

Finanzierung der stationären Suchthilfe

Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen - Schlussbericht

Im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit
Sektion Drogen

Matthias Gehrig, Kilian Künzi, Peter Stettler

Bern, 22. März 2012

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Zusammenfassung	III
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.2 Methodisches Vorgehen	1
1.3 Aufbau des Berichts	2
2 Das System der stationären Suchthilfe	3
2.1 Überblick (Systemskizze)	3
2.2 Leistungserbringer	5
2.3 Inanspruchnahme	5
2.4 Entwicklung des Angebots	9
2.5 Zuweisende Instanzen	11
2.6 Ausserkantonale Platzierungen	12
3 Finanzierung der stationären Suchthilfe	14
3.1 Grundzüge des Finanzierungssystems	14
3.2 Gesetzliche Grundlagen	14
3.3 Verwendung beschlagnahmter Vermögenswerte zur Finanzierung	15
3.4 Finanzierungsvolumen	17
3.4.1 Abschätzung der Kosten der stationären Suchthilfe im engeren Sinne	18
3.4.2 Abschätzung der Kosten in öffentlichen Spitälern und Kliniken	19
3.4.3 Abschätzung der Kosten der gesamten stationären Suchthilfe	21
3.5 Objektfinanzierung	21
3.6 Kostenträger	21
3.7 Aktuelle Finanzierungssituation der Einrichtungen der stationären Suchthilfe	22
4 Die kantonalen Finanzierungssysteme	24
4.1 Fallstudien	24
4.1.1 Kanton Aargau	24
4.1.2 Kanton Bern	25
4.1.3 Kanton Basel-Landschaft	27
4.1.4 Kanton Basel-Stadt	29
4.1.5 Kanton St. Gallen	30
4.2 Kantonsvergleich	32
5 Handlungsbedarf	34
5.1 Uneinheitlichkeit der Finanzierung	34
5.2 Objektfinanzierung	37

5.3	Interkantonaler Wettbewerb	38
5.4	Indikation	41
5.5	Angebot und Tarife	43
6	Handlungsoptionen	45
6.1	Vereinheitlichung der Finanzierung	45
6.2	Regionale Indikationsstellen	46
6.3	Weitere Handlungsoptionen	47
6.4	Bewertung der Handlungsoptionen durch die Kantone	48
7	Schlussfolgerungen	51
8	Verwendete Quellen und Literatur	52
9	Anhang	54
9.1	Liste der befragte Expertinnen und Experten	54
9.2	Detail-Ergebnisse der Online-Befragung der Kantone	55
9.3	Zusätzliche Tabellen	71

Zusammenfassung

Ausgangslage

Ende der 1990er Jahre gerieten in der Schweiz verschiedene Einrichtungen der stationären Suchthilfe aufgrund einer Anpassung der Praxis der Invalidenversicherung in eine Finanzierungs-krise. Dies führte trotz Finanzhilfe des Bundes und der Kantone zur Schliessung einiger Einrichtungen. Ein in der Folge vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit den Kantonen entwickeltes Abrechnungssystem (fisu-fidé) konnte sich nicht durchsetzen. Ausgehend von einem Postulat der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N), in welchem der Bundesrat unter anderem den Auftrag erhielt, eine Zweckbindung der Verwendung beschlagnahmter Drogengelder für die Finanzierung der stationären Suchthilfe zu prüfen, beauftragte das BAG das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), die aktuelle Situation in der Finanzierung der stationären Suchthilfe zu analysieren, Problemfelder zu identifizieren und mögliche Lösungsansätze abzuleiten.

Methodisches Vorgehen

Bei der Erarbeitung der Studie kamen folgende Methoden zum Einsatz und wurden folgende Datengrundlagen beigezogen:

- Literatur- und Dokumentenanalyse, insbesondere bezüglich Finanzierungsfragen im Suchttherapiebereich und ökonomischer Anreize.
- Stellungnahme des Bundesamtes für Justiz (BJ): Gestützt auf die gesetzlichen Vorgaben verfasste das BJ eine Stellungnahme zur Frage der Verwendung beschlagnahmter Drogengelder für die Suchtrehabilitation.
- Durchführung von 18 leitfadengestützten Interviews mit Vertreter/innen der zuständigen Behörden auf Ebene Kanton, Bund und Gemeinden, Vertreter/innen der leistungserbringenden Einrichtungen und Experten/innen der Wissenschaft.
- Schriftliche Befragung der Kantone: Im Rahmen einer Online-Befragung wurden die Suchtbeauftragten sämtlicher Kantone zum Reformbedarf in der stationären Suchttherapie und zur Reformbereitschaft ihrer Kantone befragt. Von den 26 angeschriebenen Kantonen verzichteten 4 auf eine Befragungsteilnahme. Die Datengrundlage der Kantonsbefragung umfasst damit 22 Kantone (Rücklauf von 85%).

Ergebnisse

In seiner detaillierten Stellungnahme kommt das Bundesamt für Justiz zum Schluss, dass eine

bundesrechtliche **Zweckbindung beschlagnahmter Drogengelder** für die Suchthilfe aus mehreren Gründen (Abgrenzungsschwierigkeiten, Betragsschwankungen, Kantonssouveränität) «nicht angezeigt» sei.

Im Rahmen der durchgeführten Abklärungen und Analysen in Bezug auf Organisation und Finanzierung der stationären Suchthilfe konnten folgende wesentlichen **Problemstellungen identifiziert** werden:

- Durch die in verschiedener Hinsicht uneinheitlich geregelte Finanzierung der stationären Suchthilfe sind die platzierenden Instanzen Anreizen ausgesetzt, die zum Teil zu suboptimalen Platzierungen führen.
- Der Qualitäts- und Preiswettbewerb unter den leistungserbringenden Einrichtungen spielt aus verschiedenen Gründen nur mangelhaft.
- Der Indikationsprozess ist in den meisten Kantonen aus ökonomischer Sicht nicht optimal organisiert: Die platzierenden Instanzen sind von den Leistungserbringer und Kostenträger nicht oder zu wenig unabhängig.
- Das duale Finanzierungssystem (vereinfacht: Alkohol: KVG, Drogen: Sozialhilfe) kann den Zugang zum Versorgungssystem erschweren und widerspricht der Versorgungsgerechtigkeit.

Wie ausgewählte Kantone (Good Practice) zeigen, lassen sich die meisten der identifizierten Probleme bei entsprechender Handlungsbereitschaft grundsätzlich auf kantonaler Ebene lösen (Subsidiaritätsprinzip).

Hinsichtlich der Frage, ob es im Bereich der Finanzierung der stationären Suchthilfe **Handlungsbedarf** gibt, zeigt sich bei den Kantonen kein einheitliches Bild:

- Die eine Hälfte der Kantone gibt an, dass ihre Einrichtungen der stationären Suchthilfe aktuell keine Finanzierungsprobleme haben. Die andere Hälfte gibt an, dass vereinzelt Einrichtungen mit Problemen kämpfen. Dort mussten in den letzten Jahren Defizite von Einrichtungen gedeckt werden.
- 9 von 22 Kantonen sehen in Bezug auf die identifizierten Probleme keinerlei Handlungsbedarf. Die anderen 13 Kantone waren in Bezug auf mindestens eine der Problemstellungen der Ansicht, dass Handlungsbedarf bestehe.
- Den im Vergleich grössten Handlungsbedarf verorten die Kantone beim eingeschränkten Zugang zur stationären Suchthilfe und der Versorgungsgerechtigkeit, wobei diese Probleme aus der uneinheitlichen resp. dualen Finanzierung resultieren.
- 12 Kantone sind der Ansicht, dass eine Vereinheitlichung der Finanzierung (Überführung

der stationären Suchttherapie ins KVG) zu einer Verbesserung bei den Problemen führe würde, welche die stationäre Suchthilfe derzeit prägen. Diesen 12 Kantonen stehen allerdings 6 Kantone gegenüber, die gegenteiliger Meinung sind. Davon lehnen 4 Kantone eine Vereinheitlichung explizit ab. Hingegen haben sich im Rahmen der Befragung 7 befürwortende Kantone bereit erklärt, bei einem allfälligen Umsetzungsprojekt mitzuarbeiten. Relativ viele Befragte (11 Kantone) wollten sich hier noch nicht festlegen.

Schlussfolgerungen

Auf der Grundlage der Studienresultate lassen sich zusammenfassend folgende Schlüsse ziehen

- Die Finanzierung der meisten Einrichtungen der stationären Suchthilfe ist gesichert
- Die Versorgungssicherheit ist gewährleistet
- Die Effektivität und die Effizienz der Versorgung sind systembedingt nicht optimal
- Die Versorgungsgerechtigkeit ist aufgrund der dualen Finanzierung eingeschränkt
- Der Handlungsdruck wird von den Kantonen insgesamt als eher gering eingeschätzt

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Fragestellung

Ende 1990er Jahre gerieten in der Schweiz verschiedene Institutionen der stationären Suchthilfe aufgrund einer Anpassung der Praxis der Invalidenversicherung (IV) an das geltende Gesetz in eine Finanzierungskrise. Dies führte trotz Finanzhilfe des Bundes und der Kantone zur Schliessung von Einrichtungen der stationären Suchttherapie. In der Folge beauftragte der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG), in Zusammenarbeit mit den Kantonen ein einheitliches Finanzierungssystem zu entwickeln, das die Finanzierung der stationären Suchthilfe langfristig sicherstellt. Das Vorhaben scheiterte letztlich am Widerstand der Kantone und der grossen Komplexität des entworfenen Abrechnungs- bzw. Finanzierungssystems (fisu-fidé).

Ein weiterer Versuch wurde über eine parlamentarische Initiative lanciert (98.450), die durch die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) in ein Kommissionspostulat (103007) umgewandelt wurde. Darin erhielt der Bundesrat den Auftrag «... in einem Finanzierungskonzept aufzuzeigen, wie die Versorgungssicherheit und die Versorgungsqualität stationärer Einrichtungen der Suchtrehabilitation allenfalls unter Verwendung eines Teils von Vermögenswerten, die im Rahmen von Strafverfahren wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz beschlagnahmt werden, sichergestellt werden kann».

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) mit einem **Forschungsprojekt** mandatiert, das **vier Module** umfasst:

- Modul 1: Analyse der gegenwärtigen Situation in der Finanzierung der stationären Suchthilfe
- Modul 2: Identifikation von Problemfeldern und Deduktion möglicher Lösungsansätze
- Modul 3: Befragung der Kantone zum Reformbedarf und zu ihrer Reformbereitschaft
- Modul 4: Erarbeitung Fazit und Vorstellen von Lösungsvorschlägen

1.2 Methodisches Vorgehen

Bei der Erarbeitung der Module kamen folgende sozialwissenschaftlichen Methoden zum Einsatz und wurden folgende Datengrundlagen beigezogen:

- **Literaturanalyse:** Recherche und Analyse der einschlägigen Literatur, insbesondere bzgl. Finanzierungsfragen und ökonomischen Anreizen.
- **Stellungnahme des Bundesamtes für Justiz:** Gestützt auf die gesetzlichen Vorgaben verfasste das Bundesamt für Justiz (BJ) auf Anfrage des BAG eine detaillierte Stellungnahme zur Frage der Verwendung beschlagnahmter Vermögenswerte (Drogengelder) für die Suchtrehabilitation.
- **Face-to-Face-Interviews:** Durchführung von leitfadengestützten Face-to-Face-Interviews mit 10 Vertreter/innen der zuständigen Behörden auf Ebene Kanton (ZH, BE, VD), Bund und Gemeinden, Vertreter/innen der leistungserbringenden Einrichtungen und Experten/innen der Wissenschaft. Die Identifikation von Problemfeldern im (Finanzierungs-)System der stationären Suchthilfe (vgl. Kapitel 5) und die Diskussion möglicher Lösungsansätze bildeten den thematischen Schwerpunkt der durchgeführten Face-To-Face-Interviews. **Tabelle 8** im Anhang 9.1 kann entnommen werden, welche Experten/innen befragt wurden.
- **Telefoninterviews:** Durchführung von 8 telefonischen Kurzinterviews mit den Beauftragten für Suchtfragen ausgewählter Kantone. Die kantonsspezifische Ausgestaltung der Finanzierungssysteme (vgl. Abschnitt 4.1) stand im Zentrum der Telefoninterviews mit den kantonalen Beauftragten für Suchtfragen. Die Telefoninterviews dienten der ökonomischen Analyse der Finanzierung der stationären Suchthilfe bzw. der Identifikation der ökonomischen Anreize, welchen die verschiedenen – insbesondere die platzierenden

1 Einleitung

und Kostengutsprachen erteilenden – Akteure ausgesetzt sind (vgl. Kapitel 5). In **Tabelle 9** im Anhang 9.1 sind die Fachpersonen aufgeführt, die im Rahmen der telefonischen Kurzinterviews befragt wurden.

■ **Schriftliche Befragung der Kantone:** Im Rahmen einer Online-Befragung wurden die Suchtbeauftragten sämtlicher Kantone zum Reformbedarf in der stationären Suchttherapie und zur Reformbereitschaft ihrer Kantone befragt. Integraler Bestandteil der Kantonsbefragung war ein aus den vorangehenden Analysen erstellter Bericht zu Problemstellungen, die dem aktuellen Finanzierungssystem inhärent sind. Von den 26 angeschriebenen Kantonen verzichteten 4 auf eine Befragungsteilnahme (OW, NE, GL, AI). Die Datengrundlage der Kantonsbefragung umfasst damit 22 Kantone (Rücklauf von 85 Prozent). Anzumerken ist, dass die Suchtbeauftragten in der Befragung natürlich nicht direkt die «Meinung ihres Kantons» angeben konnten. Dies ist letztlich Sache der kantonalen Regierungen und entsprechender Beschlüsse. Die Suchtbeauftragten waren jedoch gebeten, eine Einschätzung der Meinung ihres Kantons abzugeben.

1.3 Aufbau des Berichts

In den ersten beiden Kapiteln werden das System der stationären Suchthilfe (Kapitel 2) und das Finanzierungssystem (Kapitel 3) kurz beschrieben und – wo möglich – mittels empirischer Daten abgebildet. Kapitel 4 beschäftigt sich mit der Ausgestaltung der Finanzierungssysteme in den verschiedenen Kantonen. Die kantonalen Finanzierungssysteme werden im nachfolgenden Kapitel 5 einer ökonomischen Analyse unterzogen. Dabei steht die Identifikation von Problemstellungen (Handlungsbedarf) im Vordergrund, welche das bestehende System der Finanzierung der stationären Suchthilfe mit sich bringt, wobei diesbezüglich auch die Ergebnisse der durchgeführten Expertenbefragungen und der Online-Befragung der Kantone berücksichtigt werden. Kapitel 6 schliesslich befasst sich mit Lösungsansätzen, die potentiell in der Lage sind, die bestehenden Probleme zu lösen. Dabei wird auch auf die Beurteilung dieser Lösungsansätze durch die Kantone thematisiert.

2 Das System der stationären Suchthilfe

2.1 Überblick (Systemskizze)

Das System der stationären Suchthilfe, das auch als «Markt» aufgefasst werden kann, ist in **Abbildung 1** im Sinne eines Überblicks dargestellt. Gemäss dieser Darstellung können folgende Akteure differenziert werden:

■ **Leistungserbringer (Anbieter):** In Abschnitt 2.2 werden wir darlegen, dass fünf Gruppen von Leistungserbringenden differenziert werden können und welche Bedeutung diesen fünf Gruppen in der stationären Suchthilfe zukommt (Abschnitt 2.3).

■ **Zuweiser (Intermediäre):** In Abschnitt 2.5 werden wir anhand empirischer Daten ausweisen, welche Bedeutung den verschiedenen zuweisenden Instanzen in der stationären Suchthilfe zukommt.

■ **Kostenträger (Finanzierer):** Abbildung 1 kann entnommen werden, dass in Zusammenhang mit der Finanzierung der Suchthilfe sieben verschiedene Kostenträger differenziert werden können. In Abschnitt 3.6 wird die Bedeutung der verschiedenen Kostenträger thematisiert.

■ **Klient/innen (Nachfrager).**

Die in Abbildung 1 sichtbaren Überschneidungen zwischen den vier wesentlichen Akteursgruppen machen deutlich, dass die verschiedenen Akteure in der stationären Suchthilfe nicht zwingenderweise nur eine Funktion wahrnehmen. Vielmehr kann in der Realität beobachtet werden, dass es Akteure gibt, die im System der stationären Suchthilfe zugleich mehrere Funktionen ausüben. Dieser Tatbestand ist deshalb von Interesse, weil er das ökonomische Anreizschema, dem die betroffenen Akteure ausgesetzt sind, tangiert. Aus ökonomischer Sicht sind insbesondere folgende «**Mehrfachfunktionen**» bedeutsam:

■ Die **Gemeinden und Kantone**, welche die stationäre Suchthilfe zum grössten Teil finanzieren (vgl. Abschnitt 3.6), können im System der stationären Suchthilfe zeitgleich alle vier Funktionen (Angebot, Intermediation, Finanzierung, Nachfrage) wahrnehmen:

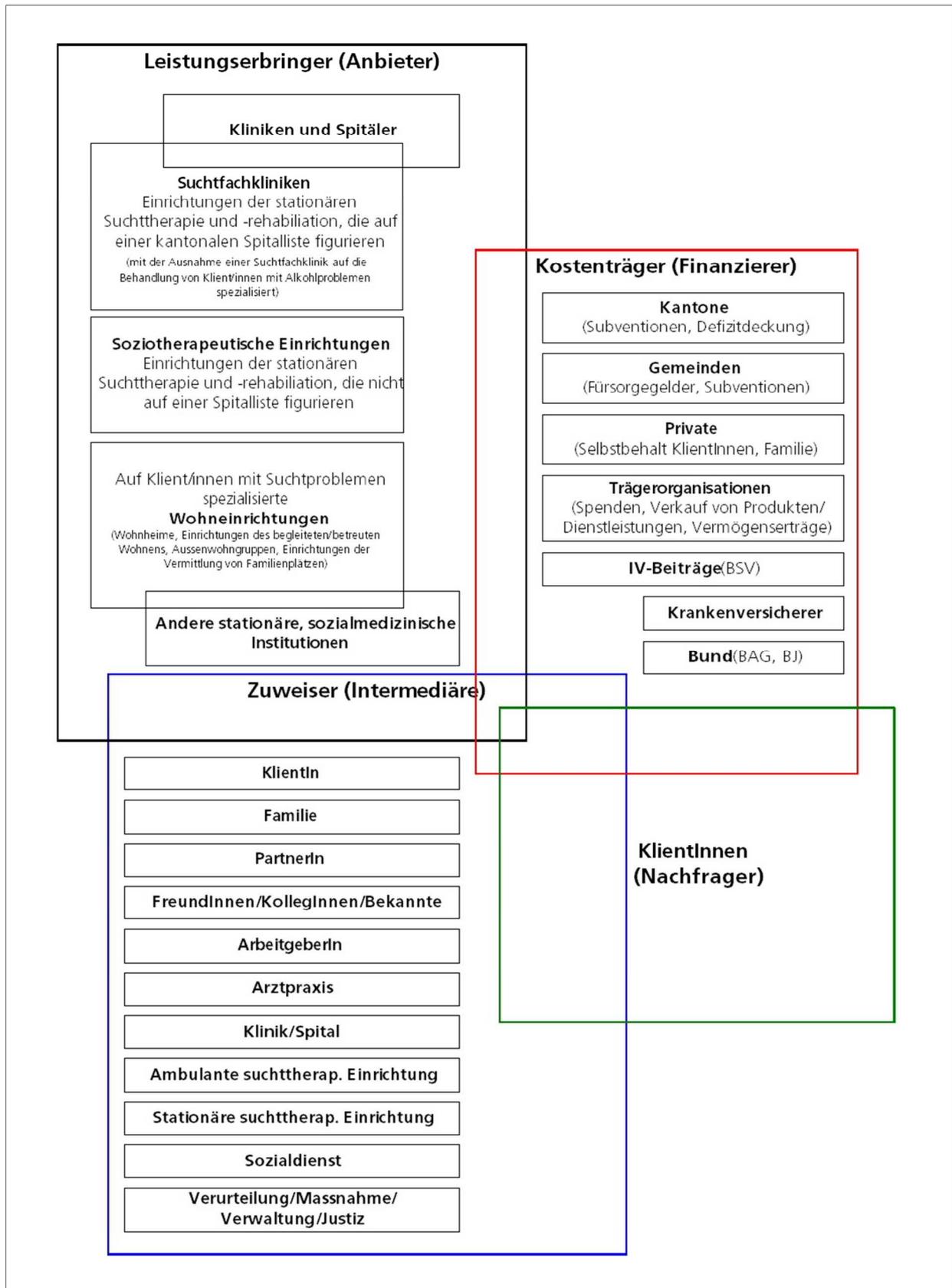
- Sofern sie Kostengutsprachen erteilen und Platzierungen vornehmen, üben sie die Funktion eines Nachfragers aus.

- Sofern sie Einrichtungen der stationären Einrichtungen mit klient/innenunabhängigen Beiträgen mitfinanzieren (Objektfinanzierung), sind sie in einem gewissen Sinne auch Leistungserbringer.

- Sofern sie mitentscheiden, in welcher Institution ein/e Klient/in stationär behandelt werden soll, übernehmen sie auch die Rolle einer zuweisenden Instanz.

■ Die **Leistungserbringer** können zeitgleich die Funktion einer zuweisenden Institution wahrnehmen. Dies ist etwa dann der Fall, wenn eine suchttherapeutische Trägerinstitution ambulante und stationäre Einrichtungen betreibt und die ambulanten Einrichtungen der stationären Einrichtung der gleichen Trägerinstitution Klient/innen zuweist. Wie wir in Kapitel 2.5 zeigen werden, gibt es auch Kantone, in welchen die leistungserbringenden stationären Einrichtungen selbst eine aktive Rolle bei Indikation und Platzierung einnehmen.

Abbildung 1: Das Schweizer System der (substanztgebundenen) Suchttherapie und -rehabilitation



Quelle: Darstellung BASS

2.2 Leistungserbringer

Mit Blick auf die Frage der Finanzierung ist es zielführend, im Bereich der stationären Suchthilfe fünf Arten von Leistungserbringenden zu differenzieren:

■ **Suchtfachkliniken:** Hierbei handelt es sich um *Einrichtungen der stationären Suchttherapie und -rehabilitation, die auf einer kantonalen Spitalliste figurieren*. Die Leistungen, welche von Suchtfachkliniken erbracht werden, können über das KVG abgerechnet werden. Die Kosten der Behandlung in Suchtfachkliniken tragen entsprechend die Klient/innen, die Krankenversicherer und die Kantone. Mit der Ausnahme einer Suchtfachklinik im Kanton Aargau sind die Suchtfachkliniken in der Schweiz auf die Behandlung von Klient/innen mit Alkoholproblemen spezialisiert. Allerdings behandelt ein grosser Teil der Suchtfachkliniken auch Klient/innen mit Drogenproblemen. Ähnlich wie die Suchtfachkliniken sind die **Entzugskliniken** zu betrachten sowie die Entzugsmöglichkeiten im Rahmen der Psychiatrie, die auf eine spezifische Behandlungsphase (Entzug) fokussieren und ebenfalls auf einer kantonalen Spitalliste figurieren (vgl. die Kategorie «Spitäler und Kliniken» weiter unten).

■ **Sozialtherapeutische Einrichtungen:** Hierbei handelt es sich um therapeutische Einrichtungen der stationären Suchttherapie und -rehabilitation, die *nicht* auf einer Spitalliste figurieren. Sie können die erbrachten Leistungen entsprechend nicht über das KVG abrechnen und werden im Wesentlichen von der Sozialhilfe finanziert. Bei den auf die stationäre Behandlung von Klient/innen mit Drogenproblemen spezialisierten Einrichtungen handelt es sich (mit einer Ausnahme) um sozialtherapeutische Einrichtungen. Allerdings gibt es auch sozialtherapeutische Einrichtungen, die auf die stationäre Behandlung von Alkoholproblemen spezialisiert sind – nicht alle auf die Behandlung von Alkoholproblemen spezialisierten Einrichtungen figurieren auf einer kantonalen Spitalliste.

■ **Wohneinrichtungen:** Hierbei handelt es sich um Wohneinrichtungen, die sich auf Klient/innen mit Suchtproblemen spezialisiert haben. Diese Einrichtungen figurieren nicht auf einer Spitalliste. Es können folgende Arten von Einrichtungen differenziert werden:

- Wohnheime
- Aussenwohngruppen
- Einrichtungen des begleiteten/betreuten Wohnens
- Einrichtungen, die Familienplätze vermitteln

■ **Spitäler und Kliniken:** Leistungen der stationären Suchthilfe werden zum Teil auch von Spitälern und Kliniken erbracht, die nicht nur Klient/innen mit Suchtproblemen behandeln.

■ **Andere stationäre sozialmedizinische Institutionen:** Es ist davon auszugehen, dass Leistungen der stationären Suchthilfe zum Teil auch in stationären sozialmedizinischen Institutionen erbracht werden, die nicht auf Klient/innen mit Suchtproblemen spezialisiert sind (z.B. Wohnheime, die nicht auf Klient/innen mit Suchtproblemen spezialisiert sind, Massnahmenzentren).

2.3 Inanspruchnahme

Zu den Leistungserbringern im Bereich der stationären, auf die Behandlung von Problemen mit Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen spezialisierten Institutionen werden typischerweise die Einrichtungen gezählt, die am gesamtschweizerischen Klientenmonitoring von act-info partizipieren:

■ **«Residalc-Einrichtungen»:** Hierbei handelt es sich um stationäre Einrichtungen, die auf die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenprobleme und zum Teil auch auf substanzunabhängige Süchte und Verhalten (z.B. Essstörungen und pathologische Spielen) spezialisiert sind. Gemäss Delgrande Jordan (2011) gab es im September 2011 21 derartige Institutionen. Statistisch erfasst werden diese Einrichtungen und deren Klient/innen mittels des Klientenmonitorings «act-info-Residalc». Im Jahr 2010 haben 16

der insgesamt 21 Residalc-Einrichtungen am Klientenmonitoring teilgenommen. Delgrande Jordan (2011) kann entnommen werden, dass die Residalc-Einrichtungen zum Teil nicht nur Probleme mit Alkohol und Medikamenten, sondern auch Probleme mit anderen Substanzen, z.B. illegalen Drogen, behandeln. Bei den meisten Residalc-Einrichtungen handelt es sich um Suchtfachkliniken.

■ **«FOS-Einrichtungen»:** Hierbei handelt es sich um stationäre Einrichtungen, die auf die Behandlung von Problemen mit illegalen Drogen spezialisiert sind. Statistisch erfasst werden diese Einrichtungen mittels des Klientendokumentationssystems «act-info-FOS». Im Januar 2010 gehörten dem Forschungsverbund act-info-FOS 50 Einrichtungen an. Gemäss dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF), welches das Monitoring act-info-FOS betreut, decken diese 50 Einrichtungen drei Viertel aller stationären Drogentherapieeinrichtungen in der Schweiz ab¹, was impliziert, dass es in der Schweiz rund 67 derartiger Institutionen gibt. Abweichend davon ist im act-info-Jahresbericht 2009 (BAG 2010, 8) die Rede von 60 stationären Einrichtungen, die Probleme mit illegalen Substanzen behandeln. Stationäre Alkoholkliniken, Aussenwohngruppen und Wohnheime werden im Klientenmonitoring act-info-FOS nicht berücksichtigt. Bei den FOS-Einrichtungen handelt es sich mit einer Ausnahme um sozialtherapeutische Einrichtungen, die nicht auf einer kantonalen Spitalliste figurieren.

Tabelle 1: Inanspruchnahme der stationären Suchttherapie-Institutionen, die an den Klientenmonitorings act-info-Residalc (Alkohol) und act-info-FOS (illegale Drogen) partizipieren, im Jahr 2010

Untersuchungstichprobe (gemäss act-info-Residalc/FOS)			
	act-info-FOS	act-info-Residalc	Total
Anzahl Einrichtungen	44	16	60
Anzahl Eintritte	594	1'494	2'088
Anzahl Klient/innen	571	n.a.	n.a.
Ø-Aufenthaltsdauer in Tagen	316	99	160
Anzahl Aufenthaltstage	187'484	147'562	335'047
Grundgesamtheit (Hochrechnung/Schätzung BASS)			
			Total
Anzahl Einrichtungen	67	21	88
Anzahl Aufenthaltstage	284'067	193'676	477'743

Quelle: Schaaf et al. (2011), Delgrande Jordan (2011) ; eigene Berechnungen, Darstellung BASS

Tabelle 1 kann entnommen werden, in welchem Ausmass die Angebote der FOS- und Residalc-Einrichtungen, die im Rahmen der Klientenmonitorings für das Jahr 2010 Daten geliefert haben, von den Klient/innen in Anspruch genommen wurden.

Es muss davon ausgegangen werden, dass das zu finanzierende Volumen stationärer Leistungen im Bereich der Suchthilfe unterschätzt wird, wenn der Blick auf die stationären Institutionen eingeschränkt ist, die am act-info-Klientenmonitoring teilnehmen. Dies aus verschiedenen Gründen:

■ Nicht alle auf die Behandlung von Suchtproblemen spezialisierten stationären Einrichtungen nehmen am Klientenmonitoring act-info Teil. Wie weiter oben ausgeführt, gab es im September 2011 gemäss Delgrande Jordan (2011) 21 Einrichtungen, die auf die Behandlung von Problemen mit legalen Substanzen, insbesondere Alkohol, spezialisiert waren. Von diesen 21 Einrichtungen haben im Jahr 2010 16 am Klientenmonitoring «act-info-Residalc» teilgenommen. Ebenso haben wir weiter oben ausgeführt, dass das ISGF davon ausgeht, dass es insgesamt rund 67 Einrichtungen gibt, die auf die Therapie von Problemen mit illegalen Drogen spezialisiert sind, wobei 44 derselben im Jahr 2010 an act-info-FOS teilgenommen haben. Auf der Basis dieser Angaben zur Grundgesamtheit haben wir eine Schätzung der Anzahl Aufenthaltstage in Einrichtungen der stationären Suchttherapie und –rehabilitation vorgenommen (vgl. den Tabellenteil «Grundgesamtheit (Hochrechnung/Schätzung BASS)» in Tabelle 1).

¹ <http://www.isgf.ch/index.php?id=59&uid=16>.

■ Wohneinrichtungen, die auf Klient/innen mit Suchtproblemen spezialisiert sind, partizipieren nicht am Klientenmonitoring act-info. Unter dem Begriff «Wohneinrichtungen» subsumieren wir folgende Einrichtungstypen:

- Wohnheime
- Einrichtungen des begleiteten und betreuten Wohnens
- Aussenwohngruppen
- Einrichtungen, die Familienplätze vermitteln.

Die Nicht-Berücksichtigung der Wohneinrichtungen in den Statistiken von act-info könnte ein Grund dafür sein, dass die **Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)** des Bundesamts für Statistik (BFS) in Bezug auf das Jahr 2009 ein höheres Platzangebot und ein grösseres Volumen der Inanspruchnahme stationärer Angebote von «Institutionen für Menschen mit Suchtproblemen» rapportiert als die act-info-Statistiken FOS und Residalc: **Tabelle 2** zeigt, dass es gemäss der SOMED im Jahr 2009 1'931 Plätze in Wohnheimen für Menschen mit Suchtproblemen gab. Die Online-Belegungsstatistik von infodrog rapportiert für das Jahr 2009 demgegenüber ein Angebot von 1'251 Plätzen in 65 Institutionen. Das Bundesamt für Gesundheit geht von einem Angebot an 1'500 stationären Plätzen zur Behandlung von Alkohol- und Drogenproblemen aus.²

Tabelle 2: Anzahl Plätze und Anzahl Aufenthaltstage in Institutionen für Menschen mit Suchtproblemen im 2009 gemäss der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

	Anzahl Plätze	Ø-Aufenthaltsdauer in Tagen	Anzahl Aufenthaltstage
Wohnheime mit Beschäftigung	1'287	n.a.	452'094
Wohnheime	644	n.a.	177'329
Total	1'931	281	629'423

Quelle: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (BFS)

■ Angesichts der Fallzahlen in der **Medizinischen Statistik der Krankenhäuser** des BFS muss davon ausgegangen werden, dass stationäre Leistungen der Behandlung von Suchtproblemen nicht nur von Einrichtungen erbracht werden, die auf die Behandlung von Suchtproblemen spezialisiert sind, sondern auch von **Spitälern und Kliniken, insbesondere psychiatrischen Kliniken**. **Tabelle 3** zeigt die Anzahl Fälle stationärer Aufenthalte von Klient/innen mit einer Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung³ in Schweizer Kliniken und Spitälern im Jahr 2009. Sie zeigt, dass es in den Schweizer Spitälern und Kliniken im Jahr 2009 über 20'000 Fälle (act-info-FOS und act-info-Residalc im 2010: 2'088 Eintritte) mit einer Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung gab, die zu über 550'000 Aufenthaltstagen (act-info-FOS und act-info-Residalc im 2010: 335'047 Tage) führten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist dabei bei den Spitälern und Kliniken mit 28.5 Tagen (Störung durch Alkohol) bzw. 24.4 Tagen (Störung durch andere Substanzen, insbesondere durch illegale Drogen) substantiell tiefer als dies bei den FOS- bzw. Residalc-Einrichtungen der Fall ist (act-info-FOS: 315.6 Tage, act-info-Residalc: 98.8 Tage). Dies lässt den Schluss zu, dass es sich beim grössten Teil der Behandlungen, die in den Spitälern und Kliniken durchgeführt werden, um Kurzinterventionen (Entzüge und Kriseninterventionen) handelt. Bei der Interpretation der 550'000 Aufenthaltstage von Fällen mit der Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung sind zwei Einschränkungen zu berücksichtigen:

² <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/03291/index.html?lang=de> [Stand: 23.11.2011].

³ Störung durch: Alkohol (F10), Opioide (F11), Cannabinoide (F12), Sedative oder Hypnotika (F13), Kokain (F14), andere Stimulanzien einschliesslich Koffein (F15), Halluzinogene (F16), flüchtige Lösungsmittel (F18), multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19).

- Leistungen, die nicht dem Bereich «Therapie und Rehabilitation» zugeordnet werden können: Die Aufschlüsselung der Fälle nach der «Art der Störung» (vgl. Tabelle 2) legt den Schluss nahe, dass ein Teil der Leistungen, die in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser unter den Diagnosecodes F10-F19 erfasst sind, nicht dem Bereich «Suchttherapie und -rehabilitation» zugeordnet werden kann. Auf der Basis der unmittelbar verfügbaren Daten ist es allerdings nicht möglich, in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser diejenigen Leistungen zu isolieren, die nicht dem Bereich «Therapie und Rehabilitation» subsumiert werden können. Bei einem solchen Unterfangen würde sich überdies das Problem stellen, dass die Begriffe «stationäre Suchttherapie», «stationäre Suchtrehabilitation» und «stationäre Suchthilfe» nicht trennscharf definiert sind.

- Leistungen in Fällen mit einer Nebendiagnose einer suchtbedingten Störung: Es ist davon auszugehen, dass in öffentlichen Spitälern und Kliniken Leistungen der stationären Suchttherapie und -rehabilitation auch in Fällen erbracht werden, in welchen die suchtbedingte Störung zwar nicht die Hauptdiagnose, jedoch eine Nebendiagnose betrifft. Diese Leistungen sind in den über 550'000 Aufenthaltstagen, die wir in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser identifiziert haben, nicht enthalten.

Tabelle 3: Anzahl stationärer Fälle mit einer Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung⁴ in den Schweizer Kliniken und Spitälern im Jahr 2009 gemäss der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Anzahl Aufenthaltstage									
Art der Störung	Total	Alkohol	Drogen, Medikamente & andere Substanzen						
	Total		Multipler Substanzgebrauch	Opioide	Kokain	Cannabinoide	Sedative oder Hypnotika	Anderes	
Abhängigkeitsyndrom	406'086	287'618	118'468	46'885	40'701	8'201	6'970	15'009	702
Akute Intoxikation	52'557	42'424	10'133	3'563	3'620	1'180	182	1'432	157
Psychotische Störung & andere psychische Verhaltensstörungen	36'825	30'661	6'163	1'371	918	549	2'585	232	508
Schädlicher Gebrauch	35'713	26'474	9'238	3'874	1'285	1'404	1'572	682	422
Entzugssyndrom	13'578	11'007	2'571	784	687	49	58	919	74
Amnestisches Syndrom	8'024	7'974	50				45	5	
Anderes		18	5	13					
Total	552'801	406'165	146'637	56'489	47'210	11'383	11'413	18'279	1'863
Anzahl Fälle									
Art der Störung	Total	Alkohol	Drogen, Medikamente & andere Substanzen						
	Total		Multipler Substanzgebrauch	Opioide	Kokain	Cannabinoide	Sedative oder Hypnotika	Anderes	
Abhängigkeitsyndrom	12'426	8'249	4'177	1'575	1'490	375	234	473	30
Akute Intoxikation	5'053	4'142	911	348	243	83	29	163	45
Psychotische Störung & andere psychische Verhaltensstörungen	504	207	297	94	14	30	121	14	24
Schädlicher Gebrauch	1'136	720	416	144	55	60	80	58	19
Entzugssyndrom	1'030	814	216	63	75	5	6	60	7
Amnestisches Syndrom	106	103	3				1	2	
Anderes		2	1	1					
Total	20'257	14'236	6'021	2'225	1'877	553	471	770	125
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen									
Art der Störung	Total	Alkohol	Drogen, Medikamente & andere Substanzen						
	Total		Multipler Substanzgebrauch	Opioide	Kokain	Cannabinoide	Sedative oder Hypnotika	Anderes	
Abhängigkeitsyndrom	33	35	28	30	27	22	30	32	23
Akute Intoxikation	10	10	11	10	15	14	6	9	3
Psychotische Störung & andere psychische Verhaltensstörungen	73	148	21	15	66	18	21	17	21
Schädlicher Gebrauch	31	37	22	27	23	23	20	12	22
Entzugssyndrom	13	14	12	12	9	10	10	15	11
Amnestisches Syndrom	76	77	17				45	3	
Anderes	9	5	13	13					
Total	27	29	24	25	25	21	24	24	15

Bemerkung: vgl. die Fussnoten 3 und 4

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2009 (BFS) – Anzahl Fälle und durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD) nach Altersklasse und Diagnosecode (Hauptdiagnose). Diagnosecodes F10-F19, exkl. F17 (Tabak); eigene Berechnungen

⁴ Anzahl stationäre Fälle (ohne teilstationäre und ambulante Fälle) des Typs A (Austritte) und C (Langzeitaufenthalte).

2.4 Entwicklung des Angebots

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung des Angebots an stationären Plätzen in Einrichtungen der Suchttherapie und -rehabilitation zwischen 1979 und 2010. Die Abbildung macht deutlich, dass **drei Phasen** differenziert werden können:

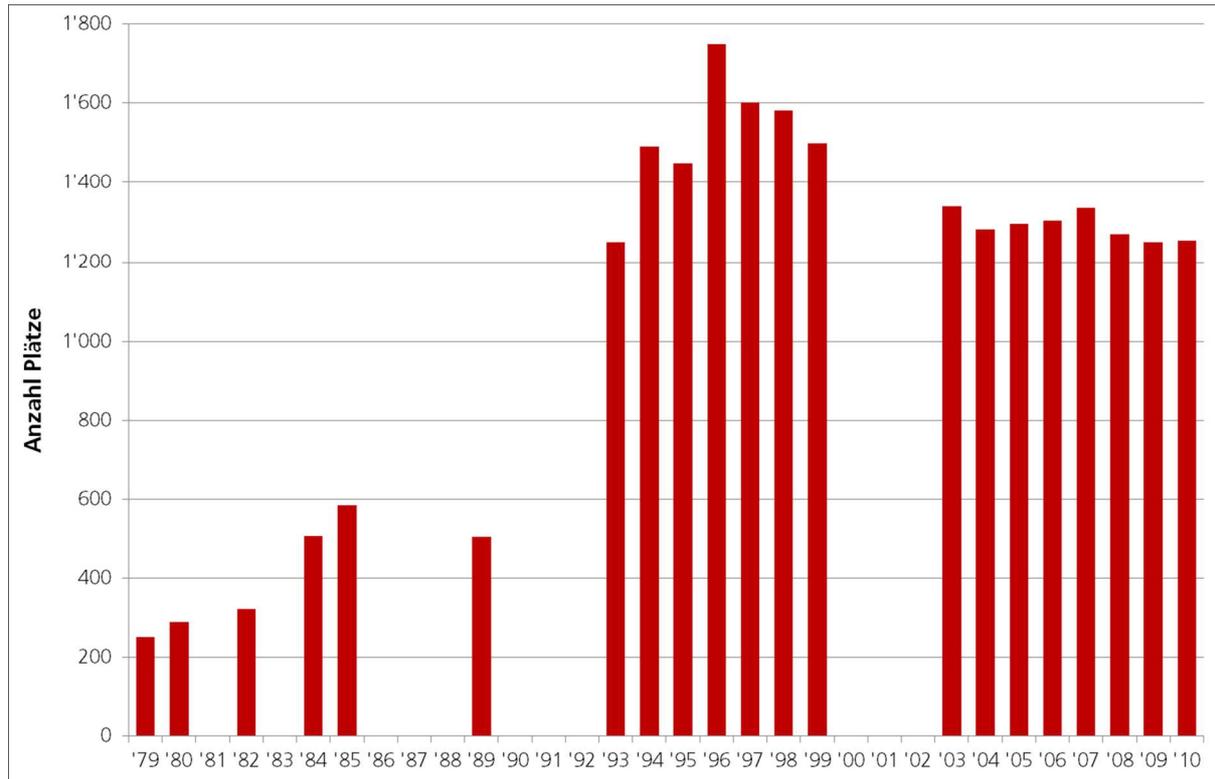
■ **Aufbauphase 1979 – 1996:** Zwischen 1979 und 1996 wurde das Angebot an stationären Plätzen der Suchttherapie stark ausgebaut – von 250 im Jahr 1979 auf 1'750 im Jahr 1996, wobei der Ausbau insbesondere zwischen 1989 und 1996 stattfand: Innerhalb von sieben Jahren wurden über 1'200 zusätzliche stationäre Therapieplätze geschaffen. Gemäss Eckmann/Simmel (2009, 17) war der Ausbau des stationären Therapieangebots eine politische Antwort auf die offenen Drogenszenen.

■ **Abbauphase 1997 – 2004:** Ab 1996 kam es zu einem deutlichen Abbau des stationären Platzangebots: Zwischen 1996 (1'750 Plätze) und 2004 (1'282 Plätze) verschwanden 468 Plätze. Der Abbau hatte zwei Gründe: Zum einen reduzierte sich die Nachfrage nach stationären Suchttherapieplätzen (alternative Behandlungsangebote wie z.B. Substitution, Schliessung der offenen Szenen). Zum anderen entschied die IV 1996, ihre bis anhin nicht immer rechtskonforme Praxis in Bezug auf Betriebsbeiträge an die Einrichtungen der stationären Suchttherapie zu ändern: «Ab 1998 kam mit der Umsetzung dieser neuen Bemessungs- und Beitragspraxis ein grosser Teil der Einrichtungen in finanzielle Schwierigkeiten, weil entweder die Beitragsberechtigung ganz entfiel oder weil die IV-Beiträge im Gegensatz zu früheren Jahren gekürzt wurden.» (Herrmann et al. 1999, 3). Wie **Abbildung 3** entnommen werden kann, gab es zwischen 1999 und 2011 insgesamt 59 Betriebsschliessungen, wovon 43 auf die Periode 1999-2004 entfielen. Besonders viele Betriebsschliessungen gab es in den Jahren 1999 (18 Betriebsschliessungen) und 2000 (9 Betriebsschliessungen). Diese dürften zu einem grossen Teil auf Finanzierungsprobleme infolge der veränderten Beitragsbemessung der IV zurückzuführen sein. Betriebsschliessungen gab es in erster Linie in der Deutschen Schweiz. Gemäss einem der befragten Experten reagierte die französische Schweiz auf die Finanzierungsengpässe mit einer Reduktion der Grösse der bestehenden Einrichtungen und weniger mit einer Reduktion der Anzahl Einrichtungen. Einige der befragten Experten/innen aus der Deutschen Schweiz vertraten die Ansicht, dass die stationären Einrichtungen der französischen Schweiz auch nach 1998 weiterhin IV-Gelder erhalten haben. Unsere Abklärungen bei Vertreter/innen aus der französischen Schweiz konnten diese Ansicht allerdings nicht bestätigen: Offenbar ist die IV in der französischen Schweiz zwar nach wie vor in der Finanzierung ambulanter Einrichtungen, nicht jedoch in der Finanzierung stationärer Einrichtungen involviert.

■ **Strukturbereinigungsphase 2005-2008:** Zwischen 2005 und 2008 gab es zwar noch weitere 15 Betriebsschliessungen. Da das Platzangebot in dieser Phase jedoch fast konstant geblieben ist, könnte man die Phase zwischen 2005 und 2008 als «Strukturbereinigungsphase» bezeichnen. Diese Phase scheint mit dem Jahr 2008 ein Ende genommen zu haben. Denn in den Jahren 2009, 2010 und 2011 war nur noch 1 Betriebsschliessung zu verzeichnen.

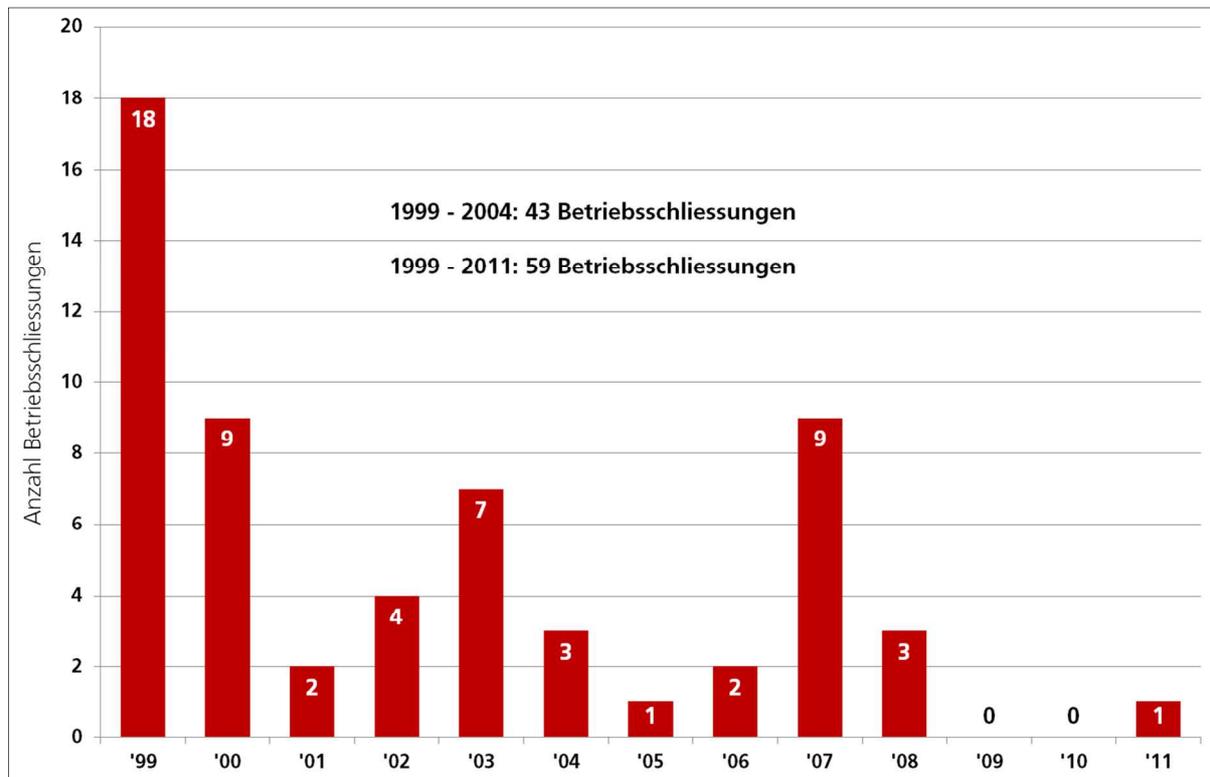
■ **Neues Marktgleichgewicht seit 2009:** Seit 2009 scheint Ruhe in den Markt der stationären Suchttherapie gekommen zu sein: Sowohl in Bezug auf das Platzangebot als auch in Bezug auf die Anzahl der Betriebe können seit 2009 keine wesentlichen Veränderungen beobachtet werden.

Abbildung 2: Entwicklung des Angebots an stationären Plätzen der Suchttherapie: 1979 – 2010



Anmerkungen: Eckmann (2009) beruht auf folgenden Quellen: 1979-1999: Bundesamt für Gesundheit, für einige Jahren waren im BAG keine Daten verfügbar; 2000-2002: Stichtagserhebung 4-mal jährlich mit ungenügender statistischer Aussagekraft, weshalb die Daten der Jahre 2000-2002 in der Abbildung nicht ausgewiesen sind; ab 2003: Belegungsstatistik von infodrog
Quelle: Eckmann (2009), Online-Belegungsstatistik infodrog, Darstellung BASS

Abbildung 3: Anzahl Schliessungen von Einrichtungen der stationären Suchttherapie



Quelle: Eckmann (2009), Darstellung BASS

2.5 Zuweisende Instanzen

Abbildung 4 zeigt, welche Instanzen die Klient/innen, die im Jahr 2010 in eine auf Suchprobleme spezialisierte stationäre Einrichtung eingetreten sind, den entsprechenden Einrichtungen zugewiesen haben.

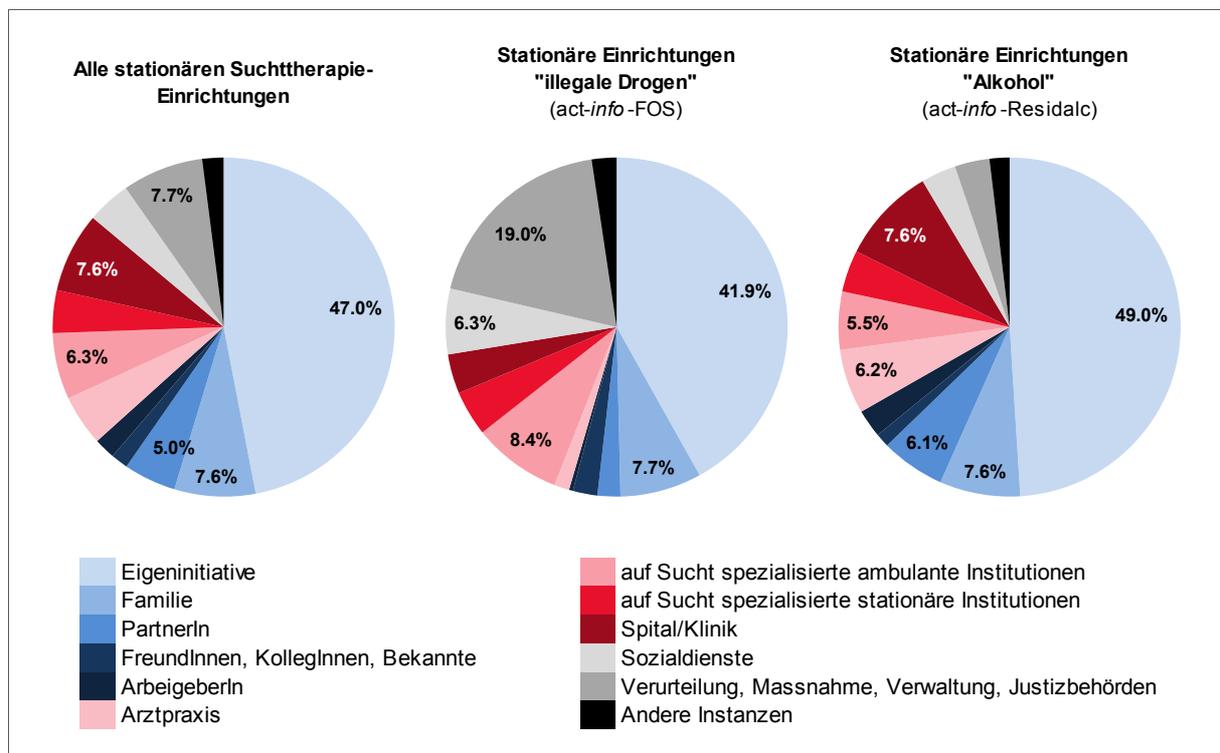
■ Knapp die Hälfte der Eintritte in die stationären Einrichtungen der Suchttherapie erfolgt auf **Eigeninitiative** der Klient/innen. Der Anteil der Klient/innen, die sich auf eigene Initiative einer stationären Behandlung unterziehen, ist bei den Klient/innen mit Alkoholproblemen deutlich höher als bei den Klient/innen mit Problemen mit illegalen Drogen.

■ Knapp ein Viertel aller Zuweisungen erfolgt durch **Akteure des Gesundheitswesens** (Arztpraxen, Spitäler und Kliniken, auf Sucht spezialisierte ambulante und stationäre Institutionen). Diese spielen bei der Zuweisung von Klient/innen mit Alkoholproblemen eine bedeutendere Rolle als dies bei Klient/innen mit Problemen mit illegalen Drogen der Fall ist.

■ Das **soziale Umfeld** (Familie, Partner/in, Freund/innen, Bekannte, Kolleg/innen) der Klient/innen fungiert bei jedem sechsten Eintritt als zuweisende Instanz. Auch das soziale Umfeld spielt in Bezug auf die Zuweisung bei Klient/innen mit Alkoholproblemen eine bedeutendere Rolle als dies bei den Klient/innen mit Problemen mit illegalen Drogen der Fall ist.

■ Jeder fünfte Eintritt in eine FOS-Einrichtung wurde im Jahr 2010 von einer **Justiz- oder Verwaltungsbehörde** angeordnet. In Bezug auf Klient/innen mit Alkoholproblemen spielen behördlich angeordnete Einweisungen hingegen nur eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 4: Hauptsächlich zuweisende Instanz in Bezug auf die Eintritte in stationäre Einrichtungen der Behandlung von Suchtproblemen im Jahr 2010



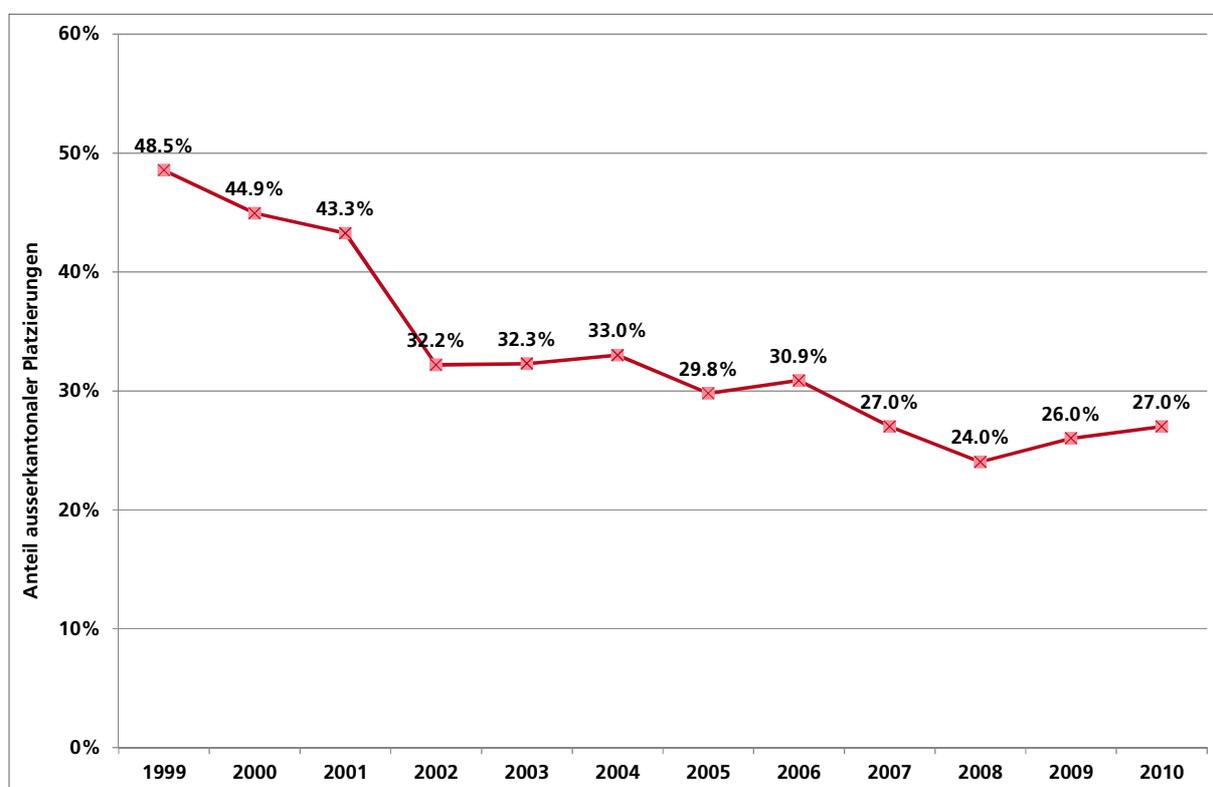
Quelle: **act-info-FOS** (Schaaf et al. 2011, Tab. A7 im Anhang) und **act-info-Residalc** (Delgrade Jordan 2011, 15); vgl. Tabelle 28 im Anhang für die detaillierten Daten; Darstellung BASS

2.6 Ausserkantonale Platzierungen

Abbildung 5 zeigt die Entwicklung des Anteils ausserkantonomer Platzierungen zwischen 1999 und 2010. Sie macht deutlich, dass der Anteil ausserkantonomer Platzierungen seit 1999 deutlich abgenommen hat. In **Abbildung 6** ist der Anteil ausserkantonomer Platzierungen der verschiedenen Kantone 2010 dargestellt. Sie zeigt, dass es hinsichtlich des Anteils ausserkantonomer Platzierungen zwischen den Kantonen grosse Unterschiede gibt. **Abbildung 7** schliesslich verdeutlicht, wie wichtig Klient/innen aus Fremdkantonen für die Kantone sind, die überhaupt über stationäre Einrichtungen der Suchttherapie und -rehabilitation verfügen.

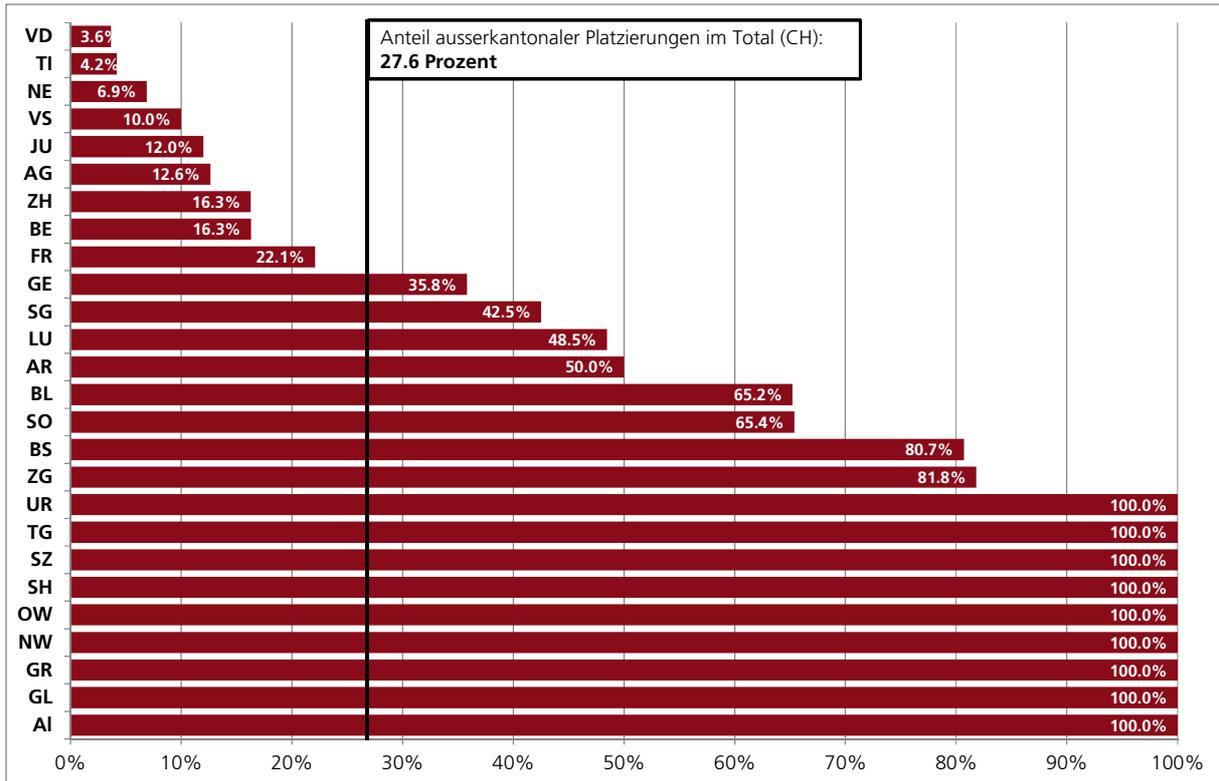
Die drei Abbildungen beruhen auf Daten, die der Belegungsstatistik von infodrog entnommen sind. Die Daten sind v.a. für den Drogenbereich aussagekräftig, da wichtige Suchtfachkliniken, die auf der Spitalliste figurieren und auf die Behandlung von Klient/innen mit Alkoholproblemen spezialisiert sind, in der Belegungsstatistik von infodrog nicht enthalten sind. Die den Abbildungen zugrunde liegenden Daten können **Tabelle 26 und Tabelle 27** im Anhang 9.3 entnommen werden.

Abbildung 5: Entwicklung des Anteils ausserkantonomer Platzierungen, 1999-2010



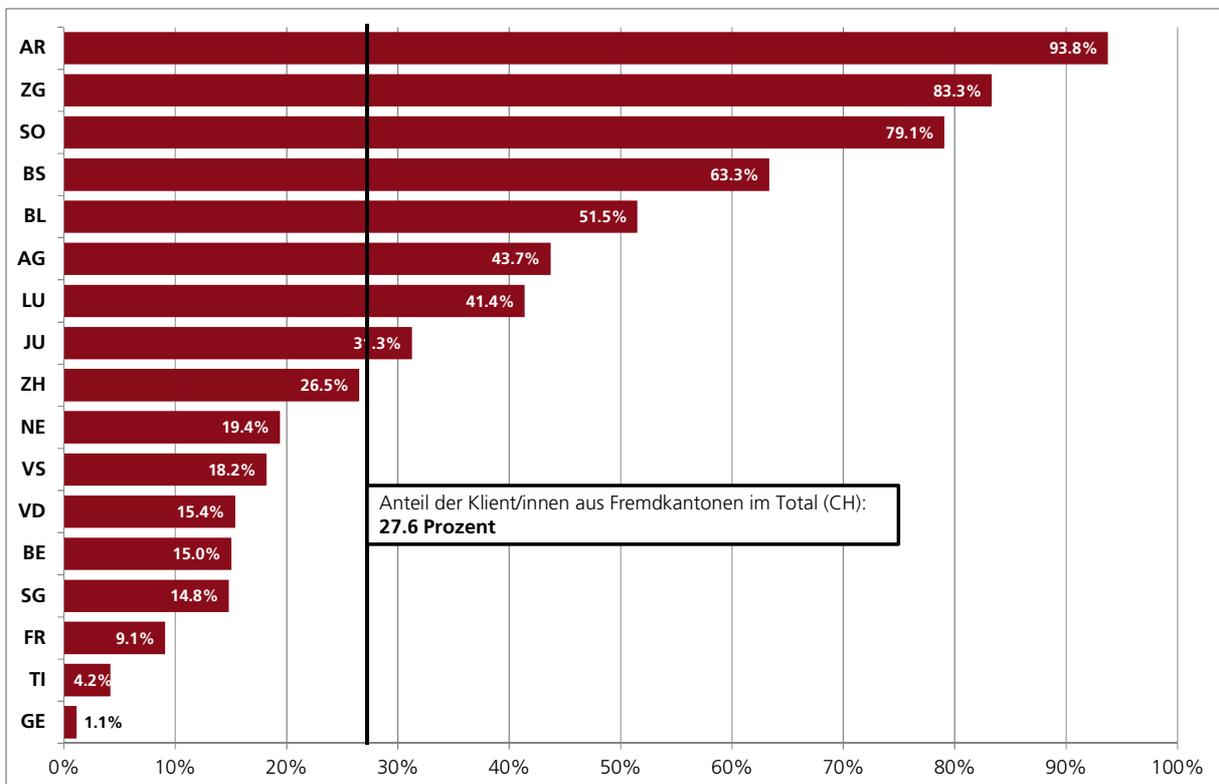
Quelle: Eckmann (2011, Grafik Anhang 4 auf S. 14); Darstellung BASS

Abbildung 6: Anteil ausserkantonaler Platzierungen im Jahr 2010, nach Herkunftskanton der Klient/innen



Quelle: Eckmann (2011, Tab. Anhang 2 auf S. 12); Darstellung BASS

Abbildung 7: Anteil der Klient/innen aus Fremdkantonen im Jahr 2010, nach Kantonsitz der suchttherapeutischen Institutionen



Quelle: Eckmann (2011, Tab. Anhang 2 auf S. 12); Darstellung BASS (vgl. Tabelle 26 im Anhang)

3 Finanzierung der stationären Suchthilfe

3.1 Grundzüge des Finanzierungssystems

Das Schweizer System der Finanzierung der stationären Suchthilfe lässt sich im Wesentlichen folgendermassen beschreiben:

- Die **Kosten einer von einem Gericht angeordneten Behandlung** in einer Einrichtung der stationären Suchthilfe werden vom Kanton getragen.
- Die **Kosten einer freiwilligen Behandlung in einer Suchtfachklinik** werden im Rahmen des KVG abgerechnet: Der Klient/die Klientin – in der Realität oft die Sozialhilfe – leistet einen persönlichen finanziellen Beitrag im Rahmen des gesetzlichen Selbstbehalts. Der Kanton und die Krankenkassen teilen sich den grössten Teil der Behandlungskosten, wobei der Kanton mindestens 45 Prozent derselben trägt.
- Die **Kosten einer freiwilligen Behandlung in einer sozialtherapeutischen Einrichtung** (oder Wohneinrichtung) werden subsidiär – und d.h. in der Realität meistens und zum grössten Teil – von der Sozialhilfe getragen. Je nachdem, ob die Sozialhilfe auf Kantons- oder auf Gemeindeebene angesiedelt ist, trägt der Kanton oder die Wohngemeinde des Klienten/der Klientin die Behandlungskosten. Allerdings gibt es auch Kantone, in welchen sich der Kanton und die Wohngemeinden die Kosten der stationären Behandlung eines Klienten/einer Klientin in einer Einrichtung, die nicht auf einer kantonalen Spitalliste figuriert, teilen.

Da Personen mit Alkoholproblemen zumeist in Suchtfachkliniken, Personen mit Drogenproblemen hingegen zumeist in sozialtherapeutischen Einrichtungen behandelt werden, führt dieses Finanzierungssystem dazu, dass die Kosten der Behandlung von Alkoholproblemen im Wesentlichen von den Kantonen und den Krankenkassen, die Kosten der Behandlung von Drogenproblemen hingegen im Wesentlichen von den Gemeinden und Kantonen getragen werden. Aus diesem Grund ist in Zusammenhang mit der Finanzierung der stationären Suchthilfe immer wieder von einer «dualen Finanzierung» bzw. von einem **«dualen Finanzierungssystem»** die Rede.

3.2 Gesetzliche Grundlagen

Für die Finanzierung der stationären Suchthilfe sind seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) ab 2008 im Grundsatz die Kantone zuständig. Die frühere Teilfinanzierung stationärer Einrichtungen durch die Invalidenversicherung im Rahmen des IVG nach Art. 73 wurde aufgehoben. Je nach Situation und Kanton sind in die Finanzierung der stationären Suchttherapie und -rehabilitation viele unterschiedliche Stellen involviert, was übergreifende Aussagen erschwert.⁵

Es sind folgende Grundlagen zu erwähnen:

- **Bundesgesetz über die Krankenversicherung** (Krankenversicherungsgesetz KVG, SR 842.10). Die Krankenversicherer übernehmen gewisse Kostenanteile (medizinischer Bereich) im Rahmen des KVG. Diese KV-Beiträge betreffen im Wesentlichen diejenigen Suchthilfeinstitutionen, die auf den kantonalen Spitallisten figurieren. In der Regel handelt es sich um Entzugskliniken oder spezialisierte Abteilungen in Allgemeinen Kliniken oder in Psychiatrischen Kliniken.⁶

⁵ Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf Herrmann et al. (2006) sowie die jeweiligen Gesetzestexte.

⁶ KVG Art. 25 Abs. 1: «Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen»; Art. 33 Abs. 1: «Der Bundesrat kann die (...) erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden»; Art. 39 Abs. 1 Bst. e: «Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie ... auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind».

■ **Schweizerisches Strafgesetzbuch** (StGB, SR 311.0); **Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe** (Betäubungsmittelgesetz BetmG; SR 812.121). Das schweizerische Strafgesetz und das Betäubungsmittelgesetz ermöglichen den Strafvollzug als gerichtlich verfügte Massnahme in einer Therapieeinrichtung. Für diese Therapiekosten kommen die Kantone auf.⁷

■ **Kantonale Sozial- und Fürsorgegesetzgebungen.** Auf der Grundlage ihrer jeweiligen Sozial- und Fürsorgegesetzgebung erfolgt daneben zu einem erheblichen Teil eine Finanzierung der stationären Suchthilfe durch die Kantone und die Gemeinden über individuelle Beiträge an Klient/innen (Sozialhilfe). Teilweise erhalten die stationären Einrichtungen auch institutionsbezogene Beiträge (Defizitbeteiligung etc.). Im Rahmen von sozialhilfe- und zivilrechtlichen Regelungen werden die Klient/innen selbst und deren Angehörige nach Möglichkeit zu einer Kostenbeteiligung beigezogen (Vermögensverzehr). Die Beteiligung reicht von einer Allein- oder Mitfinanzierung bis hin zur Verwandtenunterstützung.

■ **Interkantonale Vereinbarung für Soziale Einrichtungen (IVSE).** Für den Bereich der ausserkantonalen Platzierungen in stationären Suchthilfeeinrichtungen ist die IVSE von Bedeutung (in Kraft seit 1.01.2008). Der Vereinbarung haben sich mehrere Kantone angeschlossen (Stand 18.11.2009: Bereich C: 15 Kantone) und garantieren sich damit die gegenseitige Kostenübernahme.

3.3 Verwendung beschlagnahmter Vermögenswerte zur Finanzierung

Die Frage, ob beschlagnahmte Drogengelder zur Finanzierung der stationären Suchthilfe zweckgebunden eingesetzt werden können, liess das Bundesamt für Gesundheit per Anfrage (Schreiben vom 11.07.2011) vom Bundesamt für Justiz beurteilen.

Im Rahmen seiner Stellungnahme (BJ 2011) führte das BJ aus, dass diese Frage einer bundesrechtlichen Zweckbindung der eingezogenen und an Bund und Kantone zu verteilenden Vermögenswerte gemäss Bundesgesetz vom 19. März 2004 über die Teilung eingezogener Vermögenswerte (TEVG; SR 312.4) nicht neu sei und machte einen kurzen Rückblick:

Bereits 1998/1999 sei die Mehrheit einer Expertenkommission in Kenntnis zweier parlamentarischer Vorstösse zum Schluss gekommen, im Gesetzesentwurf keine spezielle Zweckbindung vorzusehen und die eingezogenen Erlöse in die allgemeine Staatskasse fliessen zu lassen. Gestützt auf die Vernehmlassungsergebnisse habe der Bundesrat an dieser Meinung auch in seiner Botschaft vom 24. Oktober 2001 betreffend das TEVG festgehalten und explizit auf eine bundesrechtliche Zweckbindung verzichtet. Dabei begründete er den Verzicht im Wesentlichen mit folgenden Argumenten:

■ Da die eingezogenen Vermögenswerte nicht allein aus Drogendelikten, sondern auch aus anderen Straftaten stammten (Bestechung, Insiderdelikte, Betrug, Geldwäscherei, Waffenhandel, Pornografie etc.), sei es fragwürdig, diese allein für den Drogenbereich einzusetzen.

■ Drogengelder stünden zudem meist in Verbindung mit anderen strafbaren Handlungen, so dass nicht leicht festzustellen sei, ob Gelder aus dem Drogenhandel stammten. Daher dürfte es schwierig sein, nur die aus dem Handel mit Drogengeldern stammenden Vermögenswerte einzusetzen.

■ Es dürfe nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Einziehung deliktischer Vermögenswerte nur dank der Bereitstellung aufwendiger polizeilicher und gerichtlicher Ressourcen möglich sei. Deshalb sei es legi-

⁷ StGB Art. 60 Abs.1: «Ist der Täter von Suchtstoffen oder in anderer Weise abhängig, so kann das Gericht eine stationäre Behandlung anordnen». BetmG Art. 3d Abs. 1: «Die Kantone sorgen für die Betreuung von Personen mit suchtbedingten Störungen, die ärztliche oder psychosoziale Behandlung oder fürsorgerische Massnahmen benötigen»; Abs. 4: «Sie schaffen die für die Behandlung und die Wiedereingliederung notwendigen Einrichtungen oder unterstützen private Institutionen, die den Qualitätsanforderungen entsprechen»; Abs. 5: «Der Bundesrat erlässt Empfehlungen über die Grundsätze zur Finanzierung von Suchttherapien und Wiedereingliederungsmassnahmen».

tim, den Empfängern der eingezogenen Vermögenswerte die Freiheit zu lassen, solche Gelder auch für die Verstärkung ihres Strafverfolgungsapparats einzusetzen.

■ Ferner widerliefe die Schaffung eines besonderen Fonds den finanzpolitischen Grundsätzen, wonach Bund und Kantone bei der Verwendung ihrer Einnahmen ein gewisser Spielraum eingeräumt wird, und schränke die für die wirksame und wirtschaftliche Verwaltung erforderliche Flexibilität ein.

■ Schliesslich seien Anzahl sowie Höhe der Einziehungsbeträge starken Schwankungen unterworfen. Einziehungserlöse würden keine regelmässigen Einnahmen darstellen, weshalb damit Projekte nur punktuell finanziell unterstützt werden könnten. Laufende und wiederkehrende Ausgaben könnten nicht übernommen werden. (Vgl. **Tabelle 4**).

Tabelle 4: Eingezogene Vermögenswerte aus Drogendelikten, Betrug, Geldwäscherei, organisierte Kriminalität, Urkundenfälschung etc. in Mio. CHF, 2007 – 2010

	2007	2008	2009	2010
Dem Bund zukommende Anteile	4.4	7.8	10.1	1.4
Den Kantonen zukommende Anteile	5.8	7.9	12.8	2.1
Total	10.2	15.7	22.9	3.5

Quelle: Stellungnahme BJ, 31.08.2011, S. 3; Darstellung BASS

Auch in der parlamentarischen Beratung des TEVG nahm die Frage der Zweckbindung der eingezogenen Vermögenswerte eine bedeutende Rolle ein und konnte erst im Differenzbereinigungsverfahren geklärt werden. Im Ständerat wollte eine sozialdemokratische Minderheit in Art. 5 E-TEVG einen Teil des Gelds für die Bekämpfung des Drogenanbaus und der sexuellen Ausbeutung von Kindern in den Entwicklungsländern einsetzen. Der Ständerat lehnte den Antrag klar ab. In der Gesamtabstimmung wurde der Entwurf des Bundesrates einstimmig angenommen und jegliche Zweckbindung der eingezogenen Vermögenswerte verworfen. Im Nationalrat stand ebenfalls der Teilungsschlüssel in Artikel 5 E-TEVG im Zentrum der Debatten. Die Mehrheit der Kommission für Rechtsfragen beantragte die Schaffung von zwei Spezialfonds für Suchtprävention und Suchtbehandlung im Inland sowie für Projekte in Drogenanbaugebieten. Eine Minderheit I beantragte Zustimmung zum Beschluss des Ständerates, eine Minderheit II unterbreitete einen Kompromissvorschlag, der keinen Spezialfonds vorsah, aber bestimmte, dass die Kantone einen Teil der ihnen zufließenden Gelder für Suchtprävention und Suchtbehandlung verwenden müssen (Abs. 5) und dass auch der Bund einen Teil der Gelder für Projekte in Ländern der schweizerischen Entwicklungs- und Ostzusammenarbeit mit Drogenanbaugebieten verwenden muss (Abs. 6). Der Rat stimmte dem Antrag der Minderheit II zu. Der Ständerat stimmte erneut für den Entwurf des Bundesrates. In der Differenzbereinigung obsiegte damit schliesslich der Entwurf des Bundesrates.

In der parlamentarischen Beratung führten die Vorsteher des EJPD, nebst den bereits aus der Botschaft des Bundesrates bekannten Gründen, folgende zusätzliche Argumente gegen eine bundesrechtliche Zweckbindung der eingezogenen Vermögenswerte an:

■ Den Kantonen vorzuschreiben, was sie mit dem ihnen zukommenden Anteil der eingezogenen Vermögenswerte machen sollen, sei föderalistisch nicht opportun. Ob sie diesen Anteil für die Suchtbekämpfung einsetzen oder für etwas anderes, sei den Kantonen zu überlassen. Das folge auch aus der Souveränität der Kantone. Es würde auch nicht in jedem Kanton gleich notwendig sein, die Suchtprävention zu fördern. Auf freiwilliger Basis seien solche gebundenen Verwendungen selbstverständlich immer möglich.

■ Zweckbindungen seien auch finanzpolitisch bedenklich. Wenn man bei jeder Einnahme sage, wofür das Geld gebraucht werden müsse, dann seien die Kantone und der Bund nicht mehr frei, die Mittel gemäss den Prioritäten einzusetzen.

■ Eine bundesrechtliche Zweckbindung wäre auch sachlich falsch. Es ginge in Zusammenhang mit den eingezogenen Vermögenswerten nicht nur um Drogengeld. Wenn man eine Zweckbindung vorsehen wollte, dann müsste man das Geld generell für die Verbrechensbekämpfung einsetzen.

In seiner Stellungnahme vom 31. August 2011 hielt das BJ abschliessend fest, dass die in früheren Jahren aufgeführten Argumente gegen eine Zweckbindung auch bei einer erneuten aktuellen Beurteilung gültig seien und schloss mit folgendem **Fazit** (BJ 2011, 3): «Nach erneuter Prüfung und Abwägung all dieser Argumente erachten wir eine bundesrechtliche Zweckbindung der aus Drogendelikten eingezogenen Vermögenswerte für die Finanzierung der stationären Suchthilfe im Sinne des Postulates 10.3007 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates als nicht angezeigt.»

3.4 Finanzierungsvolumen

Unter Finanzierungsvolumen verstehen wir die Vollkosten, die in Einrichtungen der stationären Suchttherapie und -rehabilitation entstehen und die von den verschiedenen Kostenträgern (vgl. Abschnitt 3.6) gedeckt werden müssen. Es gibt unseres Wissens zwei Studien, die sich mit den Kosten der stationären Suchttherapie und -rehabilitation in der Schweiz befassen:

■ **Herrmann et al. (1999):** Dieser Studie liegt eine umfassende Grundgesamtheit von N=180 Einrichtungen zugrunde. Die Grundgesamtheit wurde mittels eines Abgleichs von drei Datenbanken, in welchen Einrichtungen der stationären Suchthilfe enthalten waren, definiert (vgl. Herrmann et al 1999, 25ff.):

- BSV: Verzeichnis der Wohnheime und Werkstätte der Invalidenversicherung
- BAG: Verzeichnis der Einrichtungen im Alkohol- und Drogenbereich
- KOSTE: Handbuch der Stationären Drogentherapie.

In der Grundgesamtheit nicht berücksichtigt wurden «öffentliche Spitäler und Kliniken mit spezialisierten Suchtabteilungen (gemäss Adressverzeichnis deren 5 im Bereich Alkohol, 5 im Bereich Drogen und 30 «Gemischte» (Herrmann et al. 1999, 25). In welchem Ausmass in diesen in der Studie von Herrmann et al. (1999) nicht berücksichtigten Einrichtungen im Jahr 1997 Leistungen der stationären Suchttherapie und -rehabilitation erbracht wurden, ist uns nicht bekannt. In Abschnitt 2.2 (vgl. Tabelle 3 auf S. 8) haben wir allerdings gezeigt, dass Einrichtungen, die auf der Spitalliste figurieren und deshalb in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser enthalten sind, im Jahr 2010 in Zusammenhang mit Suchterkrankungen ein Leistungsvolumen erbracht haben, das auch im Vergleich zum Leistungsvolumen von Einrichtungen, die auf die Behandlung von Suchterkrankungen spezialisiert sind, als bedeutend zu bewerten ist. Von 143 der 180 Einrichtungen, die im Rahmen der Studie von Herrmann et al. (1999) befragt wurden, ging eine Antwort ein, wobei die Antworten von 37 Einrichtungen den Anforderungen an die Daten nicht genügten, so dass die Untersuchungsstichprobe letztlich n=105 Einrichtungen umfasste. Auf der Basis der Daten dieser 105 Einrichtungen rechneten Herrmann et al. (1999, 48ff.) hoch, dass die 180 Einrichtungen der Grundgesamtheit im Jahr 1997 Einnahmen in der Höhe von rund 246 Mio. CHF bei einem Verlust von 22 Mio. CHF generierten. Herrmann et al. (1999) rapportieren für das Jahr 1997 also ein **Finanzierungsvolumen in der Höhe von 268 Mio. CHF**. Dieser Wert dürfte das «wahre» Finanzierungsvolumen unterschätzen, da in der Studie öffentliche Spitäler und Kliniken mit spezialisierten Suchtabteilungen nicht berücksichtigt wurden. Gemäss Herrmann et al. (1999, 34) betrug das Platzangebot in den 180 Einrichtungen im Jahr 1997 insgesamt 3'300 Plätze, die Auslastung betrug 80 Prozent. Daraus ergibt sich, dass ein «verfügbarer Platz» im Jahr 1997 rund 81'200 CHF und ein «besetzter Platz» (um die Auslastungsquote bereinigtes Platzangebot) rund 101'500 CHF kostete.

■ **Herrmann et al. (2006):** Die Studie von Herrmann et al. (2006) befasst sich mit der Finanzierung der stationären Suchthilfe in den Jahren 2004 und 2005. In Bezug auf das Finanzierungsvolumen ist die Studie weit weniger aussagekräftig als die frühere Studie (Herrmann et al. 1999), da die Grundgesamtheit der

Einrichtungen der stationären Suchthilfe restriktiver definiert wurde. In der Studie von Herrmann et al. (2006) wurden folgende Arten von Einrichtungen der stationären Suchthilfe nicht berücksichtigt (vgl. Herrmann et al. 2006, 13):

- Gemischte Einrichtungen
 - Entzugs- und Übergangseinrichtungen
 - Einrichtungen des betreuten oder begleiteten Wohnens und Institutionen der Familienplatzierung.
- 50 Einrichtungen haben Eingang in die Untersuchungsstichprobe gefunden, die der Studie von Herrmann et al. (2006) zugrunde liegt. Eine Hochrechnung der Kosten der Einrichtungen bzw. des Finanzierungsvolumen auf die Schweiz wurde nicht vorgenommen. Dennoch finden sich in der Studie einige interessante Kennzahlen zu den Kosten der in der Studie berücksichtigten Einrichtungen der stationären Suchthilfe:
- Die 50 Einrichtungen erwirtschafteten im Jahr 2005 *Gesamteinnahmen* (Klient/innen- und Institutionsbezogene Einnahmen) von 95 Mio. CHF – bei einem Einnahmeüberschuss von knapp einer halben Mio. CHF. Das Finanzierungsvolumen der 50 Einrichtungen betrug im Jahr 2005 deshalb rund 94.5 Mio. CHF.
 - Die 50 Einrichtungen verfügten im Jahr 2005 über ein Angebot an 885 Plätzen. Es ergeben sich durchschnittliche *Kosten pro «verfügbarem Platz»* (keine Berücksichtigung der Auslastung) in der Höhe von 106'000 CHF. Geht man davon aus, dass die Auslastung in den 50 Einrichtungen 88 Prozent betrug, wie dies die Belegungsstatistik von infodrog für das Jahr 2005 rapportiert, betrugen die *durchschnittlichen Kosten pro «besetzten Platz»* (778.8 Plätze = 88% von 885 Plätzen) 121'300 CHF.
 - Gemäss Herrmann et al. (2006, 5) wurde ein *Therapieplatz* im 2005 zu durchschnittlich 116'000 CHF pro Jahr *verkauft* (Min.: 56'000 CHF, Max.: 200'000 CHF). Die *Einheitstaxen* pro Tag variierten «stark in Abhängigkeit vom spezifischen Angebot der Einrichtung (Art der Betreuung, Betreuungsverhältnis, Art der Klientel etc.)»: Mittelwert = 300 CHF, Median = 325 CHF, Minimum = 168 CHF, Maximum = 434 CHF.

Wir versuchen im Folgenden, das Finanzierungsvolumen im Jahr 2010 grob abzuschätzen. Dabei gehen wir wie folgt vor:

- In einem **ersten Schritt** schätzen wir das Finanzierungsvolumen in Bezug auf Einrichtungen, die der Grundgesamtheit angehören, wie sie in Herrmann et al. (1999) definiert ist. Die Einrichtungen, die dieser Grundgesamtheit angehören, nennen wir «Einrichtungen der stationären Suchthilfe im engeren Sinne».
- In einem **zweiten Schritt** schätzen wir das Finanzierungsvolumen in Bezug auf Einrichtungen der stationären Suchthilfe ab, die in Herrmann et al. (1999) nicht berücksichtigt wurden, d.h. das Finanzierungsvolumen öffentlicher Spitäler und Kliniken, die allenfalls über spezialisierte Suchtabteilungen verfügen.

3.4.1 Abschätzung der Kosten der stationären Suchthilfe im engeren Sinne

Herrmann et al. (1999) rapportierten für das Jahr 1997 eine Finanzierungsvolumen in der Höhe von 268 Mio. CHF. Von der Situation im Jahr 1997 kann nicht unmittelbar auf die Situation im Jahr 2010 geschlossen werden. Es ist davon auszugehen, dass sich zwischen 1997 und 2010 Veränderungen in Bezug auf die Struktur des Angebots, die Inanspruchnahme des Angebots und die Preise der nachgefragten Leistungen ergeben haben. Die Belegungsstatistik von infodrog weist für das Jahr 1997 ein Angebot an 1'600 Plätzen aus. Demgegenüber rapportierten Herrmann et al. (1999, 34) für das gleiche Jahr ein Angebot an 3'300 Plätzen. Dies macht deutlich, dass die Belegungsstatistik von infodrog nur ein Teil des Angebots der stationären Suchthilfe abbildet. Im Jahr 2010 gab es gemäss der Belegungsstatistik von infodrog 1'254 Plätze. Das Platzangebot hat gemäss der Belegungsstatistik von infodrog zwischen 1997 und 2010 also um

21.6% abgenommen. Geht man nun davon aus, dass die nachfolgenden, sehr restriktiven Annahmen erfüllt sind⁸:

- der Abdeckungsgrad der Belegungsstatistik von infodrog in Bezug auf das Angebot der stationären Suchthilfe war im Jahr 2010 der gleiche wie im Jahr 1997, nämlich $1600 / 3300 = 48.5\%$;
- die Struktur des Angebots an Plätzen der stationären Suchttherapie und -rehabilitation war im Jahr 2010 die gleiche wie im Jahr 1997;
- die Kosten eines verfügbaren Platzes waren im Jahr 2010 die gleichen wie im Jahr 1997,

dann ergibt sich eine Abschätzung des Finanzierungsvolumens im Jahr 2010 (exkl. öffentliche Spitäler und Kliniken) in der Höhe von rund **210 Mio. CHF**.

Die einzelnen Berechnungsschritte können anhand von **Tabelle 5** nachvollzogen werden.

Tabelle 5: Abschätzung der Kosten der Einrichtungen der stationären Suchthilfe im engeren Sinne für das Jahr 2010

Kennzahl	Quelle	Einheit	Zahl
Finanzierungsvolumen 1997 gemäss Herrmann et al. (1999)	Herrmann et al. (1999)	in Mio. CHF	268
Platzangebot 1997 gemäss Herrmann et al. (1999)	Herrmann et al. (1999)	Anzahl	3'300
Platzangebot 1997 gemäss infodrog	infodrog	Anzahl	1'600
Platzangebot 2010 gemäss infodrog	infodrog	Anzahl	1'254
Veränderung des Platzangebots 2010 vs. 1997 gemäss infodrog	infodrog	in %	-21.6%
Geschätztes Finanzierungsvolumen 2010	Schätzung BASS	in Mio. CHF	210

Quelle: Herrmann et al. (1999), infodrog; eigene Berechnungen

3.4.2 Abschätzung der Kosten in öffentlichen Spitälern und Kliniken

In Abschnitt 2.2 haben wir gezeigt, dass die Medizinische Statistik der Krankenhäuser für das Jahr 2009 im Bereich Alkohol 406'165 und im Bereich der illegalen Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen 146'637 Behandlungstage ausweist. In diesen insgesamt 552'801 Behandlungstagen sind auch die Behandlungstage von Suchtfachkliniken enthalten, die wir bereits im Rahmen von Schritt 1 berücksichtigt haben. Bei den Suchtfachkliniken, die auf der Spitalliste figurieren, handelt es sich in erster Linie um Einrichtungen, die auf die Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen spezialisiert sind. Diese Einrichtungen sind in der Statistik act-info-Residalc abgebildet. act-info-Residalc rapportiert für die 16 Einrichtungen, die im Jahr 2010 an der Statistik teilgenommen haben, 147'562 Behandlungstage. In Abschnitt 2.2 haben wir eine Hochrechnung auf die Gesamtheit der 21 Einrichtungen vorgenommen, welche auf die stationäre Therapie von Klient/innen mit Alkoholproblemen spezialisiert sind. Diese Hochrechnung ergab geschätzte 193'676 Behandlungstage. Wir gehen nun vereinfachend davon aus, dass alle der 21 auf die Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen spezialisierten Einrichtungen auf der Spitalliste figurieren⁹, was implizieren würde, dass die Gesamtheit der 193'676 Behandlungstage in der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser enthalten wären. Damit ergibt sich die Schätzung, dass im Jahr 2009 in öffentlichen Spitälern und Kliniken, die wir nicht bereits im Rahmen von Schritt 1 berücksichtigt haben, insgesamt 359'126 Behandlungstage erfolgten (552'801 minus 193'676). Des Weiteren gehen wir in Anlehnung an Künzi/Bauer (2000) davon aus, dass zwei Drittel dieser Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken zu Tagesvollkosten in der Höhe von 399 CHF und ein Drittel dieser Behandlungstage in Akutspitä-

⁸ Intuitiv können die Annahmen folgendermassen verstanden werden: Wir gehen davon aus, dass im Jahr 2010 die gleichen Leistungen von den gleichen Einrichtungen zu den gleichen Preisen wie im Jahr 1997 an Anspruch genommen wurden – mit dem einzigen Unterschied, dass das Volumen der Inanspruchnahme im Jahr 2010 21.6% tiefer war als im Jahr 1997.

⁹ Dies ist nicht der Fall: Es gibt auch Einrichtungen, die auf die Behandlung von Klient/innen mit Alkoholproblemen spezialisiert sind und nicht auf der Spitalliste figurieren. Bei den meisten der 21 Residalc-Einrichtungen dürfte es sich jedoch um Suchtfachkliniken handeln.

lern zu Tagesvollkosten in der Höhe von 877 CHF erfolgten. Unter diesen Annahmen lässt sich in Bezug auf die stationären Therapie und Rehabilitation in öffentlichen Spitälern und Kliniken für das Jahr 2009 ein Finanzierungsvolumen in der Höhe von **201 Mio. CHF** berechnen.

Anhand von **Tabelle 6** können die vorgenommenen Berechnungsschritte nachvollzogen werden.

Tabelle 6: Abschätzung der Kosten der Suchttherapie und -rehabilitation, die im Jahr 2010 in öffentlichen Spitälern und Kliniken entstanden sind

Kennzahl	Quelle	Einheit	Zahl
Anzahl Aufenthaltstage in Spitälern und Kliniken mit Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung im Jahr 2009	Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Anzahl	552'801
Anzahl Aufenthaltstage in den 16 act-info-Residalc-Einrichtungen im Jahr 2010	Delgrande Jordan (2011)	Anzahl	147'562
Geschätzte Anzahl Aufenthaltstage in den 21 act-info-Residalc-Einrichtungen im 2010	Schätzung BASS	Anzahl	193'676
Anzahl Aufenthaltstage in Spitälern und Kliniken mit Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung im Jahr 2009, bereinigt um die Anzahl Aufenthaltstage in den 21 act-info-Residalc-Einrichtungen, davon:	Schätzung BASS	Anzahl	359'126
2/3 in Psychiatrischen Kliniken	Künzi und Bauer (2000)	Anzahl	239'417
1/3 in Akutspitälern	Künzi und Bauer (2000)	Anzahl	119'709
Tagesvollkosten in Psychiatrien in CHF	Künzi und Bauer (2000)	CHF	399
Tagesvollkosten in Akutspitälern in CHF	Künzi und Bauer (2000)	CHF	877
Geschätzte Kosten in Psychiatrien	Schätzung BASS	Mio. CHF	96
Geschätzte Kosten in Akutspitälern	Schätzung BASS	Mio. CHF	105
Geschätzte Kosten Total	Schätzung BASS	Mio. CHF	201

Quelle: Delgrande Jordan (2011), Künzi/Bauer (2000), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS); eigene Berechnungen

Bei der Interpretation der Schätzung in der Höhe von 201 Mio. CHF ist Folgendes zu berücksichtigen:

■ Die Schätzung beruht auf der Annahme, dass alle Residalc-Einrichtungen auf einer kantonalen Spitalliste figurieren. Dies ist in der Realität nicht der Fall (vgl. auch Fussnote 9). Die Annahme führt zu einer Unterschätzung der Anzahl Aufenthaltstage in öffentlichen Spitälern und Kliniken und damit zu einer Unterschätzung des diesbezüglichen Finanzierungsvolumens.

■ Der Schätzung liegen Aufenthaltstage von Fällen mit einer Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung (Diagnosecodes F10-F19, exkl. F17) zugrunde. Wie wir bereits in Abschnitt 2.2 ausgeführt haben, bildet dieses Vorgehen die Realität nur bedingt ab:

- Es ist davon auszugehen, dass in öffentlichen Spitälern und Kliniken Leistungen der stationären Suchttherapie und -rehabilitation auch in Fällen erbracht werden, in welchen die suchtbedingte Störung zwar nicht die Hauptdiagnose, jedoch eine Nebendiagnose betrifft. Dieser Tatbestand impliziert, dass wir das Leistungsvolumen der öffentlichen Spitäler und Kliniken unterschätzen.

- Bei einem Teil der Leistungen, die im Rahmen der 552'801 Aufenthaltstagen von Fällen mit der Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung von den öffentlichen Spitälern und Kliniken erbracht wurden, dürfte es sich um Leistungen handeln, die – je nach Definition – nicht wirklich dem Bereich «Therapie und Rehabilitation» zugeordnet werden können. Dieser Tatbestand impliziert, dass wir das Leistungsvolumen der öffentlichen Spitäler und Kliniken in Bezug auf die stationäre Suchttherapie und -rehabilitation überschätzen.

■ Das Schätzungsergebnis hängt stark von den getroffenen Annahmen in Bezug auf die Tagesvollkosten in Psychiatrien (399 CHF) und Akutspitälern (877 CHF) ab.

3.4.3 Abschätzung der Kosten der gesamten stationären Suchthilfe

Auf der Grundlage der oben dargestellten Ausführungen ergibt unsere grobe, mit Vorsicht zu interpretierende Schätzung in Bezug auf die stationäre Suchthilfe ein Finanzierungsvolumen in der Höhe von rund **411 Mio. CHF**.

3.5 Objektfinanzierung

Gemäss Herrmann et al. (2006) finanzierten sich die stationären suchtherapeutischen Einrichtungen im Jahr 2005 zu **67 Prozent über klient/innenbezogene und zu 33 Prozent über institutionsbezogene Einnahmen** (insbesondere Defizitdeckung und leistungsgebundene Subventionen der Sitzkantone). In Bezug auf das Jahr 1997 rapportieren Herrmann et al. (1999, Tabelle 17 auf Seite 51) demgegenüber einen Anteil institutionsbezogener Einnahmen in der Höhe von 28 Prozent (2005: 33 Prozent). Die Anteile, die Herrmann et al. (2006) für das Jahr 2005 und Herrmann et al. (1999) für das Jahr 1997 rapportieren, sind allerdings nur bedingt vergleichbar, da den beiden Studien unterschiedliche Stichproben zugrunde liegen. Die Stichprobe, die der Studie von Herrmann et al. (1999) zugrunde liegt, scheint dabei umfassender zu sein als die Stichprobe, die der Studie von Herrmann et al. (2006) zugrunde liegt: In der Studie von Herrmann (2006) wurden folgenden Arten von Einrichtungen der stationären Suchthilfe nicht berücksichtigt: Gemischten Einrichtungen, Entzugs- und Übergangseinrichtungen, Einrichtungen des betreuten oder begleiteten Wohnens und Institutionen der Familienplatzierung.

Es ist davon auszugehen, dass die Objektfinanzierung für die Ausfinanzierung der Einrichtungen der stationären Suchthilfe auch heute noch bedeutend ist: Nur 7 der 22 befragten Kantone haben in den letzten drei Budgetjahren (2009, 2010, 2011) keine klient/innenunabhängige Beiträge an Einrichtungen der stationären Suchthilfe gezahlt, wobei es in zwei dieser Kantone (SZ und NW) gar keine Einrichtungen der stationären Suchthilfe gibt. Bei 12 Kantonen ist es in den letzten drei Jahren mindestens einmal vorgekommen, dass sie das Defizit einer Einrichtung der stationären Suchthilfe gedeckt haben (Objektfinanzierung ex post). 9 Kantone haben in der gleichen Periode mindestens einmal klient/innenunabhängige Beiträge ausgeschüttet, die unabhängig vom Betriebsergebnis der Einrichtung sind (Objektfinanzierung ex ante: z.B. Investitionsbeiträge). **Tabelle 10** im Anhang 9.2 können die detaillierten Daten zur Objektfinanzierung der Kantone in den letzten drei Jahren entnommen werden.

3.6 Kostenträger

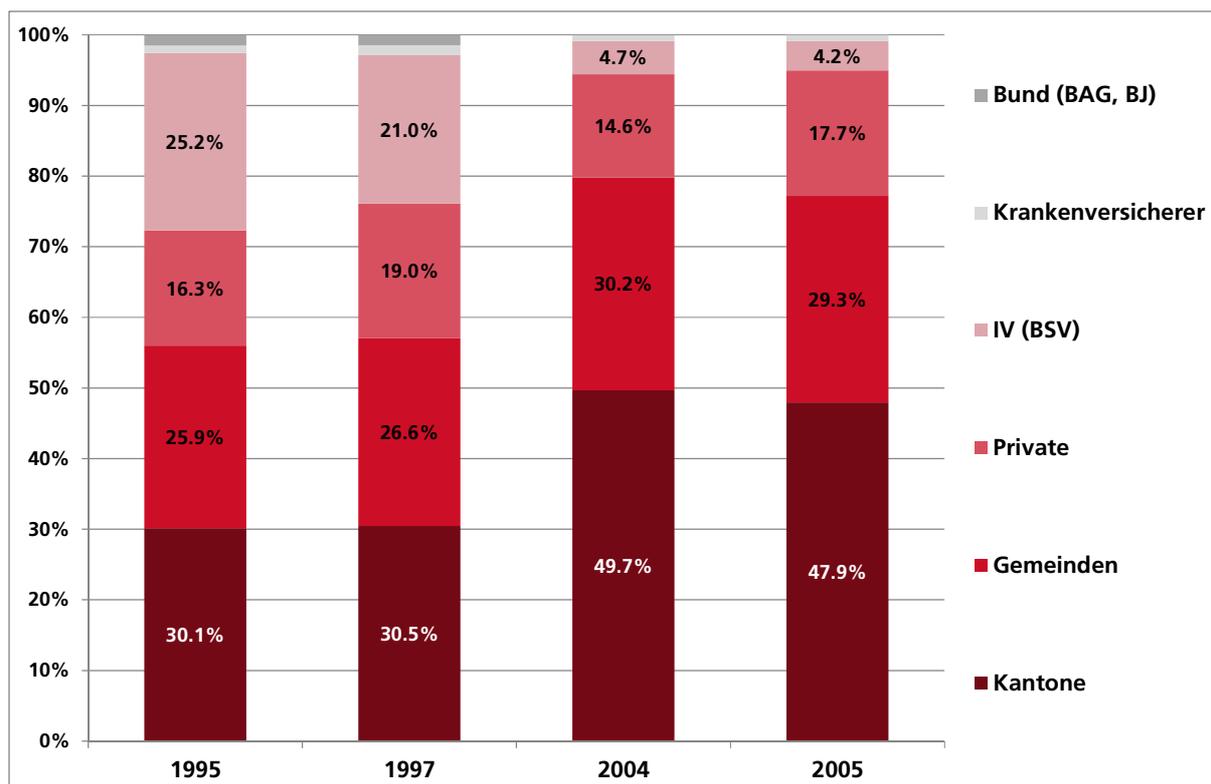
Zur Finanzierung der stationären Suchttherapie in der Schweiz sind zwei Studien verfügbar:

- Herrmann et al. (1999): Enthält Informationen zu den Einnahmen der stationären, auf die Behandlung von Suchtproblemen spezialisierten Institutionen in den Jahren 1995 und 1997.
- Herrmann et al. (2006): Enthält Informationen zu den Einnahmen der stationären, auf die Behandlung von Suchtproblemen spezialisierten Institutionen in den Jahren 2004 und 2005.

Die Ergebnisse dieser beiden Studien sind in **Abbildung 8** zusammengefasst¹⁰.

¹⁰ Bei der Interpretation von Abbildung 8 ist zu beachten, dass diese die Aufteilung der Einnahmen der leistungserbringenden Einrichtungen wiedergibt und deshalb nicht exakt zeigt, welche Kostenträger die stationäre Suchthilfe letztlich finanzieren. Insbesondere muss davon ausgegangen werden, dass das Verhältnis zwischen den Kosten, die die Gemeinden tragen und den Kosten, die die Kantone tragen, vom Verhältnis abweicht, das Abbildung 8 suggeriert. Aus zwei Gründen kann eine solche Abweichung nicht ausgeschlossen werden: 1. In einigen Kantonen fließen die von den Gemeinden und Kantonen an die Einrichtungen getätigten Zahlungen noch in einen intrakantonalen Lastenausgleich, der die Kostenbeteiligung zwischen den Kantonen und Gemeinden verändert. 2. Die Einnahmen der leistungserbringenden Einrichtungen hängen in Kantonen, in denen sich sowohl der Kanton als auch die Gemeinde des Klienten/der Klientin an den Kosten eines stationären Aufenthalts des/derselben beteiligen, von den Modalitäten der Rechnungsstellung ab: So ist z.B. denkbar, dass eine leistungserbringende Einrichtung die gesamten Kosten des Aufenthalts eines

Abbildung 8: Einnahmen der stationären suchtttherapeutischen Einrichtungen nach Kostenträgern



Anmerkungen: (1) Bei den Beiträgen des BAG handelt es sich gemäss Herrmann (1999, Fussnote 60, S. 46) und Herrmann (2006, Fussnote 11, S. 17) um «Starthilfen». (2) Die Beiträge des BJ sind in genannten Quellen nicht konkreter spezifiziert, so dass wir nicht darlegen können, um was für Beiträge es sich handelt. Jedenfalls handelt es sich nicht um die Subjektkosten von angeordneten Therapien (Massnahmenvollzug). Diese werden von den Kantonen getragen und sind in der Abbildung entsprechend in der Kategorie «Kantone» enthalten
 Quelle: Herrmann et al. (1999, Tab. 16 auf S. 49, Spalte «Alle Bereiche»), Herrmann et al. (2006, Tab. 2 auf S. 17, Spalte «Summe»); Darstellung BASS

Die Abbildung macht insbesondere die Auswirkungen der veränderten Beitrags- und Bemessungspraxis der IV deutlich, die ab dem Jahr 1998 zu einer substantiellen Reduktion des Anteils der IV an der Finanzierung der stationären Suchthilfe führte.

3.7 Aktuelle Finanzierungssituation der Einrichtungen der stationären Suchthilfe

Die im Rahmen des vorliegenden Berichts befragten Experten/innen haben im Grossen und Ganzen die Ansicht vertreten, dass die Finanzierung der Institutionen im stationären Bereich gesichert sei. Die Kantone haben seit dem Rückzug des BSV 1998 ihre Anteile an der Finanzierung stark erhöht, so dass die Kosten der Institutionen bei guter Auslastung gedeckt sind. Es wird jedoch ebenso bestätigt, dass einige Institutionen finanziell äusserst knapp überleben. Diese Institutionen sind oftmals auf private oder staatliche Defizitnachsüsse angewiesen. Hier werden allenfalls einige wenige Institutionen «am Leben erhalten», obwohl für ihr Angebot zu wenig Bedarf besteht. Ein weiteres Problem bei der Finanzierung besteht darin, dass von den Institutionen Schwankungen in der Nachfrage teilweise nicht über Reserven abgefangen werden können. Sei es, dass die Bildung von Reserven finanziell nicht möglich ist oder dass das kantonale

Klienten/einer Klientin der Gemeinde in Rechnung stellt, die Gemeinde nach erfolgter Zahlung jedoch einen Teil der Kosten an den Kanton weiterverrechnen kann. In diesem Fall generiert die Einrichtung 100% der Einnahmen über die Gemeinde, die Gemeinde finanziert den Aufenthalt jedoch nicht zu 100%.

Regime Reservebildung nicht zulässt. Hierzu stehen gemäss den befragten Experten/innen in einzelnen Kantonen allerdings Änderungen der Finanzierungsregimes bevor.

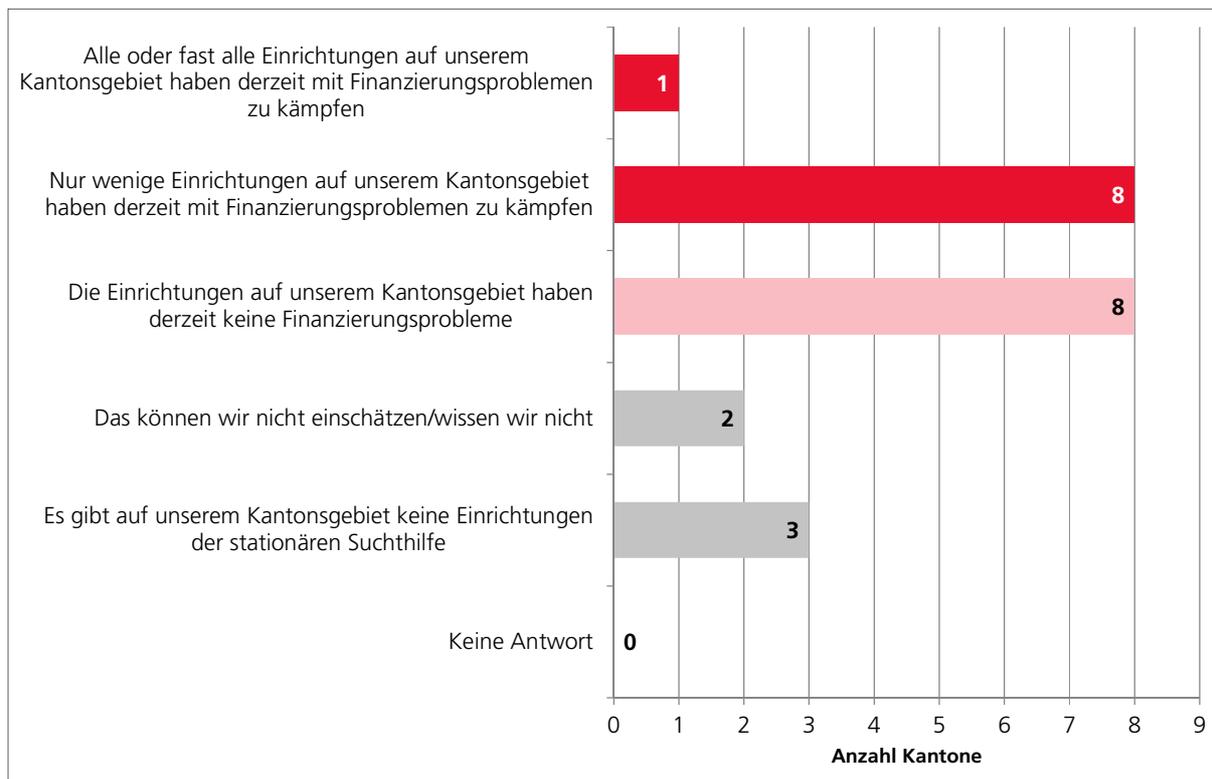
Die Ergebnisse der Online-Befragung, in deren Rahmen die Kantone u.a. auch zur finanziellen Situation der Einrichtungen der stationären Suchthilfe, die sich auf deren Kantonsgebiet befinden, befragt wurden, stimmen mit den Einschätzungen der befragten Experten/innen überein (vgl. **Abbildung 9**):

■ 8 von 22 Kantonen haben angegeben, dass es auf ihrem Kantonsgebiet keine Einrichtungen der stationären Suchthilfe gibt, die mit Finanzierungsproblemen zu kämpfen haben.

■ 9 von 22 Kantonen haben angegeben, dass es auf ihrem Kantonsgebiet Einrichtungen der stationären Suchthilfe gibt, die mit Finanzierungsproblemen zu kämpfen haben. In 8 dieser 9 Kantone sind nur wenige Einrichtungen von Finanzierungsproblemen betroffen. Einzig in 1 Kanton haben alle oder fast alle Einrichtungen mit Finanzierungsproblemen zu kämpfen.

Tabelle 11 im Anhang 9.2 kann entnommen werden, in welchen Kantonen es Einrichtungen der stationären Suchthilfe gibt, die mit Finanzierungsproblemen zu kämpfen haben.

Abbildung 9: Finanzielle Situation der Einrichtungen der stationären Suchthilfe gemäss Auskunft der Kantone



Frage: «Wie beurteilt Ihr Kanton die Finanzierungsprobleme der Einrichtungen der stationären Suchthilfe, die sich auf Ihrem Kantonsgebiet befinden?»

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

In Zusammenhang mit der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes KVG, die am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, werden in den Kantonen die Spitallisten überarbeitet. Es wird vermutet, dass auf den neuen kantonalen Spitallisten kleinere Institutionen wie z.B. Suchtfachkliniken nicht mehr aufgeführt werden. Am Beispiel der bereits veröffentlichten neuen Spitalliste des Kantons Zürich zeigt sich, dass die Vermutung nicht unbegründet ist. Hier zeichnen sich ab 2012 Finanzierungsschwierigkeiten für die betroffenen Suchtfachkliniken ab.

4 Die kantonalen Finanzierungssysteme

Die Finanzierung der stationären Suchthilfe ist letztlich Sache der Kanton. Die Organisation der stationären Suchthilfe im Allgemeinen und die mit dieser Organisation zusammenhängenden Finanzierungssysteme unterscheiden sich zwischen den Kantonen beträchtlich. Dies führt dazu, dass die kantonalen Systeme einzeln analysiert werden müssen, damit die ökonomischen Anreize identifiziert werden können, welchen die verschiedenen Akteure der stationären Suchthilfe, insbesondere die platzierenden Instanzen, ausgesetzt sind. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der kantonalen Systeme ist eine globale Analyse dieser ökonomischen Anreize nicht möglich.

Aus diesem Grund beschreiben wir in diesem Kapitel Organisation und Finanzierung der stationären Suchthilfe in ausgewählten Kantonen – im Sinne von Fallstudien. In Kapitel 5 werden wir auf der Basis dieser Fallstudien und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Expertenbefragung aufzeigen, mit welchen Problemen die in diesem Kapitel präsentierten kantonalen Systeme der stationären Suchthilfe verbunden sind.

4.1 Fallstudien

4.1.1 Kanton Aargau

Angebot und Leistungserbringende im Kanton

Im Kanton Aargau gibt es im Bereich der stationären Suchttherapie und -rehabilitation die folgenden Institutionen:

- 2 sozialtherapeutische Einrichtungen der stationären Drogentherapie, die über Patientenbeiträge und über die Sozialhilfe finanziert sind.
- 1 sozialtherapeutische Einrichtung der stationären Alkoholtherapie, die nicht auf der Spitalliste figuriert.
- 1 Suchtfachklinik, die sowohl Patienten aus dem Alkoholbereich als auch aus dem Bereich der illegalen Suchtmittel behandelt und auf der Aargauer Spitalliste figuriert, d.h. durch Krankenkassenbeiträge (mit)finanziert ist. Diese Einrichtung stellt in dem Sinne ein Schweiz Unikum dar, dass es die einzige Suchtfachklinik ist, die auf die Behandlung von Klient/innen mit Drogenproblemen spezialisiert ist. Die restlichen Suchtfachkliniken der Schweiz sind demgegenüber auf die Behandlung von Klient/innen mit Alkohol spezialisiert, obwohl auch diese zum Teil Klient/innen mit Drogenproblemen aufnehmen.

Indikation, Platzierung und Kostengutsprache

Im Kanton Aargau gibt es keine offiziellen Indikationsstellen. Die Indikation erfolgt durch Hausärzte, Psychiater, Beratungsstellen und im Fall einer stationären Einrichtung auch durch eine leistungserbringende Einrichtung selbst. Über eine Kostengutsprache entscheiden letztlich die zuständigen Gemeindeexekutiven (Gemeinde-/Stadträte).

Tarife, Kosten und Finanzierung

Objektfinanzierung gibt es keine, auch keine Defizitgarantien. Die subjektspezifischen Kosten der Behandlung in Einrichtungen, die nicht auf der Spitalliste figurieren, werden vollständig von den Gemeinden getragen (als subsidiäre Fürsorgeleistungen). Bei Einrichtungen, die auf der Spitalliste sind, also insbesondere auch bei der Suchtfachklinik des Kantons Aargau, werden die Kosten von den Krankenkassen und dem Kanton getragen. Da es im Kanton Aargau keinen intrakantonalen Lastenausgleich gibt, haben die Gemeinden bei Platzierungen in Einrichtungen, die auf der Spitalliste sind, keine Kosten zu tragen (Ausnahme: Nebenkosten).

Ausserkantonale Platzierungen

Eckmann (2011) rapportiert für den Kanton Aargau für das Jahr 2010 87 Platzierungen. Nur bei 11 dieser 87 Platzierungen (13%) handelte es sich um ausserkantonale Platzierungen. Der befragte Experte aus dem Kanton Aargau führt diesen tiefen Anteil darauf zurück, dass die Gemeinden keine Behandlungskosten tragen müssen (Ausnahme: Nebenkosten), wenn die Behandlung in der von den Krankenkassen anerkannten Suchtklinik stattfindet. Die Gemeinden haben deshalb keinen bzw. einen negativen ökonomischen Anreiz, ihre Klient/innen ausserhalb des Kantons zu platzieren. Eine institutionalisierte Behinderung ausserkantonomer Platzierungen im Sinne einer restriktiven Bewilligungspraxis gibt es im Kanton Aargau keine.

Probleme aus Sicht des Beauftragten für kantonale Suchtfragen

Gemäss dem befragten Experten stellt sich im Kanton Aargau in erster Linie das Problem, dass die beiden sozialtherapeutischen Einrichtungen der stationären Suchttherapie, die nicht auf der Spitalliste figurieren, gegenüber der Krankenkassen-erkannten Suchtklinik einen Wettbewerbsnachteil haben.

4.1.2 Kanton Bern

Angebot und Leistungserbringende im Kanton

Im Kanton Bern gibt es im Bereich der stationären Suchttherapie und -rehabilitation die folgenden Institutionen:

- 6 sozialtherapeutische Einrichtungen der stationären Drogentherapie, die nicht auf der Spitalliste sind.
- 2 Suchtfachkliniken bzw. Einrichtungen der stationären Alkoholtherapie, die auf der Spitalliste sind.
- 6 Einrichtungen des betreuten Wohnens für Personen mit Suchtmittelabhängigkeit.

Indikation, Platzierung und Kostengutsprache

Indikation und Platzierung: Über die Platzierung von Klient/innen in stationäre sozialtherapeutische Einrichtungen entscheiden letztlich die Sozialdienste der Gemeinden. Die Sozialdienste lassen sich dabei – je nach Fall – von Hausärzten, Psychiatern, ambulanten Beratungsstellen, jedoch auch von den Leistungserbringenden selbst, beraten. Die Sozialdienste sind insofern auf die Empfehlungen von Suchtfachleuten angewiesen. Triageinstrumente gibt es keine.

Kostengutsprache: Die Kostengutsprache erfolgt auch durch die Gemeinden. Bei ausserkantonomer Platzierung in Einrichtungen, die nicht auf der Spitalliste figurieren, wird darüber hinaus eine Bewilligung des Kantons benötigt. Mit dieser Bewilligung wird gewährleistet, dass die Gemeinden die Kosten ausserkantonomer Platzierungen in den intrakantonalen Lastenausgleich einbringen können.

Tarife, Kosten und Finanzierung

Tarife: Die Tarife der verschiedenen Einrichtungen der stationären Suchttherapie und -rehabilitation werden zwischen dem Kanton und den Einrichtungen jährlich verhandelt bzw. definiert. Die Verrechnungseinheit ist der Aufenthaltstag. Zu den in den Leistungsverträgen vereinbarten Tagesstarifen lässt sich Folgendes sagen:

- Die Tagesstarife sind einrichtungsspezifisch und werden auf der Basis der Budgets festgelegt, welche die Einrichtungen zuhanden des Kantons jährlich erstellen. Dies impliziert letztlich, dass die Tarife von den effektiven Kosten der Einrichtungen abhängen. Einzig in Bezug auf die Therapieform «Familienplatzierungen» gibt es einrichtungsübergreifende Pauschaltarife, mit welchen sich die Einrichtungen (Vermittler von Familienplätzen) arrangieren müssen. Die Tagesstarife betragen zurzeit:
 - Sozialtherapeutische Einrichtungen der Drogentherapie: 349-373 CHF

- Suchtfachkliniken, die auf der Spitalliste figurieren: Rund 378-388 CHF
- Wohneinrichtungen: 136-225 CHF
- Familienplätze (unabhängig vom Leistungserbringer): 224 CHF.

■ Es gibt – bis auf die Einrichtungsspezifität der Tarife – keine Tariffdifferenzierung: Die Tagesstarife sind also z.B. unabhängig von der Aufenthaltsdauer (keine degressiven Tarife) und auch unabhängig von den Eigenschaften bzw. Problemstellung des/r Klienten/in.

Finanzierung der subjektspezifischen Kosten: In Bezug auf Platzierungen in sozialtherapeutischen Einrichtungen, die nicht auf der Spitalliste sind, beteiligen sich die Gemeinden an den Behandlungskosten mit einem Beitrag in der Höhe von 120 CHF pro Tag. Die Differenz zum Tagesstarif der entsprechenden Einrichtung übernimmt der Kanton (rund 230 CHF). Sowohl die Kosten, die der Kanton trägt, als auch die Kosten, welche die Gemeinden tragen, gehen in den (vertikalen und horizontalen) intrakantonalen Lastenausgleich ein. Der Kanton trägt 50 Prozent der Ausgaben, die in den intrakantonalen Lastenausgleich einfließen. Die andere Hälfte tragen die Gemeinden, wobei die Aufteilung auf die Gemeinden gemäss der Bevölkerungszahl erfolgt. Dies impliziert, dass sich die Gemeinden und der Kanton die Kosten der stationären Suchttherapie und -rehabilitation letztlich teilen. Dies gilt auch in Bezug auf die Kosten von Platzierungen in Suchtfachkliniken, also den Einrichtungen, die auf der Spitalliste figurieren: In derartigen Fällen übernimmt der Kanton die Vollkosten abzüglich des Beitrags der Krankenkassen. Diese Kosten, die der Kanton zu tragen hat, gehen auch in den vertikalen intrakantonalen Lastenausgleich ein, so dass die Gemeinden auch die Hälfte der Kosten von Platzierungen in Suchtfachkliniken, welche der Kanton übernommen hat, zu tragen haben. Ab 2012 werden die Suchtfachkliniken dem Spitalversorgungsgesetz (SpVG) unterstellt; die Kantonskosten gehen ab diesem Zeitpunkt nicht mehr in den Lastenausgleich ein.

Objektfinanzierung: Der Kanton Bern hat in der jüngsten Vergangenheit in Einzelfällen Defizite von Einrichtungen der stationären Drogentherapie getragen.

Rückstellungen: Die Leistungserbringenden dürfen bis zu einem (tiefen) Anteil des Budgets Reserven bilden: Jährliche Überdeckungen bis 2 Prozent der budgetierten jährlichen Gesamtkosten verbleiben bei der Institution.

Ausserkantonale Platzierungen

Ausserkantonale Platzierungen in stationären Einrichtungen der Drogentherapie bewilligt der Kanton nur in zwingenden Fällen, wobei folgende Kriterien eine ausserkantonale Bewilligung rechtfertigen können: 1. Geschlecht, 2. Sprache, 3. Klient/in mit Kind.

Diese restriktive Haltung in Bezug auf ausserkantonale Platzierungen führt dazu, dass der Anteil ausserkantonomer Platzierungen im Kanton Bern tief ist: Eckmann (2011) rapportiert für den Kanton Bern für das Jahr 2010 196 Platzierungen. Nur bei 32 dieser 196 Platzierungen (16%) handelte es sich um ausserkantonale Platzierungen.

Problemstellungen aus Sicht der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen

Gemäss der befragten Expertin des Kantons Bern stellt sich im Kanton Bern in erster Linie das Problem, dass sich Klient/innen, die nicht Sozialhilfe beziehen, an den Kosten einer Therapie in einer stationären sozialtherapeutischen Einrichtung mit 120 CHF pro Tag beteiligen müssen. Dies beeinträchtigt in dem Sinne den Zugang zur Suchthilfe, dass sich ein/e Klient/in aufgrund dieses Betrags veranlasst sehen kann, auf eine Therapie zu verzichten.

4.1.3 Kanton Basel-Landschaft

Angebot und Leistungserbringende im Kanton

Im Kanton Basel-Landschaft gibt es im Bereich der stationären Suchttherapie und -rehabilitation die folgenden Institutionen:

- 3 sozialtherapeutische Einrichtungen der stationären Drogentherapie, die nicht auf der Spitalliste sind.
- 1 Suchtfachklinik bzw. eine Einrichtung der stationären Alkoholtherapie, die auf der Spitalliste ist.
- Keine Einrichtungen der stationären Alkoholtherapie, die nicht auf der Spitalliste ist.

Indikation, Platzierung und Kostengutsprache

Indikation: Im Kanton Basel-Landschaft existiert eine zentrale, von den Leistungserbringenden unabhängige Indikationsstelle, welche die Zuweisungen allein auf der Basis inhaltlicher Überlegungen vornimmt. Während im *Bereich der illegalen Drogen* eine Indikation durch die zentrale Indikationsstelle zwingend erforderlich ist, werden im *Bereich Alkohol* Indikationen auch von anderen Fachstellen, Hausärzten und Psychiatern erstellt. Die zentrale Indikationsstelle deckt nicht nur den stationären Bereich der Suchthilfe, sondern jegliche Angebote der Suchttherapie und -rehabilitation ab. Die Mitarbeitenden der zentralen Indikationsstelle nehmen nicht nur die Funktionen Indikation und Zuweisung wahr. Sie fungieren vielmehr auch als Case Manager der Klient/innen.

Kostengutsprache: Die Kostengutsprache erfolgt nicht durch die Indikationsstelle, sondern letztlich durch den Kantonsarzt. Dadurch wird sichergestellt, dass beim Platzierungsentscheid auch Kostenüberlegungen berücksichtigt werden: Die Indikationsstelle unterbreitet dem kantonalen Beauftragten für Suchtfragen eine Platzierungsempfehlung. Dieser beurteilt die Platzierungsempfehlung auch unter dem Kostenaspekt. Ist die Platzierungsempfehlung der Indikationsstelle aus dem Gesichtspunkt der Kosten kritisch, nimmt der kantonale Beauftragte für Suchtfragen Rücksprache mit der Indikationsstelle, um festzustellen, ob die erhöhten Kosten aus inhaltlich-therapeutischer Sicht gerechtfertigt werden können. Letztlich unterbreitet der kantonale Beauftragte für Suchtfragen dem Kantonsarzt die Platzierungsempfehlung, der diese mit einer Kostengutsprache (allenfalls) bestätigt.

Die Organisation von Indikation, Platzierung und Kostengutsprache im Kanton Basel-Landschaft, wie sie soeben skizziert wurde, ermöglicht ein sehr rasches Verfahren: Die Klient/innen können im Idealfall bereits einen Tag nach der Indikation in eine Einrichtung eintreten.

Tarife, Kosten und Finanzierung

Tarife: Eine Institution im Kanton BL hat in dem Sinne einen degressiven Tarif, als dass der Tarif in den ersten drei Monaten 340 CHF, ab dem 91. Tag 310 CHF beträgt. Andere Institutionen haben Stufenmodelle, die vom Therapieinhalt (Beispiel: Reintegration in den Arbeitsmarkt) abhängen. Die Tarife werden jedes Jahr zwischen dem Kanton und den Einrichtungen ausgehandelt. Die Einrichtungen können Tarifierhöhungen beantragen. Auch kann der Kanton Tarifiereduktionen verfügen, wenn die Reserven einer Einrichtung zu hoch sind. Laut dem befragten Experten aus dem Kanton Baselland gibt es zwischen den verschiedenen, in der Schweiz verfügbaren stationären Einrichtungen in Bezug auf die Tagesstarife grosse Preisunterschiede – auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Therapieangebote.

Rückstellungen: Die Einrichtungen können Reserven bis zur Hälfte der jährlichen Personalkosten bilden, um Auslastungsschwankungen abzufangen.

Kostenträger und Finanzierung: Im *Drogenbereich* trägt der Kanton 75 Prozent und die Gemeinde 25 Prozent der Kosten, wobei die Gemeinden kein Mitspracherecht haben, was bedeutet, dass die Gemeinden eine Kostenübernahme nicht verweigern können. Dies stellt aus Sicht der Gemeinden kein wesentli-

ches Problem dar: Der Anteil von 25 Prozent führt für die Gemeinden nur zu einer geringen zusätzlichen Kostenbelastung, da sie die Kosten der Sozialhilfe auch zu tragen haben, wenn sich der Klient bzw. die Klientin keiner stationären Suchttherapie unterzieht. Da eine Kostenbeteiligung von Verwandten im Sinne der Verwandtenhilfe gerichtlich kaum durchsetzbar ist, finden sich im Kanton Basel-Landschaft kaum derartige Kostenbeteiligungen. Im Kanton Basel-Landschaft existiert in Bezug auf die Sozialhilfe zwar ein intrakantonaler Lastenausgleich. Dieser basiert jedoch auf nicht-ausgabenspezifischen Indikatoren (Arbeitslosenquote, Anteil Alleinerziehender, Anteil Ausländer von ausserhalb der EU, Wohneigentumsquote), so dass dieser in Bezug auf die Finanzierung der stationären Suchthilfe im Kanton BL vernachlässigt werden kann. Die Kosten von Behandlungen in *sozialtherapeutische Einrichtungen der Alkoholtherapie und -rehabilitation, die nicht auf der Spitalliste figurieren*, können vom Kanton nicht mitfinanziert werden. Diese müssen vollständig von den Gemeinden übernommen werden. Der befragte Experte aus dem Kanton BL führt diesbezüglich aus: «Alkoholbehandlungen welche *nicht* über das KVG finanziert werden, können in BL vom Kanton nicht mitfinanziert werden. In diesen Fällen bleibt es der Gemeinde überlassen, ob diese einen solchen Aufenthalt finanziert oder nicht. Obwohl es nach Sozialhilferecht *keinen* Anspruch gibt, wird dies in Einzelfällen von kulanten Gemeinden durchaus gemacht. Besser sieht die Situation für die Betroffenen aus, wenn diese IV-Rente beziehen. In diesen Fällen können sie zusätzlich Ergänzungsleistungen (EL) beantragen; die EL in Baselland finanziert Aufenthalte in Einrichtungen, wenn der Tarif dieser Institution (inner- und ausserkantonale) von staatlicher Stelle bewilligt wurde.»

Ausserkantonale Platzierungen

Im Bereich Alkohol muss eine ausserkantonale Platzierung in eine Einrichtung, die auf der Spitalliste figuriert, vom Kantonsarzt bewilligt werden. Ab 1.1.2012 (neue Spitalfinanzierung) muss der Kantonsarzt eine solche Platzierung nur noch dann bewilligen, wenn der Tarif der ausserkantonalen Institution höher ist als der Tarif der innerkantonalen Institutionen. Grundsätzlich gibt es keine Behinderung ausserkantonomer Platzierungen, da die unabhängige Indikationsstelle die Platzierungen allein aufgrund inhaltlicher Überlegungen vornimmt. Der Kanton BL hat die IVSE Liste C nicht ratifiziert, da dieses Verfahren zu zusätzlichen administrativen Aufwänden führen und im Vergleich zum bestehenden System (Zuweisungen durch die Indikationsstelle) eine Verschlechterung darstellen würde. Bei ausserkantonomer Platzierungen wird vom kantonalen Beauftragten für Suchtfragen lediglich geprüft, ob der Tarif der entsprechenden Einrichtung vom Standortkanton bewilligt ist. Dies ist mit Ausnahme einiger weniger kleiner Einrichtungen stets der Fall.

Der Anteil ausserkantonomer Platzierungen ist im Kanton Basel-Landschaft überdurchschnittlich hoch: Eckmann (2011) rapportiert für den Kanton BL für das Jahr 2010 insgesamt 46 Platzierungen. Bei 30 dieser 46 Platzierungen (65%) handelte es sich um ausserkantonale Platzierungen.

Problemstellung aus Sicht des kantonalen Suchtbeauftragten

Gemäss dem befragten Experten stellt sich aus Sicht des Kantons Basel-Landschaft in Bezug auf die Finanzierung der stationären Suchthilfe in erster Linie das Problem der unterschiedlichen Finanzierung der Alkohol- und Drogentherapie: Auf der einen Seite hat die Behandlung in einer Suchtfachklinik, die auf der Spitalliste ist, aus Sicht der Klient/innen den Vorteil, dass die Kosten der Therapie nicht rückerstattungspflichtig sind. Auf der anderen Seite schreibt die Krankenkasse bei der Behandlung in einer Suchtfachklinik, die auf der Spitalliste ist, eine maximale Aufenthaltsdauer vor. Diese ist gemäss dem befragten Experten einrichtungsspezifisch; im Fall der Suchtfachklinik im Kanton Basel-Landschaft beträgt sie 180 Tage. Dies stellt ein Problem dar, weil es Klient/innen mit Alkoholproblemen gibt, die aus therapeutischer Sicht eine längere Aufenthaltsdauer benötigen. In derartigen Fällen muss bei der zuständigen Krankenkasse eine Sonderbewilligung eingeholt werden, die nicht immer gewährt wird.

4.1.4 Kanton Basel-Stadt

Angebot und Leistungserbringende im Kanton

■ **Illegale Drogen:** Der Kanton Basel-Stadt verfügt über 3 sozialtherapeutische Einrichtungen, die auf die Behandlung von Problemen mit illegalen Drogen spezialisiert sind, aber auch Klienten mit Alkoholproblemen aufnehmen (alle 3 Institutionen figurieren nicht auf der Spitalliste).

■ **Alkohol:** Im Bereich der Alkoholtherapie und -rehabilitation gibt es im Kanton Basel-Stadt 2 Suchtfachkliniken, d.h. 2 Einrichtungen, die auf der Spitalliste figurieren und insofern krankenkassenanerkannt sind. Sozialtherapeutische, auf die Behandlung von Klient/innen mit Alkoholproblemen spezialisierte Einrichtungen, die nicht auf der Spitalliste figurieren, gibt es im Kanton Basel Stadt keine.

Indikation, Platzierung und Kostengutsprache

Indikation: Der Kanton Basel-Stadt verfügt über drei Indikationsstellen. Eine Platzierung in einer stationären Einrichtung, die nicht auf der Spitalliste figuriert, setzt eine Indikation durch eine dieser drei Stellen voraus (Richtlinien betreffend Indikation und Finanzierung therapeutischer Behandlung in Einrichtungen der stationären Suchthilfe des Kanton Basel-Stadt). Bei Platzierungen in Suchtfachkliniken, die auf der Spitalliste figurieren, werden Indikationen auch von anderen Akteuren, insbesondere Arztpraxen und Psychiatrien erstellt. Eine der drei Indikationsstellen gehört einer Trägerschaft an, die auch über ein stationäres Angebot verfügt. Allerdings ist die Indikationsstelle organisatorisch von der stationären Einrichtung separiert. Die Indikationsstellen sind in Bezug auf die von ihnen erstellten Indikationen rechenschaftspflichtig. Allfällige negative Auswirkungen des potentiellen Interessenskonflikts, dem die genannte Indikationsstelle ausgesetzt ist, könnten gemäss der befragten Expertin deshalb zeitnah erkannt werden.

Platzierung: Im Rahmen der Indikation durch die drei Indikationsstellen erfolgt auch eine Platzierungsempfehlung. Zum Teil wird neben der prioritären Platzierungsempfehlung noch auf alternative Platzierungsmöglichkeiten hingewiesen. Bei der Platzierungsempfehlung werden auch die Wünsche der Klient/innen mitberücksichtigt.

Kostengutsprache: Die Kostengutsprache erfolgt durch die Kantonsverwaltung. Formal gilt dies nicht in Bezug auf Klient/innen aus dem Gemeinden Riehen und Bettingen: In solchen Fällen (die sehr selten sind) erfolgen die inhaltliche Vorbereitung und Abwicklung der Kostengutsprache und auch die Platzierungsempfehlung durch die Kantonsverwaltung; die Kostengutsprache erfolgt formal jedoch durch die Gemeinden Riehen und Bettingen. Probleme in Bezug auf die (seltenen) Kostengutsprachen durch die beiden Gemeinden gab es in der Vergangenheit keine.

Tarife, Kosten und Finanzierung

Die Kosten von Platzierungen in sozialtherapeutischen Einrichtungen, die nicht auf der Spitalliste figurieren, werden vom Kanton, bei Klient/innen aus Riehen und Bettingen von den Gemeinden getragen. Die Kosten von Platzierungen in Einrichtungen, die auf der Spitalliste figurieren, werden von den Krankenkassen und dem Kanton getragen.

Im Kanton Basel-Stadt gibt es keinen intrakantonalen Lastenausgleich.

Ausserkantonale Platzierungen

Gemäss der befragten Expertin aus dem Kanton Basel-Stadt, handelt es sich bei den Angeboten, die sich im Kanton BS befinden, um vergleichsweise spezialisierte Angebote, weshalb der Kanton auf ausserkantonale Platzierungen von Klient/innen, die im Kanton Basel-Stadt wohnhaft sind, angewiesen ist. Gemäss dem Monitoringbericht Basel-Stadt 2011 gab es im Jahr 2010 22 Kostengutsprachen für innerkantonale Platzierungen und 57 Kostengutsprachen für ausserkantonale Platzierungen. Laut der befragten Expertin

werden bei ausserkantonalen Platzierungen Einrichtungen aus der Nordwestschweiz aus therapeutischen Gründen (Reintegration) prioritär berücksichtigt.

Problemstellungen aus Sicht der kantonalen Suchtbeauftragten

Gemäss der befragten Expertin gibt es im Kanton Basel-Stadt in Zusammenhang mit der stationären Suchttherapie und -rehabilitation aktuell keine drängenden Probleme.

4.1.5 Kanton St. Gallen

Angebot und Leistungserbringende im Kanton

■ **Illegale Drogen:** Der Kanton St. Gallen verfügt über keine eigene stationäre, auf illegale Drogen spezialisierte Einrichtung. Allerdings partizipiert er im Rahmen der «Vereinbarung über das Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige Lutzenberg (Drogenheim)»¹¹ an einer solchen Einrichtung. Bei dieser Einrichtung handelt es sich um eine sozialtherapeutische, die nicht auf der Spitalliste ist.

■ **Alkohol:** Im Bereich der Therapie und Rehabilitation von Menschen mit Alkoholproblemen verfügt der Kanton über 1 eigene stationäre Einrichtung, die nicht auf der Spitalliste figuriert, also über eine sozialtherapeutische Einrichtung.

Indikation, Platzierung und Kostengutsprache

Indikation: Im Bereich der *illegalen Drogen* erfolgt die Indikation in der Regel durch eine regionale Beratungsstelle für Suchtfragen (die von leistungserbringenden Einrichtungen unabhängig ist). Es kommt allerdings auch vor, dass im Rahmen eines körperlichen Entzugs in einer kantonalen psychiatrischen Klinik die Indikation für eine Folgetherapie durch diese erstellt wird. Die Beratungsstelle für Suchtfragen erstellt auch im Bereich *Alkohol* Indikationen. Allerdings werden im Bereich Alkohol in der Praxis Indikationen auch durch Psychiater und Hausärzte vorgenommen. Im Rahmen der Indikation gibt die Beratungsstelle für Suchtfragen eine Platzierungsempfehlung ab. Zum Teil wird neben der prioritären Platzierungsempfehlung noch eine alternative Platzierungsmöglichkeit angegeben.

Kostengutsprache: Die Kostengutsprache erfolgt sowohl im Drogen- als auch im Alkoholbereich durch die Gemeinden. Die Indikation der Beratungsstelle für Suchtfragen hat in dem Sinne «nur» Empfehlungscharakter. Insbesondere bei ländlichen Gemeinden kommt es vor, dass Kostenübernahmen abgelehnt werden, wobei den betroffenen Klient/innen in solchen Fällen eine Rekursmöglichkeit beim Kanton offen steht. Diese wird allerdings nur sehr selten genutzt.

Tarife, Kosten und Finanzierung

Innerkantonale Platzierungen – Illegale Drogen: Das Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige Lutzenberg verrechnet Klient/innen aus den Trägerkantonen (GL, SH, AI, AR, SG, GR, TG und Fürstentum Liechtenstein) einen Tagesstarif in der Höhe von 310 CHF. Der Tagesstarif für Klient/innen aus anderen Kantonen ist mit 380 CHF etwas höher. Von den 310 CHF übernimmt der Kanton 200, die Gemeinden 110 CHF. Die Tagesansätze der Einrichtung decken die Kosten derselben nicht. Aus diesem Grund wird die Einrichtung von den beteiligten Kantonen im Rahmen einer Defizitgarantie ausfinanziert, sobald das Defizit bekannt ist. Der Anteil eines beteiligten Kantons am Defizit errechnet sich je hälftig in Abhängigkeit der von den beteiligten Kantonen in der entsprechenden Periode nachgefragten Behandlungstage und der Bevölkerungszahl der beteiligten Kantone.

¹¹ Vereinbarung über das Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige Lutzenberg (Drogenheim) vom 21. August 1981. Vgl. Grossratsbeschluss vom 1. April 1982, 325.21.

Innerkantonale Platzierungen – Alkohol: Der Tagesansatz der sozialtherapeutischen Einrichtung, die auf die Therapie von Alkoholproblemen spezialisiert ist, beträgt sowohl für Klient/innen aus dem Kanton SG als auch für ausserkantonale Klient/innen 320 CHF. Dieser Tagesansatz ist knapp kostendeckend, so dass die Einrichtung keine Reserven bilden kann, um Auslastungsschwankungen abzufangen. Von diesen 320 CHF trägt der Kanton 210 und die Gemeinden 110 CHF.

Ausserkantonale Platzierungen

Da der Kanton SG im Bereich der stationären Suchttherapie und -rehabilitation nur über ein beschränktes Angebot verfügt, ist er auf ausserkantonale stationäre Einrichtungen der Suchthilfe angewiesen: Im Jahr 2010 gab es gemäss Eckmann (2011) insgesamt 80 Platzierungen von Klient/innen aus dem Kanton SG in Einrichtungen der stationären Suchthilfe. Fast die Hälfte dieser Platzierungen (34 von 80) erfolgte in Einrichtungen ausserhalb des Kantons.

Bei Platzierungen von Klient/innen aus dem Kanton SG in stationäre Einrichtungen ausserhalb des Kantons muss entlang des Kriterium «auf / nicht auf der Spitalliste» differenziert werden:

■ **Platzierung von St. Galler Klient/innen in ausserkantonale stationäre Einrichtungen, die auf der Spitalliste sind (Suchtfachkliniken):** Derartige Platzierungen betreffen in erster Linie den Bereich Alkohol, da es in der Schweiz nur eine Suchtfachklinik gibt, die auf die Behandlung von Klient/innen mit Drogenproblemen spezialisiert ist. Sie müssen (gemäss KVG) vom Kantonsarzt bewilligt werden. Da die Tagesansätze von Suchtfachkliniken in der Regel substantiell höher sind als die Tagesansätze der sozialtherapeutischen Einrichtungen, zieht der Kanton prinzipiell eine Platzierung in einer der beiden «eigenen» sozialtherapeutischen Einrichtungen vor. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei (ausserkantonalen) Platzierungen in einer krankenkassenanerkannten Einrichtung die Gemeinden keinen Beitrag an die Therapiekosten leisten (die Kosten werden im Wesentlichen von den Krankenkassen und dem Kanton getragen).

■ **Platzierung von St. Galler Klient/innen in ausserkantonale stationäre Einrichtungen, die nicht auf der Spitalliste sind (sozialtherapeutische Einrichtungen):** Erfolgt eine Platzierung eines/r St. Galler Klienten/in in eine ausserkantonale Einrichtung, die nicht auf der Spitalliste ist, kann sich der Kanton St. Gallen nicht an den Kosten beteiligen, da eine entsprechende gesetzliche Grundlage fehlt. Dies bedeutet, dass die Kosten in solchen Fällen vollumfänglich von den Gemeinden getragen werden müssen.

Problemstellungen aus Sicht des kantonalen Suchtbeauftragten

Der Kanton St. Gallen hat derzeit bei ausserkantonalen Platzierungen in stationäre Einrichtungen, die nicht auf der Spitalliste figurieren, nicht die Möglichkeit, sich an den Kosten zu beteiligen (die Gemeinden haben die Kosten in diesen Fällen vollständig alleine zu tragen). Aus diesem Grund plant der Kanton, die Liste C der IVSE zu ratifizieren.

4.2 Kantonsvergleich

Kantonale Unterschiede in der Finanzierung der Kosten der stationären Suchttherapie finden sich vor allem in Bezug auf die Einrichtungen der stationären Suchthilfe, die *nicht* auf einer kantonalen Spitalliste stehen, also in Bezug auf die sozialtherapeutischen Einrichtungen und Wohneinrichtungen. Da die Finanzierung der auf Suchtprobleme spezialisierten Wohneinrichtungen in den meisten Kantonen gleich organisiert ist wie die Finanzierung der sozialtherapeutischen Einrichtungen, beschreiben wir die kantonalen Finanzierungssysteme in diesem Abschnitt in Bezug auf die sozialtherapeutischen Einrichtungen und vernachlässigen die auf Suchtprobleme spezialisierten Wohneinrichtungen – dies nicht zuletzt auch deshalb, weil die Wohneinrichtungen in der stationären Suchthilfe im Vergleich zu den sozialtherapeutischen Einrichtungen eine eher untergeordnete Rolle spielen.

Tabelle 7 gibt einen Überblick über die wesentlichen Merkmale, anhand derer sich die kantonalen Finanzierungssysteme beschreiben lassen.

Tabelle 7: Stationäre Aufenthalte in sozialtherapeutischen Einrichtungen (nicht auf einer Spitalliste stehend): Kostengutsprache und Finanzierung

	Keine sozial-therapeutische Einrichtungen	Sozialhilfe auf Kantonsebene	Kostengutsprache		Kostenträger		
			Wohn-gemeinde	Kanton	Wohn-gemeinde	Kantone und/oder Gesamtheit der Gemeinden ¹	Wohn-gemeinde & Kanton
Gruppe 1							
AG			x		x		
UR	x		x		x		
ZH			x		x		
AR ²			x		x	x	
BE			x				x
SG ³			x		x		x
SH	(x)		x				x
SZ	x		x		x		
TG	(x)		x				x
ZG			x				x
LU			x		n.a.	n.a.	n.a.
Gruppe 2							
BS		x		x		x	
GE		x		x		x	
SO			x			x	
TI		x		x		x	
VD		x		x		x	
FR				x		x	
NW	x			x		x	
Gruppe 3							
GR		x		x			x
JU	x	x		x			x
BL ⁴				x			x
VS				x			x

Anmerkungen: (x) die Kantone verfügen über sozialtherapeutische Wohneinrichtungen; ¹Es gibt Kantone, in denen sich die Gesamtheit der Gemeinden an den Kosten beteiligt. Wichtig ist, dass ein Kreuz in dieser Spalte bedeutet, dass der Wohnsitz/die Wohn-gemeinde des Klienten/der Klientin für die Verteilung der Kosten unerheblich ist. ²Der Kanton trägt die Kosten im Bereich Alkohol, die Wohn-gemeinde im Bereich Drogen. ³Der Kanton St. Gallen kann sich nur bei innerkantonalen Platzierungen an den Kosten beteiligen. Die Kosten ausserkantonaler Platzierungen werden von den Wohn-gemeinden alleine getragen. ⁴Voraussetzung für eine Kostenbeteiligung des Kantons ist eine Indikation der zentralen Indikationsstelle
Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012 (n=22)

Mit Blick auf die ökonomischen Anreize, denen die Instanzen ausgesetzt sind, welche die Kostengutsprachen erteilen, lassen sich die Kantone in drei Gruppen einteilen:

■ Die **Gruppe 1** umfasst Kantone, in denen die Sozialhilfe auf Gemeindeebene angesiedelt ist, die Kostengutsprache von den Gemeinden erteilt wird und der Wohnsitz bzw. die Wohn-gemeinde der Kli-

4 Die kantonalen Finanzierungssysteme

ent/innen für die Verteilung der Kosten bedeutsam ist. Zu dieser Gruppe gehören die Kantone AG, UR, ZH, AR, BE, SG, SH, SZ, TG, ZG und wahrscheinlich auch LU.

■ Die **Gruppe 2** umfasst Kantone, in denen der Wohnsitz bzw. die Wohngemeinde der Klient/innen für die Verteilung der Kosten irrelevant ist. Zu dieser Gruppe gehören die Kantone BS, GE, TI, VD, FR, NW und SO.

■ Die **Gruppe 3** umfasst Kantone, in welchen die Kostengutsprache auf Kantonsebene erteilt wird, die Wohngemeinden der Klient/innen sich aber an den Behandlungskosten beteiligen. Zu dieser Gruppe gehören die Kantone GR, JU, BL und VS.

5 Handlungsbedarf

5.1 Uneinheitlichkeit der Finanzierung

Die Finanzierung der stationären Suchthilfe ist in der Schweiz in zweifacher Hinsicht uneinheitlich geregelt: Zum einen gibt es unterschiedliche kantonale Finanzierungssysteme. Zum anderen ist die Finanzierung auch innerhalb der Kantone nicht einheitlich geregelt. Der Tatbestand, dass die Finanzierung uneinheitlich ist, kann über die Wirkung ökonomischer Anreize zu negativen Effekten führen. In diesem Zusammenhang können folgende Problemstellungen differenziert werden:

■ **Problemstellung «KVG-finanzierte vs. nicht-KVG-finanzierte Einrichtungen»** (unterschiedliche Kostenträger in Abhängigkeit der KVG-Anerkennung der Einrichtung): Erfolgt eine Therapie in einer Einrichtung, die auf der Spitalliste figuriert, werden die Kosten vom Kanton und den Krankenkassen getragen. Dies stellt insbesondere – aber nicht nur – in denjenigen Kantonen ein Problem dar, in welchen (a) sich die Gemeinden an diesen Kosten nicht im Rahmen eines *intra*kantonalen Lastenausgleichs beteiligen müssen, (b) die Kostengutsprachen durch die Gemeinden erfolgen und (c) in welchen sich die Gemeinden an den Kosten der Therapie beteiligen müssen, wenn diese in einer Einrichtung erfolgt, die nicht auf der Spitalliste figuriert. Potentiell betroffen sind von der Problemstellung also insbesondere die Kantone der Gruppe 1 (vgl. Abschnitt 4.2). In diesen Kantonen sind die Gemeinden, welche die Kostengutsprache erteilen, dem ökonomischen Anreiz ausgesetzt, eine Platzierung in einer Einrichtung vorzunehmen, die auf einer Spitalliste figuriert. Dies ist auch aus ökonomischer (volkswirtschaftlicher) Sicht problematisch, weil die Tagessätze von Einrichtungen, die auf der Spitalliste figurieren, typischerweise deutlich höher sind als die Tagessätzen von sozialtherapeutischen Einrichtungen, die nicht auf der Spitalliste figurieren. Die Problemstellung «KVG-finanzierte vs. nicht-KVG-finanzierte Einrichtungen» kann z.B. im Kanton Basel Landschaft beobachtet werden¹²: Im Kanton Basel-Landschaft kann sich der Kanton nicht an den Kosten der Alkohol-Therapie beteiligen, wenn diese in einer Einrichtung erfolgt, die nicht auf der Spitalliste figuriert.

■ **Problemstellung «Freiwillige Therapie vs. Massnahme»** (unterschiedliche Kostenträger in Abhängigkeit der Freiwilligkeit der Suchttherapie): Ordnet ein Gericht eine Therapie in einer stationären Einrichtung an, die nicht auf der Spitalliste figuriert, werden die Kosten der Therapie vom Kanton getragen. Dies stellt v.a. in denjenigen Kantonen ein Problem dar, in welchen (a) die Kosten der Therapie in sozialtherapeutischen Einrichtungen der stationären Suchthilfe ansonsten vollständig oder zum Teil von den Gemeinden getragen werden und (b) der Platzierungsentscheid durch die Gemeinden erfolgt – dies ist in den Kantonen der Gruppe 1 der Fall (vgl. Abschnitt 4.2). Diese Gemeinden sind dem ökonomischen Anreiz ausgesetzt, mit einer Platzierung von Klient/innen in einer stationären Einrichtung zuzuwarten und eine gerichtliche Massnahme abzuwarten. Gemäss einem der befragten kantonalen Beauftragten für Suchtfragen kann ein solches Verhalten gerade in kleinen ländlichen Gemeinden beobachtet werden, in welchen die Kosten einer stationären Suchttherapie das (kleine) Gemeindebudget stark belasten können.

■ **Problemstellung «Innerkantonale vs. ausserkantonale Platzierungen»** (unterschiedliche Kostenträger in Abhängigkeit des Kantonssitzes der stationären Einrichtung): Dieser Fall kann z.B. im Kanton St. Gallen beobachtet werden: Erfolgt im Kanton St. Gallen eine stationäre Suchttherapie im Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige Lutzenberg (illegale Substanzen) oder im Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation (Alkohol), haben die Gemeinden Kosten in der Höhe von 110 CHF pro Tag zu tragen. Den Rest zahlt der Kanton. Erfolgt eine stationäre Suchttherapie hingegen in einer Einrichtung ausserhalb des Kantons, die auf der Spitalliste ist, haben die Gemeinden keine Kosten zu tragen. Erfolgt die Therapie

¹² Der Kanton BL gehört nicht zu den Kantonen der Gruppe 1 (vgl. Abschnitt 4.2), was zeigt, dass von der Problemstellung «KVG-finanzierte vs. nicht-KVG-finanzierte Einrichtungen» nicht nur die Kantone der Gruppe 1 betroffen sein müssen.

schliesslich in einer stationären Einrichtung ausserhalb des Kantons, die nicht auf der Spitalliste ist, haben die Gemeinden die Kosten vollständig alleine zu tragen, da sich der Kanton bei derartigen Platzierungen nicht an den Kosten beteiligen kann. Die Gemeinden, welche im Kanton St. Gallen die Kostengutsprachen erteilen, dürften deshalb einer Platzierung in einer Einrichtung ausserhalb des Kantons, die nicht auf der Spitalliste figuriert, abgeneigt sein.

Das Problem unterschiedlicher Kostenträger kann sowohl in Bezug auf das Kriterium der Effizienz als auch in Bezug auf das Kriterium der Wirksamkeit zu **Auswirkungen** führen, die nicht wünschenswert sind:

■ **Effizienz:** Der Finanzierung über unterschiedliche Kostenträger ist nicht nur das Problem inhärent, dass beim Platzierungsentscheid Überlegungen therapeutischer Art von Überlegungen finanzieller Art dominiert werden können. Vielmehr stellt sich aus ökonomischer Sicht insbesondere das Problem, dass die finanziellen Überlegungen *weniger die Kosten per se denn die Verteilung dieser Kosten* betreffen. Im Extremfall führt dies dazu, dass eine teure Therapie-Möglichkeit einer kostengünstigen Therapiemöglichkeit nur deshalb den Vorzug gegeben wird, weil die Kosten, welche die Instanz, die letztlich über die Platzierung entscheidet, zu tragen hat, bei der teureren Therapiemöglichkeit tiefer sind als die Kosten, welche sie bei der kostengünstigeren Therapiemöglichkeit zu tragen hat. Auf der Ebene der Institutionen führt das duale Finanzierungssystem zu «ungleichen Spiessen» auf dem Markt (Wettbewerbsverzerrung). KVG-finanzierte Einrichtungen können einfacher Patienten/innen – auch aus dem Drogenbereich – anwerben als anders finanzierte. Es wird auch beobachtet, dass im Drogenbereich Fachkräfte fehlen, da die KVG-finanzierten Suchtkliniken bessere Löhne zahlen (können) als Einrichtungen im Drogenbereich. In letzter Konsequenz kann die Finanzierung mittels unterschiedlicher Kostenträger deshalb in einer Herausbildung einer Institutionenlandschaft führen, die aus ökonomischer Sicht suboptimal ist.

■ **Effektivität:** Für Drogenabhängige und deren Platzierer besteht der ökonomische Anreiz, ein allenfalls vorhandenes sekundäres Problem (z.B. eine Depression) vorzuschieben, um Zugang zu einer KVG-finanzierten Einrichtung zu erhalten. Dabei ist fraglich, inwiefern die Behandlung in einer Einrichtung, die nicht auf illegale Substanzen spezialisiert ist, zielführend ist.

Darüber hinaus kann das Problem unterschiedlicher Kostenträger den Zugang zum Versorgungssystem behindern und die Versorgungsgerechtigkeit negativ tangieren (**Problemstellung «Zugang und Versorgungsgerechtigkeit»**):

■ **Zugang:** Bei noch relativ gut sozioökonomisch integrierten Personen, die keine Sozialhilfe beziehen, kann die hohe Selbstbeteiligung an den Kosten der stationären Therapie dazu führen, dass keine Behandlung stattfindet. In der Folge kann der Desintegrationsprozess so weit fortschreiten, bis die Sozialhilfe die Kosten der Therapie übernehmen muss.

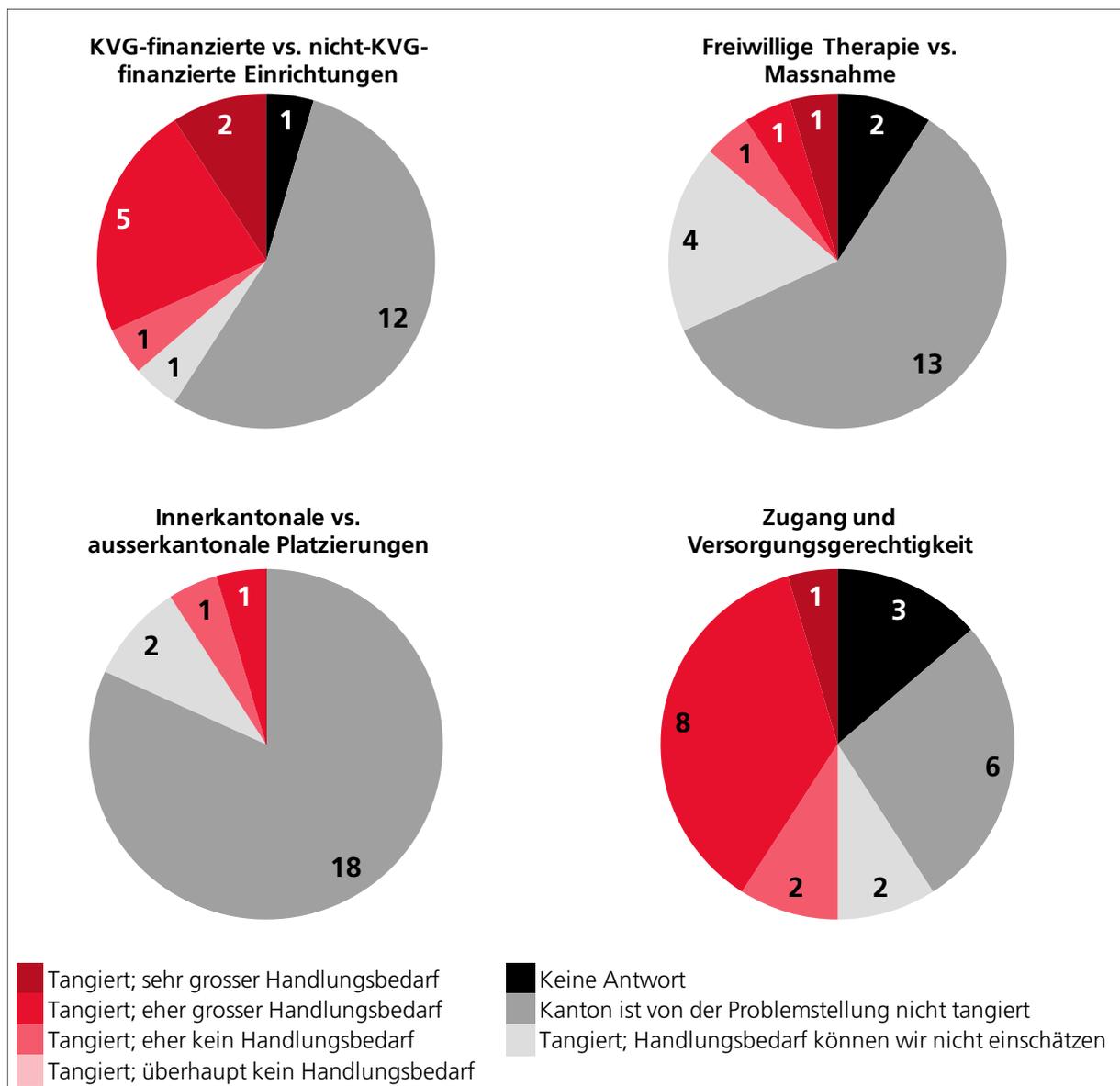
■ **Versorgungsgerechtigkeit:** Aus Sicht der befragten Experten/innen widerspricht das duale Finanzierungssystem (Alkohol: KVG, Drogen: Sozialhilfe) der Versorgungsgerechtigkeit: Während die Kosten der stationären Suchttherapie, die über die Sozialhilfe finanziert werden, grundsätzlich von den Klient/innen zurückbezahlt werden müssen, sofern sie zu einem späteren Zeitpunkt dazu in der Lage sind, besteht eine solche Rückzahlungspflicht nicht, wenn die Behandlung in einer Einrichtung erfolgt, die auf der Spitalliste figuriert. Das gleiche gilt in Bezug auf eine allfällige Verwandtenhilfe.

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Kantone u.a. auch zu diesen vier Problemstellungen¹³, die mit der unterschiedliche Finanzierung von Aufhalten in Einrichtungen der stationären Suchthilfe zusammenhängen, befragt. Konkret wurden die Kantone in Bezug auf jede der vier Problemstellungen ge-

¹³ Problemstellung «KVG-finanzierte vs. nicht-KVG-finanzierte Einrichtungen», Problemstellung «Freiwillige Therapie vs. Massnahme», Problemstellung «Innerkantonale vs. ausserkantonale Platzierungen» sowie Problemstellung «Zugang und Versorgungsgerechtigkeit».

fragt, ob der Kanton von der entsprechenden Problemstellung tangiert ist. Diejenigen Kantone, die angegeben haben, von der Problemstellung tangiert zu sein, waren darüber hinaus aufgefordert, anzugeben, ob es in Bezug auf die entsprechende Problemstellung einen Handlungsbedarf gibt. Die Ergebnisse der Befragung können **Abbildung 10** entnommen werden. **Tabelle 15** im Anhang 9.2 zeigt, wie die einzelnen Kantone die Problemstellung einschätzen.

Abbildung 10: Bewertung der vier Problemstellungen, die mit der uneinheitlichen Finanzierung der stationären Suchthilfe zusammenhängen, durch die Kantone



■ **Problemstellung «KVG-finanzierte vs. nicht-KVG-finanzierte Einrichtungen»:** Mit 9 Kantonen sind vergleichsweise viele Kantone von der Problemstellung betroffen. 12 Kantonen sehen sich von der Problemstellung nicht betroffen. **Tabelle 12** im Anhang 9.2 zeigt, dass – wie dies erwartet werden konnte – insbesondere Kantone der Gruppe 1 betroffen sind, in welchen der Platzierungsentscheid auf Gemeindeebene gefällt wird. Einer der betroffenen Kantone hat zu dieser Problemstellung ausgeführt: «Dies ist das Hauptproblem in unserem Kanton, die Gemeinden verweisen in der Regel auf die KVG finanzierten Einrichtungen, trotz fachlichen Begründungen, warum im Einzelfall eine sozialtherapeutische Einrichtung

indiziert wäre. Es wird tendenziell immer schwieriger, in solche Einrichtungen zu platzieren. Das Problem gilt auch für den Langzeitbereich bei Alkoholproblemen. [...] Die KVG finanzierten Einrichtungen haben einen grossen Wettbewerbsvorteil, auch in Fällen, in denen sie suboptimal geeignet sind. Ist ein Klient in einer solchen platziert, kann es vorkommen, dass die Krankenkassen schon nach relativ kurzer Zeit die weiterhin notwendige Behandlung verweigert. [...]» Von den 9 betroffenen Kantonen sind fast alle der Ansicht, dass es bezüglich der Problemstellung einen Handlungsbedarf gibt. Nur einer der betroffenen Kantone ist der Meinung, dass es eher keinen Handlungsbedarf gibt.

■ **Problemstellung «Freiwillige Therapie vs. Massnahme»:** 7 Kantone sehen sich von dieser Problemstellung betroffen, 13 hingegen nicht. **Tabelle 13** im Anhang 9.2 zeigt, dass wie erwartet vor allem Kantone der Gruppe 1 betroffen sind, in welchen die Wohngemeinden der Klient/innen die Kosten von freiwilligen Therapien in sozialtherapeutischen Einrichtungen ganz oder teilweise zu tragen haben. Einer der betroffenen Kantone führte zu dieser Problemstellung aus: «Es ist fachlich einfach widersinnig und nicht nachvollziehbar, warum eine Massnahme für den Klienten kostenlos ist, eine freiwillige Therapie aber nicht. [...] Die Verlockung, Drogenabhängig so lange delinquieren zu lassen, bis eine Massnahme ausgesprochen wird, ist dadurch selbstverständlich gegeben. Es bestehen allerdings keine Beweise, dass diese Strategie aktiv verfolgt wird.» Dies dürfte erklären, warum die Hälfte der betroffenen Kantone nicht in der Lage ist, abzuschätzen, ob es bezüglich der Problemstellung einen Handlungsbedarf gibt.

■ **Problemstellung «Innerkantonale vs. ausserkantonale Platzierungen»:** Von dieser Problemstellung sehen sich nur vier der befragten 21 Kantone tangiert. **Tabelle 14** im Anhang 9.2 kann entnommen werden, um welche Kantone es sich dabei handelt. Nur ein Kanton ist der Meinung, dass es diesbezüglich einen Handlungsbedarf gibt.

■ **Problemstellung «Zugang und Versorgungsgerechtigkeit»:** Von dieser Problemstellung sehen sich nur gerade 6 der befragten Kantone nicht tangiert. Von den 13 von der Problemstellung betroffenen Kantonen sind 9 der Meinung, dass es diesbezüglich einen Handlungsbedarf gibt. Einer der betroffenen Kantone hat ausgeführt: «Kostengutsprachen für sozialtherapeutische Einrichtungen dauern inklusive Rückfragen und Einwänden der Gemeinden oft so lange (manchmal eher Monate als Wochen), dass das ‚window of opportunity‘ für eine stationäre Behandlung verpasst wird und eine Platzierung scheitert, wohingegen die Zuweisung in ein Spital rasch erfolgen kann. De facto werden so indizierte stationäre Behandlungen gelegentlich verunmöglicht.» Ein anderer Kanton hat hingegen ausgeführt, dass die Problemstellung zwar bestehe, jedoch kein unmittelbarer Handlungsbedarf bestehe, da Komorbiditäten und Mehrfachproblematiken die Regel darstellen, so dass eine KVG-finanzierte Behandlung zum grössten Teil auch bei Personen mit Drogenproblemen möglich sei. Zwei Kantone haben in Bezug auf den beschränkten Zugang von Personen mit Drogenproblemen, die (noch) nicht Sozialhilfe beziehen, zum Versorgungssystem ausgeführt, dass dieses Problem durch die Verfügbarkeit von kostenlosen ambulanten Suchthilfe-Angeboten abgeschwächt wird.

5.2 Objektfinanzierung

In nicht wenigen Kantonen gibt es in der Finanzierung der stationären Suchthilfe nach wie vor Elemente der Objektfinanzierung, insbesondere Defizitgarantien (vgl. Abschnitt 3.5 bzw. **Tabelle 10** im Anhang 9.2). Aus ökonomischer Sicht sind Elemente der Objektfinanzierung abzulehnen, aus folgenden Gründen:

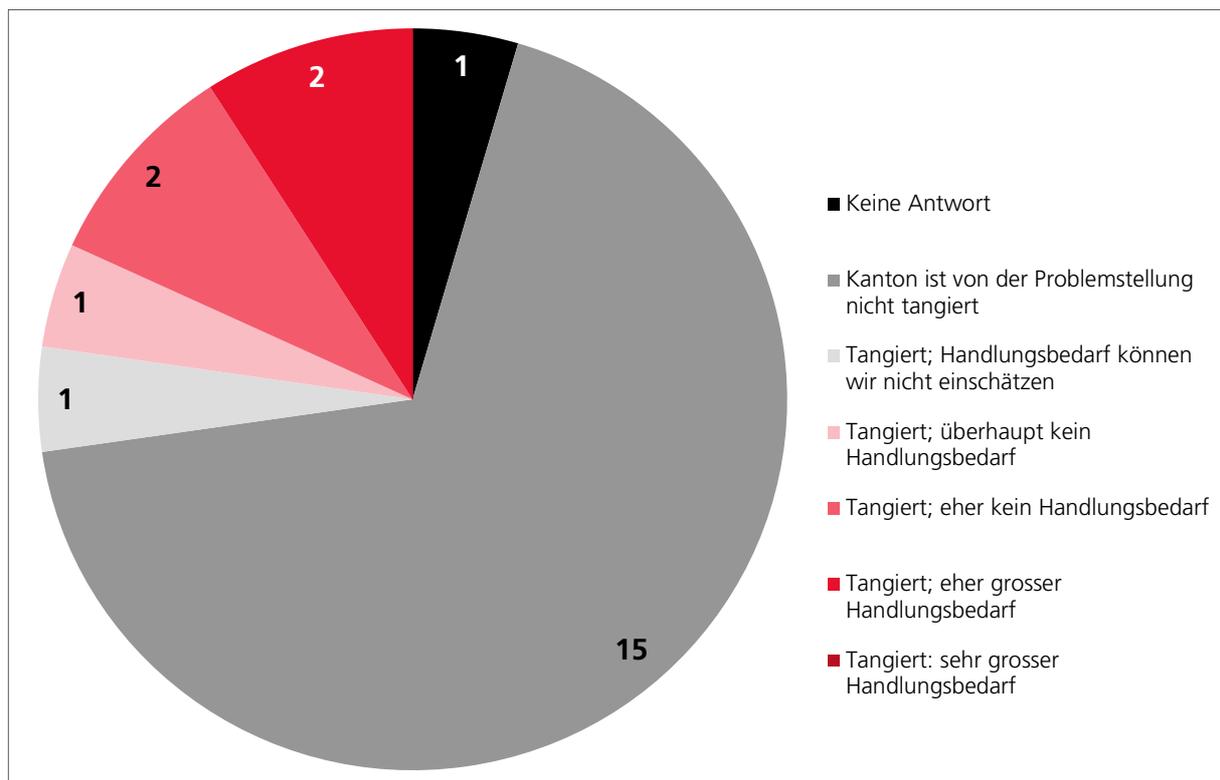
■ **Falsche Preissignale und Wettbewerbsverzerrung:** Wenn ein Teil der Kosten einer Einrichtung mittels Elementen der Objektfinanzierung finanziert wird, kann die Einrichtung Preise anbieten, welche die Vollkosten nicht decken. Dadurch sind die zuweisenden Instanzen falschen Preissignalen ausgesetzt, was zu Platzierungen führt, die hinsichtlich ihrer Kosteneffektivität nicht optimal sind. Aus Sicht der Mitbewerber führt die Objektfinanzierung zu einer Wettbewerbsverzerrung: Einrichtungen, die klient/innenunab-

hängige Betriebsbeiträge erhalten, können ihre Angebote zu tieferen Preisen anbieten, obwohl sie nicht tiefere Kosten aufweisen als Einrichtungen, die keine klient/innenunabhängige Beiträge erhalten.

■ **Behinderung des Strukturwandels:** Elemente der Objektfinanzierung behindern den Strukturwandel, d.h. die Anpassung des Therapieangebots an die Quantität und Qualität der Nachfrage. Dies hat sich historisch Ende der Neunziger Jahre gezeigt, als sich das BSV aus der Objektfinanzierung der Einrichtungen der stationären Suchthilfe zurückgezogen hat: Offenbar gab es zu Zeiten der Objektfinanzierung durch das BSV Überkapazitäten. Anders kann der Prozess der Strukturbereinigung, der eingesetzt hat, als sich das BSV aus der Finanzierung von Objekten der stationären Suchthilfe zurückgezogen hat, nicht erklärt werden. Solange defizitäre Einrichtungen mittels Defizitgarantien am Leben erhalten werden, ist nicht gewährleistet, dass sich das Angebot an Plätzen der stationären Suchttherapie sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht optimal der Nachfrage anpasst (Strukturwandel). Die Finanzierung über direkte staatliche Beiträge an die Einrichtungen der Suchthilfe (Objektfinanzierung) wird von den befragten Experten/innen als innovationshemmend angesehen: Der schnelle Wandel von Substanzen und Konsummustern erfordert es, von zu stark strukturerhaltenden Finanzierungssystemen weg zu kommen.

Abbildung 11 zeigt, dass sich nur 6 Kantone von der soeben skizzierten Problemstellung betroffen sehen – mehr noch: Nur gerade zwei Kantone sind der Ansicht, dass es in Bezug auf die Problemstellung «Objektfinanzierung» einen Handlungsbedarf gibt. **Tabelle 16** im Anhang 9.2 können die Antworten der einzelnen Kantone entnommen werden.

Abbildung 11: Bewertung der Problemstellung «Objektfinanzierung» durch die Kantone



Quelle: BASS-Online-Befragung 2012, N=22

5.3 Interkantonaler Wettbewerb

Laut den befragten Expert/innen stellt der unzureichende Wettbewerb zwischen den Leistungserbringenden unterschiedlicher Kantone in Zusammenhang mit dem System der stationären Suchthilfe das vorrangigste Problem dar. Gemäss der einschlägigen Literatur hat der interkantonale Wettbewerb unter

den Leistungserbringenden in den letzten Jahren abgenommen. In der Literatur wird die Abnahme des Anteils ausserkantonaler Platzierungen, der seit 1999 beobachtet werden kann, als Indiz für eine Schwächung des interkantonalen Wettbewerbs interpretiert: Der Anteil ausserkantonaler Platzierungen ist gemäss der Belegungsstatistik von infodrog (vgl. Eckmann 2011) von 48.5 Prozent im Jahr 1999 auf 27.6 Prozent im Jahr 2010 gesunken (vgl. Abbildung 5). Gemäss den befragten Expert/innen und der konsultierten Literatur hängt der unzureichende interkantonale Wettbewerb mit den (unterschiedlichen) Finanzierungssystemen in den einzelnen Kantonen zusammen, wobei folgende Kausalzusammenhänge bestehen:

■ **Entspezialisierung des Angebots:** Die leistungserbringenden Einrichtungen sind aus finanziellen Gründen auf eine hohe Auslastung angewiesen. Um eine möglichst hohe Auslastung zu realisieren, haben sich die leistungserbringenden stationären Einrichtungen in Bezug auf die Problemstellung und Eigenschaften ihrer Klient/innen entspezialisiert: Die Institutionen sind dem Anreiz ausgesetzt, Klienten/innen mit «allen möglichen» Indikationen und Bedürfnissen aufzunehmen. Eine adäquate Spezialisierung des Angebots innerhalb der Institution ist entweder nicht möglich (Grösse) oder hinkt zumindest der Entwicklung zeitlich hinterher. Dies äussert sich u.a. darin, dass eine Unterscheidung der Einrichtungen in Bezug auf die Substanzen zunehmend schwierig wird. Tatsächlich führen nicht wenige Einrichtungen der stationären Suchthilfe in der infodrog-Angebotsdatenbank¹⁴ unter dem Eintrag «Spezialisierung» jegliche Substanzen («Illegale Drogen, Alkohol, Medikamente») auf. Die Entspezialisierung des Angebots bzw. die Uniformität der Angebote in den verschiedenen Kantonen vermindert die Notwendigkeit ausserkantonaler Platzierungen. Dies macht deutlich, dass ein suboptimal funktionierender Wettbewerb nicht nur auf der Mikroebene (suboptimale Platzierung eines/r Klienten/in unter dem Gesichtspunkt der Effektivität der Behandlung) negative Auswirkungen entfaltet, sondern auch auf der Makroebene (Angebotsstruktur).

■ **Objektfinanzierung, insbesondere Defizitgarantien:** Es gibt verschiedene Kantone (vgl. Tabelle 10 im Anhang 9.2), die ihre Einrichtungen der stationären Suchthilfe zum Teil mittels Elementen der Objektfinanzierung finanzieren. Insbesondere Kantone, die Defizitgarantien gewähren, sind dem ökonomischen Anreiz ausgesetzt, ihren Einrichtungen möglichst viele Klient/innen zuzuweisen, da sie die Kosten einer unzureichenden Auslastung mittels Defizitdeckung zu tragen haben.

■ **Restriktive Bewilligung ausserkantonaler Platzierung:** In einigen Kantonen bedingen ausserkantonale Platzierungen eine Bewilligung durch den Kanton. Derartige Bewilligungspflichten können insbesondere in Kantonen beobachtet werden, die ihre Einrichtungen u.a. mittels Elementen der Objektfinanzierung finanzieren (vgl. vorangehenden Aufzählungspunkt). Eine restriktive Bewilligungspraxis in Bezug auf ausserkantonale Platzierungen gibt es u.a. in den Kantonen Bern und Zürich. Im Kanton Bern z.B. werden ausserkantonale Platzierungen in Einrichtungen der stationären Suchthilfe, die nicht auf der Spitalliste figurieren, nur dann bewilligt, wenn den Kriterien «Geschlecht», «Sprache» und/oder «Klient/in mit Kind» nicht mit einem Platz in einer Berner Einrichtung Rechnung getragen werden kann. Dies dürfte mit ein Grund dafür sein, dass der Anteil ausserkantonaler Platzierungen im Kanton BE unterdurchschnittlich ist (vgl. Abbildung 6). Aus den Expertengesprächen gingen Informationen zu einer weiteren restriktiven Praxis hervor, u.a. im Kanton Neuenburg. Es besteht die Vorgabe, dass ein Massnahmenvollzug nur nach einem psychiatrischen Gutachten erfolgen kann. Dieser Sachverhalt ist weiter nicht problematisch. Der Massnahmenvollzug bildet einen wesentlichen Bestandteil der Finanzierung der stationären Suchttherapie. Die Praxis geht jedoch dahin, dass der Psychiater/die Psychiaterin nicht nur das Gutachten erstellt, sondern auch noch angibt, wo der Massnahmenvollzug bzw. die Therapie stattfinden soll. Der Kanton hat nun angeordnet, dass die Psychiatrien für den Massnahmenvollzug nur die kantonseigenen Institutionen berücksichtigen dürfen. Diese Anordnung dürfte primär aus finanziellen Überlegungen erfolgt sein (Auslas-

¹⁴ <http://www.infodrog.ch/index.php/suchindex.html>.

tungsgedanken). Sie steht jedoch in Widerspruch zu Idee, dass eine Therapie immer auch ausserkantonale möglich sein sollte, wenn dies aus therapeutischer Sicht angezeigt erscheint. So kann die räumliche Trennung ein wesentliches Element sein, wenn dadurch z.B. vermieden werden kann, dass Suchtkranke, die immer «auf der Gasse» zusammen waren, sich auch im Vollzug wieder begegnen.

■ **Tarifliche Diskriminierung:** Es finden sich Einrichtungen der stationären Suchttherapie, bei welchen der Tagestarif von der Herkunft der Klient/innen abhängt. Ein Beispiel hierfür ist das Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige Lutzenberg: Das Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige Lutzenberg verrechnet Klient/innen aus den Trägerkantonen einen Tagestarif in der Höhe von 310 CHF. Der Tagestarif für Klient/innen aus anderen Kantonen ist mit 380 CHF höher. Dies führt zu einer Wettbewerbsverzerrung: Die Trägerkantone und deren Gemeinden sind dem ökonomischen Anreiz ausgesetzt, ihre Klient/innen im Drogenheim Lutzenberg zu platzieren, da sie in diesem Fall in den Genuss eines (wettbewerbsverzerrenden) Tarifs kommen, der nicht kostendeckend ist. Dieses System funktioniert letztlich nur deshalb, weil die Trägerkantone jährlich die Defizite ihrer Einrichtung in Lutzenberg decken.

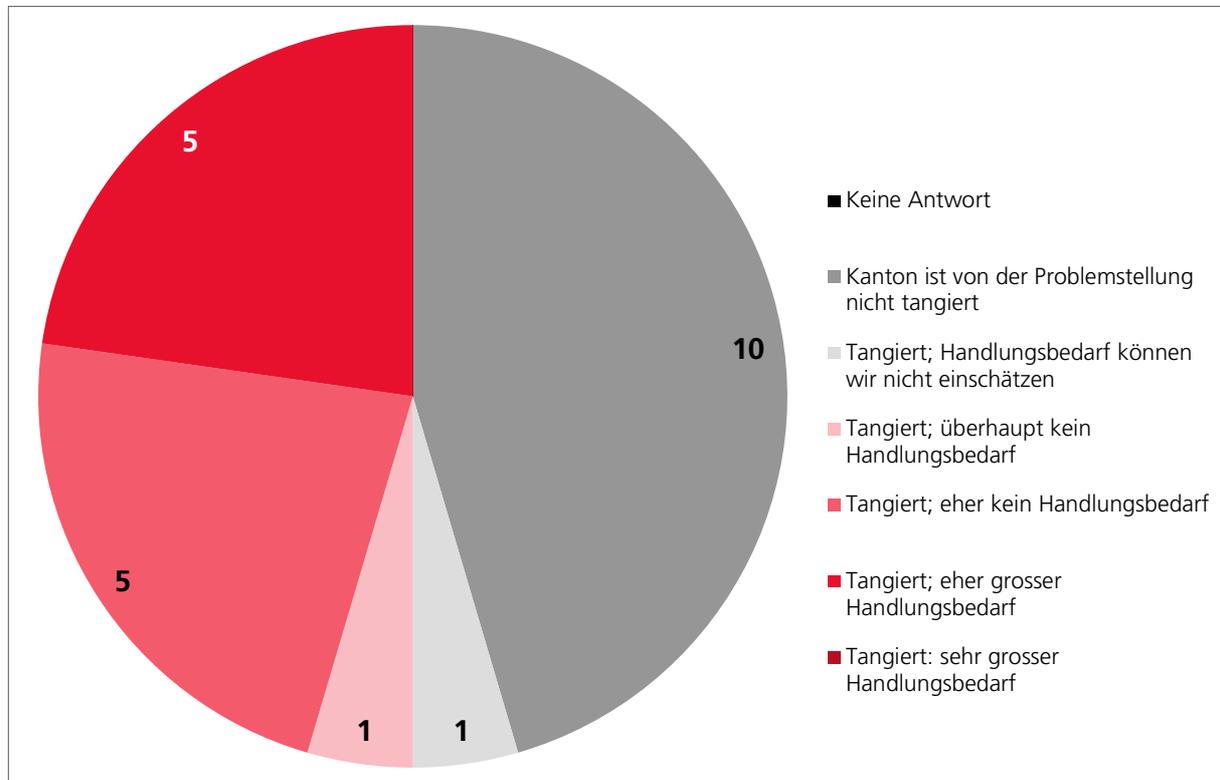
■ **Indirekte Behinderung ausserkantonomer Platzierungen über ökonomische Anreize (Diskriminierung infolge unterschiedlicher Kostenträger):** Es existieren Kantone, in denen es zwar keine direkte institutionalisierte restriktive Bewilligungspraxis in Bezug auf ausserkantonale Platzierungen gibt, in denen es jedoch eine indirekte Behinderung ausserkantonomer Platzierungen über ökonomische Anreize gibt. Ein Beispiel hierfür ist der Kanton St. Gallen: Im Kanton SG werden die Kostengutsprachen von den Gemeinden erteilt, weshalb letztlich auch der Platzierungsentscheid bei den Gemeinden angesiedelt ist. Während sich der Kanton SG bei Platzierungen in kantonseigenen Einrichtungen mit rund zwei Dritteln an den Kosten der Behandlung beteiligt, ist dies nicht der Fall, wenn die Behandlung in einer Einrichtung ausserhalb des Kantons erfolgt, die nicht auf der Spitalliste ist. In diesem Fall haben die Gemeinden die Kosten der Therapie allein zu tragen, weshalb sie ausserkantonomer Platzierungen in sozialtherapeutischen Einrichtungen negativ gegenüberstehen dürften.

■ **Spezialfall Suchtklinik (Kanton Aargau):** Im Kanton AG gibt es eine Suchtklinik der stationären Drogentherapie, die auf der Spitalliste ist, weshalb deren Leistungen im Rahmen des KVG abgerechnet werden können. Im Kanton AG werden die Platzierungen (und Kostengutsprachen) von den Gemeinden, konkret von den Sozialdiensten, vorgenommen. Da die Gemeinden des Kantons AG die Kosten der Behandlung ihrer Klient/innen selbst tragen müssen, wenn sie in Einrichtungen erfolgt, die nicht auf der Spitalliste sind, haben sie einen äusserst starken Anreiz, ihre Klient/innen in der erwähnten Suchtklinik zu platzieren: Eine Therapie in dieser Suchtklinik ist für die Gemeinden mit keinen Kosten verbunden, da die Kosten von den Krankenkassen und dem Kanton getragen werden (und weil es im Kanton AG keinen *intra*kantonalen Lastenausgleich gibt, über den sich die Gemeinden an den vom Kanton getragenen Kosten der Behandlung in der Suchtklinik beteiligen müssten). Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass der Anteil ausserkantonomer Platzierungen im Kanton AG nur gerade 12.6% (vgl. Abbildung 6) beträgt.

■ **Unkenntnis des ausserkantonomer Angebots:** In vielen Kantonen gibt es keine zentrale(n) Indikations- bzw. Platzierungsstelle(n). In diesen Kantonen wird der Platzierungsentscheid von einer Vielzahl von Akteuren, insbesondere von den einzelnen Gemeinden bzw. deren Sozialdiensten, von Hausärzten, Psychiatern, Suchtberatungsstellen oder gar – und dies ist aus ökonomischer Sicht besonders problematisch – von leistungserbringenden Einrichtungen selbst, vorgenommen. Das Problem hierbei ist, dass diese Akteure in vielen Fällen nur wenige Angebote – zumeist nur Angebote im eigenen Kanton – kennen (können). Ist diesen Entscheidern das ausserkantonale Angebot nicht bekannt, werden ausserkantonale Platzierungen im Rahmen des Platzierungsverfahrens überhaupt nicht in Erwägung gezogen. Der tiefe Anteil ausserkantonomer Platzierungen in den Kantonen Aargau und Bern dürfte auch damit zusammenhängen. Denn in diesen beiden Kantonen gibt es keine zentralen Indikations- bzw. Platzierungsstellen.

Wie **Abbildung 12** zeigt, sieht sich gut die Hälfte der Kantone, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, von der soeben skizzierten Problemstellung tangiert. 5 der 11 betroffenen Kantone sind der Ansicht, dass bezüglich der Problemstellung des interkantonalen Wettbewerbs ein Handlungsbedarf besteht. **Tabelle 17** im Anhang 9.2 können die Antworten der einzelnen Kantone entnommen werden.

Abbildung 12: Bewertung der Problemstellung «Interkantonaler Wettbewerb» durch die Kantone



Quelle: BASS-Online-Befragung 2012, N=22

5.4 Indikation

In vielen Kantonen gibt es im dem Sinne keine zentralen Indikationsstellen, dass es in diesen eine Vielzahl von Instanzen (Sozialdienste der Gemeinden, Arztpraxen, Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfen, Psychiatrische Kliniken, Spitäler, kantonale Justiz und Vormundschaftsbehörden) gibt, die über die Platzierung entscheiden (**Tabelle 23** im Anhang 9.2 kann entnommen werden, in welchen Kantonen es eine oder mehrere zentrale Indikationsstellen gibt). In Zusammenhang mit der Organisation und dem Prozess der Indikation und der Platzierung können folgende Problemstellungen differenziert werden:

■ **Professionalität der Indikation/Platzierung:** Die platzierenden Instanzen – und dies gilt insbesondere für die Sozialdienste kleinerer Gemeinden – verfügen zum Teil nicht über das fachliche Wissen, das für eine optimale Platzierung erforderlich ist. Bei dezentralisierter Indikation fehlt überdies typischerweise ein professionelles Triageinstrument. Darüber hinaus stellt sich bei Stellen, die nur wenige Platzierungen vornehmen, das Problem, dass sie kaum Erfahrungswissen in Bezug auf die verfügbaren Angebote akkumulieren können (vgl. letzter Aufzählungspunkt dieses Abschnitts).

■ **Zusammenfallen von Indikation/Platzierung und Kostengutsprache:** Es gibt Kantone, in denen Indikation und Platzierung auf der einen Seite und Kostengutsprache auf der anderen Seite faktisch durch die gleiche Instanz erfolgen. Dadurch entsteht die Gefahr, dass der Platzierungsentscheid von finanziellen Überlegungen dominiert wird und therapeutische Überlegungen bei der Platzierung in den Hintergrund treten. Das klassische Beispiel hierfür ist der Entscheid für eine ambulante Behandlung, nachdem die plat-

zierende (und kostentragende) Instanz die Kosten einer ambulanten Behandlung mit den Kosten einer stationären Behandlung verglichen hat – ohne zu berücksichtigen, dass auch die Wirksamkeit einer ambulanten Behandlung eine andere sein dürfte als diejenige einer stationären Behandlung. Dieses Problem stellt sich besonders in kleinen Kantonen und Gemeinden: Ein einzelner Fall wiegt hier im Verhältnis zu den (finanziellen und professionellen) Ressourcen des Kantons/der Gemeinde schwerer als in einer grösseren Einheit. Hier besteht das Risiko von suboptimaler Versorgung, das in grösseren Kantonen/Gemeinden von den befragten Experten/innen als geringer eingeschätzt wird. Verstärkt gilt diese Gefahr in Kantonen mit Gemeindeautonomie in der Suchthilfe, die keinen oder nur einen schwachen Lastenausgleich kennen.

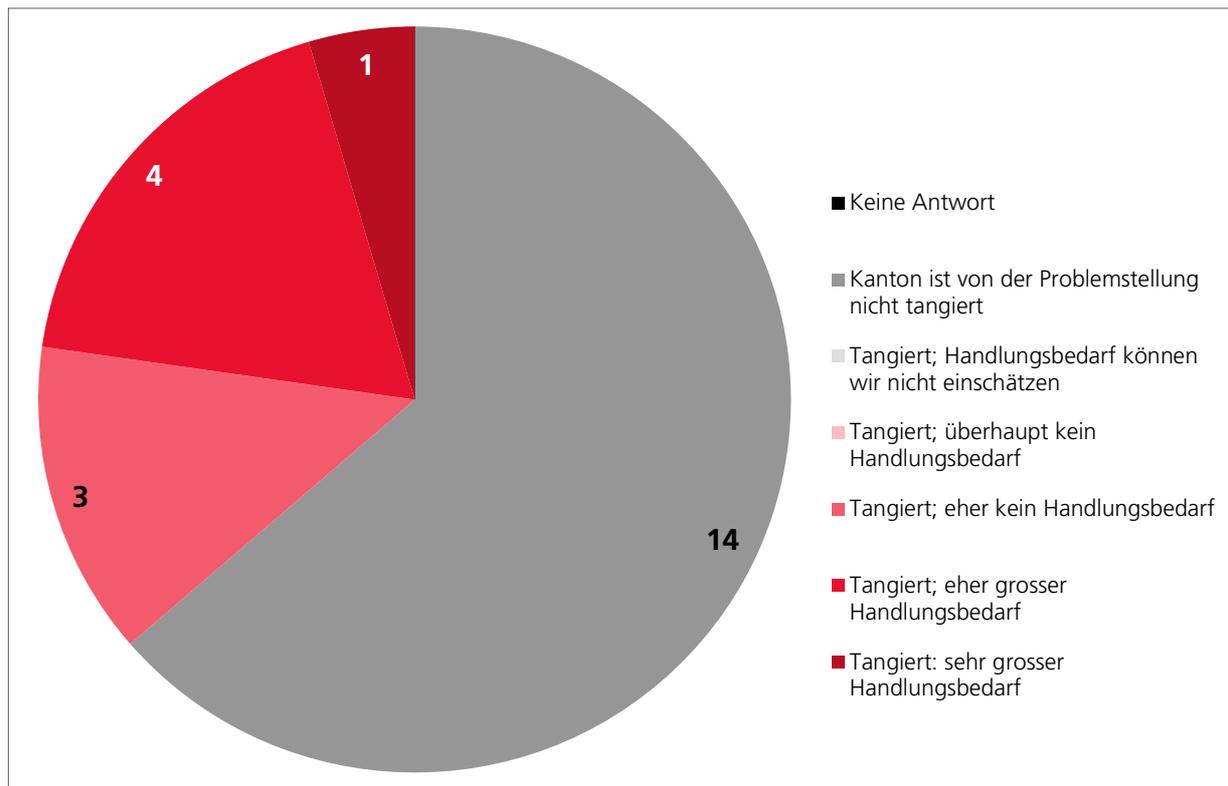
■ **Beeinflussung von Indikation und Platzierung durch leistungserbringende Einrichtungen:** Aufgrund mangelnden Fachwissens lassen sich die platzierenden Instanzen zum Teil durch die Leistungserbringenden selbst beraten. Darüber hinaus gibt es Kantone, bei denen Indikation und Platzierung gar von leistungserbringenden Einrichtungen selbst vorgenommen werden können. Dadurch kann der Platzierungsentscheid von den ökonomischen Interessen der leistungserbringenden Einrichtungen (Beispiel: Auslastungssituation) verzerrt werden. Insbesondere stellt sich bei der Beeinflussung des Indikations- und Platzierungsprozesses durch Leistungserbringende das Problem der angebotsinduzierten Mengenausweitung.

■ **Dezentralisierung des Wissens über das Angebot:** Die Dezentralisierung des Indikations- und Platzierungsentscheid geht mit der Dezentralisierung des Wissens über die verschiedenen verfügbaren Angebote einher: Eine Instanz, die nur wenige Zuweisungen vornimmt, kann im Gegensatz zu einer zentralen Stelle, die jährlich eine Vielzahl von Zuweisungen zunimmt, kein Erfahrungswissen in Bezug auf die verfügbaren Angebote akkumulieren. Das Wissen der zuweisenden Instanzen über die verfügbaren Angebote ist jedoch in Bezug auf eine optimale Platzierung sehr wichtig: Es stellt sicher, dass die zuweisenden Instanzen die Klient/innen denjenigen Einrichtungen zuzuweisen, bei welchen die Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. Wirksamkeit der Therapie am höchsten ist. Das von den befragten Experten/innen angesprochene Problem des «Angebots- und Tarifdschungels» stellt sich mit der Vielzahl platzierender Stellen mit einem tiefen Platzierungsvolumen akzentuiert.

Den zuweisenden Stellen kommt nicht nur auf der Mikro-Ebene, d.h. in Bezug auf die Optimalität eines spezifischen Platzierungsentscheids, eine zentrale Bedeutung zu. Vielmehr spielen sie auch hinsichtlich des Wettbewerbs- und Auswahlmechanismus des Marktes (Makro-Ebene) eine äusserst bedeutende Rolle: Mit Ihren Platzierungsentscheiden steuern sie langfristig Qualität, Wirksamkeit und Struktur des Angebots an stationären Suchttherapieplätzen. Nehmen die zuweisenden Instanzen Platzierungen vor, die unter den Aspekten der Effektivität und Effizienz suboptimal sind, resultiert letztlich auch ein Angebot der stationären Suchthilfe, das nicht optimal auf die Bedürfnisse und Anforderungen der Klienten/innen abgestimmt ist. Darüber hinaus kommt den platzierenden Stellen auch in Bezug auf den Preiswettbewerb unter den Anbietern und damit letztlich in Bezug auf die Kostenstruktur der Angebote der stationären Suchthilfe eine wichtige Funktion zu.

Obwohl es in vielen Kantonen keine zentrale(n) Indikationsstelle(n) gibt, wird die oben skizzierte Problemstellung von den Kantonen relativ zurückhaltend beurteilt (vgl. **Abbildung 13** und **Tabelle 18** im Anhang 9.2 für die Antworten der einzelnen Kantone): 14 der 22 Kantone, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, sehen sich von der Problemstellung überhaupt nicht tangiert; weitere 3 sehen sich zwar tangiert, sind jedoch der Ansicht, dass es diesbezüglich eher keinen Handlungsbedarf gibt. 5 Kantone beurteilen die Problemstellung dahingehend, dass es einen Handlungsbedarf gibt.

Abbildung 13: Bewertung der Problemstellung «Indikation» durch die Kantone



Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, N=22

5.5 Angebot und Tarife

In Bezug auf das Angebot und in Bezug auf die Tarife, die in der stationären Suchthilfe zur Anwendung kommen, gibt es gemäss der Literatur und den befragten Expert/innen zwei Problemstellungen:

■ **Problemstellung «Transparenz des Leistungsangebots»:** Gemäss Branchenexpert/innen herrscht in Bezug auf die verfügbaren Leistungsangebote der stationären Suchthilfe wenig Transparenz. In der Literatur ist zum Teil von einem «Dschungel der Tarife und Angebote» die Rede. Die Intransparenz wird dabei vom ständigen Strukturwandel, dem die stationäre Suchthilfe unterliegt, begünstigt. Dies führt dazu, dass es für eine zuweisende Stelle schwierig ist, einen umfassenden Überblick über das in der Schweiz verfügbare Angebot¹⁵ zu haben. Dies gilt insbesondere für Kantone, in welchen es keine zentrale(n) Indikationsstelle(n), sondern eine Vielzahl zuweisender Instanzen gibt. Die unzureichende Transparenz in Bezug auf die Tarife und die Art der verfügbaren Angebote kann dazu führen, dass die zuweisenden Stellen in erster Linie die Angebote im eigenen Kanton sowie vereinzelte Angebote ausserhalb des Kantons kennen. Unter diesen Bedingungen wird das gesamtschweizerische Potential an Know-how und an spezifischen Therapieangeboten in der stationären Suchthilfe wahrscheinlich nicht ausgeschöpft.

■ **Problemstellung «Tarifdifferenzierung»:** Die Subjektfinanzierung erfolgt in der stationären Suchthilfe fast ausschliesslich auf der Basis von Tagessätzen. Diese Tagessätze sind in den allermeisten Fällen wenig differenziert, obwohl die Kosten für verschiedene Behandlungsphasen, aber auch für verschiedene Klient/innen, sehr unterschiedlich sein können. Typischerweise gibt es eine Tarifdifferenzierung nur auf der

¹⁵ Wenn hier und weiter unten von «Angebot» die Rede ist, meinen wir damit das «Leistungsangebot». Ein Leistungsangebot umfasst eine Vielzahl von Merkmalen: Tarifhöhe, Tarifstruktur, Spezialisierung der Einrichtung, therapeutische Methoden, Qualifikation der Mitarbeitenden der Einrichtung etc. Es geht also nicht nur um das Wissen, dass ein Angebot existiert (dieses Wissen ist mit der infodrog-Datenbank in formalisierter Form frei zugänglich), sondern auch darum, welche Merkmale ein Angebot im Detail aufweist.

Ebene der Einrichtungen (einrichtungsspezifische Tagestarife). In einigen Kantonen sind die Tagessätze gar für alle Institutionen einheitlich – auch wenn die Angebote dieser Einrichtungen unterschiedlich sind.

Diese schwach ausgeprägte Tariffdifferenzierung führt dazu, dass die Tarife kaum je den effektiven Kosten der Behandlung eines spezifischen Klienten bzw. einer spezifischen Klientin entsprechen. Je nachdem, ob der Tarif tiefer oder höher liegt als die effektiven Kosten, können bei den leistungserbringenden Einrichtungen Fehlanreize entstehen:

- Liegen die Kosten für die indizierte Behandlung (in einer Phase) höher als der Tarif, unterliegen die leistungserbringenden Einrichtungen dem Anreiz, die indizierten Leistungen nicht vollständig zu erbringen.
- Liegen die Kosten für die indizierte Behandlung (in einer Phase) tiefer als der Tarif, unterliegen die leistungserbringenden Einrichtungen dem Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen als nötig.

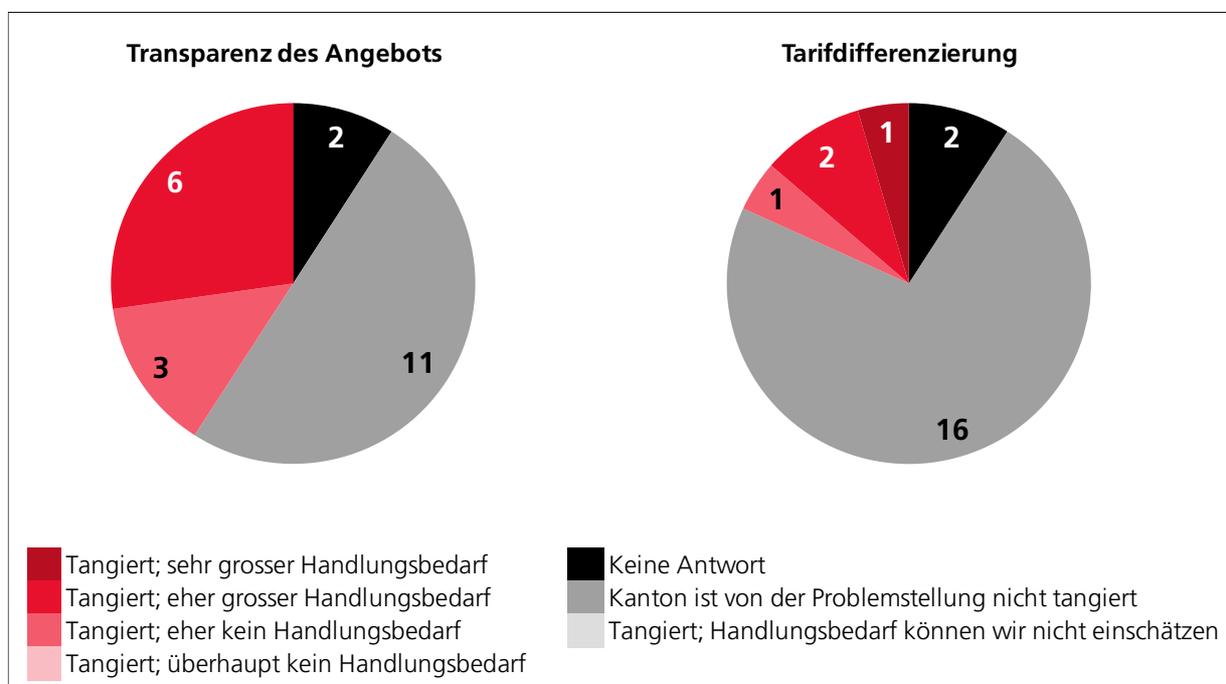
Abbildung 14 zeigt, wie die Kantone, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, die beiden Problemstellungen «Transparenz des Angebots» und «Tariffdifferenzierung» beurteilen:

■ **Problemstellung «Transparenz des Leistungsangebots»:** 9 Kantone sehen sich vom Problem einer mangelnden Transparenz des Angebots tangiert. 6 dieser 9 Kantone beurteilen die Problemstellung dahingehend, dass ein Handlungsbedarf besteht.

■ **Problemstellung «Tariffdifferenzierung»:** Eine mangelnde Tariffdifferenzierung scheint für die Mehrheit der Kantone kein Problem zu sein: Nur gerade 4 Kantone sehen sich von dieser Problemstellung tangiert, wobei 3 derselben die Ansicht vertreten, dass es auch einen entsprechenden Handlungsbedarf gebe.

Tabelle 19 (Problemstellung «Transparenz des Angebots») und **Tabelle 20** (Problemstellung «Tariffdifferenzierung») im Anhang 9.2 können die Antworten der einzelnen Kantone entnommen werden.

Abbildung 14: Bewertung der Problemstellungen «Transparenz des Leistungsangebots» und «Tariffdifferenzierung» durch die Kantone



6 Handlungsoptionen

Die Problemstellungen, die in Kapitel 5 expliziert wurden, hängen im Wesentlichen damit zusammen, dass die Finanzierung der stationären Suchthilfe uneinheitlich geregelt ist. Diese Uneinheitlichkeit führt dazu, dass die *Verteilung* der Kosten einer Behandlung den Platzierungsentscheid beeinflussen kann.¹⁶ Auf der Mikroebene kann dies dazu führen, dass die Platzierung eines spezifischen Klienten/einer spezifischen Klientin hinsichtlich der (Kosten-)Effektivität der Behandlung suboptimal ist. Auf der Makroebene führen suboptimale Platzierungen zu einem suboptimalen Strukturwandel in dem Sinne, dass die Struktur des Angebots unter den Gesichtspunkten der Effizienz und der Effektivität nicht optimal auf die Qualität und Quantität der Nachfrage abgestimmt ist. Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, das Problem der Beeinflussung des Platzierungsentscheids durch die Verteilung der Kosten zu lösen:

■ **Vereinheitlichung der Finanzierung:** Unter einer vereinheitlichten Finanzierung ist ein Finanzierungssystem zu verstehen, das sich dadurch auszeichnet, dass die Verteilung der Kosten der Suchttherapie und -rehabilitation unabhängig davon ist, in welcher Einrichtung Therapie und Rehabilitation erfolgen.

■ **Optimierung des Indikations- und Platzierungsprozesses:** Der Indikations- und Platzierungsprozess könnte dahingehend strukturiert werden, dass sich die Verteilung der Kosten auf die verschiedenen Kostenträger nicht mehr auf den Platzierungsentscheid auswirken kann – die negativen Auswirkungen der uneinheitlichen Finanzierung könnten dadurch verhindert werden.

6.1 Vereinheitlichung der Finanzierung

Eine Vereinheitlichung der Finanzierung, d.h. der Verteilung der Kosten der stationären Suchthilfe auf Kostenträger, würde dazu führen, dass die Kostenverteilung nicht mehr davon abhängt, in welcher Einrichtung eine stationäre Behandlung erfolgt (Suchtfachkliniken auf Spitalliste vs. sozialtherapeutische Einrichtungen) und von wem die Behandlung angeordnet wird (freiwillige Therapie vs. angeordnete Therapie). Grundsätzlich sind drei Möglichkeiten denkbar, die Finanzierung der stationären Suchthilfe zu vereinheitlichen:

■ **Möglichkeit 1 – KVG-Lösung:** Aufnahme der sozialtherapeutischen Einrichtungen auf die Spitalliste. Von einer solchen Lösung sind folgende Auswirkungen zu erwarten:

- *Auswirkungen auf die Kosten:* Die Lösung würde bei unveränderten Aufenthaltsdauern wahrscheinlich zu Kostensteigerungen führen, da die Suchtfachkliniken, die auf der Spitalliste sind, typischerweise eine teurere Kostenstruktur aufweisen als die sozialtherapeutischen Einrichtungen. Auf der anderen Seite ist die Aufenthaltsdauer in sozialtherapeutischen Einrichtungen i.d.R. höher als in Suchtfachkliniken. Es ist fraglich, ob die Krankenkassen derart lange Aufenthaltsperioden akzeptieren würden. Aufgrund des Kostendrucks durch die Versicherer wäre eine Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltszeit zu erwarten, was zwar die Kosten senken würde, zeitgleich jedoch die Wirksamkeit der Behandlung negativ tangieren könnte. Die Nettowirkung der beiden gegenläufigen Kostenwirkungen ist schwierig abzuschätzen.

- *Auswirkungen auf die Verteilung der Kosten:* Die Kosten, die der Kanton und die Gemeinden zu tragen haben, würden sinken. Demgegenüber würden die Kosten steigen, welche die Krankenversicherer zu tragen hätten. Die Krankenkassenprämien würden steigen.

- *Erhöhte Versorgungsgerechtigkeit und verbesserter Zugang zum Versorgungssystem:* Der Vorteil einer Lösung im Rahmen des KVG ist v.a. darin zu sehen, dass sie das Problem der Versorgungsgerechtigkeit (Alkohol vs. Drogen, Rückerstattungspflicht und Verwandtenhilfe in Bezug auf die Sozialhilfe) und des Zugangs zum Versorgungssystem (solvente Klient/innen müssen die Kosten der Behandlung in sozialtherapeutischen Einrichtungen selbst tragen) lösen würde.

¹⁶ Aus ökonomischer Sicht ist es wünschenswert, dass beim Platzierungsentscheid zwar die Kosten einer Behandlung, nicht jedoch die Verteilung dieser Kosten berücksichtigt werden.

■ **Möglichkeit 2 – Sozialhilfe-Lösung:** Finanzierung jeglicher Einrichtungen der stationären Suchthilfe ausserhalb des KVG über die Sozialhilfe, wobei die Finanzierung innerhalb eines Kantons in dem Sinne einheitlich geregelt sein müsste, dass der Kostenträger bzw. die Kostenträger unabhängig von den Eigenschaften (z.B. Kantonssitz) der stationären Einrichtung immer der gleiche bzw. die gleichen sein müsste(n). Von einer solchen Lösung wären folgende Auswirkungen zu erwarten:

- *Auswirkungen auf die Kostenverteilung:* Die Kosten, die die Gemeinden und die Kantone zu tragen haben, würden stark steigen. Die Steuern müssten entsprechend erhöht werden. Die Krankenversicherer hätten keine Kosten mehr zu tragen, weshalb die Krankenkassenprämien sinken würden.
- *Auswirkungen auf die Kosten:* Wahrscheinlich würde die durchschnittliche Aufenthaltsdauer steigen, weil der Kostendruck durch die Krankenversicherer wegfallen würde. Die Zunahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer würde zu einer Erhöhung der Gesamtkosten führen.
- *Verhaltensänderungen der Platziierer:* Die Sozialdienste wären dem ökonomischen Anreiz ausgesetzt, die Klient/innen dennoch in einer KVG-finanzierten Einrichtung zu platzieren, z.B. indem eine andere Hauptdiagnose gestellt würde («Depression anstelle einer suchtbedingten Störung»).
- *Diskriminierung von Klient/innen mit substanzgebundener Suchterkrankung:* Diese Lösung würde zwar das Problem der Ungleichbehandlung von Klient/innen mit Alkoholproblemen und Klient/innen mit Drogenproblemen lösen, jedoch gleichzeitig zu einer Ungleichbehandlung von substanzgebundenen und substanzunabhängigen Suchterkrankungen führen (KVG-Finanzierung der Behandlung von substanzunabhängigen Suchterkrankungen vs. Finanzierung der Behandlung von substanzgebundenen Suchterkrankungen über die Sozialhilfe).

■ **Möglichkeit 3 – Lösung ausserhalb KVG und Sozialhilfe:** Es wäre grundsätzlich denkbar, die gesamte stationäre Suchthilfe ausserhalb des KVG und ausserhalb der Sozialhilfe zu finanzieren. Naheliegender wäre die Einrichtung von Fonds auf Kantonsebene, aus welchen die Kosten der stationären Suchtbehandlung finanziert würden. Die Auswirkungen einer solchen Lösung hängen stark von deren konkreten Ausgestaltung ab. So stellt sich z.B. die Frage, ob es bezüglich der Gelder aus solchen Fonds eine Rückerstattungspflicht der Klient/innen geben würde. Auch müsste bei einer solchen Lösung der Prozess «Indikation-Platzierung-Kostengutsprache» neu organisiert werden. Naheliegender wäre die Einrichtung von kantonalen oder sogar überkantonalen Indikationsstellen (vgl. den nachfolgenden Abschnitt). Der Vorteil einer Finanzierung ausserhalb des KVG und ausserhalb der Sozialhilfe wäre v.a. darin zu sehen, dass die Kosten «aus einer Hand» finanziert würden, was eine Steuerung der Gesamtkosten (z.B. mittels eines «budget ceiling») ermöglichen würde.

■ Eine weniger weitreichende bzw. weniger einschneidende Handlungsoption, welche auf eine Veränderung der kantonalen Finanzierungssystem abzielt, wäre eine **Handlungsoptionen «Leitlinien zur Finanzierung»**, die von einigen der befragten Expert/innen vorgeschlagen wurde: Die zuständigen Bundesstellen (insbes. BAG und BSV) erarbeiten in Zusammenarbeit mit der SODK und der GDK Leitlinien zur Finanzierung der stationären Suchthilfe. Mit den Leitlinien werden Verbesserungen in den Problemfeldern angestrebt, die sich aus der Befragung als die wichtigsten herausgestellt haben. Die Leitlinien haben Empfehlungscharakter. Die Kantone werden jedoch zur Berichterstattung über die Umsetzung der Leitlinien verpflichtet.

6.2 Regionale Indikationsstellen

Der Prozess der Indikation, Platzierung und Kostengutsprache könnte dahingehend neu strukturiert werden, dass ein Einfluss der Finanzierung bzw. der Verteilung der Behandlungskosten auf den Platzierungsentscheid auch dann ausgeschlossen werden kann, wenn die Finanzierung weiterhin uneinheitlich bliebe.

Eine Möglichkeit wäre der Aufbau von regionalen (überkantonalen) Indikationsstellen, die sowohl für den Bereich Alkohol als auch für den Bereich der illegalen Substanzen zuständig wären. Solche regionalen Indikationsstellen würden sich idealerweise durch folgende **Eigenschaften** auszeichnen:

- Sie sind unabhängig von den Interessen der leistungserbringenden Einrichtungen.
- Sie sind unabhängig von den Interessen der Kostenträger.
- Sie haben umfassende Kenntnisse über die in der Schweiz bestehenden Angebote der stationären und ambulanten Suchthilfe.
- Sie verfügen über professionelle Ressourcen im Bereich der Indikation und Platzierung.

Die **Aufgaben** der regionalen Indikationsstellen wären die Folgenden:

- Erarbeiten von Platzierungsvorschlägen zu Handen der Kostenträger, wobei sich die Platzierungsvorschläge sowohl am Kriterium der Wirksamkeit (fachliche Sicht) als auch am Kriterium der Effizienz (ökonomische Sicht) zu orientieren haben.
- Einkauf, Kontrolle und Evaluation der Leistungen der Einrichtungen.
- Optional: Langfristige Begleitung der Klient/innen (Case-Management).

Den Entscheid über die Platzierung von Klienten/Klientinnen würden nach wie vor die Kostenträger fällen – im Sinne eines Ja/Nein-Entscheids auf der Basis der Vorschläge der Indikationsstellen. Dies bedeutet, dass die Kostenträger in Bezug auf die Platzierung kein Mitspracherecht mehr hätten.

Regionale Indikationsstellen, wie wir sie soeben beschrieben haben, könnten nicht nur in Bezug auf die Probleme in Zusammenhang mit dem Indikationsprozess, wie sie in Abschnitt 5.4 expliziert wurden, positive Auswirkungen entfalten. Da eine solche Strukturierung von Indikation und Kostengutsprache auch darauf abzielt, den Einfluss der Verteilung der Kosten auf den Platzierungsentscheid zu minimieren, wäre auch eine Lösung der drei Problemstellungen¹⁷ zu erwarten, die mit der Uneinheitlichkeit der Finanzierung zusammenhängen (vgl. Abschnitt 5.1). Des Weiteren wäre zu erwarten, dass regionale Indikationsstellen den Wettbewerb unter den leistungserbringenden Einrichtungen intensivieren würden (vgl. Abschnitt 5.3) – nicht zuletzt auch aufgrund einer erhöhten Transparenz der verfügbaren Angebote. Denn wie in Abschnitt 5.5 ausgeführt, dürfte die Intransparenz des Angebots, die von einigen Kantonen und Branchenexpert/innen bemängelt wird, auch mit der Vielzahl kleiner Instanzen mit geringem Platzierungsvolumen zusammenhängen, die es derzeit gibt. In Bezug auf die Problemstellung «Zugang und Versorgungsgerechtigkeit» (vgl. Abschnitt 5.1) würden regionale Indikationsstellen hingegen zu keiner Veränderung führen.

6.3 Weitere Handlungsoptionen

Die befragten Experten/innen haben in Bezug auf mögliche Lösungsansätze folgende weitere Vorschläge zur Diskussion gestellt:

- **Handlungsoption «fidu/fisé revisited»:** Das im Rahmen von fidu/fisé erarbeitete Finanzierungs- und Abrechnungssystem wird in abgeänderter Form erneut eingeführt. Das System wird dabei überarbeitet und grundsätzlich verschlankt. Eine Aufteilung in Module ermöglicht es den Kantonen, nur Teile des Systems umzusetzen oder das ganze System schrittweise einzuführen.
- **Handlungsoption «Innovationsfonds»:** Ein Innovationsfonds wird eingerichtet, aus dem Projekte von Einrichtungen der stationären Suchthilfe gefördert werden. Die Projekte zielen auf die pro-aktive Anpassung der Einrichtungen an geänderte Bedingungen wie z.B. Konsumgewohnheiten, Altersgruppen-Schwerpunkte etc. ab. Finanziert wird der Fonds von Kantonen und Bund gemeinsam.

¹⁷ Die drei Problemstellungen sind: «KVG-finanzierte vs. nicht-KVG-finanzierte Einrichtungen», «Freiwillige Therapie vs. Massnahme» sowie «Innerkantonale vs. ausserkantonale Platzierungen».

■ **Handlungsoption «Nationales Präventionsprogramm»:** Das BAG könnte ein nationales Präventionsprogramm starten, das die Suchtrehabilitation als Prävention für die Folgeprobleme von Suchtmittelabhängigkeit versteht. Damit könnten Bundesgelder für die Suchthilfe – insbesondere für die interkantonale Koordination - frei gemacht werden.

■ **Handlungsoption «regionalen Zusammenarbeit»:** Projekte zur engeren regionalen Zusammenarbeit von Kantonen (oder Gemeinden) im Bereich der Finanzierung der stationären Suchthilfe könnten vom Bund unterstützt werden. Als eine Möglichkeit wird der Aufbau von regionalen Kompetenzzentren gesehen, die Kantone/Gemeinden mit kleineren professionellen Ressourcen fachlich unterstützen (Indikation) und die Intransparenz der Angebote vermindern könnten. In diesem Bereich sollte zwingend mit der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SODK und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK zusammengearbeitet werden.

6.4 Bewertung der Handlungsoptionen durch die Kantone

In Absprache mit dem BAG wurden die Kantone im Rahmen der Online-Befragung in Bezug auf die nachfolgenden fünf, in den vorangehenden drei Abschnitten explizierten Handlungsoptionen befragt:

- Vereinheitlichung der Finanzierung
- Leitlinien zur Finanzierung
- Regionale Indikationsstellen
- fidu/fisé revisited
- Innovationsfonds

Konkret wollten wir von den an der Online-Befragung teilnehmenden Kantonen wissen, inwiefern die fünf Handlungsoptionen zu einer Verbesserung der Situation in der stationären Suchthilfe beitragen können («Zweckmässigkeit der Handlungsoption»¹⁸, vgl. **Abbildung 15**). Zum anderen wurden die Kantone aufgefordert, anzugeben, ob sie gegenüber den fünf Handlungsoptionen eine zustimmende oder ablehnende Haltung einnehmen («Haltung der Kantone, bei der Umsetzung der Handlungsoptionen mitzuarbeiten»¹⁹, vgl. **Abbildung 16**).

Die Ergebnisse der Befragung der Kantone in Bezug auf die fünf Handlungsoptionen können folgendermassen zusammengefasst werden:²⁰

■ **Handlungsoption «Vereinheitlichung der Finanzierung der stationären Suchthilfe»:** Diese Handlungsoption wird von den Kantonen am positivsten bewertet: 12 Kantone sind der Ansicht, dass eine Vereinheitlichung der Finanzierung zu einer Verbesserung gegenüber dem Status Quo führen würde, 7 Kantone begrüssen den Lösungsvorschlag explizit und wären bereit, bei dessen Umsetzung mitzuarbeiten. Dieses Ergebnis korrespondiert mit dem Tatbestand, dass die Kantone in Bezug auf die Problemstellungen

¹⁸ Die entsprechende Frage war folgendermassen formuliert: «Als wie zweckmässig bzw. zielführend beurteilt Ihr Kanton den Verbesserungsansatz «XY»? Der Ansatz «XY» trägt...»; Fünf Antwortkategorien: 1. ...trägt überhaupt nichts zur Verbesserung bei; 2. ...trägt kaum etwas zur Verbesserung bei; 3. ...trägt eher zur Verbesserung bei; 4. ...trägt sehr viel zur Verbesserung bei; 5. Dazu haben wir keine Meinung/Das können wir nicht beurteilen.

¹⁹ Die entsprechende Frage war folgendermassen formuliert: «Welcher der folgenden Aussagen kann Ihr Kanton am ehesten zustimmen?»; Vier Antwortkategorien: 1. Unser Kanton begrüsst diesen Lösungsansatz und wäre bereit, bei dessen Realisierung/Umsetzung mitzuarbeiten; 2. Unser Kanton ist bereits jetzt gegen einen solchen Lösungsansatz bzw. würde zu einer solchen Lösung nicht Hand bieten; 3. Die Haltung unseres Kantons in Bezug auf diesen Lösungsansatz ist zum jetzigen Zeitpunkt – aus welchen Gründen auch immer – noch nicht klar; 4. Dazu haben wir keine Meinung/Das können wir nicht beurteilen.

²⁰ Zum Teil haben die Antwortenden darauf hingewiesen, dass es sich bei Ihren Antworten in Bezug auf die fünf Handlungsoptionen nicht um die Einschätzung des Kantons, sondern um eine Einschätzung des/r kantonalen Suchtbeauftragten bzw. bestimmter Verwaltungseinheiten handelt, die sich mit der Online-Befragung befasst haben. Die Antworten können deshalb nicht als «verbindlich» betrachtet werden.

«Zugang und Versorgungsgerechtigkeit» sowie «KVG-finanzierte vs. nicht-KVG-finanzierte Einrichtungen» den grössten Handlungsbedarf verorten (vgl. Kapitel 5). Die Bemerkungen, welche die Kantone im Rahmen der Online-Befragung gemacht haben, lassen ausser Zweifel, dass die Kantone, die eine Vereinheitlichung der Finanzierung begrüssen würden, eine «KVG-Lösung» (vgl. Abschnitt 6.1) präferieren. Vier Kantone lehnen eine Vereinheitlichung der Finanzierung ab. Drei der Kantone deshalb, weil sie mit der bestehenden kantonalen Lösung zufrieden sind. Ein Kanton lehnt eine Vereinheitlichung der Finanzierung im Sinne einer «KVG-Lösung» ab, da er bei einer Unterstellung der gesamten stationären Suchthilfe unter das KVG einen Leistungsabbau erwartet. Diese Erwartung ist nicht ganz unbegründet: Zwei Kantone haben – obwohl nicht danach gefragt – im Rahmen der Online-Befragung rapportiert, dass es immer wieder vorkomme, dass Krankenversicherer Kostengutsprachen für Aufenthalte in Suchtfachkliniken verweigern.

■ **Handlungsoption «Regionale Indikationsstellen»:** Diese Handlungsoption wird nur gerade von 2 Kantonen explizit begrüsst, obwohl 8 Kantone der Ansicht sind, dass regionale Indikationsstellen im Vergleich zum Status-Quo zu einer Verbesserung führen würde. 5 Kantone lehnen regionale Indikationsstellen bereits zum jetzigen Zeitpunkt ab, wobei 3 derselben bereits über zentrale Indikationsstellen verfügen (vgl. **Tabelle 23** im Anhang 9.2). Ein Kanton, dessen Haltung zum Aufbau regionaler Indikationsstellen noch unklar ist, gab zu bedenken, dass regionale Indikationsstellen bei den Gemeinden allenfalls auf Akzeptanzprobleme stossen könnten. Ein anderer Kanton, dessen Haltung zu regionalen Indikationsstellen ebenfalls noch nicht festgelegt ist, vertritt die Ansicht, dass regionale Indikationsstellen vom Bund finanziert werden müssten, weil ansonsten die Unabhängigkeit von den Kostenträgern nicht gegeben sei. Insgesamt muss gefolgert werden, dass die Handlungsoption «Regionale Indikationsstellen» bei den Kantonen auf wenig Begeisterung stösst.

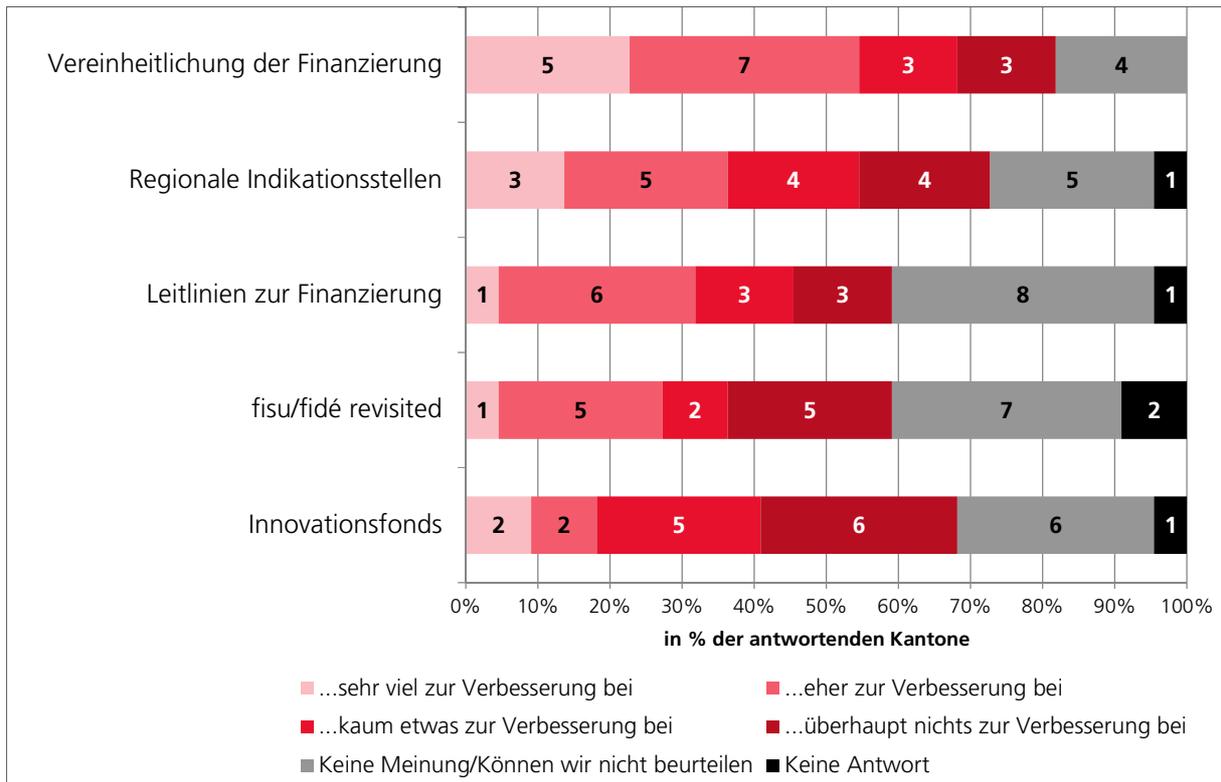
■ **Handlungsoption «Leitlinien zur Finanzierung der stationären Suchthilfe»:** Die Mehrheit der Kantone haben in Bezug auf diesen Lösungsansatz noch keine eindeutige Meinung. 2 Kantone lehnen die Handlungsoption bereits zum jetzigen Zeitpunkt ab, 3 Kantone begrüssen die Handlungsoption. 7 Kantone sind der Ansicht, dass dieser Handlungsoption ein Verbesserungspotential inhärent ist, 6 Kantone teilen diese Meinung nicht. Insgesamt muss gefolgert werden, dass die Handlungsoption «Leitlinien zur Finanzierung der stationären Suchthilfe» auf wenig Begeisterung stösst.

■ **Handlungsoption «fidu/fisé revisited»:** 4 Kantone begrüssen diesen Lösungsansatz, 5 Kantone lehnen ihn bereits zum jetzigen Zeitpunkt ab. Auch in Bezug auf die Zweckmässigkeit des Lösungsansatzes sind sich die Kantone nicht einig: 6 Kantone sind der Ansicht, dass der Handlungsoption «fidu/fisé revisited» das Potential inhärent ist, im Vergleich zum Status Quo zu einer Verbesserung führen; 7 Kantone teilen diese Meinung nicht. Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Handlungsoption «fidu/fisé revisited» bereits zum jetzigen Zeitpunkt auf bedeutenden Widerstand der Kantone stösst.

■ **Handlungsoption «Innovationsfonds»:** Diese Handlungsoption wird von den Kantonen bereits zum jetzigen Zeitpunkt überwiegend negativ beurteilt.

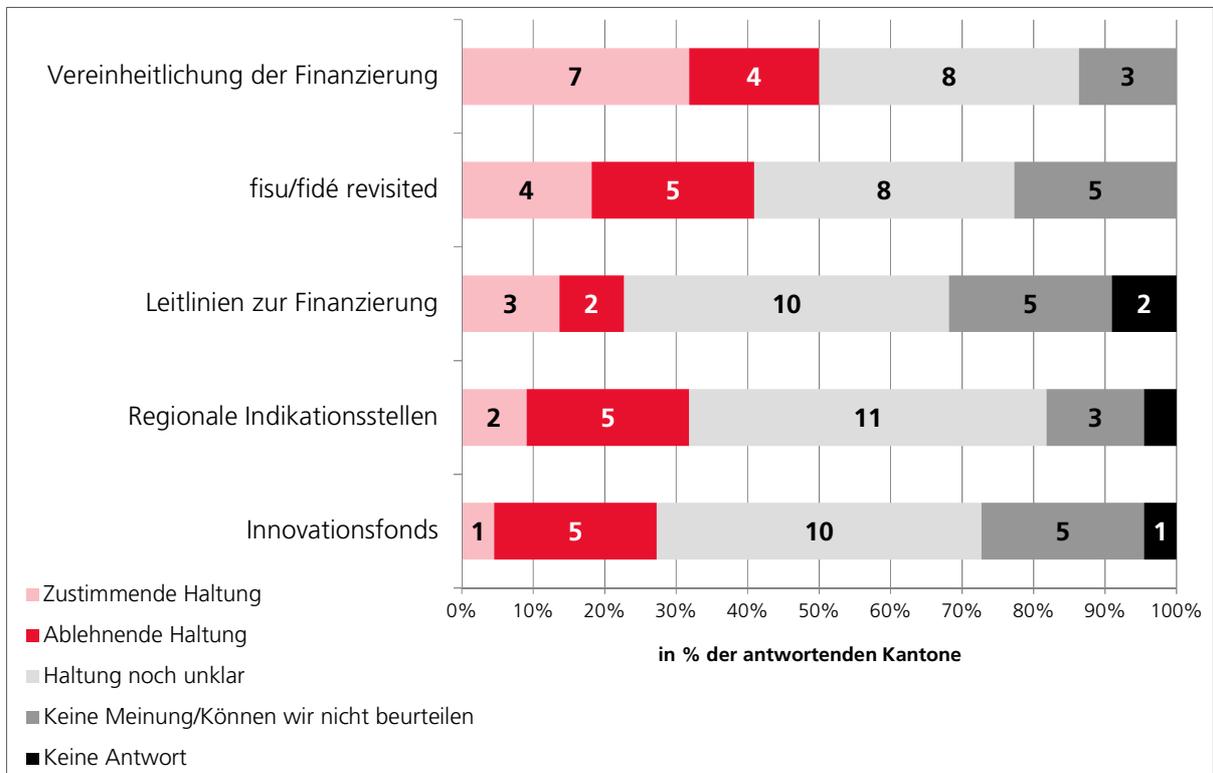
Tabelle 21 (Handlungsoption «Vereinheitlichung der Finanzierung»), **Tabelle 22** (Handlungsoption «Leitlinien zur Finanzierung»), **Tabelle 23** (Handlungsoption «Regionale Indikationsstellen»), **Tabelle 24** (Handlungsoption «fidu/fisé revisited») und **Tabelle 25** (Handlungsoption «Innovationsfonds») im Anhang 9.2 kann entnommen werden, wie die einzelnen Kantone die fünf Handlungsoptionen bewertet haben.

Abbildung 15: Zweckmässigkeit der fünf Handlungsoptionen aus Sicht der Kantone



Frage: «Die Handlungsoption trägt ...»
 Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

Abbildung 16: Haltung der Kantone, bei der Umsetzung der Handlungsoptionen mitzuarbeiten



Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

7 Schlussfolgerungen

Auf der Grundlage der durchgeführten Abklärungen und Analysen lassen sich folgende Punkte festhalten:

- In einer detaillierten Stellungnahme kommt das BJ zum Schluss, dass eine bundesrechtliche Zweckbindung beschlagnahmter Drogengelder für die Suchthilfe aus mehreren Gründen «nicht angezeigt» sei.
- In Bezug auf die Organisation und die Finanzierung der stationären Suchthilfe konnten folgende wesentlichen Problemstellungen identifiziert werden:
 - Uneinheitliche Finanzierung: Die stationäre Suchthilfe ist in verschiedener Hinsicht nicht einheitlich geregelt. Die platzierenden Instanzen werden dadurch ökonomischen Anreizen ausgesetzt, die zum Teil zu suboptimalen Platzierungen führen.
 - Mangelnder Wettbewerb: Der Qualitäts- und Preiswettbewerb unter den leistungserbringenden Einrichtungen spielt aus verschiedenen Gründen nur beschränkt.
 - Suboptimale Organisation des Indikationsprozesses: In den meisten Kantonen sind die platzierenden Instanzen von den Leistungserbringer und Kostenträger nicht bzw. zu wenig unabhängig.
 - Ungleicher Zugang zum Versorgungssystem und fragliche Versorgungsgerechtigkeit: Das duale Finanzierungssystem (vereinfacht: Alkohol: KVG, Drogen: Sozialhilfe) kann den Zugang zum Versorgungssystem erschweren und widerspricht der Versorgungsgerechtigkeit.

Wie ausgewählte Kantone (Good Practice) zeigen, lassen sich die meisten der identifizierten Probleme bei entsprechender Handlungsbereitschaft grundsätzlich auf kantonaler Ebene lösen (Subsidiaritätsprinzip).

■ Hinsichtlich der Frage, ob es im Bereich der Finanzierung der stationären Suchthilfe einen Handlungsbedarf gibt, zeigt sich bei den Kantonen kein einheitliches Bild. Die eine Hälfte der Kantone gibt an, dass ihre Einrichtungen der stationären Suchthilfe keine Finanzierungsprobleme haben. Die andere Hälfte gibt an, dass vereinzelt Einrichtungen mit Finanzierungsproblemen kämpfen. Dort mussten in den letzten drei Jahren Defizite von Einrichtungen gedeckt werden.

■ 9 von 22 Kantonen sehen in Bezug auf die identifizierten Problemstellungen keinerlei Handlungsbedarf - sie geben an, entweder nicht betroffen zu sein oder sehen keinen Handlungsbedarf, obwohl sie von den Problemstellungen betroffen sind. Die anderen 13 Kantone waren hingegen in Bezug auf mindestens eine der Problemstellungen der Ansicht, dass Handlungsbedarf bestehe.

■ Den grössten Handlungsbedarf verorten die Kantone beim eingeschränkten Zugang zur stationären Suchthilfe und der Versorgungsgerechtigkeit, wobei diese Probleme aus der erwähnten dualen Finanzierung resultieren. 9 Kantone sind der Ansicht, dass es diesbezüglich Handlungsbedarf gibt und 12 Kantone sind der Ansicht, dass eine Vereinheitlichung der Finanzierung in Richtung Integration ins KVG zu einer Verbesserung bei den Problemen führen würde, die die stationäre Suchthilfe derzeit prägen. Diesen 12 Kantonen stehen allerdings 6 Kantone gegenüber, die die Meinung vertreten, dass eine Vereinheitlichung hier zu keinen Verbesserungen führen würde. 4 Kantone lehnen eine Vereinheitlichung explizit ab bzw. würden zu einer solchen Lösung nicht handbieten. Demgegenüber befürworten 7 Kantone eine Vereinheitlichung der Finanzierung explizit und wären bereit, bei der Realisierung/Umsetzung mitzuarbeiten. Die restlichen 11 Kantone konnten sich noch nicht festlegen.

■ **Zusammenfassend** ist zu schliessen:

- Die Finanzierung der meisten Einrichtungen der stationären Suchthilfe ist gesichert
- Die Versorgungssicherheit ist gewährleistet
- Effektivität und Effizienz der Versorgung sind systembedingt nicht optimal
- Die Versorgungsgerechtigkeit ist aufgrund der dualen Finanzierung eingeschränkt
- Der Handlungsdruck wird von den Kantonen insgesamt als eher gering eingeschätzt

8 Verwendete Quellen und Literatur

- BJ Bundesamt für Justiz (2011): Stellungnahme des Bundesamtes für Justiz zur Frage einer bundesrechtlichen Zweckbindung aus der Sicht des Bundesgesetzes vom 19. März 2004 über die Teilung eingezogener Vermögenswerte (Postulat 103007 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR vom 27. Januar 2010. Beschlagnahme Drogengelder für die Suchtrehabilitation), 31. August 2011
- Breyer Friedrich, Peter Zweifel und Mathias Kifmann (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Springer Berlin Heidelberg New York
- Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951 (Stand am 1. Juli 2011), SR 812.121
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2012), SR 832.10
- Delgrande Jordan Marina (2011): Stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Ergebnisse der KlientInnenbefragung act-info 2010. Deskriptive Statistik, Sucht Info Schweiz, September
- Eckmann Franziska (2009): Suchtbehandlung in Abhängigkeit. Die Entwicklung von Konsum, Zuweisung und Behandlungsangebot. Eine Präsentation anlässlich des Act info-Symposium vom 5. März 2009 in Bern, infodrog, März
- Eckmann Franziska (2010): Stationäre Suchttherapieinstitutionen: Auslastung und interkantonale Platzierungen in der Schweiz 2009. Bericht auf Basis der Belegungsstatistik der stationären Suchttherapieinstitutionen im Jahr 2009, infodrog, August
- Eckmann Franziska (2011): Stationäre Suchttherapieinstitutionen: Auslastung und interkantonale Platzierungen in der Schweiz 2010. Bericht auf Basis der Belegungsstatistik der stationären Suchttherapieinstitutionen im Jahre 2010, infodrog, Mai
- Eckmann Franziska und Ueli Simmel (2009): «Erosion der stationären Institutionen. Stationäre Suchttherapie – abnehmende Bedeutung eines einst zentralen Segments in der Suchthilfe.», *Sozialaktuell*, 1/2009, 17-19
- Frick Ulrich und Wulf Rössler (2003): «Finanzierungsmodelle und Anreizsysteme in der Suchtbehandlung aus deutscher und schweizerischer Perspektive», *Suchttherapie*, 4/2003, 18-24, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Herrmann Hannes, Oliver Güntzel, Ueli Simmel und Philippe Lehmann (1999): Stationäre Suchttherapie Schweiz: Angebot und Finanzierung. Gesamtschweizerische Erhebung bei Therapie-Institutionen im Alkohol- und Drogenbereich für die Jahre 1995 bis 1998, Bundesamt für Gesundheit, August
- Herrmann Hannes, Ueli Simmel, Alison Chisholm und Nicolas Dietrich (2006): Stationäre Suchttherapie Schweiz I Finanzierung. Gesamtschweizerische Erhebung bei stationären Suchttherapie-Einrichtungen für die Jahre 2004 und 2005, infodrog, September
- Herrmann Hannes, Ueli Simmel, Alison Chisholm, Nicolas Dietrich und Aline Keller (2006): Stationäre Suchttherapie Schweiz. Finanzierung. Gesamtschweizerische Umfrage bei stationären Suchttherapie-Einrichtungen für die Jahre 2004 und 2005, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern, Oktober
- Interkantonale Vereinbarung für Soziale Einrichtungen IVSE, 13.12.2002 (Stand 1.1.2008)
- Jegers Marc, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve und Willem Gilles (2002): «A typology for provider payment systems in health care», *Health Policy*, 60 (2002), 255-273
- Postulat Beschlagnahme Drogengelder für die Suchtrehabilitation (10.3007), Eingereicht von der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (98.450), 27.01.2010

Schaaf Susanne, Esther Grichting und Heidi Bolliger (2011): Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2010. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik, Prädiktoren für einen planmässigen Therapieabschluss, Zürich: ISGF

Schaub Michael, Maria Dickson-Spillmann und Stephan Koller (2011): Bedarfsabklärung zu Behandlungsangeboten für Personen mit Alkoholproblemen. Projekt im Auftrag von Infodrog, Zürich: ISGF

Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB) (Stand am 1. Januar 2012), SR 311.0

9 Anhang

9.1 Liste der befragte Expertinnen und Experten

Tabelle 8: Im Rahmen der Face-To-Face-Interviews befragte Expertinnen und Experten

Name	Institution
Peter Burkhard	fisu/fidé / Die Alternative, Ottenbach
Prof. Dr. Antonio Da Cunha	Université de Lausanne, Institut de géographie
Franziska Eckmann	Infodrog, Bern
Dr. Adrian Eichenberger	Sozialamt des Kantons Zürich
Michael Herzig	Sozialdepartement der Stadt Zürich
Markus Jann und René Stamm	Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen
Claudia Mettler	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Pascal Roduit	Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions CRIAD / Fondation le relais, Morges
Attilio Stoppa	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

Tabelle 9: Im Rahmen der Telefoninterviews befragte Expertinnen und Experten

Kanton	Name	Funktion
AG	Jürg Sigrist	KBS
AR	Damian Caluori	KBS
BE	Claudia Mettler	Wissenschaftliche Mitarbeiterin der KBS
BL	Joos Tarnutzer	KBS
BS	Eveline Bohnenblust	KBS
SG	Herbert Bamert	KBS
SO	Markus Schär	KBS
GE	Stephanie Codurey	Adj. Dr. des KBS

Abkürzungen: KBS = Kantonale/r Beauftragte/r für Suchtfragen

9.2 Detail-Ergebnisse der Online-Befragung der Kantone

Tabelle 10: In welchen Kantonen ist es in den letzten drei Budgetjahren (2009-2011) vorgekommen, dass Einrichtungen der stationären Suchthilfe mittels Objektfinanzierung mitfinanziert wurden?

	Objektfinanzierung ex ante oder ex post	Objektfinanzierung ex post ¹	Objektfinanzierung ex ante ²
Gruppe 1	10	8	7
AG	x	x	
AR	x	x	
BE	x	x	x
LU	x	x	
SG	x	x	x
SH	x	x	x
SZ ³			
TG	x	x	x
UR ⁴	x		x
ZG	x		x
ZH	x	x	x
Gruppe 2	4	3	2
BS			
FR	x	x	
GE	x		x
NW ³			
SO	x	x	
TI			
VD	x	x	x
Gruppe 3	1	1	0
BL			
GR			
JU			
VS	x	x	
Total	15	12	9

Notation: x = Kanton, in welchen es in den letzten drei Jahren mindestens einmal eine Objektfinanzierung gab

Fussnoten: ¹Objektfinanzierung ex post = Defizitfinanzierung; ²Objektfinanzierung ex ante = Investitionsbeiträge und andere klient/innenunabhängige Beiträge, die ex ante festgelegt sind und deshalb nicht vom Betriebsergebnis abhängen; ³In den Kantonen NW und SZ gibt es keine Einrichtungen der stationären Suchthilfe; ⁴Im Kanton UR gibt es keine Einrichtungen der stationären Suchthilfe, der Kanton UR leistet aber objektbezogene Beiträge ans Drogen Forum Innerschweiz

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

Tabelle 11: Finanzielle Lage der Einrichtungen der stationären Einrichtungen

	Keine Antwort	Es gibt auf unserem Kantonsgebiet keine Einrichtungen der stationären Suchthilfe	Das können wir nicht einschätzen / Wissen wir nicht	Die Einrichtungen auf unserem Kantonsgebiet haben derzeit keine Finanzierungs- probleme	Nur wenige Einrichtungen auf unserem Kantonsgebiet haben derzeit mit Finanzierungsproblemen zu kämpfen	Alle oder fast alle Einrichtungen auf unserem Kantonsgebiet haben derzeit mit Finanzierungsproblemen zu kämpfen
Gruppe 1	0	2	1	4	3	1
AG					x	
AR					x	
BE						x
LU				x		
SG					x	
SH				x		
SZ		x				
TG				x		
UR		x				
ZG				x		
ZH			x			
Gruppe 2	0	1	0	2	4	0
BS					x	
FR				x		
GE					x	
NW		x				
SO					x	
TI				x		
VD					x	
Gruppe 3	0	0	1	2	1	0
BL					x	
GR				x		
JU			x			
VS				x		
Total	0	3	2	8	8	1

Frage: «Wie beurteilt Ihr Kanton die Finanzierungsprobleme der Einrichtungen der stationären Suchthilfe, die sich auf Ihrem Kantonsgebiet befinden?»

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

Tabelle 12: Bewertung der Problemstellung «KVG-finanzierte vs. nicht-KVG-finanzierte Einrichtungen» durch die Kantone

	Keine Antwort	Kanton ist von der Problemstellung nicht tangiert	Tangiert; Handlungs- bedarf unklar	Tangiert; überhaupt kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher grosser Handlungs- bedarf	Tangiert; sehr grosser Handlungs- bedarf
Gruppe 1	0	5	0	0	1	3	2
AG						x	
AR							x
BE						x	
LU		x					
SG						x	
SH					x		
SZ							x
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH		x					
Gruppe 2	0	5	1	0	0	1	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW						x	
SO		x					
TI		x					
VD			x				
Gruppe 3	1	2	0	0	0	1	0
BL		x					
GR		x					
JU	x						
VS						x	
Total	1	12	1	0	1	5	2

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

Tabelle 13: Bewertung der Problemstellung «Freiwillige Therapie vs. Massnahme» durch die Kantone

	Keine Antwort	Kanton ist von der Problemstellung nicht tangiert	Tangiert; Handlungs- bedarf unklar	Tangiert; überhaupt kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher grosser Handlungs- bedarf	Tangiert; sehr grosser Handlungs- bedarf
Gruppe 1	2	4	3	0	0	1	1
AG			x				
AR							x
BE			x				
LU	x						
SG						x	
SH	x						
SZ		x					
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH			x				
Gruppe 2	0	5	1	0	1	0	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW					x		
SO			x				
TI		x					
VD		x					
Gruppe 3	0	4	0	0	0	0	0
BL		x					
GR		x					
JU		x					
VS		x					
Total	2	13	4	0	1	1	1

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

Tabelle 14: Bewertung der Problemstellung «Innerkantonale vs. ausserkantonale Platzierungen» durch die Kantone

	Keine Antwort	Kanton ist von der Problemstellung nicht tangiert	Tangiert; Handlungs- bedarf unklar	Tangiert; überhaupt kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher grosser Handlungs- bedarf	Tangiert; sehr grosser Handlungs- bedarf
Gruppe 1	0	8	2	0	1	0	0
AG					x		
AR		x					
BE			x				
LU		x					
SG		x					
SH		x					
SZ		x					
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH			x				
Gruppe 2	0	6	0	0	0	1	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW		x					
SO						x	
TI		x					
VD		x					
Gruppe 3	0	4	0	0	0	0	0
BL		x					
GR		x					
JU		x					
VS		x					
Total	0	18	2	0	1	1	0

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

Tabelle 15: Bewertung der Problemstellung «Zugang und Versorgungsgerechtigkeit» durch die Kantone

	Keine Antwort	Kanton ist von der Problemstellung nicht tangiert	Tangiert; Handlungs- bedarf unklar	Tangiert; überhaupt kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher grosser Handlungs- bedarf	Tangiert; sehr grosser Handlungs- bedarf
Gruppe 1	2	2	1	0	0	6	0
AG						x	
AR						x	
BE						x	
LU	x						
SG						x	
SH						x	
SZ						x	
TG		x					
UR		x					
ZG			x				
ZH	x						
Gruppe 2	1	3	1	0	1	1	0
BS					x		
FR			x				
GE		x					
NW						x	
SO	x						
TI		x					
VD		x					
Gruppe 3	0	1	0	0	1	1	1
BL						x	
GR							x
JU		x					
VS					x		
Total	3	6	2	0	2	8	1

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

Tabelle 16: Bewertung der Problemstellung «Objektfinanzierung» durch die Kantone

	Keine Antwort	Kanton ist von der Problemstellung nicht tangiert	Tangiert; Handlungs- bedarf unklar	Tangiert; überhaupt kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher grosser Handlungs- bedarf	Tangiert; sehr grosser Handlungs- bedarf
Gruppe 1	1	7	1	1	1	0	0
AG		x					
AR		x					
BE					x		
LU		x					
SG		x					
SH			x				
SZ		x					
TG		x					
UR		x					
ZG				x			
ZH	x						
Gruppe 2	0	5	0	0	0	2	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW						x	
SO						x	
TI		x					
VD		x					
Gruppe 3	0	3	0	0	1	0	0
BL					x		
GR		x					
JU		x					
VS		x					
Total	1	15	1	1	2	2	0

Quelle: BASS-Online-Befragung 2012, n=22

Tabelle 17: Bewertung der Problemstellung «Interkantonaler Wettbewerb» durch die Kantone

	Keine Antwort	Kanton ist von der Problemstellung nicht tangiert	Tangiert; Handlungs- bedarf unklar	Tangiert; überhaupt kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher grosser Handlungs- bedarf	Tangiert; sehr grosser Handlungs- bedarf
Gruppe 1	0	4	0	0	4	3	0
AG						x	
AR						x	
BE					x		
LU		x					
SG					x		
SH					x		
SZ							x
TG		x					
UR		x					
ZG					x		
ZH		x					
Gruppe 2	0	4	0	1	0	2	0
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW							x
SO							x
TI							
VD		x		x			
Gruppe 3	0	2	1	0	1	0	0
BL					x		
GR		x					
JU			x				
VS		x					
Total	0	10	1	1	5	5	0

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

Tabelle 18: Bewertung der Problemstellung «Indikation» durch die Kantone

	Keine Antwort	Kanton ist von der Problemstellung nicht tangiert	Tangiert; Handlungs- bedarf unklar	Tangiert; überhaupt kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher grosser Handlungs- bedarf	Tangiert; sehr grosser Handlungs- bedarf
Gruppe 1	0	6	0	0	1	3	1
AG						x	
AR							x
BE					x		
LU						x	
SG		x					
SH		x					
SZ						x	
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH		x					
Gruppe 2	0	4	0	0	2	1	0
BS		x					
FR						x	
GE					x		
NW		x					
SO					x		
TI		x					
VD		x					
Gruppe 3	0	4	0	0	0	0	0
BL		x					
GR		x					
JU		x					
VS		x					
Total	0	14	0	0	3	4	1

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone 2012, n=22

Tabelle 19: Bewertung der Problemstellung «Transparenz des Angebots» durch die Kantone

	Keine Antwort	Kanton ist von der Problemstellung nicht tangiert	Tangiert; Handlungs- bedarf unklar	Tangiert; überhaupt kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher grosser Handlungs- bedarf	Tangiert; sehr grosser Handlungs- bedarf
Gruppe 1	0	7	0	0	2	2	0
AG					x		
AR		x					
BE						x	
LU						x	
SG		x					
SH		x					
SZ					x		
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH		x					
Gruppe 2	0	2	0	0	1	4	0
BS						x	
FR						x	
GE					x		
NW						x	
SO						x	
TI		x					
VD		x					
Gruppe 3	2	2	0	0	0	0	0
BL		x					
GR	x						
JU	x						
VS		x					
Total	2	11	0	0	3	6	0

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone, n=22

Tabelle 20: Bewertung der Problemstellung «Tarifdifferenzierung» durch die Kantone

	Keine Antwort	Kanton ist von der Problemstellung nicht tangiert	Tangiert; Handlungs- bedarf unklar	Tangiert; überhaupt kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher kein Handlungs- bedarf	Tangiert; eher grosser Handlungs- bedarf	Tangiert; sehr grosser Handlungs- bedarf
Gruppe 1	2	8	0	0	0	1	0
AG		x					
AR		x					
BE						x	
LU		x					
SG	x						
SH		x					
SZ		x					
TG		x					
UR		x					
ZG		x					
ZH	x						
Gruppe 2	0	5	0	0	1	0	1
BS		x					
FR		x					
GE		x					
NW							x
SO					x		
TI		x					
VD		x					
Gruppe 3	0	3	0	0	0	1	0
BL		x					
GR						x	
JU		x					
VS		x					
Total	2	16	0	0	1	2	1

Quelle: BASS-Online-Befragung der Kantone, n=22

Tabelle 21: Bewertung der Handlungsoption «Vereinheitlichung der Finanzierung der stationären Suchthilfe» durch die Kantone

	Zweckmässigkeit der Handlungsoption: Die Handlungsoption trägt...						Haltung des Kantons gegenüber der Handlungsoption				
	Keine Antwort	...überhaupt nichts zur Verbesserung bei	...kaum etwas zur Verbesserung bei	...eher zur Verbesserung bei	...sehr viel zur Verbesserung bei	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen	Keine Antwort	Zustimmende Haltung	Ablehnende Haltung	Haltung noch unklar	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen
Gruppe 1	0	0	2	4	3	2	0	5	1	3	2
AG				x				x			
AR					x			x			
BE					x			x			
LU				x							x
SG					x			x			
SH				x				x			
SZ				x						x	
TG			x							x	
UR						x					x
ZG			x						x		
ZH						x				x	
Gruppe 2	0	2	1	1	1	2	0	0	2	4	1
BS		x							x		
FR			x							x	
GE						x					x
NW					x					x	
SO				x						x	
TI						x				x	
VD		x							x		
Gruppe 3	0	1	0	2	1	0	0	2	1	1	0
BL					x			x			
GR				x						x	
JU		x							x		
VS				x				x			
Total	0	3	3	7	5	4	0	7	4	8	3

Quelle: BASS-Online-Befragung 2012, n=22

Tabelle 22: Bewertung der Handlungsoption «Leitlinien zur Finanzierung der stationären Suchthilfe» durch die Kantone

	Zweckmässigkeit der Handlungsoption: Die Handlungsoption trägt...						Haltung des Kantons gegenüber der Handlungsoption				
	Keine Antwort	...überhaupt nichts zur Verbesserung bei	...kaum etwas zur Verbesserung bei	...eher zur Verbesserung bei	...sehr viel zur Verbesserung bei	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen	Keine Antwort	Zustimmende Haltung	Ablehnende Haltung	Haltung noch unklar	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen
Gruppe 1	1	2	1	2	1	4	2	0	1	7	1
AG		x								x	
AR				x						x	
BE										x	
LU				x						x	
SG	x						x				
SH		x							x		
SZ					x		x				
TG										x	
UR											x
ZG			x							x	
ZH										x	
Gruppe 2	0	1	2	2	0	2	0	2	1	2	2
BS			x							x	
FR			x							x	
GE											x
NW											x
SO				x				x			
TI				x				x			
VD		x							x		
Gruppe 3	0	0	0	2	0	2	0	1	0	1	2
BL				x				x			
GR				x							x
JU										x	
VS											x
Total	1	3	3	6	1	8	2	3	2	10	5

Quelle: BASS-Online-Befragung 2012, n=22

9 Anhang

Tabelle 23: Bewertung der Handlungsoption «Regionale Indikationsstellen» durch die Kantone

	Existenz zentraler Indikationsstellen	Zweckmässigkeit der Handlungsoption: Die Handlungsoption trägt...						Haltung des Kantons gegenüber der Handlungsoption				
		Keine Antwort	...überhaupt nichts zur Verbesserung bei	...kaum etwas zur Verbesserung bei	...eher zur Verbesserung bei	...sehr viel zur Verbesserung bei	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen	Keine Antwort	Zustimmende Haltung	Ablehnende Haltung	Haltung noch unklar	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen
Gruppe 1		1	0	3	3	1	3	1	0	1	6	3
AG		x									x	
AR	x						x					x
BE	(x) ¹						x					x
LU	x						x					x
SG				x							x	
SH	x											x
SZ								x				
TG				x							x	
UR												x
ZG				x							x	
ZH												x
Gruppe 2		0	3	1	0	1	2	0	0	3	4	0
BS	x		x							x		
FR	(x) ²											x
GE												x
NW	x							x				x
SO				x								x
TI	x		x								x	
VD	x		x								x	
Gruppe 3		0	1	0	2	1	0	0	2	1	1	0
BL	x						x			x		
GR								x				x
JU			x								x	
VS	x						x			x		
Total		1	4	4	5	3	5	1	2	5	11	3

Fussnoten: ¹Zurzeit gibt es ein Pilotprojekt einer zentralen Indikationsstelle in der Stadt Bern. Bei Erfolg soll das Konzept auf den ganzen Kanton ausgeweitet werden; ²Im Kanton Fribourg ist man daran, eine zentrale Indikationsstellen aufzubauen
 Quelle: BASS-Online-Befragung 2012, n=22

Tabelle 24: Bewertung der Handlungsoption «fidu/fisé revisited» durch die Kantone

	Zweckmässigkeit der Handlungsoption: Die Handlungsoption trägt...						Haltung des Kantons gegenüber der Handlungsoption				
	Keine Antwort	...überhaupt nichts zur Verbesserung bei	...kaum etwas zur Verbesserung bei	...eher zur Verbesserung bei	...sehr viel zur Verbesserung bei	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen	Keine Antwort	Zustimmende Haltung	Ablehnende Haltung	Haltung noch unklar	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen
Gruppe 1	1	2	2	3	1	2	0	1	2	6	2
AG	x									x	
AR				x						x	
BE					x			x			
LU				x							x
SG			x							x	
SH		x							x		
SZ						x				x	
TG		x								x	
UR						x					x
ZG			x						x		
ZH				x						x	
Gruppe 2	0	2	0	2	0	3	0	2	2	1	2
BS		x							x		
FR						x				x	
GE						x					x
NW						x					x
SO				x				x			
TI				x				x			
VD		x							x		
Gruppe 3	1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	1
BL						x		x			
GR	x									x	
JU						x					x
VS		x							x		
Total	2	5	2	5	1	7	0	4	5	8	5

Quelle: BASS-Online-Befragung 2012, n=22

Tabelle 25: Bewertung der Handlungsoption «Innovationsfonds» durch die Kantone

	Zweckmässigkeit der Handlungsoption: Die Handlungsoption trägt...						Haltung des Kantons gegenüber der Handlungsoption				
	Keine Antwort	...überhaupt nichts zur Verbesserung bei	...kaum etwas zur Verbesserung bei	...eher zur Verbesserung bei	...sehr viel zur Verbesserung bei	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen	Keine Antwort	Zustimmende Haltung	Ablehnende Haltung	Haltung noch unklar	Keine Meinung/ Können wir nicht beurteilen
Gruppe 1	0	4	2	2	1	2	0	0	4	6	1
AG		x								x	
AR					x					x	
BE		x							x		
LU				x							x
SG			x							x	
SH		x							x		
SZ						x				x	
TG		x								x	
UR						x			x		
ZG			x						x		
ZH				x						x	
Gruppe 2	0	2	2	0	1	2	1	1	1	1	3
BS					x			x			
FR			x							x	
GE						x					x
NW						x					x
SO		x					x				
TI			x								x
VD		x							x		
Gruppe 3	1	0	1	0	0	2	0	0	0	3	1
BL			x							x	
GR	x									x	
JU						x				x	
VS						x					x
Total	1	6	5	2	2	6	1	1	5	10	5

Quelle: BASS-Online-Befragung 2012, n=22

9.3 Zusätzliche Tabellen

Tabelle 26: Herkunft und Bestimmungsort der Platzierten pro Kanton im Jahr 2010

	Herkunftskanton der KlientInnen																				Total								
	k.A.	AG	AI	AR	BE	BL	BS	FR	GE	GL	GR	JU	LU	NE	NW	OW	SG	SH	SO	SZ		TG	TI	UR	VD	VS	ZG	ZH	
Sitz der suchtherapeutischen Einrichtung	AG	76			1	5	5				1	5		1	1	5	4	7	3	5		3				1	12	135	
	AI																												
	AR	2		1	2	1	2	1		1							10				7		1		1	2	1	32	
	BE		2			14		5	5			1	2	2			4		3		1	2			1		1	193	
	BL						16	15																	2			33	
	BS		2			2	11	11				1							3									30	
	FR					1			60	4															1			66	
	GE									86														1				87	
	GL																												
	GR																												
	JU					7	2					22		1														32	
	LU					1	2	3					17			2	2				1					1		29	
	NE								4	7				54								1		1				67	
	NW																												
	OW																												
	SG				2												46	1		1							4	54	
	SH																												
	SO		1			7	3	8	1		1	5					2		9								6	43	
	SZ																												
	TG																												
	TI	1															1					92					2	96	
	UR																												
	VD					9		2	3	23		2		1										264	8			312	
	VS	3				1			3	14												1		8	135			165	
	ZG		1				1	1					2						3							2	2	12	
	ZH		5			2	4	6	1		1	4		1			10	4	1	3	1		1		2	5	144	196	
	Total	6	87	1	4	196	46	57	77	134	2	6	25	33	58	2	3	80	9	26	7	15	96	5	274	150	11	172	1582

Quelle: Eckmann (2011: Tab. Anhang 2 auf S. 12); Darstellung BASS

Tabelle 27: Import und Export der Kantone von Leistungen der stationären Suchthilfe im Jahr 2010

	Anzahl Eintritte von KlientInnen des Kantons			Anzahl Eintritte in Einrichtungen des Kantons			Kennzahlen zu Import, Export und Nettoexport			
	Total	Innerkantonale Platzierungen	Import (Ausserkantonale Platzierungen) ¹	Total	KlientInnen aus dem eigenen Kanton	Export (KlientInnen aus Fremdkantonen)	Nettoexporte (Export-Import)	Anteil innerkantonomer Platzierungen	Anteil ausserkantonomer Platzierungen	Anteil der KlientInnen aus Fremdkantonen
k.A.	6		6	0	0	0	-6	0%	100%	n/a
AG	87	76	11	135	76	59	48	87%	13%	44%
AI	1	0	1	0	0	0	-1	0%	100%	n/a
AR	4	2	2	32	2	30	28	50%	50%	94%
BE	196	164	32	193	164	29	-3	84%	16%	15%
BL	46	16	30	33	16	17	-13	35%	65%	52%
BS	57	11	46	30	11	19	-27	19%	81%	63%
FR	77	60	17	66	60	6	-11	78%	22%	9%
GE	134	86	48	87	86	1	-47	64%	36%	1%
GL	2	0	2	0	0	0	-2	0%	100%	n/a
GR	6	0	6	0	0	0	-6	0%	100%	n/a
JU	25	22	3	32	22	10	7	88%	12%	31%
LU	33	17	16	29	17	12	-4	52%	48%	41%
NE	58	54	4	67	54	13	9	93%	7%	19%
NW	2	0	2	0	0	0	-2	0%	100%	n/a
OW	3	0	3	0	0	0	-3	0%	100%	n/a
SG	80	46	34	54	46	8	-26	58%	43%	15%
SH	9	0	9	0	0	0	-9	0%	100%	n/a
SO	26	9	17	43	9	34	17	35%	65%	79%
SZ	7	0	7	0	0	0	-7	0%	100%	n/a
TG	15	0	15	0	0	0	-15	0%	100%	n/a
TI	96	92	4	96	92	4	0	96%	4%	4%
UR	5	0	5	0	0	0	-5	0%	100%	n/a
VD	274	264	10	312	264	48	38	96%	4%	15%
VS	150	135	15	165	135	30	15	90%	10%	18%
ZG	11	2	9	12	2	10	1	18%	82%	83%
ZH	172	144	28	196	144	52	24	84%	16%	27%
Total	1582	1146	436	1582	1146	436	0	72%	28%	28%

Anmerkungen: ¹Wenn ein Kanton eine/n Klienten/in in einer ausserkantonomalen Einrichtung platziert, liegt aus ökonomischer Sicht ein **Import** von Leistungen vor. Wenn in einer Einrichtung ein/e ausserkantonomale/r Klient/in platziert wird, liegt aus Sicht des Kantons, in welchem die Einrichtung lokalisiert ist, ein **Export** von Leistungen der stationären Suchthilfe vor
Quelle: Eckmann (2011); Berechnungen und Darstellung BASS

9 Anhang

Tabelle 28: Hauptsächlich zuweisende Instanzen in Bezug auf die Eintritte in stationäre suchtherapeutische Einrichtungen im Jahr 2010

Art der Einrichtung	Alle stationären Einrichtungen		Stationäre Einrichtungen, die auf die Behandlung von Problemen mit illegalen Drogen spezialisiert sind		KlientInnen Total		Stationäre Einrichtungen, die auf die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenproblemen spezialisiert sind		KlientInnen mit Hauptproblem Alkohol		KlientInnen mit Hauptproblem illegale Drogen	
	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %
Quelle	act-info-FOS 2010 und act-info-Residalc 2010 Universum: 70 Einrichtungen Rücklauf: 59 Einrichtungen Anzahl Eintritte: 1'976 Anzahl Austritte: 2'070		act-info -FOS 2010 Universum: 50 Einrichtungen Rücklauf: 44 Einrichtungen Anzahl Austritte: 594 Anzahl Eintritte: 482						act-info -Residalc 2010 Universum: 21 Einrichtungen Rücklauf: 16 Einrichtungen Anzahl Austritte: 1476 Anzahl Eintritte: 1494			
Art des/r KlientIn	KlientInnen Total		KlientInnen Total		KlientInnen Total		KlientInnen mit Hauptproblem Alkohol		KlientInnen mit Hauptproblem illegale Drogen			
Zuweisende Instanz	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %
Eigeninitiative	934	47.0%	234	41.9%	700	49.0%	599	47.3%	45	57.7%		
Familie	152	7.6%	43	7.7%	109	7.6%	96	7.6%	7	9.0%		
PartnerIn	99	5.0%	12	2.2%	87	6.1%	84	6.6%	3	3.8%		
FreundInnen/ KollegInnen/ Bekannte	32	1.6%	13	2.3%	19	1.3%	18	1.4%	0	0.0%		
ArbeitgeberIn	40	2.0%	2	0.4%	38	2.7%	38	3.0%	0	0.0%		
Arztpraxis	96	4.8%	8	1.4%	88	6.2%	82	6.5%	2	2.6%		
auf Sucht spezialisierte ambulante Institution	126	6.3%	47	8.4%	79	5.5%	74	5.8%	4	5.1%		
auf Sucht spezialisierte stationäre Institution	81	4.1%	24	4.3%	57	4.0%	54	4.3%	1	1.3%		
Spital/ Klinik	152	7.6%	21	3.8%	131	9.2%	121	9.6%	5	6.4%		
Sozialdienste	82	4.1%	35	6.3%	47	3.3%	43	3.4%	2	2.6%		
Verurteilung/ Massnahme/ Verwalltung/ Justizbehörden	153	7.7%	106	19.0%	47	3.3%	40	3.2%	7	9.0%		
Andere Instanzen	40	2.0%	13	2.3%	27	1.9%	18	1.4%	2	2.6%		
Total	1'987	100.0%	558	100.0%	1'429	100.0%	1'267	100.0%	78	100.0%		
keine Angaben	101	4.8%	36	6.1%	65	4.4%	58	4.4%	5	6.0%		
Anzahl Eintritte	2'088		594		1'494		1'325		83			

Quelle: act-info-FOS (Antworten von 44 von 50 stationären Einrichtungen mit 482 Eintritten im 2010, vgl. Schaaf et al. 2011, Tab. A7 im Anhang) und act-info-Residalc (Antworten von 16 von 21 Einrichtungen mit 1'494 Eintritten im 2010, vgl. Delgrade Jordan 2011, 15); Darstellung BASS