



Stationäre Suchttherapie Schweiz | Finanzierung

Gesamtschweizerische Umfrage bei stationären Suchttherapie-Einrichtungen
für die Jahre 2004 und 2005

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
Basel, Bern | Oktober 2006

info
coordination intervention suisse
drog

Eigerplatz 5
CH-3000 Bern 14
Telefon +41(31)-376 04 01
Telefax +41(31)-376 04 04
www.infodrog.ch
office@infodrog.ch

Stationäre Suchttherapie Schweiz | Finanzierung

Gesamtschweizerische Umfrage bei stationären Suchttherapie-Einrichtungen für die Jahre 2004 und 2005

Hannes Herrmann, Ueli Simmel, Alison Chisholm, Nicolas Dietrich, Aline Keller

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG

Auskünfte

Bundesamt für Gesundheit

NPP, Sektion Drogen

Markus Jann

Tel ++41 (0) 31 323 87 14

Fax ++41 (0) 31 323 87 89

Wir danken allen beteiligten MitarbeiterInnen der Suchttherapieinstitutionen für die mit der Beantwortung der Umfrage verbundene Mehrarbeit.

Bern, Oktober 2006

Inhaltsverzeichnis

1 Eckwerte.....	3
2 Einleitung und Übersicht.....	4
3 Zusammenfassung.....	5
3.1 Bund, Kantone, Gemeinden und Private als Kostenträger	5
3.2 Aktuelle Problembereiche und Tendenzen.....	5
3.3 Einrichtungen der stationären Suchttherapie als Leistungserbringer.....	6
3.4 Bis 1995 Ausweitung des Angebots und zunehmender Preisdruck.....	6
3.5 Seit 1999 erhebliche Reduktion des Angebots.....	7
3.6 Seit 2003 Übergang zu kostendeckenden Tagespauschalen.....	7
3.7 Umfassende volkswirtschaftliche Sicht fehlt.....	8
4 Schlussfolgerungen.....	9
5 Datenbasis.....	11
5.1 Ziel und Fragestellung	11
5.2 Beteiligte, Arbeits- und Zeitplan.....	11
5.3 Stichprobenbildung/Datenerhebung.....	11
5.4 Datenerfassung, Plausibilitätskontrolle und Recodierung	12
5.5 Datenanalyse	13
5.6 Einschränkende Bemerkung.....	13
6 Einrichtungen der stationären Suchttherapie.....	15
6.1 Einleitung.....	15
6.2 Verteilung der Einrichtungen über die Kantone.....	15
6.3 Platzangebot.....	16
6.4 Stellenangebot und Beschäftigung	17
6.5 Betreuungsverhältnis.....	17
7 Einnahmen der Einrichtungen	18
7.1 Einleitung.....	18
7.2 Gesamteinnahmen und Übersicht über alle Kostenträger.....	18
7.3 Einnahmen aus Beiträgen der Kantone.....	21
7.4 Einnahmen aus Beiträgen der Gemeinden.....	22
7.5 Einnahmen aus Beiträgen von Privaten inklusive Krankenversicherer.....	23
7.6 Taggelder	23
8 Ausgaben der Einrichtungen.....	25
8.1 Gesamtausgaben und Übersicht über die Kostenstellen.....	25
8.2 Gesamtausgaben pro Therapieplatz.....	25
8.3 Personalaufwand.....	25
8.4 Sach- und Betriebsaufwand.....	26
8.5 Verhältnis von Einnahmen zu Ausgaben (Betriebsergebnis).....	26
8.6 Personalaufwand pro Vollzeitstelle.....	28

1 Eckwerte

Institutionsgrösse

- Das am häufigsten verzeichnete Platzangebot pro Einrichtung lag zwischen 15 und 20 Plätzen (die Hälfte bot weniger als 14 Plätze an; Min. 3 Plätze, / Max. 74 Plätze). Institutionen mit Alkohol-Klientel sind bezügl. Platzangebot i.d.R. grösser als reine „Drogeninstitutionen“.

Personalschlüssel

- Die Anzahl Vollzeitstellen ging von 2004 bis 2005 um 3 % zurück, die Anzahl Beschäftigte stieg um 1 %. Der durchschnittliche Beschäftigungsgrad hat von 2004 bis 2005 von 71% auf 67% abgenommen

- Das Verhältnis Betreuung zu Verwaltung liegt im Schnitt bei 75:25 (mit erheblicher Streuung).
- Das Betreuungsverhältnis Mitarbeitende zu KlientInnen ist im Schnitt 1:2 (mit erheblicher Streuung)

Einnahmen

- Für einen Therapieplatz wurde den Kostenträgern 2005 von den Einrichtungen durchschnittlich Fr. 116'000 in Rechnung gestellt (Min.=Fr. 56'000 / Max.=Fr. 200'000).
- Der Grossteil der untersuchten Einrichtungen nahm 2005 zwischen 1.25 und 1.5 Mio. Franken ein.
- **Klientenbezogene Einnahmen** von diversen Kostenträgern machten 2005 durchschnittlich **67%** aus. Der Grossteil dieser klientenbezogenen Einnahmen stammte 2005 von den Gemeinden und den Kantonen in der Form finanzieller Sozialhilfe (rund 80%). Der Rest stammte aus Beiträgen von Krankenversicherern, von Subventionen aus Fremdkantonen oder von Beiträgen Privater aus Fremdkantonen (rund 20%).
- **Institutionsbezogene Einnahmen** von diversen Kostenträgern machten 2005 durchschnittlich **33%** aus. Der wesentliche Teil dieser institutionsbezogenen Einnahmen stammte 2005 aus Defizitdeckungen und leistungsgebundenen Subventionen der Sitzkantone und ihrer Gemeinden (57%) sowie aus IV-Beiträgen des BSV (13%).
- Die Einrichtungen und ihre Trägerschaften selbst steuerten 2005 **Eigenleistungen** im Umfang von **22%** bei. Alle anderen institutionsbezogenen Einnahmen machten 2005 zusammengefasst noch 8% aus.

Ausgaben

- Die Institutionen verwendeten ihre Einnahmen 2005 weitgehend zur Deckung der Personalkosten (66%) sowie für Sach- und Betriebsaufwand (32%). Aufwendungen für Investitionen und Zins (1%) sowie zur Bildung von Reserven (<1%) sind dazu im Vergleich vernachlässigbar.
- Die Gesamtausgaben der Einrichtungen nahmen von 2004 bis 2005 im Durchschnitt um rund 1% leicht ab.
- Im Durchschnitt kostete ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin 2005 pro Vollzeitstelle rund 112'700 Franken. Unter Annahme von ca. 15% Sozial- und Versicherungsabzügen entsprach das – bei 100% Beschäftigung – einem durchschnittlichen Jahres-Bruttolohn von rund Fr. 95'800 (oder Fr. 7'960 pro Monat). Der Median ist tiefer als der arithmetische Durchschnitt: die Hälfte der untersuchten Einrichtungen wiesen unter 106'732 Franken Personalaufwand pro Vollzeitstelle aus.

Taggelder

- Die den Kostenträgern verrechneten Einheitstaxen lagen 2005 im Durchschnitt bei rund 300 Franken pro Tag und Therapieplatz (Min.=Fr. 168 / Max.=Fr. 434). Die Ansätze variieren stark in Abhängigkeit vom spezifischen Angebot der Einrichtung (Art der Betreuung, Betreuungsverhältnis, Art der Klientel etc.).
- Die eine Hälfte der Einrichtungen verlangte 2005 mehr als Fr. 325 pro Tag (Median), die andere Hälfte weniger.
- Die Taggelder für KlientInnen mit gerichtlicher Massnahme waren bei gleichem Leistungsangebot in Therapie und Betreuung um rund 35% höher als für KlientInnen in freiwilliger Therapie.

Stationäre Suchttherapie Schweiz (Hochrechnung 2005)

Anzahl Einrichtungen: 73

Platzangebot: ~ 1'290 Therapieplätze

Arbeitsplätze: ~ 875 Vollzeitstellen

Personalbestand: ~ 1'315 MitarbeiterInnen

Brutto-Lohnsumme: ~ 95 Mio. Franken

Gesamtumsatz: ~ 139.5 Mio. Franken

davon sind

Kantonsbeiträge: ~ 67 Mio. Franken

Gemeindebeiträge: ~ 41 Mio. Franken

Private (inkl. KK), **Träger:** ~ 26 Mio. Franken

IV-Beiträge (BSV): ~ 5.5 Mio. Franken

2 Einleitung und Übersicht

Anfangs 1996 traf das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) den Entscheid, Leistungen der Invalidenversicherung im Bereich der stationären Suchttherapie künftig konsequent nach geltendem Recht im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes auszurichten. Damit sollte der gültigen Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nachgekommen und eine nach eigener Darstellung in der Vergangenheit zu grosszügige und nicht immer gesetzeskonforme Leistungspraxis korrigiert werden. Die Auswirkungen zeigten sich schnell: zahlreiche Einrichtungen sahen sich mit zum Teil gravierenden Finanzierungsproblemen konfrontiert; allein 1999 stellten 19 Institutionen den Betrieb ein. Für diese Institutionen kamen die von Bundesrätin R. Dreifuss eingeleiteten Kriseninterventionsmassnahmen zu spät. Immerhin wurden vom Parlament zwischen 1998 und 2001 insgesamt 48 Mio. Fr. als Überbrückungsfinanzierung bis zum Greifen eines parallel in Auftrag gegebenen Finanzierungsmodells sowie zur Kompensation der Mindereinnahmen in Folge der Praxisänderung der IV bereitgestellt. Wenigstens liquiditätsbedingte Schliessungen sollten so vermieden werden. Die Schliessungswelle ebte denn auch in den Folgejahren ab. Bis Ende 2005 haben insgesamt 44 stationäre Angebote den Betrieb aufgegeben oder sich anderen Zielgruppen zugewendet.

Das aus den Vorarbeiten resultierende und den Kantonen im September 2003 vorgeschlagene Finanzierungsmodell (FiSu) wurde in einem Kanton (TI) angenommen und in 11 Kantone abgelehnt. Die 14 verbleibenden Kantone äusserten sich nicht zum Modellvorschlag. Das tiefgreifende Reformpaket als Ganzes wurde damit nicht angenommen.

Hingegen wurden in verschiedenen Kantonen einzelne Teile des Pakets in die Versorgungsplanung betreffend stationäre Angebote für Suchtmittel-Konsumierende integriert. Eine Folge der FiSu-Pilotversuche ist das Sichtbarmachen der tatsächlichen mit der Leistungserbringung verbundenen Kosten und damit das Aufzeigen der Kostenwahrheit für stationäre Aufenthalte gegenüber den Kostenträgern.

In den allermeisten Kantonen wurden die Tagespauschalen in Richtung kostendeckende Tarife angehoben. Die Kehrseite der Medaille zeigt sich aber jetzt in der abnehmenden Bereitschaft, die bei Mittel- und Langzeit-Therapieaufenthalten anfallenden Kosten zu übernehmen. Einer der Gründe dafür dürfte darin zu sehen sein, dass bei stationären Aufenthalten immer die Gesamtkosten pro Tag sichtbar und bei einem einzelnen Kostenträger anhängig werden, während bei Nicht-24-Stunden-Konzepten (wie Tageskliniken, Ambulatorien, betreute Wohnformen und ähnliches) die tatsächlich pro Person anfallenden Tageskosten auf verschiedene Leistungserbringer verteilt sind und somit pro Einzelangebot betrachtet vordergründig geringer sind. Die kumulierten Tageskosten sind dann für die (verschiedenen) Kostenträger nicht von Interesse.

In einigen Kantonen sind die Gemeinden die alleinigen Kostenträger und es ist offensichtlich, dass gerade in kleineren Gemeinden die Kosten für nur schon eine stationäre Platzierung das Sozialhilfebudget massiv belasten kann. Vor diesem Hintergrund ist es erklärbar, wenn versucht wird, zunächst anderweitig finanzierte Möglichkeiten zu nutzen. Welche Ziele mittel- und langfristig erreicht werden, steht zu diesem Zeitpunkt jedoch oft nicht zur Debatte.

Für stationäre Einrichtungen aber sind genügende Auslastungsziffern betriebswirtschaftlich entscheidend. Hier schliesst sich der Kreis: können die KlientInnen nicht eintreten, steigt das Risiko mangelnder Liquidität und damit droht das finanzielle Aus. Personalabbau und grosszügigere Aufnahmepraxis in Bezug auf die Zielgruppen sind die gängigsten Reaktionen, Qualitäts- und Profilverlust folgen meist mit etwas Verzug.

Zwar bewegt sich die Auslastung der Einrichtungen derzeit noch auf einem akzeptablen Niveau. Da heute aber rund 350 Plätze weniger zur Verfügung als noch vor 6 Jahren, kann dies nicht wirklich überraschen. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Abklärungen zeigen, besteht ein erhebliches Risiko, dass ohne Massnahmen zur Sicherung der Finanzierung die Versorgungsqualität und Versorgungsgerechtigkeit mittelfristig nicht gewährleistet werden können.

3 Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht zur Finanzierung von Einrichtungen der stationären Suchttherapie geht auf folgende Aspekte ein:

- **Komplexe Finanzierungsbedingungen**
- **Institutionen als Leistungserbringer in der Versorgungsstruktur**
- **Einnahmen und Finanzierungsgrundlagen**
- **Ausgaben und Mittelverwendung**

3.1 Bund, Kantone, Gemeinden und Private als Kostenträger

Die Finanzierung stationärer Rehabilitations- und Therapieaufenthalte sowie der dafür nötigen Institutionen erfolgt nach wie vor in einem komplexen „Zuständigkeitsmix“:

- Die Kantone und Gemeinden übernehmen im Rahmen ihrer Sozial- und Fürsorgegesetzgebung mit individuellen Unterstützungsbeiträgen an die KlientInnen den grössten Teil der Behandlungskosten, teilweise fliessen auch andere Betriebsbeiträge an die Einrichtungen (z.B. im Rahmen von Institutions-bezogenen Beiträgen in Form von Defizitbeteiligungen oder auf der Basis von Leistungsvereinbarungen).
- Das eidgenössische Betäubungsmittelgesetz sowie das schweizerischen Strafgesetz ermöglicht auch den Strafvollzug als gerichtlich verfügte Massnahme in einer Therapieeinrichtung. Für diese Kosten kommen die Kantone alleine auf, die Gemeinden werden dabei entlastet. Ein Rückgriff auf die verurteilte Person erfolgt nicht.
- Weitere Anteile der Finanzierung übernehmen die Eidgenössische Invalidenversicherung IV im Rahmen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung IVG. Auffälligste Entwicklung in diesem Bereich ist seit 1998 die Reduktion der nach Art. 73 IVG geleisteten Beiträge - mit Konsequenzen für die stationären Suchttherapie-Einrichtungen (vgl. Abb. 1).
- Die privaten Krankenversicherer übernehmen ebenfalls Kostenanteile im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes KVG. Deren Beiträge betreffen im Wesentlichen aber diejenigen Institutionen, die auf den kantonalen Spitallisten figurieren, in aller Regel also Entzugskliniken oder spezialisierte Abteilungen in Allgemeinen oder Psychiatrischen Kliniken.
- Die Institutionen ihrerseits steuern in Form von Eigenleistungen (aus Fundraising, Verkauf eigener Produkte und Dienstleistungen usw., aber auch durch geldwertes ehrenamtliches Engagement ihrer Trägerschaften) einen namhaften Anteil zur Finanzierung der stationären Suchttherapie bei.
- Die Betroffenen (und/oder deren Angehörige) selbst werden im Rahmen der sozialhilfe- und zivilrechtlichen Regelungen zur Kostenbeteiligung verpflichtet. Je nach Kanton und Gemeinde reicht dies vom Vermögensverzehr zum Zweck der Allein- oder Mitfinanzierung bis hin zur Verwandtenunterstützung.

3.2 Aktuelle Problembereiche und Tendenzen

In letzter Zeit hat die Bereitschaft der verschiedenen Kostenträger, Kostenübernahmegarantien für stationäre Rehabilitations- und Therapieaufenthalte zu leisten, deutlich abgenommen. Abgeleitet werden kann dies aus den immer höher gesteckten Vorbedingungen (Vermögensverzehr zur Mitfinanzierung), den zunehmend restriktiven Rahmenbedingungen für die Zusprechung dieser Kostengutsprachen (z.B. Laufzeitbegrenzung auf wenige Monate) oder der zunehmenden Rückforderung via Verwandtenunterstützung (nach Art. 328, 329 ZGB).

Ein fachlicher Hintergrund für derartige Restriktionen wie z.B. die Herstellung eines Bezugs zu den zu erreichenden Zielsetzungen eines stationären Aufenthalts ist nicht auszumachen. Die Vermutung drängt sich deshalb auf, dass hier finanzielle Überlegungen eine entscheidende Rolle spielen. Bedenklich stimmen muss jedenfalls, wenn selbst spezialisierte Suchtberatungsstellen mit einer fachlich fundierten Indikationsstellung eine Kostengutsprache nur noch mit enormem administrativem Aufwand (z.B. mehrfa-

che Berichterstattungen und wiederholte Abklärungen) erwirken können oder bei den Kostenträgern überhaupt kein Gehör mehr finden.

Damit wird allenfalls eine Verlagerung der Lasten auf andere Kostenträger erreicht (z.B. auf die Krankenversicherungen über die Medizinalisierung der Suchthilfe). Ausstiegs- und entwicklungsorientierte Angebote werden als Optionen eingeschränkt. Welche Auswirkungen diese Haltung auf die Entwicklung des Suchthilfeangebots in seiner Gesamtheit, auf dessen Qualität und Wirkung, aber auch auf die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten oder die vermehrte Belastungen für die öffentliche Hand haben wird, ist derzeit noch nicht absehbar.

3.3 Einrichtungen der stationären Suchttherapie als Leistungserbringer

Die Versorgung betroffener Personen fällt nach eidgenössischem Betäubungsmittelgesetz (Art. 15a) in die Zuständigkeit der Kantone, wobei kantonal unterschiedlichste Versorgungskonzepte bestehen. Eine kantonsübergreifende Planung besteht praktisch nicht, eine kantonsübergreifende Nutzung hängt derzeit stark davon ab, ob ein Kanton über eigene Angebote verfügt oder nicht. Die Belegung der eigenen Kapazitäten steht momentan vielerorts im Vordergrund.

Ursachen und Verlaufsformen einer Suchtmittelabhängigkeit sind sehr unterschiedlich. Es braucht eine Vielfalt von Therapieangeboten sowie ein umfassendes Behandlungsnetz, um möglichst viele Suchtmittelabhängige ansprechen und die verschiedenen Behandlungserfordernisse abdecken zu können. Bei den Leistungserbringern stehen die Einrichtungen der stationären Suchttherapie in den beiden Bereichen Alkohol und (illegale) Drogen traditionell zwischen Entzugs- und Übergangsangeboten auf der einen, ambulanten Angeboten und Nachsorge-/Integrationsangeboten auf der anderen Seite. Dazu kommen Institutionen, die eine gemischte Klientel aufnehmen (Alkoholranke, von anderen oder von verschiedenen Suchtmitteln Abhängige ebenso wie Personen mit einer zusätzlichen psychiatrischen Diagnose). Konzeptionell bieten die stationären Einrichtungen heute ein breites Spektrum von ausstiegs- und entwicklungsorientierten Angeboten, ohne oder mit Substitutionsmöglichkeit.

In den letzten Jahren begann sich diese klassische Kategorisierung allerdings zunehmend zu verwischen. Sowohl Alkohol- wie auch Drogentherapieeinrichtungen nehmen immer häufiger KlientInnen mit der jeweils „anderen“ Problematik auf. Diese Entwicklung ist zumindest teilweise auf die zunehmend feststellbare Polytoxikomanie mit entsprechendem Mischkonsum psychoaktiver Substanzen zurückzuführen. Fragen der Bettenauslastung dürften bei solchen Aufnahmeentscheidungen aber auch eine Rolle spielen.

Gerade im strukturell aufwändigeren stationären Bereich mit seinen 24-Stunden-Konzepten ist es wichtig, dass die Zugänglichkeit zur vorhandenen Angebotspalette auch über die Kantons Grenzen hinweg gesichert ist. Das isolierte Bereitstellen entsprechender Institutionen liesse sich schon aus ökonomischen Überlegungen nicht rechtfertigen. Im Suchtbereich ist der Zugang zu ausserkantonalen Institutionen aber nicht bedingungslos möglich. Mit der Integration der Suchtinstitutionen in die Liste C der IVSE¹, sind immerhin die Voraussetzungen geschaffen worden, dass interkantonale Platzierungen analog dem Vorbild bei den Behinderteninstitutionen ohne Benachteiligung für die betroffenen Personen und die platzierenden Kantone und Gemeinden ohne eigenes Angebot möglich werden.

3.4 Bis 1995 Ausweitung des Angebots und zunehmender Preisdruck

Angesichts der zunehmenden Verschärfung der Drogenproblematik wurde zu Beginn der neunziger Jahre seitens Bund und Kantone mit Unterstützung der Fachvertretungen der Ausbau der Suchthilfeangebote. Im Bereich der stationären Angebote ebenso wie im ambulanten Bereich (Beratungsstellen, Substitutionsbehandlungen u.a.) oder bei den niederschweligen Angeboten im Bereich der Schadensminderung (Kontakt- und Anlaufstellen mit oder ohne Konsumraum) auf breiter Front vorangetrieben. Dies bewirkte unter den Suchthilfeangeboten einen zunehmenden Wettbewerb um die Klientel, der unter anderem auch über Preisargumente ausgetragen wurde und wird. Sparbemühungen und gestiegenes Kostenbewusstsein der öffentlichen Hand forcierten diesen Wettbewerb zusätzlich.

¹ IVSE: Interkantonale Vereinbarung für Soziale Einrichtungen

Allerdings ist betreffend Kostenbewusstsein kritisch anzumerken, dass volkswirtschaftliche Gesamtkostenüberlegungen auf institutioneller wie auch auf der Ebene von Verwaltung und Politik weitgehend fehlen und vielerorts nach wie vor das klassische „Kässeli-Denken“ im Vordergrund steht.

3.5 Seit 1999 erhebliche Reduktion des Angebots

Nicht nur, aber häufig auch beeinflusst durch den Rückgang der IV-Beiträge, konnten oder wollten einige stationäre Einrichtungen ihren Betrieb nicht aufrechterhalten.

Zwischen 1999 und 2005 wurden 44 Institutionen mit rund 350 Plätzen geschlossen. Wenn auch praktisch nie alleiniger Grund, so hat dabei doch in nahezu allen Fällen die veränderte Finanzierungssituation eine mehr oder weniger entscheidende Rolle gespielt. Die Praxisänderung bei der individuellen Überprüfung zur Berechtigung zum Bezug von IV-Leistungen („Arztzeugnisdiskussion“) begann sich ab 1998 auszuwirken. Die zeitliche Koinzidenz mit den erwähnten Schliessungen legt einen Zusammenhang mehr als nahe.

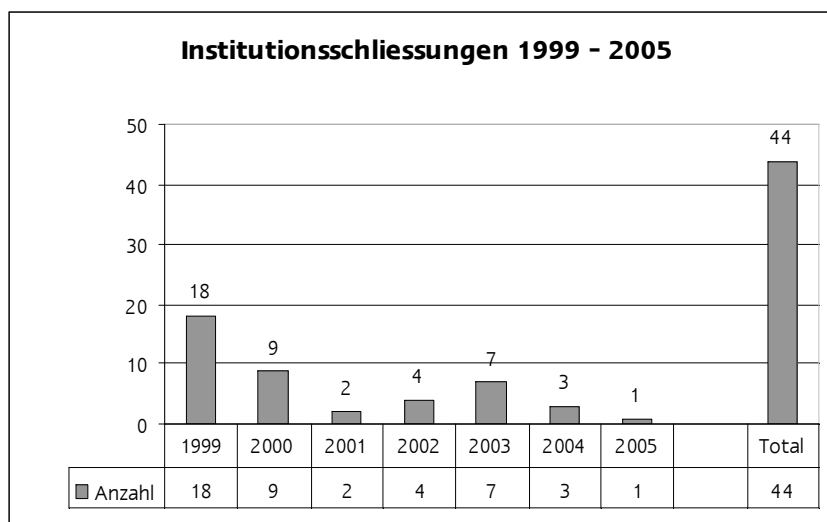


Abbildung 1: Schliessung stationärer Suchttherapieeinrichtungen zwischen 1999 und 2005

Das in letzter Zeit oft gehörte Argument, es sei für stationäre Therapie keine Nachfrage mehr vorhanden, suggeriert in dieser verkürzten Form die mangelnde Nachfrage durch die Klientel nach dieser Art Suchtthilfeangebot. Dies hält einer genaueren Betrachtung aber nicht Stand. Viel eher muss die mangelnde Nachfrage mit der Haltung der Kostenträger oder aber den ungleichen Rahmenbedingungen der beteiligten Versorgungssysteme (Sozialhilfe- vs. Sozialversicherungssystem) mit den je eigenen Finanzierungsmechanismen in Verbindung gebracht werden.

In Kantonen, in denen die Finanzierung der stationären Aufenthalte nicht in Frage gestellt ist, bewegt sich die Nachfrage jedenfalls in einer stabilen Bandbreite.

3.6 Seit 2003 Übergang zu kostendeckenden Tagespauschalen

Im Zuge der Kostenerhebungen im Rahmen des Projekts FiSu² wurden die tatsächlich anfallenden Tageskosten für stationäre Therapie- und Rehabilitationsangebote ausgewiesen.

In der Folge war plötzlich von „massiver Verteuerung“ der stationären Therapien die Rede. Dabei waren die vorher üblicherweise den Kostenträgern verrechneten Tagespauschalen reine Agreement-Preise, die in aller Regel nur durch reichlich intransparente Mischfinanzierungen möglich waren und mit den tatsächlichen, für die Leistungserbringung anfallenden, Kosten kaum in Zusammenhang standen. Mit an-

² FiSu – Das leistungsbezogene Finanzierungssystem der Suchttherapie. KOSTE-COSTE (Hrsg.), Bern, 2003. Kurzfassung einsehbar unter www.fisu-fide.ch

deren Worten: der Einkauf der Leistungen erfolgte lange Zeit zu einem weit unter den tatsächlichen Kosten liegenden Preis.

3.7 Umfassende volkswirtschaftliche Sicht fehlt

In den letzten Jahren wurden immer wieder Kostenvergleiche zwischen stationären Konzepten einerseits und ambulanten bzw. teilstationären Konzepten andererseits angestellt, i.d.R auf Basis der reinen Behandlungskosten pro behandelte Person. Derartige verkürzte Kostenvergleiche müssen fast zwangsläufig zu Ungunsten der stationären Therapie ausfallen. Interessieren müssten aber vielmehr die effektiv bei allen beanspruchten Unterstützungssystemen (Kantone/Gemeinden, finanzielle Sozialhilfe/Lebenshaltungskosten, Krankenversicherung, begleitetes/betreutes Wohnen, Arbeitsprojekten u.a.m.) anfallenden, kumulierten 24h-Kosten pro Person, idealerweise in Verbindung gesetzt mit der Verweildauer im Programm.

Eine wissenschaftlichen Ansprüchen genügende, umfassende Analyse des Suchthilfesystems aus volkswirtschaftlicher Optik wäre für die weitere Angebotsplanung und fachliche Weiterentwicklung eine wertvolle Hilfe und Entscheidungsgrundlage.

4 Schlussfolgerungen

Die Organisation der stationären Suchttherapie folgt in der Schweiz föderalen Prinzipien. Zuständig dafür sind die Kantone, wodurch sich dieser Angebotsbereich der Suchthilfe entsprechend heterogen gestaltet. Verallgemeinernde Aussagen mit gesamtschweizerischer, ja selbst mit (sprach-)regionaler Optik sind deshalb nur bedingt möglich und wenig aussagekräftig.

Eine Ausnahme bildet der Bereich der Qualitätsentwicklung und -sicherung. Dem Bundesamt für Gesundheit BAG ist es gelungen, mit QuaTheDA stationär ein landesweit akzeptiertes, zertifizierbares Qualitätsmanagementsystem (QMS) einzuführen. Insgesamt sind 74 Institutionen im Alkohol- und Drogenbereich QuaTheDA-zertifiziert (Stand 09-2006) und praktisch alle Kantone mit stationären Einrichtungen unterstützen den QuaTheDA-Ansatz. Damit kann der Bereich der stationären Suchttherapie für sich in Anspruch nehmen, *der* Suchthilfebereich mit einem landesweit praktisch lückenlos eingeführten, einheitlichen QMS zu sein.

Die Einführung von professionellen Standards (z.B. minimale Betreuungsschlüssel, geforderte berufliche Qualifikationen, bauliche Standards u.a.m.) schlägt sich aber auch in den Kosten nieder und steht fragwürdigen Kostenoptimierungsideen (wie z.B. dem überproportionalen Einsatz von LaienhelferInnen und ehrenamtlich Tätigen oder der Vernachlässigung der Baulichkeiten) gewollt diametral entgegen.

Spätestens bei der Kostenfrage präsentiert sich in der Suchthilfe eine äusserst unterschiedliche Landschaft. Unterschiede bestehen vor allem hinsichtlich Veränderungs- oder Innovationsbereitschaft bezüglich Inhalt, Richtung und Geschwindigkeit von Finanzierungskonzepten und deren Modifikation oder auch betreffend Fragen der Angebotsplanung und -entwicklung. Hier dominieren kantonale Sichtweisen und Interessen. Entsprechend ist auch der Versuch, ein einheitliches Grundkonzept der Finanzierung – (FiSu) landesweit beliebt zu machen bis anhin gescheitert, selbst wenn man in Rechnung stellt, dass der Zeitpunkt für einen derart tiefgreifenden Reformvorschlag wie FiSu denkbar ungünstig war (vor der Abstimmung zur NFA³, nach dem Kantonsreferendum gegen das „Steuerpaket 2001“⁴).

Immerhin haben seither einzelne FiSu-Elemente Eingang in die derzeitigen Regelungen gefunden. So wurden z.B. in den meisten Sitzkantonen der Institutionen Leistungsverträge abgeschlossen und die Tagespauschalen sukzessive erhöht. Andere Elemente von FiSu hingegen stiessen auf Widerstand und konnten nur in einzelnen Kantonen überzeugen. Ein gutes Beispiel dafür ist die nach einheitlicher Systematik durchzuführende Leistungserfassung und -beschreibung mit Orientierung an Wirkungszielen in Kombination mit der darauf basierenden leistungsbezogenen und kostendeckenden Pauschalabrechnung (mit Entschädigung in Echtzeit).

Welche Konsequenzen das Herausbrechen und die isolierte Verwendung einzelner in einem Gesamtsystem wie FiSu aufeinander abgestimmter Elemente nach sich zieht, sollte besonders im Hinblick auf kontraproduktive Effekte konsequent beobachtet werden.

Am Beispiel der Erhöhung der Tagespauschalen lassen sich „Nebenwirkungen“ resp. Spätfolgen solcher Entwicklungen gut illustrieren. So hat die Erhöhung der Tagespauschalen den Institutionen eine gewisse Kompensation der schwindenden IV-Beiträge nach Art. 73 IVG gebracht und ist insofern zu begrüssen. Bleibt jedoch der Finanzierungsmodus im Grundsatz unverändert, wird diese Kompensation im Extremfall einfach dem zuständigen Kostenträger überwältigt und dieser sieht sich bei gleichbleibender Leistung mit einer erheblichen Preissteigerung konfrontiert.

Der psychologische Kick-back dieses Mechanismus hat denn auch nicht lange auf sich warten lassen. Die Kostenträger versuchen nun durch Verschärfung der Rahmenbedingungen wie z.B. mit der Verkürzung der Laufzeit von Kostengutsprachen oder kürzeren Berichterstattungsintervallen wenigstens einen Teil der auf sie zukommenden Mehrkosten zu vermeiden. Weitere beobachtete Verschärfungen sind eine grundsätzliche zeitliche Limitierung der Kostengutsprachen oder die konsequente Kostenbeteiligung der Betroffenen und Angehörigen gemäss Sozialhilfegesetzgebung oder gar die explizite Aufforderung an Zuweiser und Klientel, doch gefälligst ein KVG-finanziertes Angebot zu suchen.

³ NFA - Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

⁴ Bundesgesetz über die Änderung von Erlassen im Bereich der Ehe- und Familienbesteuerung, der Wohneigentumsbesteuerung und der Stempelabgaben

Die Auswirkungen dieser Reflexe werden bereits offensichtlich. Der Verwaltungsaufwand für die Institutionen wird grösser, es können weniger KlientInnen die Option stationäre Rehabilitation und Therapie wählen und der Zugang zum eigentlich vorhandenen spezifischen Angebot wird eingeschränkt oder gänzlich verwehrt. Für die Institutionen wird der Weg der Spezialisierung zum unternehmerischen Risiko.

Die Konsequenzen sind vielfältiger Natur. Integrationspotenziale können nicht mehr genutzt werden oder die Zahl chronifizierter Fälle steigt weiter an. Auch die hinlänglich beschriebene Gefahr von Drehtüreffekten infolge der Therapiezeitverkürzung steigt, weil die Institutionen vermehrt auf Breitenwirkung statt Spezialisierung setzen und eine quantitative statt qualitative Konkurrenz pflegen.

Allenfalls wird eine Kostenverlagerung weg von der öffentlichen Sozialhilfe auf andere Kostenträger wie z.B. Krankenversicherer erreicht. Es dürfte nur eine Frage der Zeit sein, bis sich auch diese „neuen“ Kostenträger Optimierungsmöglichkeiten suchen und finden werden.

Die vorbereiteten Übergangsbestimmungen bei der Einführung des Nationalen Finanzausgleichs fällt auf, fokussieren fast ausschliesslich auf die Domäne der behinderten Personen. Die durch den NFA noch ausgeprägtere Zuständigkeit der Kantone für die Behandlung und Betreuung marginalisierter oder von Marginalisierung bedrohter Personen führt nun konsequenterweise dazu, dass Belange der von Suchtmittelkonsum betroffenen Personen kaum mehr berücksichtigt werden.

Wie Mitte der 70er Jahre, als die ersten stationären Therapieinstitutionen entstanden, besteht jetzt erneut die Gefahr, dass Suchttherapieeinrichtungen keine rechtliche Verankerung finden. Die IV wird jedenfalls nicht mehr wie damals die dazumal neu entstandene Institutionsgruppe aufnehmen. Und die Kantone und Gemeinden können oder wollen die durch den Wegfall der Kollektiven Leistungen entstandene Finanzierungslücke offensichtlich nicht auf Dauer schliessen. Die Konsequenzen im Hinblick auf ausstiegs- und entwicklungsorientierte stationäre Rehabilitations- und Therapieangebote sind wie oben beschrieben in weiten Bereichen bereits Realität.

Ohne Massnahmen zur Sicherung der Finanzierung besteht also ein erhebliches Risiko, dass Versorgungsqualität und Versorgungsgerechtigkeit in der stationären Suchthilfe mittelfristig nicht gewährleistet werden können.

5 Datenbasis

5.1 Ziel und Fragestellung

Das BAG, Abteilung Nationale Präventionsprogramme NPP, beauftragte Infodrog mit der Erarbeitung einer Gesamtübersicht über die Kostenstruktur der stationären Suchttherapie. Der Auftrag beinhaltete insbesondere die Durchführung und Auswertung einer gesamtschweizerischen Erhebung in der stationären Suchttherapie zur Ermittlung der Geldflüsse sowie zur quantitativen Charakterisierung des Leistungsangebots.

Diese Umfrage sollten es ermöglichen, das aktuelle Finanzierungssystem mit den beteiligten Akteuren zu erfassen und quantitativ zu beschreiben.

5.2 Beteiligte, Arbeits- und Zeitplan

Der Auftrag selbst wurde von zwei Parteien gemeinsam durchgeführt:

- Herrmann Consulting Basel, Hannes Herrmann, Geschäftsinhaber:
Erstellen des Auswertungskonzepts, Datenmanagement, Berechnungen und statistische Datenauswertung, qualitative Datenauswertung und Interpretation, Redaktion des Berichts
- Infodrog, Koordinations- und Fachstelle Sucht, Bern unter Beteiligung von:
Ueli Simmel, Stellenleiter Infodrog, Bern:
Konzeption der Umfrage, Erstellung des Fragebogen, Festlegung der Zielgruppe, Durchführung der Umfrage, Kontrolle der Antworten, Schlussredaktion

Alison Chisholm, wiss. Mitarbeiterin:
Durchführung der Umfrage, EDV-Erfassung und Plausibilitätskontrolle der Antworten

Nicolas Dietrich, wiss. Adjunkt:
Zusammenarbeit mit der CRIAD bei der Datenbeschaffung, Plausibilitätskontrolle der frankophonen Antworten, Finalisierung der französischen Sprachversion

Aline Keller, wiss. Mitarbeiterin:
Finalisierung der französischen Sprachversion

Die Arbeitsschritte wurde nach folgendem zeitlichen Rahmen geplant und realisiert:

- | | |
|---|-------------------------|
| • Formulierung Konzept, Fragebogen | April/Mai 2006 |
| • Versand Fragebogen | Mai 2006 |
| • Rücklauf, Erfassung der Antworten | Juli 2006 |
| • Prüfung, Bereinigung der Daten | August 2006 |
| • Datenauswertung, Redaktion, Bericht und Übersetzung | September, Oktober 2006 |

5.3 Stichprobenbildung/Datenerhebung

Als Grundgesamtheit (N) der Untersuchung wurden alle am 01.01.2006 bekannten Einrichtungen der stationären Suchttherapie der Schweiz definiert. Insgesamt wurden N=73 direkt der stationären Suchttherapie zuzuordnende Einrichtungen im (illegalen) Drogenbereich in die Untersuchung miteinbezogen. Die Datenerhebung erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens, der von Hand oder elektronisch ausgefüllt werden konnte. Von den 50 eingegangenen Antworten (Rücklauf) wurden alle in die Stichprobe (n) der statistisch auswertbaren Antworten aufgenommen.

Tabelle 1: Statistik der Umfrage

Anzahl angeschriebene Einrichtungen und ausgewertete Antworten

Angeschriebene Einrichtungen (N)	73
Rücklauf und ausgewertete Antworten (n)	50
Anteil ausgewertete Antworten (n/N)	63%

In der Deutschschweiz haben die Institutionen den Fragebogen individuell ausgefüllt, während die Daten der Westschweizer Institutionen indirekt via CRIAD⁵ zusammengefasst und anonymisiert zur Verfügung gestellt wurden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, weil die CRIAD kurze Zeit vorher ebenfalls eine Erhebung zur Finanzierungssituation durchgeführt hatte und die Institutionen nicht ein weiteres Mal mit der gleichen Thematik belastet werden sollten.

Gemischte Einrichtungen sowie Entzugs- und Übergangseinrichtungen wurden für die vorliegende Betrachtung nicht berücksichtigt. Ebenso wenig Eingang in die Untersuchung gefunden haben Einrichtungen mit ambulantem Angebot, Einrichtungen des betreuten oder begleiteten Wohnens oder Institutionen mit Familienplatzierung, da diese grundsätzlich andere – mit den rein stationären Therapieeinrichtungen nur schwer vergleichbare – Finanzierungsgrundlagen und ihren Leistungen entsprechend auch nicht vergleichbare Kostenstrukturen haben.

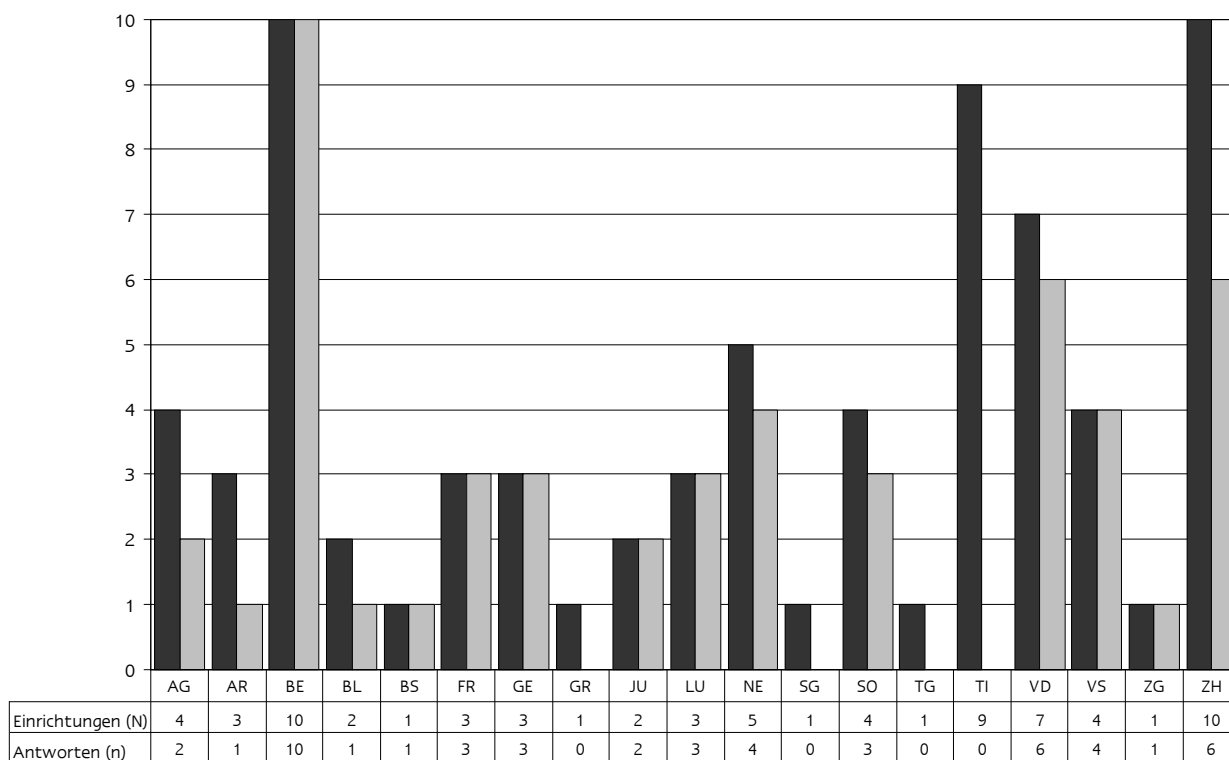


Abbildung 2: Statistik der Umfrage

Anzahl angeschriebene Einrichtungen und Anzahl antwortende Einrichtungen pro Kanton

5.4 Datenerfassung, Plausibilitätskontrolle und Recodierung

Die Daten der ausgefüllten und retournierten Fragebogen wurden im Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel 2003 elektronisch erfasst.

Vor der statistischen Auswertung wurden die Antworten auf Plausibilität und Konsistenz geprüft. Die Prüfkriterien werden nachfolgend beschrieben. Sie wurden einerseits aufgrund von Erfahrungswerten

⁵ CRIAD: Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions

aus der stationären Suchttherapie formuliert, andererseits wurden auch allgemeingültige betriebswirtschaftliche Zusammenhänge überprüft.

Kriterien betreffend betriebswirtschaftliche Angaben der Einrichtungen:

- Klientenbezogene Einnahmen sollten grösser sein als die Institutionsbezogenen Einnahmen
- Einnahmenüberschuss sollte bei nicht gewinnorientierten Einrichtungen 10% der Ausgaben nicht übersteigen
- Anteil der Personalkosten sollte im personalintensiven Dienstleistungsbereich der Suchthilfe mindestens 60% der Gesamtausgaben betragen, Sachkosten entsprechend 40% nicht übersteigen
- Anteil der Verwaltungskosten sollte 25% nicht übersteigen
- Personalkosten sollten aufgrund der gängigen Löhne Fr. 110'000 pro Vollzeitstelle nicht übersteigen
- Anteil des Personals für Betreuung sollte grösser sein als der Anteil für Administration und Betrieb
- Anteil des Personals für Administration sollte 50% nicht übersteigen
- Durchschnittlicher Beschäftigungsgrad des Personals sollte zwischen 40% und 100% liegen
- Pro Therapieplatz sollte maximal eine Vollzeitstelle angegeben werden (Betreuungsverhältnis < 1:1)

Ein Teil der durch die Prüfung entdeckten inkonsistenten oder nicht plausiblen Angaben konnte durch telefonische Rückfragen mit den Einrichtungen korrigiert oder zumindest erklärt werden. Ein weiterer Teil wurde als „akzeptable“, weil innerhalb vorgegebener Toleranzgrenzen befindliche Abweichungen, stehen gelassen. Die wenigen inkonsistenten oder nicht plausiblen Antworten wurden als ungültig erklärt und zur statistischen Analyse ebenso wie die fehlende Werte je nach Fragestellung entweder als „null“ oder als „keine Antwort“ interpretiert. Die geprüften Antworten der statistisch ausgewerteten Einrichtungen (n=50) sind also bereinigt, in sich konsistent und plausibel.

Zur statistischen Auswertung wurden die Daten anonymisiert und in das Statistikprogramm SPSS Base importiert. Bei diesem Arbeitsschritt wurden folgende Berechnungen (Recodierungen) durchgeführt:

- Wo nicht alle Summanden lückenlos angegeben worden waren, das eingetragene Total aber der Summe der angegebenen Summanden entsprach, wurden für die fehlenden Werte Nullen eingesetzt.
- Von den Einrichtungen falsch summierte Totale bei Einnahmen und Ausgaben wurden korrigiert und jeweils die richtige Summe eingesetzt.
- Falsch gerechnete Summen und nicht plausible Nachkommastellen wurden generell bei allen Variablen korrigiert.

5.5 Datenanalyse

Das Datenmanagement und die statistische Analyse erfolgten anschliessend mit dem Statistikprogramm SPSS Base. Die Outputs wurden in Form von Tabellen und Grafiken in das Textverarbeitungsprogramm Microsoft Word 2003 exportiert.

Die statistische Auszählung einzelner Werte (Häufigkeitsanalysen) sowie Berechnung der Durchschnittswerte (arithmetisches Mittel und Median) erfolgte ebenso wie die spezifischen Auswertungen wie Kreuztabellen oder Clusteranalysen mit Hilfe der in SPSS Base eingebauten Prozeduren der deskriptiven Statistik.

5.6 Einschränkende Bemerkung

Da die Daten der Westschweizer Institutionen indirekt via CRIAD zusammengefasst und anonymisiert zur Verfügung gestellt wurden, musste für die Auswertung dieser Untersuchung einige Schwierigkeiten in Kauf genommen werden. So waren direkte Rückfragen zur Datenbereinigung bei den Westschweizer Institutionen nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen (mittelbare Kommunikation) möglich. Ebenso wenig möglich war die Nachfrage nach Detailzahlen oder die Unterscheidung nach Alkohol- oder Drogeneinrichtungen, wobei letztere für die vorliegende Untersuchung von zentralem Interesse wäre.

Dies ist deshalb erwähnenswert, weil davon ausgegangen werden muss, dass diese beiden Institutionsgruppen zwar im Grundsatz gerade in der Westschweiz den gleichen Finanzierungsprinzipien unterstehen, sich hinsichtlich ihrer Kostenstruktur und der prozentualen Verteilung der Kostenträgerbeiträge aber erheblich unterscheiden⁶. Über die Totale hinausgehende Differenzierungen sind deshalb immer auch unter diesem Aspekt zu beurteilen und vorsichtig zu interpretieren.

Die Variablen der Daten der Einrichtungen zeigen meist eine schiefe Verteilung, resultierend aus der grossen Heterogenität der einzelnen Einrichtungen. Die Interpretation von Durchschnittswerten ist daher heikel. Je grösser und heterogener die untersuchte Einheit und je schiefer die Verteilung ist, umso weniger werden Durchschnittswerte der entsprechenden Variablen als Abbild der effektiven Situation einer einzelnen spezifischen Einrichtung gerecht. Dies sollte bei der Lektüre immer im Auge behalten werden.

Aus diesem Grund wurde dem [arithmetischen Mittel](#) (Durchschnitt) immer auch der Median (Zentralwert) zur Seite gestellt. Der Median bezeichnet die Grenze zwischen zwei Hälften. In der [Statistik](#) halbiert der Median eine Stichprobe oder allgemein eine [Wahrscheinlichkeitsverteilung](#) in zwei gleiche Hälften. Gegenüber dem [arithmetischen Mittel](#) hat der Median meistens den Vorteil, [robuster](#) gegenüber [Ausreissern](#) zu sein und sich auch auf [ordinal skalierte](#) Variablen anwenden zu lassen.

Zu verschiedenen Daten werden die Durchschnittswerte der Stichprobe (n=50) auf die Gesamtheit (N=73) aller Einrichtungen hochgerechnet, jedoch nur dort, wo aufgrund einer normalverteilten Häufigkeitsverteilung auch aussagekräftige Durchschnittswerte bestehen. Um keine falsche Genauigkeit vorzutäuschen, werden die Resultate der Hochrechnung jeweils als Bereich mit einer Bandbreite von plus/minus 5% des hochgerechneten Mittelwertes angegeben⁷.

⁶ Unterschiede hinsichtlich Institutionsgrösse, Demographie der Klientel, Aufenthaltsdauer, Reintegrationsziele, höhere Anteile von IV-berechtigten in den Alkoholinstitutionen, Betreuungsverhältnis, usw.

⁷ Ergibt die Hochrechnung des Platzangebots z.B. 1'294 Plätze, so wird dieses Resultat in Form eines Bereichs mit der Bandbreite von 1'230 bis 1'360 Plätzen angegeben.

6 Einrichtungen der stationären Suchttherapie

6.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Struktur der Einrichtungen der stationären Suchttherapie als Leistungserbringer für die Jahre 2004 und 2005 gegeben. In dieser Untersuchung werden 50 stationäre Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen auf der Basis ihrer finanziellen Angaben (Erfolgsrechnung 2004/05) detailliert betrachtet. 28 davon befinden sich in der Deutschschweiz, 22 in der Suisse Romande.

6.2 Verteilung der Einrichtungen über die Kantone

Die Verteilung der 50 untersuchten Einrichtungen über die Kantone ist sehr heterogen. Einerseits gibt es Kantone ohne Einrichtungen (z.B. AI, NW, OW, SZ, UR), andererseits weisen einige Kantone überdurchschnittlich viele Einrichtungen auf (z.B. BE, NE, VD, VS, ZH).

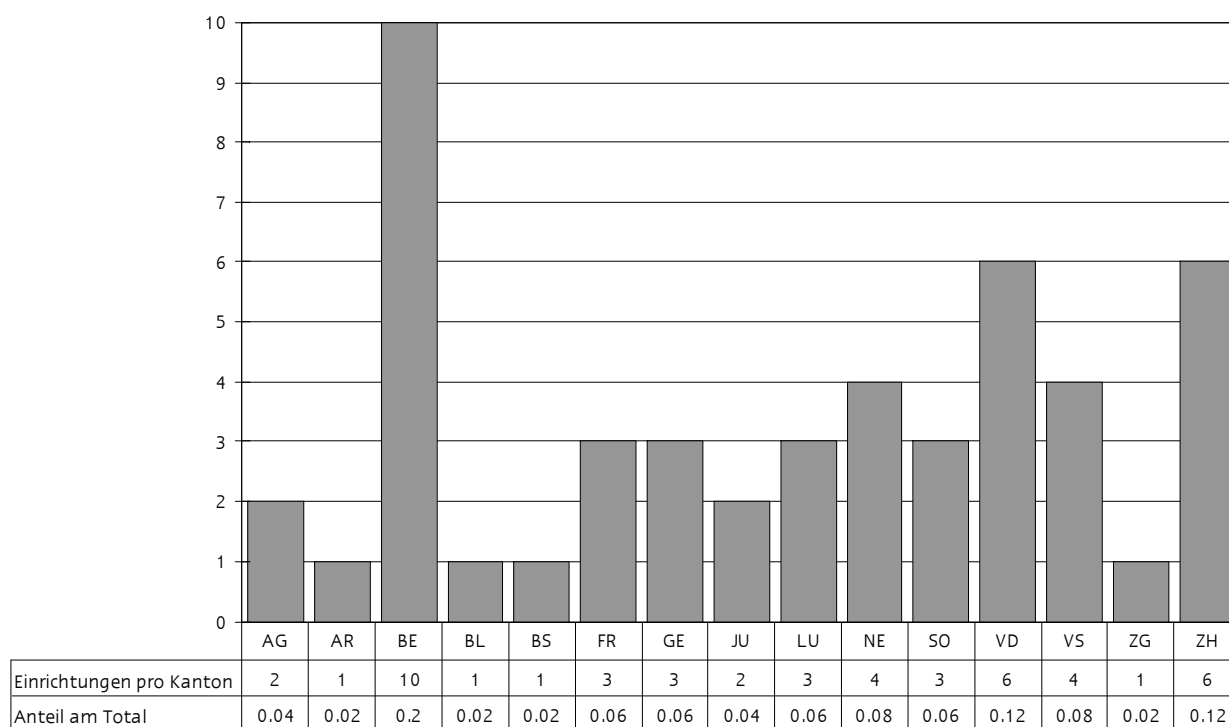


Abbildung 3: Einrichtungen der stationären Suchttherapie 2004 und 2005

Anzahl der antwortenden Einrichtungen pro Kanton und prozentuale Anteile am Total

So vereinten in den Jahren 2004 und 2005 allein die Kantone BE, NE, VD, VS und ZH zusammen fast zwei Drittel aller Einrichtungen. Einzelne Einrichtungen werden auch von mehreren Kantonen gemeinsam getragen.

6.3 Platzangebot

Die Einrichtungen der stationären Suchttherapie boten im Jahr 2005 für die ganze Schweiz hochgerechnet⁸ zwischen 1'230 bis 1'360 Therapieplätze mit 24-Stunden-Betreuung an.

Die antwortenden 50 Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen verfügten in den Jahren 2004 und 2005 insgesamt über rund 885 Therapieplätze. Damit entfielen auf jede Einrichtung aufgerundet durchschnittlich 18 Therapieplätze. Das Platzangebot war über die betrachteten zwei Jahre 2004 und 2005 konstant.

Die Verteilung innerhalb der Einrichtungen ist sehr heterogen und zeigt eine sehr grossen Spannweite des Platzangebots. Die Hälfte aller Einrichtungen bot weniger als 14 Plätze an. Während die kleinste Einrichtung nur 3 Plätze anbot, verfügte die grösste Einrichtung über 74 Plätze. Das am häufigsten verzeichnete Platzangebot pro Einrichtung lag zwischen 15 und 20 Plätzen.

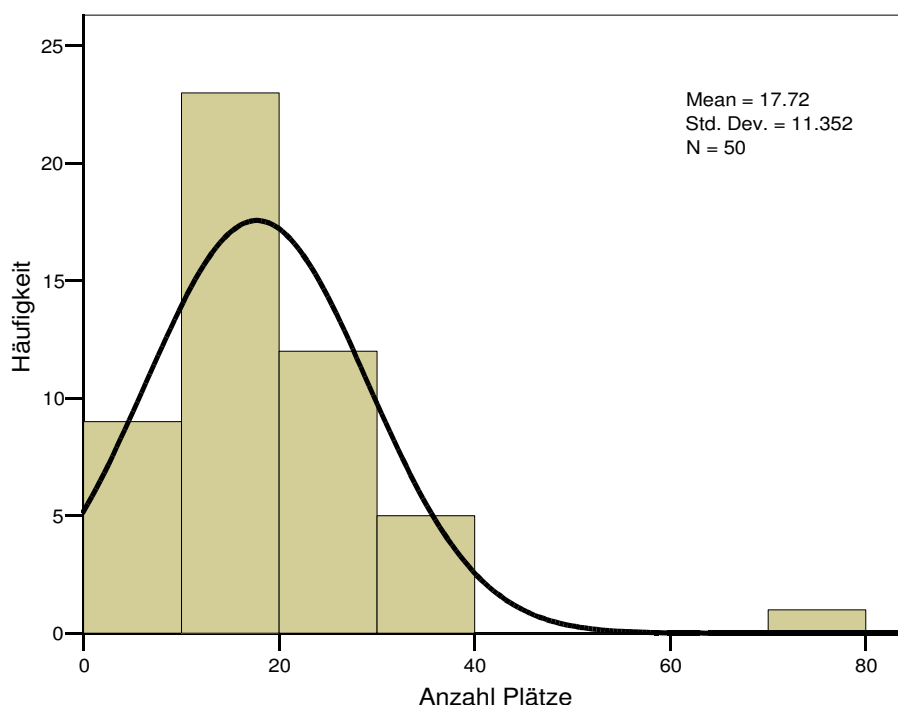


Abbildung 4: Platzangebot der Einrichtungen der stationären Suchttherapie 2004 und 2005

Anzahl Plätze pro Einrichtung und Häufigkeitsverteilung des Platzangebots

Allein die Einrichtungen der beiden Kantone BE und VD stellten in den betrachteten Jahren 2004 und 2005 ein gutes Drittel des gesamten Platzangebots. Die Einrichtungen der Kantone VD, BE, NE, und ZH verfügten 2005 über mehr als die Hälfte aller Therapieplätze.

⁸ Um keine falsche Genauigkeit vorzutauschen, werden die Resultate der Hochrechnung jeweils als Bereich mit einer Bandbreite von plus/minus 5% des hochgerechneten Mittelwertes angegeben.

6.4 Stellenangebot und Beschäftigung

Die Einrichtungen der stationären Suchttherapie boten als Dienstleistungssektor 2005 für die ganze Schweiz hochgerechnet zwischen 800 und 885 Vollzeitstellen an.

Diese verteilten sich auf 1'260 bis 1'395 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, welche durchschnittlich ein Teilzeitpensum von 70% arbeiteten.

Analog der Verteilung der Einrichtungen innerhalb der Schweiz waren auch die Arbeitsstellen entsprechend ungleich über die Kantone verteilt.

Die Einrichtungen beschäftigten 2005 durchschnittlich rund 18 MitarbeiterInnen (Min.=6 / Max.=97), wobei die Hälfte der Einrichtungen weniger als 14 MitarbeiterInnen beschäftigte, die andere Hälfte mehr. Sie teilten sich die durchschnittlich 12 Vollzeitstellen pro Einrichtung (Min.=4 / Max.=51). Im stationären Suchtthilfebereich ist die überwiegende Mehrheit der MitarbeiterInnen in Teilzeitarbeit beschäftigt, 2005 im Durchschnitt zu rund 67% (Min.=35% / Max.=105%), am häufigsten jedoch zwischen 70% und 80%.

Tabelle 2: Vollzeitstellen, Anzahl MitarbeiterInnen und Beschäftigungsgrad 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen (n=50)

	Durchschnitt		Median		Summe	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Vollzeitstellen	12	12	10	9	596	578
Anzahl MitarbeiterInnen	18	18	14	14	901	909
Beschäftigungsgrad	71%	67%	73%	68%		

Gegenüber dem Jahr 2004 hat die Anzahl Vollzeitstellen in den Einrichtungen um 3% leicht abgenommen (Differenz von durchschnittlich 0,5 Stellenprozent), während gleichzeitig die Anzahl Beschäftigte um 1% leicht zunahm. Dies widerspiegelt sich konsequenterweise im durchschnittlichen Beschäftigungsgrad, der von 2004 auf 2005 von 71% auf 67% abnahm.

Über alle antwortenden Einrichtungen betrachtet teilten sich die Vollzeitstellen in rund 75% Betreuung und 25% Verwaltungs- und Administrationsarbeit. Diese Verteilung blieb über die Jahre 2004 bis 2005 konstant. Der Anteil des Personals, welcher ausschliesslich für die Betreuung der Klientel zuständig war, schwankte aber je nach Einrichtung zwischen 50% und 95%.

6.5 Betreuungsverhältnis

Aus dem Platzangebot und den für die Betreuung der Klientel verfügbaren Stellenprozenten lässt sich ein theoretisches Betreuungsverhältnis errechnen⁹. 2005 betreute ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin im Durchschnitt 2 KlientInnen (Betreuungsverhältnis=2:1). Das Minimum lag bei einem Betreuungsverhältnis von 1:1, das Maximum bei 5:1.

⁹ Bei dieser theoretischen Berechnung ist die tatsächliche Auslastung der Einrichtungen nicht berücksichtigt (Annahme Auslastung = 100%). Wir nehmen jedoch der Einfachheit halber an, dass der derzeitige Personalstand der aktuellen Auslastung angepasst ist und bei anhaltenden Entwicklungen erhöht oder entsprechend reduziert wird. In Realität liegt die durchschnittliche Auslastung der Einrichtungen übers Jahr bei rund 80%.

7 Einnahmen der Einrichtungen

7.1 Einleitung

Eine Vielzahl von Finanzierungsquellen macht das System unübersichtlich und erschwert eine quantitative und qualitative Betrachtung der Finanzströme. Für eine vollständige Erfassung müssten alle Kostenträger, das heisst alle betroffenen Bundesämter und Verwaltungen sämtlicher Kantone, die Fürsorgestellen von Hunderten von Gemeinden sowie Dutzende von Versicherungen über ihre Ausgaben für KlientInnen in der stationären Suchttherapie befragt werden. Die Beiträge privater Geldgeber wären praktisch überhaupt nicht zu eruieren. Die komplette Ermittlung der Finanzflüsse auf der Seite der Mittelherkunft ist aus diesem Grund nahezu unmöglich oder würde unverhältnismässig viele Ressourcen beanspruchen.

Dieser Vielzahl von Kostenträgern steht auf der Seite der Leistungserbringer und Mittelempfänger eine überschaubare Anzahl stationärer Therapieinstitutionen gegenüber, welche jährlich eine treuhänderisch revidierte Erfolgsrechnung vorzulegen haben. In der vorliegenden Erhebung wurde deshalb auf die Angaben dieser Leistungserbringer abgestellt. In den folgenden Kapiteln werden die Geldflüsse nach ihrer Herkunft aufgegliedert und für die beiden Jahre 2004 und 2005 beschrieben.

7.2 Gesamteinnahmen und Übersicht über alle Kostenträger

Die Einrichtungen der stationären Suchttherapie erzielten als Dienstleistungssektor 2005 für die ganze Schweiz hochgerechnet einen Gesamtumsatz von zwischen 132 Mio. und 146 Mio. Franken.

Die untersuchten (resp. antwortenden) 50 Einrichtungen der stationären Suchttherapie erzielten 2005 einen Gesamtumsatz von rund 95 Mio. Franken. Dieser Gesamtumsatz blieb über die Jahre 2004 und 2005 auf aggregierter Ebene betrachtet konstant. Für einzelne Einrichtungen sieht dies natürlich anders aus.

Zusammensetzung der Einnahmen

Tabelle 3: Einnahmen aus Beiträgen aller Kostenträger (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Private (Selbstbehalt Klienten, Familie)	120'313	185'127	0 ¹⁰	0	5'895'321	9'071'202	6%	10%
Gemeinden (Fürsorgegelder, Subventionen)	577'869	560'761	456'997	504'100	28'315'583	27'477'275	30%	29%
Kantone (Subventionen, Defizitdeckung)	951'764	918'272	812'928	789'000	46'636'442	44'995'328	50%	48%
Krankenversicherer	15'736	16'519	0	0	771'084	809'424	1%	1%
IV-Beiträge (BSV)	88'256	78'124	0	0	4'412'821	3'906'205	5%	4%
Bundesbeiträge (BAG, BJ)	1'045	45	0	0	52'265	2'265	0%	0%
Trägerschaft (Dienstleistungen, Produkte)	156'046	151'699	92'804	84'150	7'802'281	7'584'926	8%	8%
Total aller Einnahmen	1'901'917	1'900'890	1'742'169	1'681'773	95'095'838	95'044'492	100%	100%

Die Einrichtungen finanzierten sich 2005 hauptsächlich über Beiträge der Kantone¹¹ (48%) und Fürsorgegelder der Gemeinden (29%). Die restlichen Einnahmen stammten aus Eigenleistungen der Einrichtung-

¹⁰ Ein Median von null bedeutet, dass die Hälfte aller Einrichtungen gar keine Einnahmen vom entsprechenden Kostenträger erhielten. In der Tat ist die Verteilung der klientenbezogenen Einnahmen über die Einrichtung nicht normalverteilt, sondern stark schief. Im Detail betrachtet (Auswertung der Quartile) erhielten 2005 weniger als 25% aller Einrichtungen überhaupt Beiträge der Krankenversicherer, Beiträge von Fremdkantonen und Beiträge von Privaten aus Fremdkantonen.

¹¹ Defizitdeckungen, verschiedene Arten von Subventionen pauschal oder leistungsgebunden, einmalig oder wiederkehrend.

gen resp. deren Trägerschaften¹² (8%) sowie von Privaten¹³ (10%). Der Bund als Kostenträger bezahlte Versicherungsbeiträgen der IV, welche über das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) verfügt wurden (4%) sowie zu vernachlässigende weitere Bundesbeiträge¹⁴ (<0.5%). Beiträge der Krankenkassen (1%) und machten 2005 bei den Einnahmen der untersuchten Einrichtungen der stationären Suchttherapie nur einen bescheidenen Anteil aus.

Schiefe Verteilung der Einnahmen

Werden die antwortenden Einrichtungen in gleiche Klassen gleich hoher Gesamteinnahmen eingeteilt, so ergibt sich analog zu einer Einkommensverteilung in der Bevölkerung ein differenzierteres Bild als bei einer einfachen Betrachtung der Durchschnittswerte. Die nachstehende Abbildung zeigt die leicht links-schiefe Verteilung der Einrichtungen klassiert nach ihren jährlichen Gesamteinnahmen 2005.

Der grösste Anteil der Einrichtungen (10) wies 2005 Gesamteinnahmen in der Höhe zwischen 1,25 Mio. und 1,5 Mio. Franken auf. Dabei hatte die eine Hälfte der untersuchten 50 Einrichtungen 2005 Gesamteinnahmen von weniger, die andere Hälfte von mehr als 1,7 Mio. Franken. Gut ersichtlich ist in der Grafik auch, wie ein einzelner Ausreisser mit Gesamteinnahmen von knapp 5 Mio. Franken den Durchschnitt nach oben zu heben vermochte.

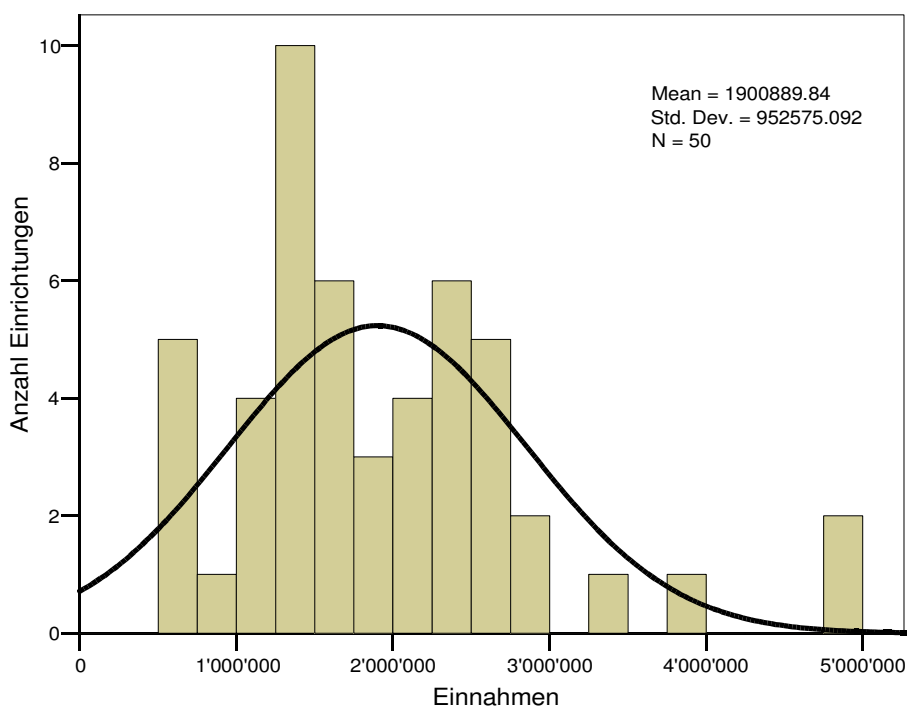


Abbildung 5: Gesamteinnahmen der Einrichtungen der stationären Suchttherapie 2005

Anzahl Einrichtungen pro Klasse gleich hoher Gesamteinnahmen und Normalverteilungskurve

¹² Dazu zählen private finanzielle Mittel verschiedenster Art von natürlichen und juristischen Personen wie Spenden, Gönnerbeiträge, Legate, Mitgliederbeiträge etc. Ebenso gehören die z.T. beträchtlichen Eigenmittel dazu, welche die meisten Einrichtungen mit dem Verkauf eigener Dienstleistungen und Produkte erwirtschaftet und oder durch Auflösung entsprechender Rückstellungen beigesteuert haben.

¹³ Beiträge der Klientinnen und Klienten und ihrer Angehörigen.

¹⁴ Starthilfen vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) oder Beiträge aus dem Bundesamt für Justiz (BJ)

Klientenbezogene versus institutionsbezogene Einnahmen

Die Beiträge der Kostenträger können auch unterteilt werden nach dem Bestimmungszweck ihrer Zahlung. Klientenbezogene Beiträge werden in direkter Abhängigkeit von der Anzahl KlientInnen und deren Aufenthaltsdauer, das heisst der Anzahl total verrechenbarer Betreuungstage, ausgerichtet. Institutionsbezogene Beiträge werden weitgehend klientenunabhängig als pauschale oder leistungsgebundene Subventionen in Form von Bau- oder Betriebsbeiträgen an die Einrichtungen selbst geleistet.

Das Verhältnis von klienten- zu institutionsbezogenen Einnahmen der untersuchten Einrichtungen betrug 2004 und 2005 im Durchschnitt zwei Drittel zu einem Drittel.

Tabelle 4: Klienten- und institutionsbezogene Einnahmen (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Klientenbez. Einnahmen	1'224'205	1'279'952	1'077'888	1'039'755	61'210'234	63'997'612	64%	67%
Institutionenbez. Einnahmen	677'712	620'938	442'841	427'699	33'885'603	31'046'880	36%	33%
Einnahmen Total	1'901'917	1'900'890	1'742'169	1'681'773	95'095'838	95'044'492	100%	100%

Die klientenbezogenen Einnahmen der diversen Kostenträger machten 2005 im Einnahmehudget der antwortenden Einrichtungen durchschnittlich 67% aus. Die klientenbezogenen Kantonsbeiträge teilten sich 2005 auf für KlientInnen im Massnahmevollzug (18%) und für KlientInnen in freiwilliger Therapie (23%).

Gut 83% der klientenbezogenen Einnahmen stammten 2005 je etwa hälftig von den Gemeinden (zur Hauptsache Sozialhilfegelder) und den Kantonen. Die restlichen 17% der klientenbezogenen Einnahmen stammten von Privaten (zur Hauptsache Selbstbeteiligung der KlientInnen und Verwandtenunterstützung) sowie von den Krankenversicherern.

Tabelle 5: Klientenbezogene Einnahmen (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Private Sitzkanton	103'178	129'351	0	0	5'055'716	6'338'209	8%	10%
Private Fremdkantone	17'135	55'775	0	0	839'605	2'732'993	1%	4%
Gemeinden Sitzkanton	275'709	263'733	234'866	147'170	13'509'723	12'922'940	22%	20%
Gemeinden Fremdkantone	289'106	284'340	143'500	103'136	14'166'194	13'932'660	23%	22%
Massnahmen Sitzkanton	122'959	143'403	22'160	29'970	6'025'015	7'026'730	10%	11%
Massnahmen Fremdkantone	84'137	87'207	0	0	4'122'697	4'273'145	7%	7%
Beiträge Sitzkanton	238'125	221'293	0	0	11'668'144	10'843'339	19%	17%
Beiträge Fremdkantone	78'408	80'006	0	0	3'842'014	3'920'305	6%	6%
Krankenversicherungen	15'736	16'519	0	0	771'084	809'424	1%	1%
Einnahmen Total	1'224'205	1'279'952	1'077'888	1'039'755	61'210'234	63'997'612	100%	100%

Die institutionsbezogenen Einnahmen der diversen Kostenträger machten 2005 im Einnahmehudget der untersuchten Einrichtungen durchschnittlich 33% aus. Der wesentliche Teil der institutionsbezogenen Einnahmen der Einrichtungen stammte 2005 aus Defizitdeckungen¹⁵ der Sitzkantone der Einrich-

¹⁵ Der Betrag 2005 dürfte niedriger sein als der Betrag aus dem Jahre 2004 aufgrund der Tatsache, dass die Defizitdeckung für das Jahr 2005 bei den meisten Einrichtungen erst in der Rechnung 2006 erscheinen wird. Das Gesagte gilt auch für die Defizitdeckungen von Fremdkantonen und Gemeinden. Die gleiche Problematik betrifft auch die IV-Beiträge des BSV, welche meist erst in den Folgejahren rückwirkend ausbezahlt werden.

tungen (35%), aus leistungsgebunden Subventionen der Sitzkantone (22%) sowie aus IV-Beiträge des BSV (13%).

Die Einrichtungen und ihre Trägerschaften erbrachten 2005 Eigenleistungen (22%), die in etwa dem Gegenwart der Einnahmen aus leistungsgebundenen Betriebsbeiträgen ihrer Sitzkantone (22%) entsprechen. Alle anderen institutionsbezogenen Einnahmen machten 2005 zusammengefasst nur noch gerade 7% des Totals aus.

Tabelle 6: Institutionsbezogene Einnahmen (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Sitzkanton Betriebsbeitrag pauschal	5'600	17'235	0	0	280'000	861'760	1%	3%
Sitzkanton Betriebsbeitrag leistungsgebunden	138'430	134'131	0	0	6'921'491	6'706'557	20%	22%
Sitzkanton Baubeitrag	2'000	807	0	0	100'000	40'329	0.3%	0.1%
Sitzkanton Defizitdeckung	260'917	215'086	0	0	13'045'872	10'754'282	38%	35%
Fremdkanton Betriebsbeitrag leistungsgebunden	12'624	11'378	0	0	631'208	568'881	2%	2%
Gemeinden Betriebsbeitrag pauschal	300	280	0	0	15'000	14'000	0.0%	0.0%
Gemeinden Betriebsbeitrag leistungsgebunden	2'360	2'360	0	0	118'000	118'000	0.3%	0.4%
Gemeinden Defizitdeckung	10'133	9'794	0	0	506'665	489'675	1%	2%
Bund BSV/IV	88'256	78'124	0	0	4'412'821	3'906'205	13%	13%
Bund Diverse (BAG, BJ)	1'045	45	0	0	52'265	2'265	0.2%	0.0%
Eigenleistung Trägerschaft	156'046	151'699	92'804	84'150	7'802'281	7'584'926	23%	24%
Institutionenbezogene Einnahmen Total	677'712	620'938	442'841	427'699	33'885'603	31'046'880	100%	100%

7.3 Einnahmen aus Beiträgen der Kantone

Die Einrichtungen der stationären Suchttherapie erhielten 2005 für die ganze Schweiz hochgerechnet insgesamt zwischen 64 Mio. und 70 Mio. Franken Kantonsbeiträge.

Die Einnahmen aus Beiträgen der Kantone machten 2005 im Einnahmebudget der antwortenden Einrichtungen durchschnittlich 48% aus und stammten zu 81% aus dem Sitzkanton der Einrichtungen¹⁶ sowie zu 19% aus Fremdkantonen. Klientenbezogene Beiträge machten 2005 fast 60% der Einnahmen aus Kantonsbeiträgen aus. Sie teilten sich 2005 auf in Kantonsbeiträge für KlientInnen in freiwilliger Therapie (47%) sowie für KlientInnen mit einer gerichtlich verordneten Massnahme (37%)

Der überwiegende Anteil von zwei Dritteln der Kantongelder wurde 2005 in der Form von institutionsbezogenen Beiträgen (Subventionen, Defizitdeckungen) ausbezahlt. Davon wurden rund 40% leistungsgebunden ausgerichtet, der grössere Teil von 60% wurde aber pauschal in Form von Betriebsbeiträgen oder als Defizitdeckung geleistet.

¹⁶ Bei den Beiträgen der Kantone wird i.d.R. zwischen Beiträgen des Sitzkantons und Beiträgen von Fremdkantonen unterschieden. Beiträge des Sitzkantons werden den Einrichtungen für KlientInnen mit Wohnsitz im gleichen Kanton wie die stationäre Einrichtung ausgerichtet, Beiträge von Fremdkantonen für KlientInnen, welche Wohnsitz in anderen Kantonen als die stationäre Einrichtung haben.

Tabelle 7: Einnahmen aus Kantonsbeiträgen (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Sitzkanton klientenbezogene Beiträge freiwillige Therapie	238'125	221'293	0	0	11'668'144	10'843'339	25%	24%
Sitzkanton klientenbezogene Beiträge Massnahmevollzug	122'959	143'403	22'160	29'970	6'025'015	7'026'730	13%	16%
Sitzkanton Betriebsbeitrag pauschal	5'600	17'235	0	0	280'000	861'760	1%	2%
Sitzkanton Betriebsbeitrag leistungsgebunden	138'430	134'131	0	0	6'921'491	6'706'557	15%	15%
Sitzkanton Baubeitrag	2'000	807	0	0	100'000	40'329	0.2%	0.1%
Sitzkanton Defizitdeckung	260'917	215'086	0	0	13'045'872	10'754'282	28%	24%
Total Beiträge Sitzkanton	768'032	731'954			38'040'523	36'232'997	82%	81%
Fremdkanton klientenbezogene Beiträge freiwillige Therapie	78'408	80'006	0	0	3'842'014	3'920'305	8%	9%
Fremdkanton klientenbezogene Beiträge Massnahmevollzug	84'137	87'207	0	0	4'122'697	4'273'145	9%	9%
Fremdkanton Betriebsbeitrag leistungsgebunden	12'624	11'378	0	0	631'208	568'881	1%	1%
Total Beiträge Fremdkantone	175'169	178'591			8'595'919	8'762'331	18%	19%
Total Kantonsbeiträge	951'764	918'272	812'928	789'000	46'636'442	44'995'328	100%	100%

7.4 Einnahmen aus Beiträgen der Gemeinden

Die Einrichtungen der stationären Suchttherapie erhielten 2005 für die ganze Schweiz hochgerechnet insgesamt zwischen 39 Mio. und 43 Mio. Franken Gemeindebeiträge.

Die Einnahmen aus Gemeindebeiträgen machten 2005 im Einnahmehbudget der untersuchten Einrichtungen durchschnittlich 29% aus und stammten zu 49% aus Gemeinden des Sitzkantons der Einrichtungen und zu 51% aus Gemeinden von Fremdkantonen. Die aus den Gemeinden an die Einrichtungen fließenden Gelder sind zu unterteilen in klientenbezogene Beiträge (98%) sowie institutionsbezogene Beiträge (2%), wobei letztere vernachlässigbares Gewicht haben.

Tabelle 8: Einnahmen aus Gemeindebeiträgen (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Klientenbezogene Beiträge Gemeinden Fremdkantone	289'106	284'340	143'500	103'136	14'166'194	13'932'660	50%	51%
Klientenbezogene Beiträge Gemeinden Sitzkanton	275'709	263'733	234'866	147'170	13'509'723	12'922'940	48%	47%
Betriebsbeiträge pauschal Gemeinden Sitzkanton	300	280	0	0	15'000	14'000	0.1%	0.1%
Betriebsbeiträge leistungsgebunden Gemeinden Sitzkanton	2'360	2'360	0	0	118'000	118'000	0.4%	0.4%
Defizitdeckung Gemeinden Sitzkanton	10'133	9'794	0	0	506'665	489'675	2%	2%
Total Gemeindebeiträge	577'869	560'761	456'997	504'100	28'315'583	27'477'275	100%	100%

Beinahe alle klientenbezogenen Gemeindegelder wurden 2005 im Rahmen freiwilliger Therapien als individuelle Unterstützungsbeiträge in der Tradition klassischer finanzieller Sozialhilfe (Fürsorge) geleistet. Bei den durch die Kantone im Rahmen des Strafvollzugs finanzierten therapeutischen Massnahmen übernehmen die Gemeinden teilweise die Nebenkosten aus Sozialhilfegeldern, die aber im Verhältnis zur Gesamtsumme der bezahlten Gelder kaum ins Gewicht fallen.

7.5 Einnahmen aus Beiträgen von Privaten inklusive Krankenversicherer

Die Einrichtungen der stationären Suchttherapie erhielten 2005 für die ganze Schweiz hochgerechnet insgesamt zwischen 25 Mio. und 27 Mio. Franken Beiträge von Privaten (inkl. Krankenkassen).

Die finanziellen Mittel seitens Privater (inkl. Krankenversicherer und Trägerschaften) machten 2005 durchschnittlich rund 17% der Gesamteinnahmen der untersuchten Einrichtungen aus. Diese Einnahmen seitens Privater resultierten 2005 gut zur Hälfte aus der Selbstbeteiligung der KlientInnen¹⁷ resp. der finanziellen Unterstützung ihrer Angehörigen (Verwandtenunterstützung). Dazu kommen Beiträge der Krankenkassen¹⁸ (5%).

Tabelle 9: Einnahmen aus Beiträgen Privater, Krankenversicherer & Träger (in Fr.) 2004 und 2005
Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Beiträge Klienten/Angehörige aus Sitzkanton	103'178	129'351	0	0	5'055'716	6'338'209	35%	36%
Beiträge Klienten/Angehörige aus Fremdkantonen	17'135	55'775	0	0	839'605	2'732'993	6%	16%
Beiträge Krankenversicherer	15'736	16'519	0	0	771'084	809'424	5%	5%
Eigenleistung Trägerschaft	156'046	151'699	92'804	84'150	7'802'281	7'584'926	54%	43%
Total Beiträge Privater	292'095	353'344			14'468'686	17'465'552	100%	100%

Der zweite grosse Brocken der Einnahmen seitens Privater waren 2005 Eigenleistungen der Einrichtungen selbst sowie ihrer Trägerschaften (43%). Diese setzten sich 2005 zusammen aus dem Verkaufserlös von Dienstleistungen und Produkten (47%), aus Spenden und Gönnerbeiträgen (16%) sowie durch die Auflösung von Reserven oder die Verwendung von Überschüssen (10%). Rund 25% der Einnahmen konnten nicht direkt zugeordnet werden und wurden unter „Diverse Erlöse“ aufgeführt.

7.6 Taggelder

Bei klientenbezogener individueller Rechnungsstellung an die Fürsorge- und Sozialhilfebehörden der Gemeinden oder an die Strafvollzugsbehörden der Kantone kommt meist eine Pauschale pro Betreuungstag – ein sogenanntes Taggeld – zur Anwendung. Die Einrichtungen verrechnen dabei den verschiedenen Kostenträgern entweder ein einheitliches Taggeld für alle KlientInnen jeglicher Herkunft (Einheitstaxe) oder aber unterschiedliche Tagesansätze. Diese unterscheiden sich je nach Herkunft der KlientInnen aus Sitz- und Fremdkanton oder nach der Art des Therapieaufenthalts, das heisst ob eine Therapie freiwillig erfolgt oder als Massnahme verfügt wurde.

Die Bandbreite der Taggeldansätze variiert stark und ist abhängig vom spezifischen Angebot der Einrichtung (Art der Betreuung, Betreuungsverhältnis, Art der Klientel etc.).

¹⁷ Die meisten KlientInnen – sofern fürsorgeabhängig – können die Beiträge ihrerseits (teilweise oder komplett) von der Sozialhilfe ihrer Gemeinde zurückfordern.

¹⁸ Im Suchthilfebereich rechnen die Einrichtungen oft direkt mit den Krankenversicherern und Sozialhilfebehörden ab, so dass ein Teil der klientenbezogenen Einnahmen unter den Beiträgen der Gemeinden verbucht werden dürfte.

Die Einheitstaxen lagen 2005 im Durchschnitt bei rund 300 Franken pro Tag, schwankten aber vom Minimum von Fr. 168 bis zum Maximum von Fr. 434. Die eine Hälfte der Einrichtungen verlangte 2005 mehr als Fr. 325 pro Tag (Median), die andere Hälfte weniger.

Tabelle 10: Taggeld-Ansätze der Einrichtungen (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Minimal- und Maximalwerte

	Durchschnitt		Median		Minimum		Maximum	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Taggeld Einheitstaxe pauschal	298	299	330	325	164	168	362	434
Taggeld freiwillige Klienten innerkantonale	201	201	220	220	35	35	340	340
Taggeld freiwillige Klienten ausserkantonale	282	301	308	330	160	168	350	554
Taggeld Massnahme-Klienten innerkantonale	230	218	255	224	35	35	340	340
Taggeld Massnahme-Klienten ausserkantonale	283	294	308	330	160	168	350	391

Die Taggelder für KlientInnen mit gerichtlicher Massnahme sind aufgrund der unterschiedlichen Kostenträger, welche die Therapiekosten tragen, um rund 35% höher als für KlientInnen in freiwilliger Therapie. Normalerweise wird aber in der Therapie selbst kein Unterschied gemacht in der Behandlung von freiwilligen KlientInnen und KlientInnen mit Massnahme, sie erhalten dieselbe Leistung zu derselben Qualität, jedoch zu einem höheren Preis.

Die tiefsten Mindest-Taggeldansätze von Fr. 35 für innerkantonale KlientInnen (in obiger Tabelle) deuten auf spezielle Vereinbarungen der betroffenen Einrichtungen mit ihrem Sitzkanton hin.

8 Ausgaben der Einrichtungen

8.1 Gesamtausgaben und Übersicht über die Kostenstellen

Die Einrichtungen der stationären Suchttherapie verzeichneten 2005 für die ganze Schweiz hochgerechnet einen Aufwand von insgesamt zwischen 131 Mio. und 145 Mio. Franken.

Die untersuchten Einrichtungen verwendeten ihre Einnahmen 2005 weitgehend zur Deckung von Personalkosten (66%) sowie für Sach- und Betriebsaufwand (32%). Aufwendungen für Investitionen und Zins (1%) sowie zur Bildung von Reserven (<1%) machten dazu im Vergleich einen vernachlässigbar bescheidenen Anteil aus. Die absoluten Gesamtausgaben der Einrichtungen nahmen von 2004 auf 2005 im Durchschnitt um rund 1% leicht ab.

Tabelle 11: Ausgaben nach Kostenstellen (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Personalaufwand	1'250'884	1'255'656	1'130'157	1'138'805	62'544'203	62'782'796	65%	66%
Sach- und Betriebsaufwand	625'919	602'586	499'099	489'266	31'295'970	30'129'315	33%	32%
Investitions- und Zinsaufwand	19'212	24'931	0	0	960'601	1'246'525	1%	1%
Bildung Reserven	17'495	9'193	0	0	874'759	459'649	1%	0.5%
Total Ausgaben	1'913'511	1'892'366	1'794'575	1'677'819	95'675'533	94'618'285	100%	100%

8.2 Gesamtausgaben pro Therapieplatz

Werden die durchschnittlichen Gesamtausgaben von rund 1.9 Mio. Franken pro Einrichtung auf die durchschnittlich angebotene Anzahl Therapieplätze umgelegt, entsprach dies 2005 theoretischen Ausgaben von rund 100'000 Franken pro verfügbaren Therapieplatz.

Da bei den meisten Einrichtungen jedoch nicht von einer Vollauslastung ausgegangen werden kann, dürften die Ausgaben pro belegten Therapieplatz real höher gelegen haben. Normalerweise wird von einer durchschnittlichen Auslastung von 80%-90% ausgegangen.

8.3 Personalaufwand

Die Einrichtungen der stationären Suchttherapie zahlten 2005 für die ganze Schweiz hochgerechnet eine Brutto-Lohnsumme von insgesamt zwischen 90 Mio. und 100 Mio. Franken an ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus.

Der Personalaufwand teilte sich 2005 im Durchschnitt aller untersuchten Einrichtungen der stationären Suchthilfe auf in Kosten für Betreuungspersonal (78%) sowie für Personal im Administrations- und Verwaltungsbereich (22%).

Tabelle 12: Personalaufwand nach Kostenstellen (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe ¹⁹		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Betreuungspersonal	1'037'125	1'041'416	827'560	871'451			78%	78%
Administrationspersonal	286'326	294'993	255'674	303'647			22%	22%
Total Personalaufwand	1'250'884	1'255'656	1'130'157	1'138'805	62'544'203	62'782'796	100%	100%

Über die 50 untersuchten Einrichtungen summiert wurden 2005 im stationären Suchttherapiebereich fast 63 Mio. Franken zur Deckung von Personalkosten aufgewendet, was einer an die MitarbeiterInnen ausbezahlten Lohnsumme (brutto) von rund 53 Mio. Franken entsprach (unter der Annahme von rund 15% Sozialversicherungs- und anderen Abzügen).

8.4 Sach- und Betriebsaufwand

Der Sach- und Betriebsaufwand teilte sich 2005 im Durchschnitt aller untersuchten Einrichtungen der stationären Suchthilfe auf in Kosten für Administration und Verwaltung (11%) sowie auf Raum- und Gebäudekosten (35%). Der grösste Teil des Sach- und Betriebsaufwands konnte 2005 von den befragten Einrichtungen nicht einer dieser beiden Kategorien zugeordnet werden und wurde deshalb unter „Diverse Kosten“ subsumiert (54%).

Tabelle 13: Sach- und Betriebsaufwand nach Kostenstellen (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen & Anteile am Total

	Durchschnitt		Median		Summe ²⁰		Anteile	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Administrationskosten	68'062	63'996	55'712	51'469			11%	11%
Kosten Raum/Gebäude	209'564	209'815	183'011	190'455			34%	35%
Diverse Kosten	342'570	322'364	270'448	259'161			55%	54%
Total Sach- & Betriebsaufwand	625'919	602'586	499'099	489'266	31'295'970	30'129'315	100%	100%

8.5 Verhältnis von Einnahmen zu Ausgaben (Betriebsergebnis)

Werden die Gesamteinnahmen der untersuchten Einrichtung den Gesamtausgaben gegenüber gestellt, so resultierte für 2005 ein durchschnittlicher Überschuss von rund 8'500 Franken pro Einrichtung, gegenüber einem durchschnittlichen Defizit von rund 11'600 Franken im Vorjahr 2004.

Ein Median von null (2004) bedeutet hier, dass die eine Hälfte der Einrichtungen ein positives, die andere Hälfte der Einrichtungen ein negatives Betriebsergebnis aufweist. Über alle 50 untersuchten Einrichtung summiert entstand 2005 im stationären Suchttherapiebereich ein Einnahmeüberschuss von über 425'000 Franken, im Jahre 2004 hingegen eine Finanzierungslücke von fast 580'000 Franken.

¹⁹ In den beiden Detailbereichen Betreuung und Administration wird die Summe über alle Einrichtungen nicht aufgeführt, weil diese Detailangaben – im Gegensatz zum Total Personalaufwand – nicht von allen Einrichtungen ausgewiesen wurden.

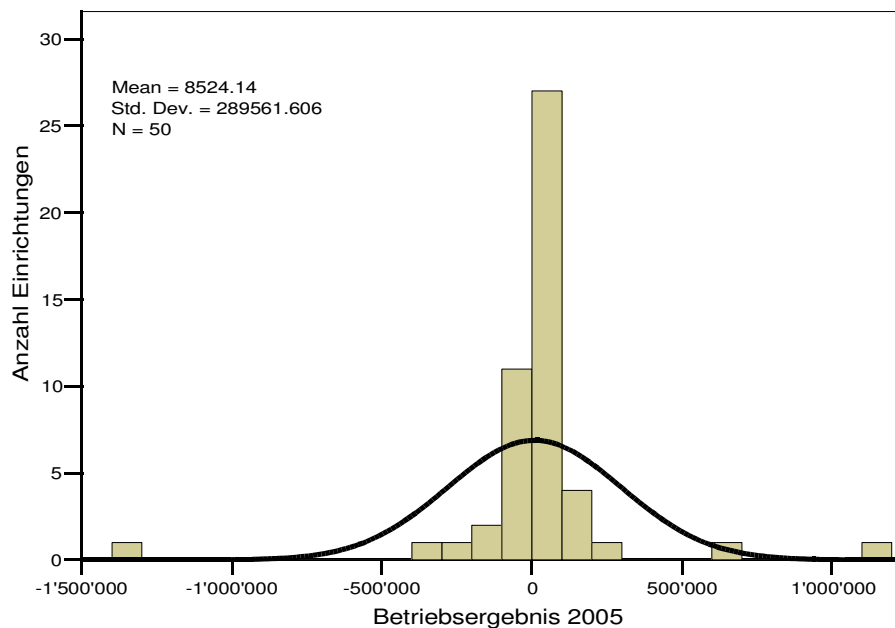
²⁰ In den Detailbereichen Administrationskosten, Kosten Raum/Gebäude und Diverse Kosten wird die Summe über alle Einrichtungen nicht aufgeführt, weil diese Detailangaben – im Gegensatz zum Total Sach- und Betriebsaufwand – nicht von allen Einrichtungen ausgewiesen wurden.

Tabelle 14: Betriebsergebnis (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen

	Durchschnitt		Median		Summe	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Total Einnahmen	1'901'917	1'900'890	1'742'169	1'681'773	95'095'838	95'044'492
Total Ausgaben	1'913'511	1'892'366	1'794'575	1'677'819	95'675'533	94'618'285
Betriebsergebnis	-11'594	8'524	0	2	-579'695	426'207

Die Häufigkeitsverteilung von Überschüssen und Defiziten der Jahre 2004 und 2005 (vgl. nachstehende Abbildung) zeigt, dass die ermittelten Durchschnittswerte aus obiger Tabelle nur beschränkte Aussagekraft besitzen. Die meisten Einrichtungen bewegten sich sowohl 2004 als auch 2005 im Bereich um den Nullpunkt (neutrales Betriebsergebnis) von plus/minus 50'000 Franken. Das durchschnittliche Betriebsergebnis wird 2004 durch einen Ausreisser (eine Einrichtung mit rund 1,25 Mio. Franken Defizit) massgeblich beeinflusst. Im 2005 wird der negative Ausreisser durch einen Ausreisser auf der Überschussseite (eine Einrichtung mit mehr als 1,3 Mio. Franken Überschuss) kompensiert.



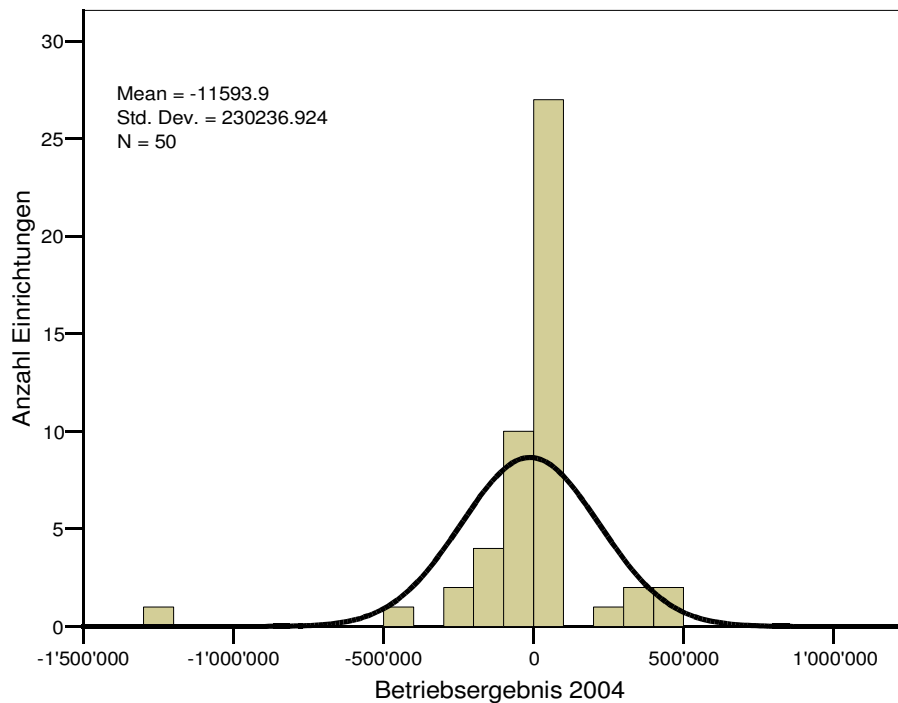


Abbildung 6: Betriebsergebnis der Einrichtungen der stationären Suchthilfe 2004 und 2005
Anzahl Einrichtungen pro Klasse gleich hoher Betriebsergebnisse und Normalverteilungskurve

8.6 Personalaufwand pro Vollzeitstelle

Werden die Personalkosten der untersuchten 50 Einrichtungen der stationären Suchthilfe zu den angebotenen Vollzeitstellen ins Verhältnis gesetzt, erhält man die durchschnittlichen Ausgaben der Einrichtungen pro Vollzeitstelle.

Im Durchschnitt kostete der oder die MitarbeiterIn 2005 pro Vollzeitstelle rund 112'700 Franken (pro Jahr). Dieser Betrag nahm von 2004 auf 2005 um 6% zu. Unter der Annahme von rund 15% Sozialversicherungs- und anderen Abzügen entsprach das im Jahr 2005 bei 100% Beschäftigung einem Brutto-Jahreslohn von durchschnittlich rund Fr. 95'800 (oder Fr. 7'960 pro Monat).

Tabelle 15: Personalaufwand pro Vollzeitstelle (in Fr.) 2004 und 2005

Durchschnitt und Median, Summe aller antwortenden Einrichtungen

	Durchschnitt		Median		Summe	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Vollzeitstellen	11.9	11.6	9.6	9.4	596.2	577.5
Personalaufwand	1'250'884	1'255'656	1'130'157	1'138'805	62'544'203	62'782'796
Personalaufwand pro Vollzeitstelle	105'945	112'683	102'826	106'732	5'297'260	5'634'170

Der Median ist auch hier tiefer als der arithmetische Durchschnitt, was auf eine leicht linksschiefe Verteilung hindeutet. Demnach wies 2005 die Hälfte der untersuchten Einrichtungen über 106'732 Franken Personalaufwand pro Vollzeitstelle aus, die andere Hälfte weniger.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schliessung stationärer Suchttherapieeinrichtungen zwischen 1999 und 2005.....	7
Abbildung 2: Statistik der Umfrage.....	12
Abbildung 3: Einrichtungen der stationären Suchttherapie 2004 und 2005.....	15
Abbildung 4: Platzangebot der Einrichtungen der stationären Suchttherapie 2004 und 2005.....	16
Abbildung 5: Gesamteinnahmen der Einrichtungen der stationären Suchthilfe 2005.....	19
Abbildung 6: Betriebsergebnis der Einrichtungen der stationären Suchthilfe 2004 und 2005.....	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Statistik der Umfrage	12
Tabelle 2: Vollzeitstellen, Anzahl MitarbeiterInnen und Beschäftigungsgrad 2004 und 2005	17
Tabelle 3: Einnahmen aus Beiträgen aller Kostenträger (in Fr.) 2004 und 2005	18
Tabelle 4: Klienten- und institutionsbezogene Einnahmen (in Fr.) 2004 und 2005	20
Tabelle 5: Klientenbezogene Einnahmen (in Fr.) 2004 und 2005	20
Tabelle 6: Institutionsbezogene Einnahmen (in Fr.) 2004 und 2005.....	21
Tabelle 7: Einnahmen aus Kantonsbeiträgen (in Fr.) 2004 und 2005.....	22
Tabelle 8: Einnahmen aus Gemeindebeiträgen (in Fr.) 2004 und 2005.....	22
Tabelle 9: Einnahmen aus Beiträgen Privater, Krankenversicherer & Träger (in Fr.) 2004 und 2005.....	23
Tabelle 10: Taggeld-Ansätze der Einrichtungen (in Fr.) 2004 und 2005	24
Tabelle 11: Ausgaben nach Kostenstellen (in Fr.) 2004 und 2005	25
Tabelle 12: Personalaufwand nach Kostenstellen (in Fr.) 2004 und 2005	26
Tabelle 13: Sach- und Betriebsaufwand nach Kostenstellen (in Fr.) 2004 und 2005	26
Tabelle 14: Betriebsergebnis (in Fr.) 2004 und 2005	27
Tabelle 15: Personalaufwand pro Vollzeitstelle (in Fr.) 2004 und 2005	28

Impressum

Herausgeber / Editeur

INFODROG

Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht

Centrale nationale de coordination des addictions

© INFODROG | September 2006

Reproduktion mit Quellenangabe gestattet

Internet

www.infodrog.ch

AutorInnen

Hannes Herrmann, lic.rer.pol., Freier Ökonom und Sozialwissenschaftler, Inhaber von Herrmann Consulting Basel (www.herrmannconsulting.ch)

Ueli Simmel, lic. phil., Psychologe FSP, Leiter Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht INFO-DROG, Bern

Alison Chisholm, lic. phil., dipl. Sozialarbeiterin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht INFODROG, Bern

Nicolas Dietrich, lic. rer. pol., Wissenschaftlicher Adjunkt Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht INFODROG, Bern

Aline Keller, lic. phil., Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht INFODROG, Bern

Bestelladresse / Adresse de commande

Bestellungen an:

INFODROG, Postfach | CP 460, 3000 Bern 14

Tel. 031 376 04 01

Fax. 031 376 04 04

Mail: office@infodrog.ch