaben des Modells FiSu erarbeiten.

Danach sieht das diesjährige Projekt mit Einbezug der Kantone vor, den Tarifvorschlag mit dem heutigen Modell zu vergleichen. Parallel dazu wird eine Simulation der Zahlungsabläufe, der Beiträge der Klienten, der Sozialversicherung und der Kantone durchgeführt. Es wird aber mit den anerkannten Grundsätzen nicht zu vermeiden sein, dass gewisse Institutionen ihre Kosten mit dem zukünftigen

Tarif besser decken können und andere schlechter. Diese Unterschiede müssen genau analysiert und, wenn die Abweichungen berechtigt sind, korrigiert werden

Ein weiterer Schwerpunkt des Projekts wird die Erarbeitung von Modell-Leistungsvereinbarungen sein. Wichtig dabei wird sein, bestehende Ansätze weitestgehend in die zukünftige Vereinbarungen zu integrieren. Ob die Vereinbarungen in Zukunft bilateral (Kanton-Institution) oder trilateral (Kanton-Institution-BSV) oder in beiden Ausführungen ausgefertigt werden sollen, ist noch nicht festgelegt. Das gesamte Projekt wird geleitet und unterstützt durch das BAG in Zusammenarbeit mit KOSTE, Expertinnen und Experten, sowie Praktikerinnen und Praktikern.

#### **Offene Fragen**

Bezüglich Aufbau von Indikationsstellen sind die Kantone sehr unterschiedlich fortgeschritten. Im Laufe des Pilotprojekts ist immer wieder die Frage aufgetaucht, ob es sich beim Tarifvorschlag um eine echte Arbeitsfeldpauschale handle oder aber um eine abgewandelte Fallpauschale und wie man der Behandlungsdauer, z.B. bei vorzeitigen Abbrüchen Rechnung trägt. Die ursprüngliche Arbeitsgruppe FiSu hat sich stets klar für die Arbeitsfeldpauschalen ausgesprochen. Die Umsetzbarkeit einer hinreichend differenzierten Rechnungsführung muss unter diesem Gesichtspunkt auch noch getestet werden. Als letzter wichtiger offener Punkt muss die Kostenneutralität erwähnt werden. Viele Mitbeteiligte im Modell haben das dahingehend interpretiert, dass ihr Kostenanteil unverändert bleiben solle. Die Verschiebungen innerhalb der Finanzierung (Tarife und Zahlungsabläufe) können allerdings nur gewährleisten, dass die Gesamtkosten nicht zunehmen. Der Übergang von den heutigen Defizitbeiträgen des BSV zur Pauschalbeteiligung ist in Bearbeitung. Sicher ist, dass bei gleichbleibender IV-Quote der Beitrag der IV gleich bleibt.

#### **Was geschieht in unmittelbarer Zukunft ?**

Der nächste Schritt sieht nun vor, die Verantwortlichen aller Kantone detailliert über das bevorstehende Projekt zu informieren, damit die interessierten Kantone die Grundlage für den Entscheid über eine allfällige Teilnahme am Projekt haben. Dieses **Informationstreffen für alle Kantone findet am 2. Mai 2001, nachmittags** in Bern statt.

#### **Anmeldung**

Sobald Ihr Kanton den Entscheid, an diesem Projekt teilzunehmen – oder nicht teilzunehmen – getroffen hat, bitten wir Sie, uns dies so rasch wie möglich mitzuteilen. Im Anhang finden Sie ebenfalls ein Formular, auf dem Sie uns Ihren Entscheid mitteilen können.

Der Entscheid zur Teilnahme sollte Ende Mai vorliegen, da bereits am **5. Juni 2001 ein erstes Treffen mit den am Pilotprojekt teilnehmenden Kantonen** vorgesehen ist.

Anlässlich des eigentlichen Starts zum diesjährigen Projekt werden u.a. die bereits geleisteten Arbeiten innerhalb der Kantone verglichen, nächste Schritte geplant und Termine fixiert. Je nach Anzahl teilnehmender Kantone und einbezogener Institutionen wird die Projektorganisation noch den Gegebenheiten angepasst werden müssen.

#### **Überbrückungsfinanzierung**

Im Dezember 2000 hat der Bund zum dritten Mal Überbrückungshilfen ausbezahlt, um die mit der Praxisänderung des BSV und der Einführung des neuen Finanzierungsmodells verbundenen Finanzengpässe auszugleichen. Diese dritte Überbrückungshilfe in der Höhe von 15 Millionen Franken ist durch die Kantone an die Institutionen ausbezahlt worden. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass Bundesrat und Parlament wiederholt ausgedrückt haben, dass dies die letzte Überbrückungszahlung sei und dass in Zukunft die Kantone für die Überbrückung von



Liquiditätseingüssen zuständig sind .

**Informationen an weitere Interessierte**

Eine Kopie dieses Briefes wird an **alle** kantonal für die stationären Einrichtungen Zuständigen (gemäss der Liste der SODK vom Januar dieses Jahres), an die Zentralsekretariate der SODK und der SDK, ans Bundesamt für Sozialversicherung, sowie die betroffenen Berufs- und Fachverbände versandt. Die Internetseite [www.infoset.ch](http://www.infoset.ch), welche für den Informationsaustausch im Suchtbereich zuständig ist, enthält ebenfalls eine Kopie dieses Schreibens. Wir hoffen, dass auf diese Weise **alle** Beteiligten auf dem gleichen Informationsstand sein werden.

Wir bitten Sie, alle Korrespondenz bezüglich dieses Projekts an Thomas Egli, BAG, Sektion Drogeninterventionen, 3003 Bern, Tel 031 323 80 19 oder an [fisubag.admin.ch](mailto:fisubag.admin.ch) zu richten.

Mit freundlichen Grüssen  
Bundesamt für Gesundheit  
Facheinheit Sucht und Aids

Ueli Locher, Vizedirektor

**Beilagen**

Anmeldung  
Projektorganisation  
Zusammenfassung Fisub

**Kopie**

Verantwortliche in den Kantonen, Amtschefs  
BSV, Abteilung Invalidenversicherung  
Zentralsekretariate der SODK und der SDK  
SDSS, CRIAD, VSD, VCRD, A+S, GREAT, ASID  
KOSTE, infoset



## *Medienmitteilung des BSV vom 24. April 2002*

### *Änderungen des Finanzierungssystems bei Behinderteninstitutionen*

Der Bundesrat hat eine Änderung der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beschlossen. Diese ermöglicht einerseits die Einführung eines neuen Finanzierungsmodells in Form von Leistungsverträgen im Bereich der Behinderteninstitutionen. Im Weiteren werden mit der Ordnungsänderung die rechtlichen Folgen bei verspäteter Einreichung von Gesuchen um Beiträge der IV/AHV gemildert. Diese Änderung tritt am 1. Juni 2002 in Kraft.

### *Einführung eines neuen IV-Beitragssystems in Form von Leistungsverträgen*

Neu sollen Suchtinstitutionen, gestützt auf Leistungsverträge, für jede betreute Person je nach angebotenen Leistungspaket eine Pauschale erhalten, welche durch den Kanton ausgerichtet wird. Der Standortkanton der Institution macht seinerseits die entsprechenden Beiträge bei den verschiedenen Kostenträgern (IV, Gemeinde etc.) geltend. Dieses neue Finanzierungsmodell wurde von der Koordinationsgruppe «Finanzierung stationäre Suchttherapie» (FiSu) unter Leitung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit den Kantonen und Institutionen ausgearbeitet.

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) hat seine Praxis der Ausrichtung von Beiträgen an Behinderteninstitutionen der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts angepasst. Dieses hatte in den vergangenen Jahren wiederholt festgehalten, dass die Suchtmittelabhängigkeit für sich allein noch keine Invalidität im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes begründet. 1998 zeigte sich, dass weniger invalide Personen in Suchtinstitutionen betreut wurden, als bislang angenommen worden war. Verschiedene Suchtinstitutionen sahen sich mit finanziellen Schwierigkeiten konfrontiert, da nur noch ein Teil der von ihnen betreuten Personen in den Genuss von IV-Leistungen kam und die Subventionen deshalb viel tiefer ausfielen als in den Vorjahren. In der Folge wurden Liquiditätsprobleme mehrmals durch Bundesbeiträge aufgefangen.

Die Möglichkeit, Leistungsverträge abzuschliessen, wird mit der vorliegenden Ordnungsänderung auch anderen Behinderteninstitutionen eingeräumt.

### *Milderung der rechtlichen Folgen bei verspäteter Einreichung von Gesuchen um Beiträge der IV oder der AHV*

Im Hinblick auf eine rasche und effiziente Bearbeitung der Gesuche um Beiträge der IV oder der AHV ist die Verwaltung darauf angewiesen, dass Institutionen und Organisationen ihre Beitragsgesuche fristgerecht einreichen. Trifft heute ein Beitragsgesuch nicht innert der festgesetzten Frist ein und können für die Verspätung keine triftigen Gründe geltend gemacht werden, so fällt der Anspruch – auch wenn es sich bei der Verspätung lediglich um wenige Tage handelt – auf einen Beitrag der IV oder der AHV vollumfänglich dahin. Diese strenge Verwirkungsregelung trifft potenzielle BeitragsempfängerInnen bzw. deren Trägerschaften unter Umständen sehr hart und ist deshalb in der Praxis äusserst schwierig durchzusetzen.

Die Ordnungsänderung mildert die rechtlichen Folgen bei verspäteter Einreichung von Gesuchen um Beiträge der IV durch Behinderteninstitutionen, Organisationen der privaten Behindertenhilfe und Ausbildungsstätten für Fachpersonal. Dasselbe gilt für verspätete Gesuche von Spitexorganisationen für Beiträge der AHV. Neu soll bei Fristversäumnis ohne triftigen Grund je nach Ausmass der Fristversäumnis ein linear zunehmender prozentualer Abzug des IV-Beitrags vorgenommen werden (im 1. Monat der Verspätung 20 %, in jedem weiteren Monat weitere 20 %).

EIDG. DEPARTEMENT DES INNERN  
Presse- und Informationsdienst

#### *Auskünfte:*

031/322 91 17  
Dorothea Zeltner  
Geschäftsfeld Invalidenversicherung  
Bundesamt für Sozialversicherung

DIE VORSTEHERIN  
DES EIDGENÖSSISCHEN DEPARTEMENTS  
DES INNERN

3003 Bern, 5. Juli 2002

An die

- für Behinderteninstitutionen  
zuständigen kantonalen  
Departemente
- für Suchtinstitutionen  
zuständigen kantonalen  
Departemente
- Suchtinstitutionen, die IV-  
Beiträge geltend machen

Sehr geehrte Damen und Herren

Wie Sie wissen, ist die Finanzierung der Suchtinstitutionen seit langem im Gespräch. Die damit verbundenen Probleme haben die Institutionen, die Kantone, den Bundesrat und das Parlament wiederholt beschäftigt. Es wurden allseits grosse Anstrengungen unternommen, das Vier-Säulen-Prinzip des Bundesrats zu stützen und sowohl kurz- als auch längerfristige Lösungen zur Sicherung der abstinenzorientierten Therapie zu finden. Der Bundesrat hat nun einen weiteren wichtigen Entscheid getroffen, über den ich Sie mit diesem Schreiben informieren möchte.

Die Vorarbeiten der Projektgruppe FiSu zur Entwicklung eines neuen Finanzierungsmodells sind unter der Leitung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) soweit fortgeschritten, dass im Hinblick auf den Start am 1.1.2003 ein Beitritt zum Modell FiSu ab dem Herbst 2002 möglich wird. Um auch seitens der Invalidenversicherung die notwendigen Grundlagen zu schaffen, hat der Bundesrat am 24. April 2002 eine Änderung der Verordnung zur Invalidenversicherung (IVV) beschlossen. Die Änderung ist am 1. Juni 2002 in Kraft getreten und ermöglicht dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Beiträge der IV an die Kantone auszurichten, die sich am Modell FiSu beteiligen. Den Wortlaut der IVV-Änderung sowie die dazugehörigen Erläuterungen finden Sie in der Beilage.

Der Bundesrat setzte mit dieser IVV-Änderung ein deutliches Zeichen zu Gunsten des Modells FiSu. Er war sich bei seinem Entscheid aber auch bewusst, dass noch nicht alle Kantone bereit sind, sofort das Modell FiSu zu übernehmen. Er hat daher mit seiner „Kann-Formulierung“ (Art. 104<sup>ter</sup> Abs. 2 resp. Art. 107<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV) vorgesehen, dass Institutionen in Kantonen, die sich aus verschiedenen Gründen noch nicht am Modell FiSu beteiligen, weiterhin nach der herkömmlichen Art mit dem BSV abrechnen können. Die Sofortmassnahmen (generelle Ausserkraftsetzung der 50%-Klausel, Überbrückungskredite, Verzicht auf Rückforderung zu hoher Akontozahlungen der IV), die der Bundesrat bis zur Einführung des Modells FiSu ergriffen hat, werden jedoch nicht mehr weitergeführt.

02.283

Im Gegenzug möchte der Bundesrat die Anstrengungen der Kantone, die sich am Modell FiSu beteiligen, honorieren. Er anerkennt, dass die Einführung des Modells FiSu für die Trägerkantone<sup>1</sup> der Institutionen und die Wohnkantone einen administrativen Mehraufwand vorsieht, verglichen mit dem heutigen und in der Interkantonalen Vereinbarung für Soziale Einrichtungen (IVSE) vorgesehenen Aufwand für die Behinderteninstitutionen. Bereits heute sind die Trägerkantone verantwortlich für die Bedarfsplanung, die Aufsicht und Bewilligung von Institutionen. Die IVSE verpflichtet die Trägerkantone zudem, für alle Institutionen des Teils B (d.h. alle Institutionen für erwachsene Behinderte) die Kostengutsprachen beim Wohnkanton einzuholen, wenn die Institutionen Behinderte mit ausserkantonalem Wohnsitz aufnehmen. Das Modell FiSu sieht zusätzlich vor, dass die Trägerkantone für das Geltendmachen der Pauschale bei den verschiedenen Kostenträgern sowie die Verteilung der IV-Beiträge an die Kostenträger verantwortlich sind. Der Bundesrat hat nun beschlossen, denjenigen Trägerkantonen, die sich am Modell FiSu beteiligen, entgegenzukommen. Er sichert den ins Modell FiSu integrierten Institutionen auch Beiträge der IV zu, wenn sie nicht überwiegend invalide Menschen im Sinne des Gesetzes betreuen, d.h. die sog. 50%-Klausel nicht einhalten (siehe Art. 100 Abs. 1<sup>bis</sup> und Art. 106 Abs. 3<sup>bis</sup> IVV). Für alle anderen Institutionen jedoch gilt ab dem 1. Januar 2003 die 50%-Klausel wieder ausnahmslos (Art. 100 Abs. 1 IVV).

Neben dem generellen ausser Kraft setzen der 50%-Klausel hatte der Bundesrat seinerzeit als weitere Sofortmassnahmen dem Parlament Überbrückungskredite beantragt sowie auf die Rückforderung zu hoher Akontobeiträge der IV verzichtet. Diese Sofortmassnahmen hatten den Zweck, die Liquidität der Suchtinstitutionen bis zum Greifen des Modells FiSu zu sichern. Mit der Möglichkeit, dem Modell FiSu ab Herbst 2002 beizutreten, entfällt die Notwendigkeit für diese Sofortmassnahmen. Die Liquidität der Institutionen kann auf anderem Weg gesichert werden. Der Bundesrat hat deshalb entschieden, dem Parlament keine weiteren Überbrückungskredite mehr zu beantragen. Ebenso hat er das EDI beauftragt, die finanziellen Forderungen der IV entsprechend dem Zeitplan FiSu, jedoch spätestens per Ende 2005 geltend zu machen. Er ging dabei von folgender Überlegung aus: Durch den Wechsel von der nachschüssigen zur gegenwartsbezogenen Abgeltung erzielen die Institutionen Mehreinnahmen im Jahr des Beitritts zum Modell FiSu, da einerseits der letztjährige IV-Beitrag gemäss dem bisherigen, nachschüssigen System ausbezahlt wird, andererseits bereits Beiträge an das laufende Jahr geleistet werden. Die dadurch erhöhten Auszahlungen der IV sollten es den Institutionen weitgehend erlauben, die geschuldeten Rückzahlungen unter Wahrung ihrer Liquidität vorzunehmen. Das Jahr 2005 wurde als letzte Möglichkeit gewählt, da die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) ab dem Jahr 2006 greifen soll.

Von der Projektgruppe FiSu habe ich erfahren, dass als Grundlage für den Entscheid, dem Modell FiSu beizutreten, neben der Kenntnis der Pauschale auch die Frage, ob die Investitionskosten über die Pauschale abgegolten werden, und vor allem auch das Ausmass der Anerkennung durch die IV-Stellen von Bedeutung ist.

Die Höhe der Pauschale für die verschiedenen Institutionsprofile wurde Ihnen bereits an der Veranstaltung vom 24. April 2002 durch das BAG kommuniziert. Sie basiert auf den Resultaten der am Pilotprojekt beteiligten Institutionen. Das BSV wird den Anteil der IV an

<sup>1</sup> In den Erläuterungen zur IVV-Änderung wird der Begriff Standortkanton benutzt, in der IVSE der Begriff Trägerkanton. Beide Begriffe sind synonym zu verstehen. Um eine sprachliche Einheit zu gewahren, wird im Folgenden die Terminologie der IVSE übernommen und der Begriff Trägerkanton verwendet.

dieser Pauschale voraussichtlich bis Ende Juli ermitteln. Ich versichere Ihnen, dass dieser Anteil so bestimmt wird, dass der Beitrag der IV an die Gesamtkosten einer invaliden Person gleich hoch sein wird wie im bisherigen Finanzierungsmodell des BSV.

Betreffend Investitionskostenbeitrag wurde vorderhand entschieden, von einer Integration in die Pauschale abzusehen. Das Vorgehen für das Geltendmachen von Beiträgen der IV an die Investitionskosten stützt sich somit auch unter dem Modell FiSu auf das Kreisschreiben über die Ausrichtung von Bau- und Einrichtungsbeiträgen des BSV vom 1. Januar 1999.

Bezüglich der Anerkennung der Invalidität durch die IV-Stellen kann ich Ihnen Folgendes mitteilen: Wie das BSV bereits mit Schreiben vom November 2000 angekündigt hat, werden ab dem Jahr 2003 kollektive Beiträge der IV nur noch entsprechend dem Anteil der Personen ausgerichtet, deren Invalidität durch eine IV-Stelle geprüft und anerkannt wurde. Ob dieser Anteil höher oder tiefer liegt als der heutige, auf Grund der Arztzeugnisse ermittelte Anteil, ist zum jetzigen Zeitpunkt offen. Um einen Überblick zu erhalten, hat das BSV mit dem vorgenannten Schreiben die Institutionen aufgefordert, alle von ihnen als invalid betrachteten Personen ab dem 1. Januar 2001 bei einer IV-Stelle anzumelden. Die Institutionen wurden gleichzeitig gebeten, mit der Eingabe des Beitragsgesuchs für das Betriebsjahr 2001 die Resultate dieser Abklärungen dem BSV mitzuteilen. Die Beitragsgesuche 2001 können dem BSV bis Ende Juni 2002 eingereicht werden. Sobald die Unterlagen da sind, wird das BSV eine erste Auswertung vornehmen und den Kantonen im Oktober mitteilen, wie hoch die Anerkennungsquote für das Jahr 2001 ist. Die für die Übergangszeit verfügbaren Anerkennungsquoten laufen auf Ende Jahr aus und werden nicht mehr erneuert.

Ins Modell FiSu können auch Institutionen integriert werden, die bis anhin keine IV-Beiträge erhalten haben. Die Integration bedeutet aber noch nicht, dass sie dadurch automatisch Anspruch auf Beiträge der IV erhalten. Um diese geltend machen zu können, müssen die Institutionen sämtliche in Gesetz zur Invalidenversicherung (IVG), IVV und Weisungen des BSV vorgesehenen Kriterien (wie z.B. Integration in Bedarfsplanung, Mindestplatzzahl, Anforderungen an die Trägerschaft, durch BSV genehmigtes Betriebs- und Betreuungskonzept) erfüllen.

Abschliessend möchte ich Ihnen in Erinnerung rufen, dass der Bundesrat in seiner Botschaft zur NFA vorsieht, die Verantwortung für die kollektiven Leistungen der IV vom Bund an die Kantone zu übertragen. Die Inkraftsetzung ist auf den 1. Januar 2006 vorgesehen. Ab diesem Zeitpunkt entfallen alle kollektiven Beiträge der IV für Behinderteninstitutionen inkl. der Suchtinstitutionen. Unabhängig davon, ob die Kantone das Modell FiSu wählen oder nicht, werden sie ab diesem Zeitpunkt die alleinige Verantwortung für die Finanzierung der Institutionen haben.

Es ist mir bewusst, dass das Modell FiSu noch nicht in allen Details ausgearbeitet ist und dass es Umstellungen insbesondere für die Kantone bedingt. Ich bin aber zuversichtlich, dass das BAG, wo notwendig in Zusammenarbeit mit dem BSV, die restlichen Unterlagen rechtzeitig zur Verfügung stellen und die Kantone bei der Einführung tatkräftig unterstützen wird. Mit der Möglichkeit, im Modell FiSu Beiträge der IV auch an Institutionen zu bezahlen, die nur eine Minderheit invalider Menschen betreuen, hat der Bundesrat bewusst eine Chance geschaffen. Er möchte damit die Anstrengungen der Kantone für ein koordiniertes und zweckmässiges Beitragsmodell im Bereich der Suchthilfe honorieren. Ich bin zuversichtlich, dass Sie diese Möglichkeit nutzen werden.

4

Sicher wirft dieses Schreiben bei einigen Kantonen und Institutionen Fragen auf. Das BSV und das BAG werden deshalb gemeinsam eine Informationsveranstaltung organisieren (siehe Beilage). Ich möchte Sie im Namen der beiden Ämter herzlich dazu einladen und hoffe, dass das Modell FiSu bald mit gutem Erfolg starten wird.

Mit freundlichen Grüßen



Ruth Dreifuss  
Bundesrätin

- Beilagen:
- Auszug aus der Änderung der IVV vom 24. April 2002
  - Auszug aus den Erläuterungen zu den Änderungen der IVV vom 24. April 2002
  - Einladung zur Informationsveranstaltung

DIE VORSTEHERIN  
DES EIDGENÖSSISCHEN DEPARTEMENTS  
DES INNERN

Bern, 13. Dezember 2002

Frau Regierungsrätin  
Herr Regierungsrat

## **Finanzierung der stationären Suchthilfeeinrichtungen FiSu**

Sehr geehrte Frau Regierungsrätin  
Sehr geehrter Herr Regierungsrat

Im Laufe dieses Sommers haben sich verschiedene Kantone an mich gewendet und mir ihre Sorge betreffend das Finanzierungsmodell FiSu zum Ausdruck gebracht. Sie haben auf verschiedene noch offene Fragen hingewiesen und mich um eine Verschiebung der Einführung des Finanzierungsmodells bis zu deren Klärung ersucht. In der Folge hat am 28. Oktober 2002 eine Aussprache mit einer Vertretung der SODK und der SDK stattgefunden. Da ich davon ausgehe, dass die Beantwortung der mir gestellten Fragen sowie das Resultat dieser Aussprache für alle Kantone von Interesse ist, lasse ich eine gleichlautende Stellungnahme allen Kantonen zugehen.

Aufgrund der Reaktionen seitens der Kantone darf ich schliessen, dass FiSu in fachlicher Hinsicht zwar weitgehend unbestritten ist, dass aber die fristgerechte Einführung wegen des damit verbundenen Wechsels zu einer Pauschalabgeltung vor allem in denjenigen Kantonen mit gewissen Schwierigkeiten verbunden ist, die über ein umfangreiches Suchthilfeangebot verfügen. In Kantonen mit geringem Angebot werden in diesem Zusammenhang offenbar kaum Probleme erwartet. Es erscheint mir deshalb wichtig, die positiven Aspekte einer raschen Einführung des neuen Finanzierungsmodells zu erläutern.

Mit FiSu wird die weitere Entwicklung der stationären Suchthilfe in koordinierter Weise erfolgen können. Das Ergebnis wird nicht nur eine qualitative Verbesserung der Leistungen sein, sondern auch mehr Transparenz und Kostenbewusstsein in bezug auf die stationäre Behandlung von Suchtmittelabhängigen. Ich bin überzeugt, dass mit FiSu die Voraussetzungen für eine wirkungsorientierte Steuerung der stationären Suchthilfe geschaffen werden. Ich bin mir aber auch bewusst, dass FiSu noch nicht in allen Belangen ausgereift ist und nun während der Einführungsphase weiter entwickelt und verfeinert werden muss.

Im Laufe der Entwicklung von FiSu wurde den Anliegen der Kantone mehrfach Rechnung getragen. Wesentlich sind aus meiner Sicht folgende Punkte:

- Das Parlament hat in den letzten 4 Jahren mehrere finanzielle Überbrückungshilfen bewilligt. Der Bund konnte somit die stationäre Suchthilfe zusätzlich zu den Leistungen der IV mit insgesamt 48 Millionen Franken unterstützen. Damit sollten bis zur Einführung von FiSu die infolge der Anpassung der Praxis des Bundesamtes für Sozi



- 2 -

- alversicherung (BSV) ans geltende Recht entstandenen Ertragsausfälle ausgeglichen werden.
- Als weitere Überbrückungsmassnahme für den Suchtbereich wurde die Bestimmung von Artikel 100 der Verordnung zur Invalidenversicherung (IVV), wonach Beiträge nur an Institutionen ausgerichtet werden können, welche überwiegend Invalide betreuen, bis zum Zeitpunkt der Einführung von FiSu nicht berücksichtigt. Dadurch konnten vorübergehend auch Beiträge der IV an Institutionen bezahlt werden, die weniger als 50% Invalide betreuen.
- Die Regelung der Finanzströme unter FiSu sah ursprünglich vor, dass sämtliche Platzierungen durch den Standort- bzw. den Trägerkanton vorfinanziert werden. Auf Begehren der Kantone wurde von dieser für das FiSu optimalen, aber für die Kantone ungünstigen Regelung Abstand genommen. Die Trägerkantone sind jetzt nur noch für die Finanzierung der Aufenthalte ihrer eigenen EinwohnerInnen sowie für die Gesamtabrechnung mit dem BSV zuständig. Die Finanzierung der Aufenthalte der ausserkantonalen Betreuten erfolgt durch deren Wohnsitz- und somit Versorgerkanton.
- Den Kantonen wird die Möglichkeit gegeben, FiSu während des ganzen Jahres 2003 rückwirkend auf den 1. Januar 2003 beizutreten. Einzige Bedingung ist, dass die Kantone das ganze Jahr 2003 mit dem BSV gemäss den FiSu-Richtlinien abrechnen und den Institutionen die Pauschalen entsprechend bezahlen. Selbstverständlich können die Kantone ihrerseits Rückgriff auf die verschiedenen Kostenträger nehmen.
- Die IVV wird zu Gunsten der Kantone grosszügig interpretiert. Kantone, die FiSu im Laufe des Jahres 2003 rückwirkend auf den 1. Januar 2003 beitreten, können nicht erst nach erfolgtem Beitritt, sondern rückwirkend für das ganze Jahr Beiträge der IV beanspruchen, auch wenn ihre Institutionen weniger als 50% Invalide betreuen.
- Die Auszahlung der Pauschalen an die Institutionen erfolgt bei Langzeitbehandlungen in sieben statt den ursprünglich drei vorgesehenen Tranchen, während es im Mittelzeitbereich deren vier sind. Dadurch wird die Steuerungsmöglichkeit der Kantone verstärkt und die Zeiteinheiten, welche die Institutionen trotz zeitweiliger Therapiebeendigung noch in Rechnung stellen können, deutlich verkürzt.
- Das Profilierungs- und Tarifierungssystem ist soweit flexibilisiert, dass jedes qualitativ angemessene Angebot einen kostendeckenden Tarif verrechnen kann. Das System ist EDV-unterstützt und erlaubt es, das Profil und den Tarif einer Einrichtung in kurzer Zeit zu bestimmen. Die vorliegenden Tarife decken 70 - 80% der Leistungen im stationären Suchtbereich ab. Voraussichtlich bis nächsten Sommer werden genügend Daten vorhanden sein, um auch die restlichen, für den Suchtbereich relevanten Angebote zu tarifieren.

Ich bin überzeugt, dass mit den obgenannten Überbrückungsmassnahmen und Anpassungen des Modells FiSu den Anliegen der Kantone weitestgehend Rechnung getragen wurde. Ein weiteres Entgegenkommen im Sinne eines erneuten Überbrückungskredits des Bundes, wie es die Kantone in ihren Schreiben und an der Aussprache vom 28. Oktober 2002 forderten, ist nicht möglich. Der Bundesrat hat anlässlich der Revision der IVV explizit festgehalten, dass weitere Überbrückungskredite des Bundes ausgeschlossen sind. Mit der Einführung von FiSu wird die betriebswirtschaftliche Grundlage der stationären Suchthilfe erheblich verbessert. Die Wohnsitzkantone übernehmen die Finanzierung der vollen Behandlungskosten inklusive die Vorfinanzierung des IV-Anteils. Dass die finanzielle Situation verschiedener Institutionen dennoch angespannt bleiben kann, ist auf einen im gleichen Zeitraum festzustellenden Nachfragerückgang zurückzuführen. Dieser kann und soll jedoch nicht mit weiteren Bundesmitteln

kompensiert werden. Eine weitere Überbrückungsleistung würde zudem einer Defizitdeckung entsprechen, die mit dem leistungsorientierten FiSu nicht vereinbar wäre.

FiSu wird zu einer quantitativ ausreichenden und qualitativ hochstehenden Versorgung im Suchtbereich beitragen. Die Beteiligten sind sich aber bewusst, dass der rückwirkende Beitritt zu FiSu für diejenigen Kantone, die viele ausserkantonale Betreute haben oder die nicht selbst für die Finanzierung der Suchttherapien verantwortlich sind, Probleme aufwirft. Sie müssen nicht nur für die Bereitstellung der eigenen Grundlagen sorgen, sondern Dritte miteinbeziehen. Damit am Ende keine Finanzierungslücken entstehen, wird allen Kantonen, die den Beitritt zu FiSu im Laufe des Jahres 2003 erwägen, folgendes Vorgehen empfohlen:

- Die Trägerkantone informieren so bald wie möglich ihre Institutionen über die Absicht, im Laufe des Jahres 2003 FiSu beizutreten. In der Folge melden die Trägerkantone der Koordinationsstelle für stationäre Suchthilfe (KOSTE, Eigerplatz 5, PF 460, 300 Bern 14) alle Institutionen, die in FiSu integriert werden bzw. im Hinblick darauf profiliert und tarifiert werden sollen, sofern dies nicht bereits geschehen ist. Aufgrund einer entsprechenden Anfrage eines Kantons ist betreffend der Auswahl der Institutionen noch auf Folgendes hinzuweisen:

In das FiSu-Modell können alle Institutionen integriert werden, die in der kantonalen Bedarfsplanung für Behinderteninstitutionen gemäss Art. 73 IVG aufgeführt sind und/oder den Auflagen von FiSu in bezug auf Struktur, Konzept, Inhalt und Qualitätssicherung gerecht werden. Ich muss Sie jedoch darauf aufmerksam machen, dass Sie nur für diejenigen Institutionen den Anteil der IV an der FiSu-Pauschale geltend machen können, die in die kantonale Bedarfsplanung für Behinderteninstitutionen integriert sind und auch alle anderen Voraussetzungen für IV-Beiträge erfüllen. Es ist mir bewusst, dass zum heutigen Zeitpunkt nicht alle Suchtinstitutionen diese Voraussetzungen erfüllen, insbesondere weil ihre Trägerschaft weniger als 12 Plätze anbietet. In diesem Falle rate ich Ihnen darauf hinzuwirken, dass sich kleine Institutionen in grösseren Trägerschaften zusammenschliessen. Die in eine gemeinsame Trägerschaft integrierten Institutionen könnten dabei durchaus ihre individuellen Platzzahlen, Lokalitäten, Konzepte etc. beibehalten, jedoch die Synergien nutzen, die durch einen Zusammenschluss kleiner Einheiten entstehen. Vorgängige, ergänzende oder weiterführende Angebote könnten zum Beispiel besser genutzt werden. Auch könnten administrative Aufgaben rationalisiert und die frei werdenden personellen Ressourcen für das eigentliche Kerngeschäft eingesetzt werden. Dies würde letztlich nicht nur die Kantonsfinanzen entlasten, sondern auch den suchtmittelabhängigen Menschen zu Gute kommen. Ich bitte Sie zu bedenken, dass FiSu ist ein leistungsorientiertes Finanzierungsmodell ist, das weder Quersubventionierungen noch Defizitgarantien vorsieht. In wirtschaftlicher Hinsicht erfolgreich werden deshalb diejenigen Angebote sein, die über eine zeitgemässe und effiziente Struktur verfügen und sich an der tatsächlichen Nachfrage orientieren können. Über die Auflage, dass jede FiSu-Einrichtung ein anerkanntes Qualitätszertifikat, vorzugsweise das speziell für stationäre Suchteinrichtungen entwickelte QuaTheDa, vorweisen muss, ist gleichzeitig sichergestellt, dass die fachliche Professionalität nicht dem wirtschaftlichen Druck zum Opfer fällt.

Die Institutionen informieren die verschiedenen Kostenträger (sofern diese nicht mit dem Trägerkanton identisch sind) über den geplanten Beitritt des Trägerkantons zu FiSu und holen für die von ihnen Betreuten eine subsidiäre Kostengutsprache über die volle FiSu-Pauschale ein. Sofern der Trägerkanton bereits die notwendige Infrastruktur hat, kann er selbstverständlich den Institutionen diese Aufgabe abnehmen. Wün-



- 4 -

schenswert wäre es, dass sich unabhängig davon die Kantone gegenseitig über den Systemwechsel informieren.

- Sobald der Trägerkanton die notwendigen Grundlagen geschaffen hat, teilt er dies dem BSV und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zHd. der Projektleitung FiSu (BAG, Sektion Drogen, 3003 Bern) mit. Er schliesst zudem mit den FiSu-Institutionen Verträge ab, in denen die Leistungen, Finanzflüsse etc. zwischen Trägerkanton und Institution entsprechend der FiSu- und allenfalls weiteren, kantonsinternen Vorgaben geregelt sind.
- Liegen diese Verträge vor, schliesst das BSV seinerseits Leistungsverträge mit den Institutionen ab. In diesen verpflichtet sich die Institution, ihre Leistungen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in einer mit dem Trägerkanton abgesprochenen Quantität und Qualität zu erbringen. Ebenso erklärt sie sich mit dem Abrechnungsverfahren über den Trägerkanton einverstanden. Parallel regeln BSV und Trägerkanton in einer Vereinbarung das Abrechnungsverfahren (Musterverträge BSV-Institution und BSV-Kanton liegen vor und können beim BSV, Bereich Werkstätten, Wohnheime und Organisationen, Effingerstrasse 20, 3003 Bern bezogen werden).
- Liegen alle Verträge vor, werden die diversen Kostenträger informiert. Ab diesem Zeitpunkt erfolgen die tranchenweisen Zahlungen der Pauschalen durch die Wohnsitzkantone und gegebenenfalls den Trägerkanton entsprechend den FiSu-Vorgaben. Die erste Zahlung umfasst alle Raten, die die Institution bei einem formellen Beitritt auf den 1. Januar 2003 zu Gute gehabt hätte.
- Die Abrechnung des Trägerkantons mit dem BSV erfolgt je nach Beitrittstermin erstmals per Ende Juni 2003 oder per Ende Dezember 2003, danach halbjährlich. Der Anteil der IV beträgt auf Grund der heutigen Datenlage 30% der Pauschale für jede Person, deren Invalidität durch eine IV-Stelle bestätigt wurde.

An dieser Stelle scheint es mir wichtig, etwas zum Verhältnis zwischen der Interkantonalen Vereinbarung für Soziale Einrichtungen (IVSE) und FiSu zu sagen. Beide Instrumente sind grundsätzlich unabhängig voneinander, sind aber insofern kompatibel, als dass die in FiSu vorgesehene Pauschalabgeltung auch in der IVSE vorgesehen ist. Die IVSE wird nach Auskunft des Zentralsekretärs der SODK aller Voraussicht nach noch dieses Jahr den Kantonen zum Beitritt unterbreitet werden. In diesem Sinne empfehle ich Ihnen, möglichst bald einen Beitritt Ihres Kantons zur IVSE zu veranlassen.

Abschliessend weise ich darauf hin, dass das vorliegende Schreiben mit einem separaten Begleitschreiben des BAG und BSV auch sämtlichen Institutionen zugestellt werden wird. An der Aussprache vom 28. Oktober 2002 ist zudem festgelegt worden, dass das BAG und BSV noch im Dezember eine Arbeitsgruppe einsetzen werden, welche unter Einbezug aller interessierten Kantone, der SODK mit der KOSTE und der SDK sowie der Dachverbände (SDSS und CRIAD) umgehend offene Fragen der Einführung und Umsetzung des Modells FiSu klären soll. Für allfällige Fragen und Hilfestellungen stehen Ihnen das BAG und BSV jederzeit gerne zur Verfügung.

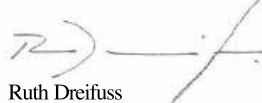
Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen bin ich der Ansicht, dass die Voraussetzungen für eine fristgerechte Einführung von FiSu auf das Jahr 2003 hin gegeben sind bzw. mit gemeinsamen Anstrengungen von Kantonen, Institutionen und Bund innert der gesetzten Fristen geschaffen werden können. Allerdings möchte ich betonen, dass der Beitritt zu FiSu grundsätzlich freiwillig ist und auch zu einem späteren Zeitpunkt noch erfolgen kann. Institutionen aus Kantonen, die nicht im Laufe des Jahres 2003 beitreten, können weiterhin basie-

- 5 -

rend auf dem bisherigen Beitragssystem des BSV kollektive IV-Beiträge erhalten, sofern sie mindestens 50% Invalide betreuen.

Ich hoffe, mit diesen Erläuterungen zur Klärung der Situation beizutragen und würde mich freuen, Ihren Kanton baldmöglichst im Kreise der FiSu-Kantone begrüßen zu können.

Mit freundlichen Grüßen



Ruth Dreifuss  
Bundesrätin

## 13.4 Internet

### *FiSu-FiDé online*

Mit Veröffentlichung des vorliegenden Handbuchs wird die Seite [www.fisu-fide.ch](http://www.fisu-fide.ch) freigeschaltet. Damit werden alle bisher von KOSTE auf den Seiten von Infoset direct zur Verfügung gestellten Informationen und Dokumente neu nur noch auf der FiSu-eigenen Homepage geführt.

Weitere wichtige www-Adressen im Zusammenhang mit der Entwicklung und allfälligen Einführung von FiSu sind:

### *Bundesamt für Gesundheit*

[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

### *Bundesamt für Sozialversicherungen BSV*

[www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch)

4. IV-Revision: Änderung der Verordnung über die Invalidenversicherung

[www.admin.ch/cp/d/index200204.html](http://www.admin.ch/cp/d/index200204.html)

Beiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe für die kommenden Vertragsperioden

[www.admin.ch/cp/d/index200302.html](http://www.admin.ch/cp/d/index200302.html)

Änderung des Finanzierungssystems bei Behinderteninstitutionen

[www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2002/d/02042401.htm](http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2002/d/02042401.htm)

Eidgenössische Leistungskommission (ELK)

[www.gesetze.ch/sr/832.102\\_013.htm](http://www.gesetze.ch/sr/832.102_013.htm)

Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen IVSE

[www.sodk-cdas-cdos.ch/sodk/Heime/frameset\\_vernehm\\_ivse.html](http://www.sodk-cdas-cdos.ch/sodk/Heime/frameset_vernehm_ivse.html)

QuaTheDA – der Qualitäts-Entwicklungsprozess für Einrichtungen im Suchtbereich

[www.quatheda.ch](http://www.quatheda.ch)

## 13.5 Stichwortverzeichnis

<b>A</b>	
Abgeltungssystem, monistisches	2/8
Abgeltungssystem, prospektives	2/8
Abkürzungsverzeichnis	13/2
Act-info	10/3
Abteilungspauschale	2/9, 2/10
Administrationskosten	2/11
Aktenführung	5/7
Aktivitäten, musische	5/18
Alltagskompetenzen	5/6
Angebote, Lebensfeld-ergänzende	1/22, 5/2
Angebote, Lebensfeld-begleitende	1/22
Arbeit	1/23, 5/4, 5/13
Arbeitsfelder	2/20
Arbeitsfeldpauschale	2/5, 2/10, 2/15
Arbeitstätigkeit	4/2
Art. 8 IVG	1/23
Art. 73 IVG	2/33
Arztzeugnis	1/23
Aufwandsfinanzierung, rückwirkende	2/1
Austrittsplanung	5/7
Auswertungsberichte	5/24
Auswertung, statistische	7/14
Autonomie	1/23
<b>B</b>	
Bedarfsplanung	2/11
Bedarfsplanung BSV	5/31
Behandlungsplanung, individuelle	5/7
Beratungsstellen, spezialisierte ambulante	2/25
Beruf und Arbeit	2/20
Beschreibungsraster	2/32
Besitzgemeinschaft	5/6
Betäubungsmittelgesetz (Art. 15a Abs. 2)	2/18
Betreuung, 24 Stunden	5/23
Betriebsbewilligungen	9/2
Beziehungsnetz	4/2
Bildung	1/23, 5/3, 5/8

<b>C</b>	
Controlling	9/2
<b>D</b>	
Datenschutz	9/2
Defizitgarantie	2/6, 2/9, 2/23
Dienste, sozialmedizinische	2/25
Drogengelder, beschlagnahmte	2/24
<b>E</b>	
Eintritt, freiwilliger	2/19
Eintritt nach einem Gerichtsurteil	2/19
Eintrittsdiagnostik	5/7
Einzelleistung	1/23, 5/5
Eltern, Problemdimension	6/2
Entzugsinstitutionen	2/25
Erfassungsinstrumente	5/23
Erträge	7/10
Erziehungsgemeinschaft	5/6
Evaluation	9/7
<b>F</b>	
Fallpauschale	2/9
Fallpreispauschale	2/10
Freizeitgestaltung, altersspezifische	2/21
Finanzierung, nachschüssige	2/23, 2/26
Finanzierung, prospektive	2/23, 2/26
Finanzierungsquellen	2/21
Forschung	5/7
Freizeit	1/23, 5/4
Freizeitgestaltung, altersspezifische	5/17
Fürsorgegemeinschaft	5/6
<b>G</b>	
Geldfluss	9/45
Gemeinschaft, therapeutische	5/5
Gesunderhaltung	4/2
Gleichbehandlung	2/23
Globalbudget	2/11
Globalbudgetsystem	2/9
Grundleistungen, betriebswirtschaftliche	5/8

<b>H</b>	
Hauseigentümerin	7/9
<b>I</b>	
Immobilien	5/7
Indikation	2/16, 2/17, 7/18, 9/39
Indikationskriterien	2/14, 2/17
Indikationsvorgang	9/43
Indikation, verbindliche	2/14
Infrastruktur	5/7
Institutionen, anerkannte	2/22
Institutionsprofile	1/22
Intake	7/18, 9/39
Integrationsfähigkeit	2/20
Interaktions- und Kommunikationsgemeinschaft	5/6
Interkantonale Heimvereinbarung (IHV)	2/5, 2/13
Internet	13/30
Interventionsgrad	2/16, 2/20, 5/2
Interventionszeit	2/20
Interventionszeitrahmen	2/16, 5/4
IV-Beiträge	2/21
IVSE Liste C	9/1
<b>J</b>	
Jahresrechnung	7/7
Jugendliche	5/30, 6/3
<b>K</b>	
Kernleistungen	5/5
Kernleistungen, allgemeine	5/6
Kern & Nebenleistungen	5/1
Kind, Problemdimension	6/2
Klausel, 50% (50%-Klausel)	2/33
Klientel, chronische	6/5
KlientInnengruppe	6/6
Kliniken, spezialisierte	2/25
Konsumentengemeinschaft	5/6
Kontakte, soziale	5/19
Körpererfahrung	5/18
Koordinationsgruppe (KG FiSu)	2/2
Kostenaufteilung	2/21

Kostenberechnungen	7/6
Kostengutsprache	9/46
Kostenneutralität	2/1
Kostenrechnung	9/22
Kostensteigerung	2/1
Kostenstellenrechnungen nach FiSu	9/2
Kostenteiler	2/12, 2/30
Kostenträger	2/21
Kostentransparenz	1/24
Krankenkasse	7/9
Kreativität	5/18
<b>L</b>	
Langzeitbereich	6/7
Lebensfeld	1/23
Lebensfeld-begleitend	1/22, 5/3
Lebensfeld-ergänzend	1/22, 5/2
Lebensfeld-ersetzend	5/2
Lebensführung, selbstbestimmte	4/2
Legalbewährung	4/2
Leistungsabgeltung	9/10
Leistungsbereich	1/23, 2/16, 5/4
Leistungsbeschreibung	5/1
Leistungseinheit	1/23, 5/4
Leistungserfassung	1/22, 2/1, 2/14
Leistungsfinanzierung	1/24
Leistungsmenge	2/9
Leistungsorientierung	2/8
Leistungsprofil	1/23
Leistungsstufen	2/1
Leistungsvereinbarungen	1/22, 2/8
Liste C	10/3
<b>M</b>	
Marginalisierung	4/2
Markt, freier	2/8
Mehrheitsklientel	6/1
Mengenausweitung	2/7, 2/8
Miete	7/9
Migrationsangehörige	5/30, 6/3
Mittelzeitbereich	6/7

Mischkonzept	6/7
Mobilien	5/7
Monatskosten pro Arbeitsfeld	7/5
Motivation	2/17

## N

Nachweisdokumente	5/24
Nebenbetriebe	7/10
Nebenleistungen	5/7
Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA)	2/6
Normklientel	5/30, 6/1

## O

Objektfinanzierung	2/9
Online-Fragebogen	2/32
Organisationsentwicklung und -pflege	5/7
Originaldaten	7/15

## P

Paare	5/30, 6/2
Personalentwicklung	5/33
Pauschaltarif	1/22
Personalplan	5/33
Persönlichkeitsschutz	9/2
Pilotkanton	2/32
Planungsgrundlagen	2/19
Platzangebot	5/30
Preis-Leistungs-Vergleich	2/7
Primärgruppe	1/23, 5/3
Produkte	2/9
Produktionsgemeinschaft	5/5
Profilierung	1/22
Projektorganisation FiSu	2/4

## Q

Qualitätskriterien	2/8, 2/15
Qualitätsstandards	2/8
Qualitätsüberprüfung	1/23
QuaTheDA	1/23, 2/15



<b>R</b>	
Ratenhöhe	9/46
Rechenschaftspflicht, Regelung der	9/2
Rechnungsadressaten	7/18
Rechnungsauslösung	7/16, 9/46
Rechnungsdaten	7/4
Rechnungsformular	7/17
Rechnungsstellung	2/32, 7/4
Rechnungsstellung, systemgestützte	7/16
Referenzorganisation	9/2, 11/1
Rekursverfahren	5/7
Rekursverfahren für KlientInnen	9/2
Rekursverfahren für MitarbeiterInnen	9/2
Reporting	2/9, 9/7
Ressourcenlage, individuelle	1/23
Ressourcenprofil	9/39
Restdefizitdeckung	2/1
Revision der IHV	2/28
Risikoselektion	2/10
Rückexport der Originaldaten	7/4
Rückexport der Rechnungsdaten	7/4
Ruhe- und Erholungsphasen	5/19
<b>S</b>	
Schlusszahlung	1/22
Schule und Bildung	2/20
Selbstverantwortung	1/23
sharing fond	2/22
Sozialisationsfeld	2/16, 5/3
Spenden	7/10
Spitalabteilungen	2/25
Spitäler	2/25
Sport	5/19
Steuerung	2/1
Steuerung, wirkungsorientierte	1/22
Subjektfinanzierung	2/9
Suchthilfestatistiken	10/3
Suchttherapie, ausstiegsorientierte	2/24
Supervision	5/33
Systeme, familiäre	6/2
Systeme, familiäre (2 Generationen)	5/30

<b>T</b>	
Tagespauschale	2/9
Tagespauschale, degressive	2/9
Tariffbildung	1/22
Tarife	7/1
Tarifvorschläge	7/11
Therapiekosten, durchschnittliche	7/5
Therapieplanung, individuelle	6/8
Trägerschaft	5/28
Triage	9/39, 9/44
Triagestellen	7/18
Trockenübung	9/47
<b>U</b>	
Überangebot	2/19
Überbrückungskredit	2/2
Überbrückungsmassnahmen	2/5
Unterversorgung	2/19
<b>V</b>	
Vernehmlassung	2/1
Vernetzung	5/7
Versorgungsorientierung	2/7, 2/8
Versorgung, bedarfsgerechte	2/8
Versorgung und Betreuung, medizinische	5/6
Versorgungsauftrag	5/2
Vertragsgegenstand	9/6
Vollkosten	1/23, 2/1
Vollkostenerhebung	1/22, 7/5
<b>W</b>	
Wiedereingliederung	4/2
Wiedereingliederung vor Rente	1/23
Wohnform	4/2
<b>Z</b>	
Zielgruppen	5/30
Zielgruppenprobleme	6/6, 6/8
Zusammenarbeit, interinstitutionelle	5/8, 9/2
Zusatzkompetenzen	5/30
Zusatzproblematik, psychiatrische	5/30

Zusatzproblematik, psychopathologische	6/4
Zusatzproblematik, psychosoziale	6/2
Zusatzproblematik, somatische	5/30, 6/4
Zusatzprobleme, medizinisch-psychiatrische	6/4

## 13.6 Impressum

### Herausgeber

KOSTE – COSTE

Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich

© KOSTE – COSTE. Zitieren mit Quellenangabe gestattet.

Die Verwendung der Instrumente obliegt der Herausgeberschaft.

1. Auflage, August 2003

### Autoren

Peter Burkhard

Gesamtleiter «Die Alternative»

Unterer Lätten 1

8913 Ottenbach

Tel. +41 (0)1 763 40 80

peter.burkhard@diealternative.ch

www.diealternative.ch

Thomas Egli

Wiss. Adjunkt

Bundesamt für Gesundheit

Sektion Drogen

Postfach

3003 Bern

Tel. +41 (0)31 323 80 19

thomas.egli@bag.admin.ch

www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/index.html

Ueli Simmel

Leiter KOSTE – COSTE

Postfach 460

3000 Bern 14

Tel. +41 (0)31 376 04 01

u.simmel@koste-coste.ch

www.koste.ch

Mit Experten-Beiträgen von:

Willy Oggier

Gesundheitsökonom, Dr. oec. HSG

Konradstr. 61

8005 Zürich

Tel. +41 (0)1 273 52 34

gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

### Auskünfte

KOSTE – COSTE, Postfach 460, 3000 Bern 14

info@fisufide.ch

### Internet

www.fisufide.ch

### Bestelladresse

Bestellungen bitte schriftlich an:

KOSTE – COSTE, Postfach 460, 3000 Bern 14

Fax +41 (0)31 376 04 04

info@fisufide.ch



