

Bestandesanalyse Ambulante Suchtberatung Basel-Stadt 2002

Erhebung bei sechs Beratungsstellen
des Alkohol- und Drogenbereichs sowie
bei vier Substitutionseinrichtungen

Inhaltsübersicht

I	Einleitung.....	i
II	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	ii
III	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	vii

Teil A

1	Auftrag, Gegenstand und Rahmenbedingungen.....	1
----------	---	----------

Teil B

2	Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung.....	7
3	Klientel der ambulanten Suchtberatung.....	19

Teil C

4	Finanzielle Verhältnisse der Beratungsstellen.....	41
----------	---	-----------

Teil D

5	Kennziffern und betriebswirtschaftliche Kennzahlen	55
----------	---	-----------

Teil E

6	Anhang.....	67
----------	--------------------	-----------

Detailliertes Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung	i
II	Zusammenfassung der Ergebnisse	iii
III	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	vii

Teil A

1	Auftrag, Gegenstand und Rahmenbedingungen	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Ziel und Fragestellung	1
1.3	Besondere Problematik der Fragestellung	2
1.4	Beteiligte, Arbeits- und Zeitplan.....	3
1.5	Methodik	3

Teil B

2	Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung	7
2.1	Einleitung.....	7
2.2	Kategorisierung der Einrichtungen.....	7
2.3	Personelle und zeitliche Ressourcen der Einrichtungen	8
2.3.1	Stellenangebot, Beschäftigung	8
2.3.2	Verwendung der Arbeitszeit.....	9
2.3.3	Ausbildung der MitarbeiterInnen.....	11
2.3.4	Leitung, Führungsstil, Arbeitszufriedenheit	12
2.3.5	Betriebswirtschaftliche Effizienz der Leitungsstrukturen.....	12
2.4	Förderung und Erhaltung der Kompetenz	13
2.4.1	Fort- und Weiterbildung, Prozessbegleitung	13
2.4.2	Qualitätsentwicklung und -sicherung.....	13
2.5	Leistungsangebot der ambulanten Suchtberatung.....	13
2.5.1	Leistungsangebot insgesamt	14
2.5.2	Ressourcenaufwändigste Leistungen.....	15
2.5.3	Verteilung des Angebots, Selbstanspruch versus Fremdanspruch	16
2.5.4	Angebotslücken im heutigen Leistungsangebot	16
2.5.5	Ungenügende Betreuung durch Sozialhilfe	17
2.5.6	Ergänzung des bestehenden Leistungsangebots	17
3	Klientel der ambulanten Suchtberatung	19
3.1	Einleitung.....	19
3.2	Quantitative Erfassung der Klientel.....	19
3.2.1	Gesamtzahl aller 2002 betreuten KlientInnen.....	19
3.2.1	Anzahl Konsultationen pro KlientIn	21
3.2.2	Anzahl der Kontakte pro KlientIn, Verpasste Termine	22
3.2.3	Ratsuchende mit und ohne eigener Suchtproblematik	23
3.2.4	Anzahl laufender Behandlungen am 31.12.2002	23
3.2.5	Doppelt und mehrfach betreute Klientel.....	24
3.2.6	Neueintritte und Behandlungsabschlüsse	25
3.3	Soziodemografisches Profil der Klientel.....	25
3.3.1	Geschlechterverhältnis	26
3.3.2	Wohnkanton.....	26
3.3.3	Nationalität	27
3.3.4	Altersverteilung.....	29

3.4	Klientel in Behandlung in den Einrichtungen	30
3.4.1	Behandlungsdauer	30
3.4.2	Substitutionstherapie, psychiatrische Behandlungen, gerichtliche Auflagen	32
3.4.3	Wichtigste Problemlagen der Klientel	32
3.4.4	Häufigste Probleme der Einrichtungen im Umgang mit ihrer Klientel	34
3.4.5	Vergleichbarkeit der Einrichtungen aufgrund der Problematik ihrer Klientel	35
3.4.6	Gründe für Behandlungsabschluss, Haltequote	35
3.4.7	Der Weg der Klientel in die Einrichtungen	36
3.4.8	Gegenseitige Vermittlung von KlientInnen	37

Teil C

4	Finanzielle Verhältnisse der Beratungsstellen	41
4.1	Einleitung	41
4.2	Finanzierungsquellen, Zuständigkeiten, gesetzliche Grundlagen	41
4.3	Einnahmen der Beratungsstellen	46
4.3.1	Gesamteinnahmen und Überblick über die Kostenträger	47
4.3.2	Beiträge des Bundes	48
4.3.3	Beiträge der Kantone und Gemeinden	48
4.3.4	Beiträge Privater, Eigenmittel	49
4.3.5	Beiträge von Versicherungen	50
4.4	Ausgaben der Beratungsstellen	51
4.4.1	Gesamtausgaben und Übersicht über die Kostenstellen	51
4.4.2	Personalaufwand	52
4.4.3	Administrativer Aufwand und Raumkosten	53
4.4.4	Abschreibungen und Rückstellungen	54

Teil D

5	Kennziffern und betriebswirtschaftliche Kennzahlen	55
5.1	Einleitung	55
5.2	Betriebsergebnis, Überschuss und Defizit	56
5.3	Kostenrechnung pro Vollzeitstelle	56
5.3.1	Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle	56
5.3.2	Vollkosten eines Arbeitstages oder einer Arbeitsstunde	57
5.3.3	Personalkosten pro Vollzeitstelle	57
5.4	Betreuungsverhältnis und Betreuungsintensität	59
5.4.1	Anzahl KlientInnen pro Vollzeitstelle	59
5.4.2	Gesamthaft eingesetzte Arbeitszeit pro KlientIn	59
5.4.3	Mittelbar und unmittelbar klientenbezogene Arbeitszeit pro KlientIn	60
5.5	Kostenrechnung pro KlientIn	62
5.5.1	Gesamtaufwand pro KlientIn	62
5.5.2	Personalkosten pro KlientIn	62
5.5.3	63	
5.6	Diskussion des Benchmarking	64
5.6.1	Nachteile des extern-quantitativen Benchmarking	64
5.6.2	Vorteile eines intern-qualitativen Benchmarking	64
5.6.3	Lernen durch Benchmarking	65

Teil E

6	Anhang	67
----------	---------------------	-----------

I Einleitung

Direkt nach der **Zusammenfassung** der Ergebnisse werden die **Schlussfolgerungen** dieser Bestandesanalyse (vor-)gezogen. Der Handlungsbedarf für die ambulante Suchtberatung in Basel-Stadt wird aufgezeigt und Vorschläge für ein weiteres Vorgehen werden skizziert.

Der nachfolgende ausführliche Detailbericht ist dann in fünf thematische Teile A bis E gegliedert:

Teil A umreißt in groben Zügen **Auftrag**, Gegenstand, Zielsetzungen und Rahmenbedingungen dieser Bestandesanalyse (Kapitel 1).

Teil B beschreibt auf der Basis der Antworten in Fragebogen und Interviews die **Einrichtungen** der ambulanten Suchtberatung und ihr aktuelles **Leistungsangebot** (Kapitel 2) sowie ihre **Klientel** (Kapitel 3). Die Situation in Basel-Stadt wird wo möglich anhand der Ergebnisse von SAMBAD 2001 in einen gesamtschweizerischen Zusammenhang gestellt. Die entsprechende Datenlage vorausgesetzt werden auch Vergleiche mit der Situation vor 3 Jahren gezogen (anhand der Erhebung Nett 1999). Wo als angebracht erachtet werden die Ergebnisse kommentiert und diskutiert.

Teil C beleuchtet die geldwerte Seite der ambulanten Suchtberatung. Einleitend werden die vielfältigen Kostenträger und **Finanzierungsquellen** vorgestellt, um ihre Rolle und Legitimation bei der Finanzierung der ambulanten Suchtberatung besser zu verstehen. Anschliessend beschreibt dieser Teil C mit einer Analyse der Einnahmen und Ausgaben die detaillierte **finanzielle Situation der Beratungsstellen** (Kapitel 4). Die finanzielle Situation der **Substitutionseinrichtungen** wird aufgrund der ungenügenden Datenlage nicht beschrieben. Wo immer möglich werden auch hier Vergleiche mit Daten von 1999 angestellt, um die Entwicklung über die letzten 3 Jahre zu verfolgen.

Teil B und Teil C sollen damit die Grundlagen für die Ausführungen in Teil D bereitstellen. Die Resultate der Antworten aus Fragebogen und Interviews werden in Teil B und Teil C vorwiegend deskriptiv und unkommentiert dargestellt, statistische Methoden werden nur für das Testen der Variablen eingesetzt.

Teil D stellt mit betriebswirtschaftlichen Kostenrechnungen sowie Methoden der analytischen Statistik die in den Teilen B und C beschriebenen Fakten zueinander in Beziehung, um **neue Zusammenhänge** zu entdecken und vermutete Korrelationen auf Plausibilität und Wahrhaftigkeit zu überprüfen (Kapitel 5). Diese **betriebswirtschaftlichen Kennziffern** bilden die Basis für **Aussagen zur Effizienz** der Einrichtungen bei der Leistungserstellung. Die Resultate sollen das aktuelle Angebot der ambulanten Suchtberatung kritisch hinterleuchten und dort **Fragen aufwerfen**, wo die Resultate selbst keine unmittelbare Antwort bieten. Die teilweise auch experimentell – im Sinne von bisher eher ungewohnt – vorgenommenen analytischen Betrachtungen werden dabei durch die Erkenntnisse aus den Interviews ergänzt oder relativiert und im erweiterten Kontext kommentiert und diskutiert.

Teil E beinhaltet als **Anhänge** den standardisierten Fragebogen an die Einrichtungen, den Fragenkatalog für die persönlichen Interviews mit den Leitungen der Institutionen sowie diverse Datentabellen zu den statistischen Auswertungen der Erhebung inklusive der wichtigsten statistischen Werte ausgewählter Variablen.

Ein Dank an alle Beteiligten

Ein „Merci“ geht an dieser Stelle an all diejenigen Personen, welche bei der Entstehung dieser Bestandesanalyse mit Gedanke, Wort und Tat mitgeholfen haben. Besonders erwähnen möchte ich die Beratungsstellen und Substitutionseinrichtungen, welche jahrein jahraus mit ihrer täglichen Arbeit die Basis für diese Studie erst gelegt haben. Den Verantwortlichen in diesen Einrichtungen sei zudem für ihr Engagement beim Ausfüllen des Fragebogens und der Teilnahme am persönlichen Interview gedankt.

II Zusammenfassung der Ergebnisse

Teil A

Rahmenbedingungen der Bestandesanalyse

Die ambulante Suchtberatung Basel-Stadt als Teil der Säule Therapie und Rehabilitation des kantonalen Suchthilfesystems wurde letztmals Ende der 80-er Jahre einer eingehenden Betrachtung unterworfen. In den seither vergangenen 15 Jahren hat sich die Suchthilfe jedoch grundlegend verändert. Um sich im Sinne einer Auslegeordnung einen umfassenden Überblick über die aktuelle Situation zu verschaffen, hat das zuständige Sanitätsdepartement des Kantons Basel-Stadt beschlossen, alle direkt oder indirekt finanzierten Institutionen der ambulanten Suchtberatung einer eingehenden Analyse zu unterwerfen.

In Rahmen einer Gesamterhebung wurden die folgenden zehn Einrichtungen in die Analyse einbezogen:

- die **Substitutionseinrichtungen** Opiatgestützte Behandlung **Janus** und Ambulanter Dienst Sucht **ADS** als Abteilungen des Bereichs Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik, die Psychiatrische Universitäts-Poliklinik **PUP** des Kantonsspitals Basel-Stadt und als vom Kanton finanziell unabhängig das Basler Drogen-Abgabelokal **BADAL** des Vereins ARUD Basel
- die **Beratungsstellen** ohne Bewilligung zur Durchführung von opiatgestützter Substitutionstherapie **Dropln** und **StepOut** des Vereins Suchthilfe Region Basel SRB, die Beratungs- und Präventionsstelle **Blaues Kreuz** Basel-Stadt, die Multikulturelle Suchtberatung **Musub** des gleichnamigen Vereins, die **Frauen-Oase** des Vereins frau-sucht-gesundheit sowie als Abteilung der Gesundheitsdienste Basel-Stadt die Alkohol- und Suchtberatung **A&SB**

Im Zentrum der Bestandesanalyse sollte nicht die einzelne Institution stehen, sondern die ambulante Suchtberatung als Ganzes. Dabei interessierten mit Blick auf die „Makroebene“ folgende **Fragestellung**:

- Welches sind die Leistungen der Suchtberatung? Gibt es Überangebote oder Angebotslücken?
- Von wem werden diese Leistungen erbracht? Wie sind die Einrichtungen betrieblich strukturiert?
- Wie viele Personen empfangen diese Leistungen? Wie setzt sich die Klientel zusammen?
- Was kosten diese Leistungen und von wem werden sie finanziert?
- Wie effizient werden die Leistungen erbracht?

Teil B

Struktur und Leistungsangebot der ambulanten Suchtberatungsstellen

Die Substitutionseinrichtungen stellten 2002 geschätzt gegen 40 **Vollzeitstellen** in den Dienst der ambulanten Suchtberatung, die Beratungsstellen ihrerseits 31 Stellen. Aufgrund der unterschiedlichen Grössenverhältnisse der Einrichtungen herrscht eine ungleiche Verteilung. So verfügte beispielsweise die A&SB allein über doppelt soviel Stellenprozente wie das Dropln als grösste der privaten Beratungsstellen. Die Beanspruchung einer Arbeit im Suchtbereich fördert in allen Einrichtungen den Trend zur **Teilzeitarbeit**. Insgesamt arbeiteten 2002 über 80 Personen im Bereich der ambulanten Suchtberatung.

Bei der Aufteilung der **Arbeitszeit** wurden in den Beratungsstellen über zwei Drittel der Zeit für die unmittelbare oder mittelbare Klientenarbeit eingesetzt. Die übrige Arbeitszeit musste zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität aufgewendet werden (Teambildungsprozesse, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen, administrativer Overhead). Noch durchschnittliche 6% der Arbeitszeit blieben für diverse Dienstleistungen übrig (Präventionsarbeit, Bildungsarbeit etc.).

Über die Hälfte der Ende 2002 in Beratungsstellen beschäftigten MitarbeiterInnen wiesen eine sozialarbeiterische (49%) oder sozialpädagogische (9%) **Grund- oder Zweitausbildung** auf. PsychologInnen waren im Durchschnitt mit 9% Anteil vertreten. Weitere MitarbeiterInnen hatten eine kaufmännische (20%) oder eine nicht spezifizierte Ausbildung (11%). 2% aller Stellen entfielen in den Beratungsstellen auf Personal mit medizinischer Ausbildung.

In allen Einrichtungen arbeiten die **Führungspersonen** zumindest partiell im Team mit und betreuen selbst auch KlientInnen. Bei kleineren Einrichtungen ist eine Mitarbeit aufgrund der Finanz- und Personalstruktur eine betriebliche Notwendigkeit. Alle praktizieren einen grundsätzlich partizipativen Führungsstil.

Bei den realisierten Massnahmen zur Förderung und **Erhaltung der Kompetenz** überwiegt in allen Einrichtungen die gezielte Mitarbeiterförderung noch vor Massnahmen zur Verbesserung der inneren Organisation und Struktur. Obwohl sich der überwiegende Teil der Einrichtungen mit dem umfassenden Themenbereich **Qualitätsentwicklung** und -sicherung bereits auseinander setzte, hat die breite Etablierung standardisierter Instrumente im ambulanten Bereich noch nicht stattgefunden.

Psychosoziale Begleitung und Betreuung von KlientInnen und Angehörigen ist das wichtigste **Leistungsangebot** aller Beratungsstellen und Substitutionseinrichtungen und wird ebenso wie Triage und Sachhilfe am Häufigsten als Hauptangebot genannt. Am Alltag orientiertes Lebenstraining ohne Suchtmittel, Abklärungen für stationäre Therapie, geleitete Selbsthilfegruppen für KlientInnen, Durchführung von Urinproben und Atemtests, ambulanter Entzug sowie medizinische Soforthilfe werden doch noch von zumindest der Hälfte aller Einrichtungen als Hauptangebot im Dienstleistungskatalog geführt. Somatische Untersuchungen durch einen Arzt oder eine Ärztin, opiatgestützte Substitutionsbehandlungen sowie Psychotherapien werden ausschliesslich von den Substitutionseinrichtungen angeboten.

Die Mehrzahl der Dienstleistungen wird parallel in allen Einrichtungen angeboten. Darin liegt ein beträchtliches **Optimierungspotential**. Nach Ansicht der meisten befragten Einrichtungen könnten durch eine weitergehende **Spezialisierung** und **Arbeitsteilung**, vor allem aber durch eine bessere **Koordination**, vermehrte gegenseitige Vermittlung und Zusammenarbeit sowie durch intensiveren fachlichen Austausch der verschiedenen Einrichtungen zusätzliche Kapazitäten freigesetzt und das Leistungsangebot generell optimiert werden.

Nebst immer wieder auftretenden zeitlich limitierten Engpässen in der ambulanten Suchtberatung bestehen im Kanton Basel-Stadt klar identifizierte und anerkannte strukturelle **Angebotslücken**. So fehlen tragfähige Institutionen für schwerstgeschädigte sowie für chronifizierte Suchtkranke des Bereichs Alkohol und im Bereich illegaler Drogen. Dies gilt für junge, vor allem aber für ältere Suchtkranke.

Teil C

Quantitative Erfassung der Klientel

In den Beratungsstellen wurden 2002 insgesamt über 2'500 KlientInnen betreut. Im Durchschnitt waren das pro Einrichtung fast 580 KlientInnen. Die Hälfte der KlientInnen beanspruchte dabei sieben und mehr Konsultationen. Zusammen mit 1'025 KlientInnen der Substitutionseinrichtungen wurden in Basel-Stadt somit insgesamt über **3'550 KlientInnen** in der ambulanten Suchtberatung behandelt und betreut.

Drei Viertel der KlientInnen suchten die Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung aufgrund eigener Suchtproblematik auf, ein Viertel der Ratsuchenden aufgrund der Suchtprobleme Dritter. Die Beratungsstellen registrierten während des Jahres 2002 durchschnittlich 13 **Kontakte pro KlientIn**. In einer Substitutionseinrichtung hatte eine KlientIn im Durchschnitt über 200 Kontakte pro Jahr.

Zum Jahresende 2002 befanden sich knapp über 1'020 KlientInnen in laufender Behandlung in einer Beratungsstellen. Zusammen mit den 830 KlientInnen der Substitutionseinrichtungen standen am Stichtag über 1'850 KlientInnen in **laufenden Behandlungen**.

Die A&SB betreute dabei allein fast die Hälfte, zusammen mit Musub sogar zwei Drittel aller KlientInnen der Beratungsstellen. Auch bei den Substitutionseinrichtungen war die Klientel nicht normalverteilt. Das Badal vereinte zu diesem Zeitpunkt allein über die Hälfte aller substituierten KlientInnen, zusammen mit dem ADS über drei Viertel.

Bei den Beratungsstellen und bei den Substitutionseinrichtungen hielten sich **Neueintritte** und **Behandlungsabschlüsse** mehrheitlich die Waage. Im Durchschnitt pro Einrichtung wurden 2002 164 neue KlientInnen aufgenommen und 163 schlossen ihre Behandlung ab.

Gefragt nach den **Gründen** für den Behandlungsabschluss überwogen als Antwort die regulären Abschlüsse (29%), gefolgt von willentlichen Abbrüchen (35%) seitens der KlientInnen und sog. Kontaktverlusten (16%). Nur 1% der Abbrüche erfolgte, weil sich die jeweilige Einrichtung gezwungen sah, das Betreuungsverhältnis einseitig aufzulösen.

Soziodemografisches Profil der Klientel

Die KlientInnen der ambulanten Suchtberatung in Basel-Stadt teilten sich 2002 auf in 67% Männer und 33% Frauen. Dieses **Geschlechterverhältnis** entsprach etwa dem nationalen Durchschnitt.

Ende 2002 waren 75% KlientInnen älter als 30-jährig, gerade 2% jünger als 20. Seit 1999 ist eine „Alterung“ der Klientel zu beobachten, bei Substitutionseinrichtungen ausgeprägter als bei Beratungsstellen.

87% oder die grosse Mehrheit der KlientInnen hatte den **Wohnsitz** im Kanton Basel-Stadt, aus benachbarten Kantonen wurde ein Anteil von 23% KlientInnen betreut (oder nach erstmaligem Kontakt an eine Beratungsstelle im entsprechenden Herkunftskanton verwiesen).

Gut 74% der betreuten KlientInnen in den Beratungsstellen waren SchweizerInnen, ein Viertel AusländerInnen. Dieser **Ausländeranteil** von durchschnittlich 26% lag tiefer als der Ausländeranteil in der Gesamtbevölkerung des Kantons Basel-Stadt von 28% und deutlich über dem nationalen Durchschnitt von 18%. Gegenüber 1999 hat der Ausländeranteil in den Suchtberatungsstellen um 10% zugenommen.

Innerhalb der Gruppe der ausländischen **Nationalitäten** war Italien die am stärksten vertretene Nation, gefolgt von der Türkei, den Staaten Ex-Jugoslawiens, Spanien und Deutschland. Nur 2% der Klientel stammte aus Staaten ausserhalb Europas. Gegenüber 1999 hat 2002 vor allem die italienische Klientel relativ abgenommen, zugenommen haben die KlientInnen aus den Balkanstaaten und aus der Türkei.

Klientel in Behandlung, Interaktion mit den Suchtberatungsstellen

Im Durchschnitt stand Ende 2002 über die Hälfte aller erfassten KlientInnen noch keine zwei Jahre in Behandlung, ein Viertel sogar noch kein halbes Jahr. In den Beratungsstellen nahm die **Behandlungsdauer** der Klientel seit 1999 ab, während sie in den Substitutionseinrichtungen parallel dazu zunahm.

Politoxikomanie und Komorbidität, rechtliche Probleme, körperliche, geistige und soziale Verwahrlosung, Beziehungsprobleme, Beikonsum illegaler Drogen oder problematischer Cannabiskonsum sind die häufigsten **Begleiterscheinungen** der Suchtkrankheit, die entweder als Ursache oder aber als Folge in Erscheinung treten können. Häufig sind auch psychiatrische Doppeldiagnosen und gerichtliche Auflagen.

Die meist genannten **Probleme** im täglichen Umgang mit den KlientInnen waren Verwirrtheit, Aggression und Gewaltandrohung, Unansprechbarkeit oder das Nichteinhalten von Terminen.

Die ambulante Suchtberatung des Kantons Basel-Stadt ist ein Netzwerk von beträchtlicher Komplexität. Der Häufigkeit und Qualität der persönlichen Kontakte der MitarbeiterInnen kommt bei der gegenseitigen **Vermittlung** von KlientInnen daher eine besondere Bedeutung zu. Der grösste Teil der KlientInnen findet jedoch den Weg in die Einrichtungen selbst. Am zweithäufigsten erfolgte die Vermittlung durch ein Spital, die Notfallstation des KBS oder die Psychiatrie. Bei der Beurteilung gegenseitiger Vermittlungshäufigkeit divergieren Selbst- und Fremdeinschätzung der Einrichtungen zum Teil beträchtlich.

Teil D

Finanzielle Situation der ambulanten Suchtberatungsstellen

Aufgrund von nationaler und kantonaler Gesetzgebung, der Strafbarkeit von Drogenbesitz und -konsum sowie aufgrund der Anerkennung von Sucht als Krankheit ist eine Vielzahl von **Kostenträgern** in die Finanzierung der ambulanten Suchtberatung mit einbezogen. Die Beratungsstellen verzeichneten im Jahr 2002 einen **Gesamtumsatz** von über 4,5 Mio. Franken. Zusammen mit den Substitutionseinrichtungen stellten die Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung im Kanton Basel-Stadt Dienstleistungen im Wert von schätzungsweise über 13 Mio. Franken bereit.

An die Gesamteinnahmen der sechs Beratungsstellen steuerte der Kanton Basel-Stadt mit Beiträgen aus dem **Alkoholzehntel** und direkten **Subventionen** knapp drei Viertel der Einnahmen oder über 3,3 Mio. Franken bei.

Weitere wichtige **Einnahmequellen** waren bei den Beratungsstellen vor allem die Eigenmittel in der Höhe von 0,96 Mio. Franken oder gut 20% der Einnahmen. Bei den Substitutionseinrichtungen machten die Krankenkassenbeiträge und die Beiträge der PatientInnen schätzungsweise drei Viertel der Gesamteinnahmen aus.

Für die detaillierte Analyse der Ausgaben und die Verteilung auf die verschiedenen **Kostenstellen** standen nur die Angaben der Beratungsstellen zur Verfügung. Sie wiesen im Jahr 2002 **Gesamtausgaben** von gut 4,5 Mio. Franken aus, was pro Einrichtung durchschnittlich 0,75 Mio. Franken bedeutete.

Erwartungsgemäss machten die **Personalkosten** mit rund 3,5 Mio. Franken den Hauptanteil von drei Viertel der Gesamtausgaben aus und bestätigen damit die hohe Personalintensität in der ambulanten Suchtberatung. Die Bandbreite der Interventionsmöglichkeiten zu Kosteneinsparungen wird entsprechend eingeschränkt da diese fast zwangsläufig zulasten des Personals gehen. **Raumaufwand** und **Administrativer Aufwand** verursachten je 8% der Kosten, weitere 6% entfielen auf **Sachaufwand** KlientInnen, Honorare Dritter, **Abschreibungen** sowie **Rückstellungen**.

Teil E

Betriebswirtschaftliche Kennzahlen, Effizienz der Leistungserbringung

In den Beratungsstellen wurden 2002 durchschnittlich 2'200 Franken pro KlientIn und Jahr aufgewendet. Bei einer Vollkostenrechnung verbuchte das StepOut mit entsprechend mehr Betreuungsintensität rund viermal mehr Aufwand pro KlientIn und Jahr als das Dropln und rund doppelt soviel wie das Blaue Kreuz. Wird der Gesamtaufwand der Beratungsstellen auf die KlientInnen und die Betreuungsstunden umgelegt, hätte in den Beratungsstellen der rechnerischen **Stundenansatz 98 Franken** betragen, im Maximum aber 107 Franken.

In fast allen Einrichtungen haben durchschnittlicher **Gesamtaufwand pro KlientIn** und **Personalkosten pro KlientIn** in den letzten 3 Jahren abgenommen. Die durchschnittliche Abnahme betrug beim Gesamtaufwand pro KlientIn rund 3%, bei den Personalkosten pro KlientIn gut 15%. Bei unterstellter Konstanz oder gar Verbesserung der Arbeitsqualität haben Gesamtkosten- und Personalkostenproduktivität in den Einrichtungen zugenommen. Vereinfacht ausgedrückt heisst das, dass im Jahr 2002 gegenüber 1999 mit gleich viel eingesetztem Geld mehr KlientInnen betreut werden konnten oder, im Falle von konstanten Klientenzahlen, die **Betreuung pro KlientIn im 2002 günstiger** erbracht wurde als noch 3 Jahre zuvor.

Arbeitszeit und -kraft sind im Dienstleistungssektor die bedeutendsten Kostenfaktoren, besteht doch wie gesehen der Grossteil des Aufwandes aus Personalaufwand. In den Beratungsstellen resultierten im Jahr 2002 durchschnittlich 150'000 Franken **Gesamtkosten pro Vollzeitstelle** mit einem Maximum von rund 160'000 Franken bei Musub und Blauem Kreuz. Die Musub wies für 2002 auch bei den **Personalkosten pro Vollzeitstelle** den höchsten Wert auf. Die Ausgaben für Löhne, Lohnnebenkosten sowie Weiterbildung des Personals zusammengefasst lagen somit 17% über den tiefsten Personalkosten pro Stelle, welche das StepOut aufwies, und gut 8% über dem Durchschnitt von 109'400 Franken Personalkosten pro Stelle.

Von 1999 bis 2002 hat der durchschnittliche Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle von rund 130'000 Franken um 15% auf rund 150'000 Franken zugenommen. In der gleichen Zeitspanne nahmen jedoch die durchschnittlichen Personalkosten pro Vollzeitstelle nur minimal zu was bedeutet, dass der Zuwachs der Ausgaben vorwiegend im Sachbereich zu suchen ist.

Im Durchschnitt der Beratungsstellen wurden im 2002 rund 86 **KlientInnen pro Vollzeitstelle** betreut, wobei die Bandbreite von 34 KlientInnen im StepOut bis zu 135 KlientInnen im Dropln reichte.

Im Vergleich mit dem Jahr 1999 hat in den letzten 3 Jahren in den Beratungsstellen dieses **Betreuungsverhältnis** im Durchschnitt pro Einrichtung von 68 um 27% auf 86 KlientInnen pro Vollzeitstelle zugenommen. Diese Zunahme ist weitgehend auf das Wachstum der Klientenzahlen zurückzuführen (+26%), während die zur Verfügung stehenden Stellenprozente leicht abnahmen (-2,6%).

Ohne Analyse der **Prozess- und Ergebnisqualität** lassen sich aus diesen Betreuungsverhältnissen keine Rückschlüsse auf die Effektivität der Arbeit (Wirkung) ableiten. Unterstellt man jedoch eine über die Jahre gleichbleibende oder aufgrund von Weiterbildung und Erfahrungsgewinn allenfalls verbesserte Qualität der Arbeit, so bedeutet diese Zunahme der Betreuungsintensität eine deutliche **Effizienzsteigerung** der Einrichtungen in ihrer Arbeit (verbesserte Wirtschaftlichkeit). Es kann aber nicht bestimmt werden, ob Zunahme bei der mittelbar oder der unmittelbar klientenbezogenen Arbeit stattgefunden hat.

Im Jahr 2002 wurden durchschnittlich 22 Stunden **Arbeitszeit pro KlientIn** in jeder Einrichtung eingesetzt. Diese insgesamt eingesetzte Arbeitszeit pro KlientIn und Jahr ist ein theoretischer Wert, da nie alle MitarbeiterInnen und nicht die gesamte Arbeitszeit für Klientenarbeit eingesetzt werden können. Dieser Wert von 22 Stunden zeigt jedoch auf, wie viel zeitliche Ressourcen in jeder Einrichtung insgesamt pro KlientIn eingesetzt werden müssen, um den gesamten Betrieb funktionsfähig zu halten und die Bereitstellung des gesamten Dienstleistungsangebots zu garantieren

III Schlussfolgerungen und Empfehlungen

1) Generelle Betrachtung und Beurteilung der Situation

Die Resultate der Analyse sollen Anhalts- und Ansatzpunkte liefern, um Veränderungsprozesse anzustossen. Die teilweise eklatanten Unterschiede im Vergleich der Einrichtungen auf der Basis ihres Leistungsangebots und ihrer betriebswirtschaftlichen Kennzahlen müssen hinterfragt werden. Das kann seitens des Sanitätsdepartements im bilateralen Kontakt mit der jeweiligen Institution geschehen, indem konkrete Antworten und Erklärungen zu definierten Fragestellungen gefordert werden. Andererseits können institutionen- und trägerschaftsübergreifend Aktivitäten entwickelt werden, indem beispielsweise im Rahmen von Tagungen oder kürzeren Treffen einzelne Themen spezifisch aufgegriffen werden.

Eine weitere Möglichkeit besteht in der gezielten Schaffung von speziellen Rahmenbedingungen für einzelne Einrichtungen resp. Trägerschaften oder aber für alle Betroffenen der ambulanten Suchtberatung. Im ersten Fall bieten sich Vertragsverhandlungen als Plattform an, im zweiten Fall könnte mit oder ohne Revision des Alkohol- und Drogengesetzes Leitplanken geändert oder neu gesetzt werden.

a) Optimierungspotential trotz gutem Leistungsausweis

Die ambulante Suchtberatung des Kantons Basel-Stadt ist ein ausserordentlich heterogenes Gebilde. Soll dieser Tatsache Rechnung getragen und gleichzeitig auf die unterschiedlichsten, oft divergierenden Ansprüche dieses bedeutenden Dienstleistungssektors mit rund 13 Mio. Franken Gesamtumsatz eingegangen werden, ist die Diskussion um die Optimierung oder gar um neue Lösungen zu Finanzierung, Leistungserfassung, Qualitätssicherung sowie Angebots- und Bedarfsplanung eine grosse Herausforderung und bedingt Kritikfähigkeit und Bereitschaft zur Mitarbeit auf allen Seiten sowie eine generelle Offenheit gegenüber Veränderungen.

Weitgehendes Marktversagen trübt den ansonsten beachtlichen Leistungsausweis der ambulanten Suchtberatung: Mangelnde Transparenz und Koordination des Angebots, unklare weil nicht verbindlich definierte Aufgabenteilung, ungenügende Information über die Nachfrage, fehlende Qualitätsstandards und kaum nachvollziehbare Preis-/Leistungsrelationen verhindern einen Wettbewerb. Gleichzeitig wird ein effizienter Einsatz der knappen Ressourcen erschwert. Die ambulante Suchtberatung des Kantons Basel-Stadt beschäftigt als wirtschaftliches System nahezu 100 Personen und betreut pro Jahr weit über 3'000 KlientInnen. Obwohl der Versorgungsauftrag mit einem insgesamt guten Dienstleistungsangebot wahrgenommen werden kann, funktioniert das System suboptimal und unter dem Wünsch- und Machbaren. Der optimale (i.e. der bestmögliche) Einsatz von öffentlichen und privaten Geldern aus einer Vielzahl verschiedener Finanzierungsquellen ist heute nicht gewährleistet.

b) Keine Krise, aber hoher Spardruck

Es besteht jedoch kein Anlass, an dieser Stelle von einer Krise in der ambulante Suchtberatung des Kantons Basel-Stadt zu reden. Es ist allerdings so, dass vor allem die aktuelle finanzielle Situation in so manchen Einrichtung sehr wohl als Krise empfunden wird. Der Spardruck führt zu teilweise hoher physischer und psychischer Belastung bei der täglichen Arbeit, oft aber auch zur Einsicht in die Notwendigkeit organisatorischer und konzeptueller Anpassungen. Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und –sicherung, Professionalisierung der Administration sowie der Betreuung der Klientel, Steigerung der Attraktivität und innovative Diversifikationen des Angebots sind bereits sichtbare und zum Teil objektiv messbare Resultate dieses Prozess'.

c) Revision Alkohol- und Drogengesetz

Oft wird argumentiert, die Revision des Alkohol- und Drogengesetzes resp. der entsprechenden Alkohol- und Drogenverordnung sei unabdingbar, um grundlegende Veränderungen in der kantonalen Suchthilfe und im hier interessierenden Bereich der ambulanten Suchtberatung im speziellen durchführen zu können. Dem kann hier nicht zugestimmt werden. Die vordringlichsten Massnahmen zur Behebung der festgestellten Mängel des Systems können grösstenteils ohne Revision von ADG und ADV auf der Basis der bestehenden Gesetzgebung in Angriff genommen werden. Damit könnten 80% des Optimierungspotentials ohne Gesetzesrevision ausgeschöpft werden.

Im Folgenden werden die relevanten Themen anhand der Ergebnisse der durchgeführten Bestandesanalyse aufgegriffen und eventueller Handlungsbedarf dargestellt. Es wird dabei zwischen strukturellen und operationellen Problembereichen getrennt argumentiert.

2) Strukturelle Ebene Beratungsstellen

a) Suboptimales Leistungsangebot und Strukturreform

Die Mehrzahl der Dienstleistungen wird parallel in den meisten oder teilweise sogar in allen Einrichtungen angeboten. Zuwenig Dienstleistungen werden in konzentrierter und von einzelnen Beratungsstellen in ausschliesslicher Form angeboten (im Sinne einer Spezialisierung). Darin liegt ein beträchtliches Optimierungspotential. Durch eine weit(er)gehende Spezialisierung und Arbeitsteilung, vor allem aber durch eine bessere Koordination, vermehrte gegenseitige Vermittlung und Zusammenarbeit sowie durch intensiveren fachlichen Austausch der verschiedenen Einrichtungen könnten zusätzliche Kapazitäten freigesetzt und das Leistungsangebot generell optimiert werden. Verschiedene Optionen einer Zusammenlegung von gleichen Angeboten zu neuen Einheiten sind von allen Beteiligten ernsthaft zu prüfen.

Es ist beispielsweise allenfalls historisch begründbar, dass in der A&SB und im Dropln hochdiversifizierte und umfassende Kompetenzen parallel aufgebaut (wurden) und heute getrennt betrieben werden. Suchtpolitisch und betriebswirtschaftlich gesehen ist das jedoch eine „suboptimale Allokation von Ressourcen“. Denn auch wenn die beiden Einrichtungen in der vorliegenden Bestandesanalyse 2002 durchaus vergleichbare Leistungen mit vergleichbarem Aufwand erbracht haben, verschieben sich die Verhältnisse bei genauerer Betrachtung und einer ökonomischen Vollkostenrechnung deutlich zugunsten des privaten Angebots.

Verschiedene geldwerte Verwaltungsleistungen von Sanitäts- und Finanzdepartement, welche in dieser Analyse nicht berücksichtigt werden konnten, verteuern die Leistungen der A&SB zusätzlich. Personal- und Lohnadministration, Personal-, Sach- und Haftpflichtversicherungen, Infrastruktur und Supportleistungen im Informatikbereich, Betriebsbuchhaltung, Strategie- und Führungsarbeit der Gesundheitsdienste, Leistungen des Departementsekretariats und weitere indirekt anfallende Kosten werden – ganz im Gegensatz zu den Kosten der Geschäftsleitung der SRB – (noch) nicht auf die A&SB umgelegt. Effektiver Aufwand und damit auch die Kosten pro KlientIn oder Vollzeitstelle der A&SB sind effektiv höher als in diesem Bericht ausgewiesen.

Demgegenüber machen diverse Faktoren die Leistungen eines Droplns günstiger, wodurch die effektiven Kosten über die Jahre gesehen de facto tiefer sind als ausgewiesen. So richten beispielsweise die Einrichtungen der SRB ihre Betriebsgrösse und -struktur flexibel nach der Nachfrage sowie nach ändernden suchtpolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen aus. Die Trägerschaft finanziert(e) dabei Strukturreformen und Reorganisationen vorwiegend aus eigenen Mitteln, stellt MitarbeiterInnen zu flexiblen Löhnen ein und bei fachlicher, personeller oder betrieblicher Notwendigkeit können sie an verschiedenen Orten eingesetzt oder unter Einhaltung vereinbarter Kündigungsfristen entlassen werden. Die Arbeitszufriedenheit ist durch das hohe Mass an Mitbestimmungs-, Gestaltungs- und Verwirklichungsmöglichkeiten sehr hoch.

Nur bereits schon durch niedrigere Fehlzeiten ist die Produktivität des Personals höher als in staatlichen Einrichtungen. Das Dropln profitiert durch die Einbindung in die SRB direkt von kurzen und vereinfachten Informations- und Kommunikationswegen mit den anderen Einrichtungen der Suchthilfe, was gegenseitigen Fachaustausch sowie Vermittlung von KlientInnen erleichtert und fördert. Ein effizientes Casemanagement könnte innerhalb der gleichen Trägerschaft verwirklicht werden und die fortdauernde Trennung zwischen legalen und illegalen Drogen würde nicht mehr hinterfragt, sondern integral aufgelöst.

Für die Aufhebung der Trennung von ambulanter Suchtberatung nach dem Kriterium legal/illegal sind verschiedene Argumente anzuführen. An dieser Stelle seien nur zur Illustration des Gedankens die zunehmend häufiger auftretende Doppeldiagnosen, die Politoxikomanie vor allem bei den KonsumentInnen illegaler Drogen oder aber der immer öfter zu beobachtenden riskante Alkohol- und Drogenkonsum Jugendlicher genannt. Diese als Beispiele angeführten Entwicklungen legen die integrale, nicht auf ein einziges Suchtmittel ausgerichtete Betreuung dieser Personen nahe. Dies lässt die Trennung der Suchtberatung nach Suchtmittel resp. nach Kriterium legal/illegal als kaum machbar und nicht mehr einsichtig erscheinen. Wieso eine integrale ambulante Suchtberatung nun nur im Dropln, nicht aber in der bereits schon heute nicht nur auf Alkoholproblematik ausgerichteten A&SB erfolgen soll, kann nicht unmittelbar einleuchtend begründet werden.

Als Konsequenz ist die weitgehende Privatisierung der (freiwilligen) ambulanten Suchtberatung ins Auge zu fassen. Es ist die realistische Option einer Strukturreform, die sich mittelfristig aufdrängt. Die Vision ist ein kantonales Kompetenzzentrum der ambulanten Suchtberatung.

Die durch das ADG definierten gesetzlichen Aufgaben der A&SB könnten bei einer Zusammenlegung des freiwilligen Teils mit dem DroPln in der Fachstelle für Suchtfragen integriert werden, wie das bereits auch mit der Erteilung von Kostengutsprachen für stationäre Therapien geschehen ist.

Das StepOut ist bei diesen Überlegungen betreffend die Zusammenlegung der Einrichtungen implizit mit einbezogen, da die Zusatzkosten einer örtlichen und personellen Trennung von StepOut und DroPln weder inhaltlich noch betriebswirtschaftlich länger zu rechtfertigen sind. Das StepOut erreicht mit 3 Vollzeitstellen und einem Anteil von 4% aller 2002 betreuten KlientInnen die wirtschaftliche Mindestgrösse für eine organisatorisch selbstständige Einrichtung nicht.

b) Gegenseitige Vermittlung und selektive Aufnahme von KlientInnen

Es wäre anzunehmen, dass KlientInnen aufgrund von diagnostischer Notwendigkeit und Rationalität des gewählten Behandlungsansatzes gegenseitig vermittelt werden. Das scheint aufgrund der Auswertung der Interviews mit den Einrichtungen aber längst nicht immer die Regel zu sein. Die Häufigkeit und Qualität der gegenseitigen Vermittlungen und Arbeitskontakte der Einrichtungen hängen zu stark von den jeweils kommunizierenden Personen ab und sind zu wenig institutionalisiert. Es bestehen nach wie vor oder immer wieder neue Vorurteile und damit eine Voreingenommenheit bei der gegenseitigen Begegnung. Dieser Umstand manifestiert sich in teilweise beträchtlich divergierender Selbst- und Fremdeinschätzung von Häufigkeit der Vermittlungen oder der Anzahl vermittelter KlientInnen. Diese Divergenz ist ebenfalls feststellbar bei der Beurteilung des eigenen resp. der Angebote der anderen Einrichtungen.

Nun könnten Vermittlungsprobleme als harmlos relativiert werden, da Einzelfälle (auch gehäuft) objektiv einen kleinen Anteil an der Anzahl erfolgreich vermittelter KlientInnen bilden. Es sind aber anscheinend gerade diese Einzelfälle, die allenfalls bestehende Trübungen hervorrufen oder zementieren und eine allseits reibungslose Zusammenarbeit verhindern. Angesichts der knappen Ressourcen kann sich aber die ambulante Suchtberatung diese Ineffizienz gar nicht (mehr) leisten. Wenn Häufigkeit und Qualität der institutionellen Zusammenarbeit von persönlichen Befindlichkeiten abhängen kann, widerspricht das dem Professionalitätsanspruch der Branche und behindert eine bedingungslos auf Klientenbedürfnisse ausgerichtete Arbeit.

Von allen Einrichtungen wurde zudem moniert, dass gelegentlich eigene Vermittlungsversuche von KlientInnen an den Aufnahmekriterien der angefragten Institution oder an deren Unwilligkeit gar scheitert. Ein Abweisen von unerwünschten KlientInnen beziehungsweise die selektive Aufnahme von „guten“ KlientInnen darf in Beratungsstellen, welche sich alle auch über kantonale Gelder finanzieren und damit auch einen öffentlichen Auftrag zu erfüllen haben, nicht vorkommen.

In nachfolgender Tabelle sind konkrete Lösungsansätze und Handlungsvorschläge skizziert:

Handlungsbedarf / Massnahmen	Zuständigkeit	Involvierte	Priorität
<p>1. Die Zusammenlegung von StepOut und Dropln unter einem Dach und einer Leitung ist zu prüfen</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bereitschaft alle Beteiligten zur Hinterfragung ihrer betriebswirtschaftlichen Strukturen (organisatorisch/finanziell) 	SRB Dropln, StepOut	Gesundheitsdienste Fachstelle für Suchtfragen	mittel Zeitpunkt: mittelfristig
<p>2. Die Zusammenlegung der freiwilligen Suchtberatung der A&SB mit dem Dropln (und allenfalls weiteren Einrichtungen) zur Schaffung eines kantonalen Kompetenzzentrums ist zu prüfen</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Politischer Wille und Unterstützung Aktive Führungsrolle des Sanitätsdepartements Bereitschaft der Beteiligten zur Hinterfragung der Strukturen 	Gesundheitsdienste Fachstelle für Suchtfragen Suchtberatungsstellen	Regierung kantonale Fachgremien	mittel Zeitpunkt: mittel- & langfristig
<p>3. Das Sanitätsdepartement fordert auf formeller und fördert auf informeller Ebene die Institutionalisierung der gegenseitigen Kontakte der Einrichtungen</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Professionelle Bereitschaft Aller zur Überprüfung von Vorbehalten, Vorurteilen, Attributionen, eigenem Konfliktanteil 	Gesundheitsdienste Fachstelle für Suchtfragen Suchtberatungsstellen	kantonale Fachgremien	hoch Zeitpunkt: sofort
<p>4. Das Sanitätsdepartement legt in den Leistungsaufträgen mit den subventionierten Einrichtungen bei Kernkompetenzen und subventionierten Dienstleistungen eine grundsätzliche Aufnahme- und Behandlungspflicht fest. Pflichtige und freiwillige Leistungen der Einrichtungen müssen unterschieden werden.</p> <p>5. Das aktuelle (pflichtige und freiwillige) Dienstleistungsangebot jeder Einrichtung sowie Aufnahmekriterien sind durch das Sanitätsdepartement als Koordinations- und Steuerungsinstanz allen transparent zu machen, um Fehlzusweisungen zu reduzieren resp. zu verhindern</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Transparenz und Kenntnis der klar eingegrenzten Kernkompetenzen sowie des Angebots jeder Einrichtung 	Gesundheitsdienste Fachstelle für Suchtfragen Suchtberatungsstellen		hoch Zeitpunkt: sofort
<p>6. Das Sanitätsdepartement fordert und fördert die volle Ausschöpfung des bestehenden gesetzlichen Rahmens (e.g. BetmG, StgB, ADG, ADV, Psychiatriegesetz) für die Optimierung des Angebots der ambulanten Suchtberatung, vor allem im Hinblick auf die Behandlung und Betreuung von schwerstgeschädigten Suchtkranken, Suchtkranken mit chronischem Krankheitsverlauf sowie von sog. „therapieresistenter“ Klientel.</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> keine 	Sanitätsdepartement Gesundheitsdienste Fachstelle für Suchtfragen	Suchtberatungsstellen	mittel Zeitpunkt: mittelfristig

c) Rahmenbedingungen, Qualitätssicherung, Preis/Leistungsrelationen

Mit der Schaffung von verbindlichen Rahmenbedingungen betreffend Qualität, Preis und Leistung könnten – unter anderem auch mit staatlicher Steuerung – Nachfrage und Angebot weit besser als heute aufeinander abgestimmt werden. Zwar wurden die Themen Qualitätssicherung und Angebotssteuerung in den letzten Jahren – angeregt durch die Entwicklungen im Bereich der stationären Therapie – von allen Seiten stark forciert. Doch trotz der Aktualität der Diskussion lässt die Definition eines transparenten und den Realitäten entsprechenden Preis-/Leistungsverhältnis⁷, welches auf klaren Qualitätsstandards beruht, weiter auf sich warten. Es ist nicht einsichtig, wieso für gleiche Leistung nicht überall der gleiche Preis gelten soll. Wieso hat eine Stunde psychosozialer Beratung in der Musub einen anderen Preis als eine Stunde im DroPln (bei gleicher Qualität), wieso eine Stunde Schuldensanierung einen anderen Preis in der A&SB als im StepOut?

Die Vielfalt von getroffenen oder geplanten Massnahmen seitens der Einrichtungen ist aber ein Schritt zu der notwendigen Bewusstseinsbildung. Vielversprechend sind zur Zeit die Bemühungen des BAG, welches das Qualitätssicherungsinstrumentarium von QuaTheDA vom stationären in den ambulanten Suchtbereich transferieren und seine Verbreitung fördern will.

Gefordert sind aber ebenso Fachverbände und suchtpolitische Entscheidungsträger von Bund und Kantonen. Sie haben dafür zu sorgen, dass gute Qualität für den ambulanten Suchtbereich erstens klar definiert und zweitens von den Kostenträgern entsprechend finanziell entgolten wird, denn die Einführung eines hochstehenden und den Namen verdienenden Qualitätsentwicklungs- und sicherungsinstruments ist mit hohem zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden, den gerade kleinere Einrichtungen mit begrenzten Ressourcen nicht ohne Unterstützung Dritter initiieren können. Es darf aber nicht das Privileg grosser und finanzkräftiger Institutionen bleiben, sich dem Thema Qualität professionell anzunehmen.

Es wird mittelfristig auch in der ambulanten Suchtberatung nicht zu vermeiden sein, auf der Basis fachlicher Kriterien bessere und weniger gute sowie effiziente und weniger effiziente Einrichtungen beim Namen zu nennen. Die Entwicklung könnte dabei bewusst über die gezielte Förderung derjenigen Einrichtungen gesteuert werden, welche den Qualitätsstandards genügen und diese Dienstleitungen zudem effizient bereit-zustellen fähig sind.

Das Erlangen einer anerkannten Zertifizierung in Zukunft Bedingung für die Ausrichtung von Subventionen werden könnte. Eine andere Möglichkeit besteht in der differenzierteren Formulierung von Leistungsaufträgen, indem die erwünschten Dienstleistungen einer Einrichtung gezielt eingeschränkt werden. Wenn nur noch klar definierte Dienstleistungen durch Subventionen abgegolten werden, kann eine Aufgaben- und Arbeitsteilung unter den Einrichtungen aktiv gefördert werden. Es ist nicht anzunehmen, dass nicht mehr subventionierte Leistungen weiterhin in hohem Umfang angeboten werden.

Die Etablierung entsprechender Qualitätsstandards als auch die klare Definition (Angebots- und Bedarfsplanung) des erwünschten und zu subventionierenden Angebots sind Grundvoraussetzung für Strukturänderungen. Ein zufälliger und willkürlicher Strukturwandel, wie er sich im stationären Therapiebereich vollzog und dabei auch qualitativ gute und erhaltenswerte Einrichtungen in den Konkurs getrieben hat und treibt, muss und könnte auf diese Art jedoch vermieden werden.

In nachfolgender Tabelle sind konkrete Lösungsansätze und Handlungsvorschläge skizziert:

Handlungsbedarf / Massnahmen	Zuständigkeit	Involvierte	Priorität
<p>7. Das Sanitätsdepartement entwickelt zusammen mit allen Involvierten klare Richtlinien betreffend Anforderungen an die Qualität in der ambulanten Suchtberatung</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> keine 	<p>Gesundheitsdienste Fachstelle für Suchtfragen Suchtberatungsstellen</p>	<p>kantonale Fachgremien Fachverbände Forschung</p>	<p>hoch</p> <p>Zeitpunkt: mittelfristig</p>
<p>8. Das Sanitätsdepartement fordert und fördert aktiv die Einführung und Umsetzung eines vergleichbaren oder aber standardisierten Qualitätsförderungs- und sicherungsinstrumentariums in allen Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung</p> <p>9. Das Sanitätsdepartement fordert und fördert die Standardisierung der Leistungs- und Klientenerfassung zum direkten Vergleich der Einrichtungen sowie zur Beobachtung der Nachfrageentwicklung (Analyse der Klientenstatistiken/Bedarfsplanung)</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Aufbau und Finanzierung von entsprechenden Kapazitäten in den Beratungsstellen 	<p>Fachstelle für Suchtfragen Gesundheitsdienste</p>	<p>kantonale Fachgremien</p>	<p>hoch</p> <p>Zeitpunkt: mittel- & langfristig</p>
<p>10. Es soll ein Leistungskatalog erarbeitet werden, welcher das Dienstleistungsangebot der ambulanten Suchtberatung komplett erfasst und adäquat abbildet.</p> <p>11. Jeder Dienstleistung des Leistungskatalogs soll ein Preis oder eine Preisspanne verbindlich zugeordnet werden. Das Resultat kann idealerweise als Vertragswerk von allen Involvierten akzeptiert (analog Tarmed) oder notfalls unilateral von den Kostenträgern eingeführt und für den subventionierten Bereich durchgesetzt werden (analog Altenpflege).</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Es müssen für jede Dienstleistung verbindliche Qualitätsstandards entwickelt resp. bereits entwickelte Standards auf das Dienstleistungsangebot der ambulanten Suchtberatung adaptiert sein 	<p>Suchtberatungsstellen Fachstelle für Suchtfragen Gesundheitsdienste</p>	<p>Fachverbände BAG Forschung kantonale Fachgremien</p>	<p>hoch</p> <p>Zeitpunkt: mittelfristig</p>
<p>12. Das Sanitätsdepartement entwickelt eine klare Vorstellung von Menge, Art und Qualität der einzukaufenden Leistungen sowie der korrespondierenden Preise und steuert/koordiniert als übergeordnete Instanz mit seiner Bedarfsplanung aktiv Art, Zusammensetzung und Umfang des Angebots.</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Angebot ist in Art, Qualität und Verfügbarkeit bekannt 	<p>Fachstelle für Suchtfragen Gesundheitsdienste</p>	<p>kantonale Fachgremien</p>	<p>hoch</p> <p>Zeitpunkt: mittel- & langfristig</p>
<p>13. Die zukünftigen Leistungsaufträge mit den Einrichtungen sollen präzise Angaben machen darüber, welche konkreten Dienstleistungen in welcher Qualität, in welcher Menge und zu welchem Preis vom Staat in der jeweiligen Subventionsperiode eingekauft werden sollen. Subventioniert werden nur noch die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen. Damit beeinflusst und/oder steuert das Sanitätsdepartement Aufgabenteilung und Kooperation in der ambulanten Suchtberatung</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> siehe oben 	<p>Suchtberatungsstellen Fachstelle für Suchtfragen Gesundheitsdienste</p>	<p>kantonale Fachgremien</p>	<p>hoch</p> <p>Zeitpunkt: mittel- & langfristig</p>

3) Operationelle Ebene Beratungsstellen

a) Ergebnisse der Bestandesanalyse prüfen und nutzen

Der vorliegende Bericht offenbart eine Unmenge detaillierter Ergebnisse auf allen Ebenen und alle Beratungsstellen betreffend. Soweit entsprechenden Daten nun vorliegen, sollten sie also von den Einrichtungen intern genutzt werden, um mögliche Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Daran kann mit weiterreichenden Analysen angesetzt werden. Jede Einrichtung ist auf der Basis der vorliegenden Resultate selbst in der Lage, entsprechende Fragestellungen zu entwickeln und einerseits institutionsintern, andererseits im Kontakt und Austausch mit anderen Einrichtungen Hintergründe für gezeigte Unterschiede aufzudecken, diese zu hinterfragen und dort, wo Veränderungen und Verbesserungen erwünscht oder notwendig sind, entsprechende Massnahmen vorzuschlagen oder zu ergreifen.

Es wäre durchaus im Sinne dieser Bestandesanalyse, dass die formellen und informellen Kontakte einerseits innerhalb der Beratungsstellen, andererseits zwischen den Beratungsstellen und den Substitutionseinrichtungen intensiviert würden, um mit dem Blick hinter die Kulissen der Mitbewerber für sich selbst auch etwas lernen zu können. Mehrere Beratungsstellen haben sich beispielsweise in den letzten Jahren im Rahmen einer losen „Arbeitsgruppe Qualitätssicherung“ verschiedentlich ausgetauscht. Solche Initiativen zum fachlichen Austausch sollten auch seitens des Sanitätsdepartments aktiv gefördert und unterstützt werden. Warum sollten nicht ähnliche Zirkel mit Inhalten wie Personalführung, Weiterbildung, Kostensenkung oder Wirtschaftlichkeit ins Leben gerufen werden?

b) Ein Wort an die Trägerschaften

Die Vorstände der Trägerschaften sind an dieser Stelle durchaus in die Betrachtungen mit eingeschlossen. Auch sie würden, möglicherweise eher auf strategischen Ebene, ohne weit zu suchen gemeinsame Diskussionsthemen finden. Aber auch auf operationeller Ebene wäre ein Austausch durchaus zu begrüßen. Unsere eigenen Erfahrungen und Einblicke in die Vorstandstätigkeit verschiedenster Trägerschaften zeigt, dass zuweilen merkbare qualitative Unterschiede hinsichtlich Effizienz und Effektivität der eigentlichen Vorstandsarbeit und Führung der eigenen Einrichtungen bestehen. Auch wenn zeitraubend und für ehrenamtlich engagierte Vorstände mit Zusatzaufwand verbunden, würden sich gegenseitige „Besuche“, gemeinsame Sitzungen, trägerschaftsübergreifende Tagungen oder themenbezogene Arbeitsgruppen fast sicher als fruchtbar erweisen. Benchmarking auch hier: Jeder Vorstand kann von jedem anderen Vorstand etwas lernen.

In nachfolgender Tabelle sind konkrete Lösungsansätze und Handlungsvorschläge skizziert:

Handlungsbedarf / Massnahmen	Zuständigkeit	Involvierte	Priorität
<p>14. Das Sanitätsdepartement fordert und fördert aktiv den fachlichen Vergleich und Austausch zwischen den Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bereitschaft aller Beteiligten 	<p>Fachstelle für Suchtfragen</p> <p>Gesundheitsdienste</p> <p>Beratungsstellen</p>	<p>kantonale Fachgremien</p>	<p>hoch</p> <p>Zeitpunkt: sofort</p>
<p>15. Folgende betriebswirtschaftliche Kostenfaktoren resp. relationalen Betriebsdaten weichen deutlich vom Durchschnitt der Beratungsstellen ab, sind vertieft zu analysieren und zu erklären:</p> <ol style="list-style-type: none"> Musub: hoher Raumaufwand, hoher Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle, hohe Personalkosten pro Vollzeitstelle, hoher Ansatz pro Betreuungsstunde, Lohnstruktur, Struktur- und Prozesseffizienz StepOut: hohe Reserven, lange Behandlungsdauer, hoher Arbeitszeitaufwand pro KlientIn, hoher Gesamtaufwand pro KlientIn, geringe Vermittlungshäufigkeit, suboptimale Betriebsgrösse, hoher Anteil Leitung/Führung an Gesamtstellenetat Blaues Kreuz: hohes Defizit, hoher administrativer Aufwand, hoher Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle Dropln: tiefe Eigenmittel, hoher Zeitaufwand Teambildungsprozesse A&SB: hoher Anteil Personalkosten an Gesamtaufwand, hohe Lohnnebenkosten, hohe Personalkosten pro Betreuungsstunde, hohe Fehlzeiten, hoher Zeitaufwand Teambildungsprozesse Frauen-Oase: hoher Raumaufwand <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bereitschaft der Beratungsstellen zur Hinterfragung ihrer betriebswirtschaftlichen Strukturen 	<p>Beratungsstellen</p>	<p>Gesundheitsdienste</p> <p>Fachstelle für Suchtfragen</p>	<p>hoch</p> <p>Zeitpunkt: sofort</p>

4) Strukturelle Ebene Substitutionseinrichtungen

a) Rahmenbedingungen

Das privat initiierte und geführte Badal nimmt zur Zeit, gemessen an der Anzahl betreuter KlientInnen, über die Hälfte der Versorgung im Bereich der opiatgestützten Substitutionstherapie wahr. Diese Privatinitiative des Vereins ARUD Basel scheint nach Aussage der Verantwortlichen jedoch seit längerem in seiner operativen Arbeit behindert und in seiner Entwicklung blockiert. Um dieses Angebot aber auch in Zukunft in erwünschtem Umfang und der geforderten Qualität zu gewährleisten, bedürfte das Badal zur Lösung der anstehenden Probleme die aktive Unterstützung von staatlicher Seite.

Das Sanitätsdepartement sollte die in Angriff genommene Gestaltung neuer Rahmenbedingungen für die gesamte opiatgestützte Substitutionstherapie resp. deren Umsetzung vorantreiben, um damit die Harmonisierung und Standardisierung der privaten (Badal, Hausärzte, Psychiater, Apotheken) und staatlichen Angebote zu regeln. Dazu gehören nebst verbindlicher Richtlinien und Qualitätsstandards zur eigentlichen Opiatverschreibung, zur Zusatzmedikation sowie zur begleitenden psychosozialen und sozialtherapeutischen Betreuung auch die Koordination und Vernetzung der Leistungserbringer.

Die Zusammenarbeit und der fachliche Austausch zwischen den spezialisierten Suchtabteilungen von KBS und PUK und den Privaten soll vom Sanitätsdepartement auf institutioneller Ebene gefordert und auf informeller Ebene gefördert werden, um durch diese Integration von Versorgung, Forschung und Lehre die notwendige Qualität sichern und politisch verantwortbare Strukturen schaffen zu können. Die Privaten könnten auch mittels Leistungsverträgen explizit in die Regelversorgung eingebunden werden.

b) Strukturänderungen

Die staatlichen Substitutionseinrichtungen erbringen – unter anderem auch aufgrund ihres gesetzlich definierten Versorgungsauftrags (Regelversorgung) – ein Vielfaches an zusätzlichen Leistungen neben der Durchführung der eigentlichen Substitutionstherapie, weswegen sie bezüglich ihrer Dienstleistungen nur partiell direkt mit den Privaten vergleichbar sind.

Betriebswirtschaftlich interessant und aus ökonomischer Sicht prüfenswert und erscheint uns eine Ausdehnung der Privatisierung der opiatgestützten Substitutionstherapie. Eine Privatisierung müsste nicht zwingend über die bestehende private Substitutionseinrichtung geschehen, vielmehr wäre der Aufbau eines zweiten privaten Anbieters im Sinne von mehr „Wettbewerb“ und einer Verteilung der Lasten ebenfalls eine denkbare Möglichkeit.

c) Die Rolle psychosozialer Betreuung im Rahmen der ärztlichen Opiatverschreibung

Unbestrittenermassen ist im Rahmen einer ärztlichen Opiatverschreibung eine begleitende psychosoziale Grundversorgung (inhaltlich zu definieren) in Substitutionseinrichtungen mit ein Faktor für erfolgreiche Behandlung und daher als Dienstleistung von den Substitutionseinrichtungen auch selbst zu erbringen. Darüber hinaus gehende spezialisierte psychosoziale Beratung und Betreuung (e.g. Schuldensanierung) könnte jedoch delegiert in den entsprechend ausgerichteten Beratungsstellen mit mindestens gleicher Professionalität, fast sicher aber kostengünstiger erbracht werden. Es gibt fachliche und betriebswirtschaftliche Argumente, die für eine zumindest partielle Trennung von psychosozialer Beratung und Betreuung von der eigentlichen Opiatverschreibung selbst sprechen.

Es müssten dazu im Sinne einer gesteuerten Arbeitsteilung in der ambulanten Suchtberatung die notwendigen Rahmenbedingungen und Kapazitäten geschaffen werden, um eine lückenlose, umfassende psychosoziale Betreuung der Klientel in den Substitutionseinrichtungen und Beratungsstellen zu garantieren. Diese Arbeitsteilung könnte zwischen den Substitutionseinrichtungen und den Beratungsstellen durchaus auch autonom vollzogen werden, indem – um das Badal als Beispiel zu nehmen – mit einem Teil der Beiträge der KlientInnen (Patienten-Fünftel) die über die Grundversorgung hinausgehende spezialisierte psychosoziale Betreuung der Klientel an entsprechende Beratungsstellen delegiert und diese Entlastung auch dort entgolten würde.

Diese Art der Aufgabenteilung zwischen psychosozialer Grundversorgung in den Substitutionseinrichtungen und spezialisierter Suchtberatung in den Beratungsstellen – die ungesteuert bereits heute teilweise praktiziert wird – würde einen Ausbau der Kapazitäten der Beratungsstellen zwingend notwendig machen. Gleichzeitig wäre eine vertragliche Bindung (und finanzielle Entschädigung) der Beratungsstellen zur Übernahme und Garantie der umfassenden psychosozialen und soziotherapeutischen Betreuung der substituierten Klientel notwendig.

In nachfolgender Tabelle sind konkrete Lösungsansätze und Handlungsvorschläge skizziert:

Handlungsbedarf / Massnahmen	Zuständigkeit	Involvierte	Priorität
<p>16. Das Sanitätsdepartement erarbeitet verbindliche Rahmenbedingungen für den Bereich der ärztlichen Opiatverschreibung im Kanton Basel-Stadt. Dazu gehören insbesondere Richtlinien und Qualitätsstandards für die Durchführung der eigentlichen Substitutionstherapie, der Zusatzmedikation und für die begleitende psychosoziale und soziotherapeutische Betreuung.</p> <p>17. Das Sanitätsdepartement fordert und fördert die (inter-) institutionelle Zusammenarbeit und den fachlichen Austausch der spezialisierten Suchtabteilungen von KBS und PUK mit den Privaten</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche / institutionelle Probleme des Badal sind geklärt. 	<p>Sanitätsdepartement Gesundheitsdienste Kantonsärztin Fachstelle für Suchtfragen</p>	<p>Substitutionseinrichtungen kantonale Fachgremien</p>	<p>hoch</p> <p>Zeitpunkt: sofort</p>
<p>18. Das Sanitätsdepartement prüft die Option einer Ausdehnung der Privatisierung der ärztlichen Opiatverschreibung auf deren Sinn, Bedingungen, Machbarkeit und Konsequenzen auf inhaltlicher und auf politischer Ebene</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten 	<p>Sanitätsdepartement Gesundheitsdienste Kantonsärztin Fachstelle für Suchtfragen</p>	<p>kantonale Fachgremien PUK, PUP ARUD Basel</p>	<p>mittel</p> <p>Zeitpunkt: mittel- & langfristig</p>
<p>19. Die partielle Trennung von psychosozialer Beratung und Betreuung im Sinne einer Arbeitsteilung zwischen Grundversorgung in den Substitutionseinrichtungen und spezialisierter Angeboten in den Beratungsstellen ist zu prüfen.</p> <p><u>Bedingung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die von den Substitutionseinrichtungen als Grundversorgung zu erbringende psychosoziale Beratung und Betreuung ist definiert • Alle nicht zur Grundversorgung gehörigen Dienstleistungen im Sinne von spezialisierter psychosozialer Beratung und Betreuung sind definiert • Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind definiert (wer erbringt wo in welchem Umfang welche Leistung für welche Klientel zu welchem Preis?) • Aktive Bereitschaft aller Beteiligten zur Zusammenarbeit 	<p>Gesundheitsdienste Fachstelle für Suchtfragen Substitutionseinrichtungen Beratungsstellen</p>	<p>kantonale Fachgremien</p>	<p>mittel</p> <p>Zeitpunkt: mittel- & langfristig</p>

Teil A

1 Auftrag, Gegenstand und Rahmenbedingungen

1.1 Ausgangslage

Die ambulante Suchtberatung Basel-Stadt als Teil der Säule Therapie und Rehabilitation des kantonalen Suchthilfesystems wurde letztmals Ende der 80-er Jahre einer eingehenden Betrachtung unterworfen. In den seither vergangenen 15 Jahren hat sich die Suchthilfe jedoch grundlegend verändert. Um sich im Sinne einer Auslegeordnung einen umfassenden Überblick über die aktuelle Situation zu verschaffen, hat das zuständige Sanitätsdepartement des Kantons Basel-Stadt beschlossen, alle direkt oder indirekt finanzierten Institutionen der ambulanten Suchtberatung einer eingehenden Analyse zu unterwerfen. Die Gesundheitsdienste des Sanitätsdepartements Basel-Stadt haben dazu im Herbst 2003 eine Bestandesanalyse in Auftrag gegeben. In die Studie mit einbezogen wurden die folgenden Einrichtungen:

- a) mit Subventionsvertrag resp. Leitungsauftrag des Sanitätsdepartements Basel-Stadt:
 - Dropln und StepOut des Vereins Suchthilfe Region Basel SRB
 - Beratungs- und Präventionsstelle des Blauen Kreuz Basel-Stadt
 - Multikulturelle Suchtberatung des Vereins MUSUB
 - Frauen-Oase des Vereins frau-sucht-gesundheit fsg
- b) als Abteilungen der kantonalen Verwaltung:
 - Alkohol- und Suchtberatung A&SB der Gesundheitsdienste Basel-Stadt
 - Abteilung Opiatgestützte Behandlung Janus der Psychiatrischen Universitätsklinik PUK
 - Abteilung Ambulanter Dienst Sucht ADS der Psychiatrischen Universitätsklinik PUK
 - Psychiatrische Universitäts-Poliklinik PUP des Kantonsspitals Basel-Stadt
- c) als vom Kanton finanziell unabhängige Einrichtung:
 - Basler Drogen-Abgabelokal BADAL des Vereins ARUD Basel

1.2 Ziel und Fragestellung

Im Zentrum der Bestandesanalyse sollte nicht die einzelne Institution stehen, sondern die ambulante Suchtberatung als Ganzes. Es wird darum im Rahmen dieser Studie weitgehend darauf verzichtet, die Einrichtungen im Detail, vorzustellen. Die Kenntnisse auf der „Mikroebene“ sind im Sanitätsdepartement vorhanden, denn für den Betrieb der Einrichtungen der kantonalen Verwaltung ist es selbst zuständige und die Leistungsverträge der mitfinanzierten Einrichtungen privater Trägerschaften bewirtschaftet die Fachstelle für Suchtfragen der Gesundheitsdienste.

Diese Bestandesinitiative soll dem Sanitätsdepartement ergänzend zur „Mikroebene“ einen übergreifenden und umfassenden Blick auf der „Makroebene“ verschaffen.

1.2.1 Welches sind die konkreten Leistungen der Suchtberatung?

Die von den untersuchten Institutionen erbrachten Leistungen sollen quantitativ erfasst und für einen interinstitutionellen Vergleich strukturiert werden. Von einer qualitativen Erfassung im Rahmen dieses Auftrags muss abgesehen werden.

1.2.2 Von wem werden diese Leistungen erbracht?

Die Bestandesanalyse soll einen Überblick über die personelle Situation und organisatorische Struktur (Arbeitsprozesse) in den betreffenden Institutionen ermöglichen. Damit sollen Fragen nach Anzahl, Ausbildung der Mitarbeitenden und Fragen nach Arbeitsaufteilung und geleistetem Arbeitsaufwand beantwortet werden.

1.2.3 Für wen werden diese Leistungen erbracht?

Die Bestandesanalyse soll einen Überblick über die von den Institutionen der ambulanten Suchtberatung erreichte und betreute Klientel ermöglichen. Damit sollen einerseits Fragen nach Art und Struktur der Klientel und andererseits Fragen nach den in Anspruch genommenen Leistungen selbst beantwortet werden.

1.2.4 Was kosten diese Leistungen und von wem werden sie finanziert?

Die Bestandesanalyse soll einen Überblick über die verwendeten finanziellen Ressourcen sowie über Art und Herkunft der Mittel vermitteln. Ebenso interessieren Art und Ansprüche involvierter Kostenträger.

1.2.5 Wie effizient werden die Leistungen erbracht?

Die erhobenen Daten stellen die Ausgangslage dar für die Erarbeitung von Kennzahlen, welche Aussagen über die Effizienz der Leistungserbringung erlauben. Gleichzeitig dienen sie dem direkten Vergleich der Einrichtungen im Sinne eines Benchmarking.

1.2.6 Wertung, Schlussfolgerung und Lösungsansätze

Die Ergebnisse der Bestandesanalyse sollen bezüglich Optimierungs- und Sparpotential bewertet werden. Lösungsansätze sollen den Gesundheitsdiensten des Sanitätsdepartements Basel-Stadt Handlungsalternativen aufzeigen.

1.3 Besondere Problematik der Fragestellung

1.3.1 Beschränkte Vergleichbarkeit der Einrichtungen

Die ausgewählten Institutionen lassen sich grob unterteilen in Einrichtungen mit (PUK, PUP, BADAL) und ohne ärztlich/medizinisch ausgerichtetes Angebot (Alkohol- und Suchtberatung A&SB, DropIn, StepOut, Blaues Kreuz, MUSUB und Frauen-Oase). Ein direkter Vergleich der vier ärztlich/medizinisch resp. sozialpsychiatrisch ausgerichteten Einrichtungen, welche alle opiatgestützte Substitutionstherapien anbieten, mit den anderen sechs Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung ist aus folgenden Gründen erschwert oder für eine Mehrzahl der Fragestellung nicht sinnvoll:

- Genannte opiatverschreibende Institutionen beschäftigen teilweise oder sogar vorwiegend medizinisches und paramedizinisches Personal, welches einen nicht mit den anderen Institutionen vergleichbaren Personalaufwand bedingt.
- Genannte Institutionen erbringen grösstenteils Leistungen, die nach KVG finanziert werden können. Darunter fallen nebst der eigentlichen Opiatabgabe unter bestimmten Bedingungen teilweise auch von nicht medizinischem Personal erbrachte sozialarbeiterische und sozialtherapeutische Beratungs- resp. Betreuungsleistungen, sofern sie im Rahmen eines ärztlich indizierten therapeutischen Settings erbracht werden. Diese Leistungen werden teilweise auch über Drittfinanzierer (Tagespau-schalen Fürsorgeamt, Selbstbeteiligung Klientel) finanziert, welche bei den Beratungsstellen keine Zahlungen erbringen.
- Die ambulanten Abteilungen von PUK (Janus und ADS) und Kantonsspital (PUP) sind stark verknüpft mit ihren stationären Angeboten, was die scharfe Trennung von Beratungs- resp. Betreuungsleistungen nach den Kriterien ambulant/stationär erschwert. Entsprechende offene oder verdeckte Querfinanzierungen sind dadurch schwer darzustellen und würden das Gesamtbild der Einrichtungen im Vergleich verzerren¹.
- Genannte Institutionen erbringen zusätzlich eine Menge nicht-klientenbezogene Leistungen in den Bereichen Forschung und Lehre und/oder leisten – anderweitig begründet – erhöhten Beratungs- resp. Betreuungsaufwand.

¹ Beispielsweise werden in der PUK bei Personen nach Entzug/Entwöhnung vor einem Austritt aus der stationären Behandlung in U1, U2 oder S1 auch Beratungsgespräche geführt, welche die ambulanten Abteilungen „entlasten“.

1.3.2 Problematische qualitative Erfassung der Leistungen

Die qualitative Erfassung, d.h. Qualitätsmessung in Beratungs- und Behandlungsinstitutionen, kann grundsätzlich eine ganze Skala von Aspekten betreffen. Idealerweise würde man sich auf eine Messung dessen konzentrieren, ob und in welchem Ausmass vorgegebene Qualitätskriterien erfüllt sind. Da solche Qualitätskriterien für die Beratungsstellen im Kanton Basel-Stadt bislang weder formuliert noch eingeführt worden sind, muss dieses Vorgehen entfallen. Es wäre dann nahe liegend, die Qualität der erbrachten Leistungen an ihrem Ergebnis zu messen (Ergebnisqualität²). Dies würde aber eine Erhebung zur Klientenzufriedenheit und/oder eine solche zur Zuweiserzufriedenheit erfordern, was den Rahmen dieses Auftrags sprengt³. Es muss daher von einer qualitativen Erfassung der Leistungen abgesehen werden.

Im Rahmen dieser Bestandesanalyse wird folglich vorwiegend auf die quantitativen Ergebnisse eingegangen. Als Beispiel für die Konsequenz dieser Einschränkung sei die Kennzahl "Anzahl betreute KlientInnen pro Jahr" angeführt; wie gut und mit welchem konkreten Ergebnis diese Anzahl KlientInnen von den jeweiligen Einrichtungen beraten resp. betreut werden bleibt in diesem Zusammenhang dahingestellt. Solche Kennzahlen haben daher deskriptiven Charakter, beschreiben Grössenverhältnisse und Trends. Sie liefern keine Erklärung der festgestellten Relationen und lassen ohne zusätzliche Hintergrundinformation keine direkten Rückschlüsse auf die Qualität der Arbeit zu⁴.

1.4 Beteiligte, Arbeits- und Zeitplan

Der Auftrag zur Durchführung der Bestandesanalyse wurde an Hannes Herrmann, Büro für sozioökonomische Studien und Projekte (BSSP) in Basel, vergeben. Die Studie wurde in folgendem zeitlichen Rahmen realisiert:

- | | |
|---|---------------------|
| • Formulierung Konzept, Erstellen und Verteilung Fragebogen | Okt. 2003 |
| • Interviews mit Einrichtungen, Rücklauf und Erfassung Fragebogen | Nov. 2003 |
| • Prüfung und Bereinigung der Daten, Statistische Datenauswertung | Dez. 2003 |
| • Qualitative Datenauswertung, Redaktion Bericht | Dez. 2003/Jan. 2004 |

1.5 Methodik

1.5.1 Stichprobenbildung, Datenerhebung, Eingrenzung der Auswertung

Als Grundgesamtheit (N) der Untersuchung wurden alle Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung des Kantons Basel-Stadt definiert. Insgesamt wurden zehn Einrichtungen verschiedener Trägerschaften (welche zum Teil mehrere Einrichtungen führen) im Alkohol- und Drogenbereich in die Untersuchung eingeschlossen (Gesamterhebung). Die Datenerhebung erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens sowie durch ein ausführliches, halb strukturiertes Interview mit den leitenden Personen der Einrichtungen (Dauer rund zwei Stunden).

Die erhobenen Daten beruhen also auf Selbstangaben der Einrichtungen oder ihrer Trägerschaften. Der Fragebogen wurde während eines einführenden und erklärenden Meetings den Vertretern der Einrichtungen persönlich übergeben. Die Interviews wurden innerhalb von zwei Wochen nach der Verteilung der Fragebogen in den Einrichtungen selbst geführt.

² Wenn diese Ergebnisqualität unbefriedigend ist, würde es zusätzlich Sinn machen zu bestimmen, inwiefern die strukturellen Voraussetzungen für befriedigende Ergebnisse vorhanden sind (Strukturqualität) und inwiefern die internen Abläufe solche befriedigenden Ergebnisse unterstützen (Prozessqualität).

³ Klienten- und Zuweiserzufriedenheit geben ein Mass dafür ab, wie weit Beratungs- und Behandlungsziele erreicht wurden, in der Wahrnehmung der Klienten einerseits, in der Wahrnehmung derer welche Klienten anmelden andererseits. Ausserdem ergeben solche Untersuchungen Hinweise darauf, wie sich die Zusammenarbeit gestaltete und wo allenfalls Probleme liegen, die einer Verbesserung bedürfen.

⁴ Dazu muss angemerkt werden, dass die Qualität der Dienstleistungen der untersuchten Einrichtungen in keinem Moment Gegenstand der Diskussion resp. Ziel dieser Bestandesanalyse war oder ist. Vielmehr wird – als Ausgangslage dieser Bestandesanalyse – davon ausgegangen, dass die erbrachten Leistungen der Suchtberatungsstellen grundsätzlich von guter Qualität sind.

Von den insgesamt zehn eingegangenen Antworten wurden die sechs Beratungsstellen in die Gruppe (a) der komplett statistisch auswertbaren Antworten aufgenommen, die vier ärztlich/medizinisch geführten Substitutionseinrichtungen⁵ in die Gruppe (b) der nur partiell statistisch auswertbaren Antworten.

Diese Einrichtungen bekundeten bei der Isolierung der gefragten Daten innerhalb ihrer meist komplexen Buchhaltung und Patientenstatistik Probleme oder enthielten uns die notwendige Angaben aus anderen Gründen vor. Sie unterscheiden sich auch aufgrund der Opiatverschreibung kategorisch von den nicht substituierenden Beratungsstellen.

Ein weiteres Argument für die gesonderte Berücksichtigung ist ihr Klinik- resp. Praxisstatus nach KVG, aufgrund dessen sie auf für die nicht ärztlich/medizinisch ausgerichteten Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung untypische Weise geführt und finanziert werden.

Die Frauen-Oase als Teil der Gruppe (a) nimmt in Kapitel 5 einen Sonderstatus ein; obwohl grundsätzlich bei allen Analysen miteinbezogen wurde sie bei der Berechnung der betriebswirtschaftlichen Kennzahlen ausser vor gelassen, da sie aufgrund ihrer Struktur und Ausrichtung des Angebots nicht in den direkten Vergleich mit den anderen fünf „reinen“ Suchtberatungsstellen passte.

1.5.2 Datenerfassung und Datenmanagement, Datenanalyse

Die Daten der ausgefüllten Fragebogen wurden direkt mit dem Statistikprogramm SPSS Base (Statistical Package for Social Science Version 11.5) elektronisch erfasst. Vor der statistischen Auswertung wurden die Antworten auf Plausibilität⁶ und Konsistenz geprüft. Diese Prüfung beschränkte sich weitgehend auf die quantitativen Angaben. Die Kriterien dazu wurden einerseits aufgrund von Erfahrungswerten aus der ambulanten Suchtberatung formuliert, andererseits wurden auch allgemeingültige betriebswirtschaftliche Zusammenhänge überprüft.

Der grösste Teil der inkonsistenten oder nicht plausiblen Angaben konnte durch wenige telefonische Nachfragen korrigiert oder zumindest erklärt werden. Ein weiterer Teil war auf eine inkorrekte Datenerfassung selbst zurückzuführen und konnte durch einen Vergleich der erfassten Daten mit dem Fragebogen bereinigt werden. Falsche Summen der Einrichtungen wurden durch eigene Berechnungen korrigiert.

Nicht bereinigt werden konnten jedoch solche Inkonsistenzen, die durch eine unterschiedliche Art der Datenerfassung in den Einrichtungen selbst entstanden. In diesen Fällen wurde versucht, im Rahmen der persönlichen Interviews mit den Einrichtungen abweichende Daten durch Nachfragen zu relativieren oder durch qualitative Angaben zu erklären.

Das Datenmanagement und die statistischen Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS Base. Die Outputs wurden in Form von Tabellen und Grafiken (MS Excel 2000) in ein Textverarbeitungsprogramm exportiert (MS Word 2000).

Die Auszählung einzelner Werte (Häufigkeitsanalysen) sowie Berechnungen der Durchschnittswerte (arithmetische Mittel und Mediane) erfolgten mit Hilfe der in SPSS Base eingebauten Prozeduren der deskriptiven Statistik. Zur Berechnung wurden fehlende Werte je nach Fragestellung entweder als „null“⁷, als „keine Angabe“⁸ oder als „kein Angebot“⁹ interpretiert.

⁵ Spezialisierte Suchtabteilungen des Kantonsspitals (PUP) und der Psychiatrischen Universitätsklinik (ADS und JANUS)

⁶ Beispiele für Kriterien betreffend finanzielle Angaben der Einrichtungen: Die Summe der einzelnen Ausgaben sollte den angegebenen Gesamtausgaben entsprechen, die Summe der Einnahmen den angegebenen Gesamteinnahmen. Überschüsse sollte bei nicht gewinnorientierten Einrichtungen 10% der Ausgaben nicht übersteigen. Der Anteil der Personalkosten sollte im personalintensiven Dienstleistungsbereich der Suchtberatung mindestens 60% der Gesamtausgaben betragen, die Sachkosten entsprechend 40% nicht übersteigen. Der Anteil der Administrativen Kosten sollte 25% nicht übersteigen. Die Personalkosten sollten aufgrund der gängigen Löhne im Suchtbereich Fr. 110'000 pro Vollzeitstelle nicht mehr als 10% übersteigen, etc.

Beispiele für Kriterien betreffend Angaben der Einrichtungen zu ihren Klientendaten: Die Anzahl Neueintritte während des Jahres sollte nicht grösser sein als die Gesamtzahl betreuter KlientInnen. Die Anzahl Abschlüsse sollte das Total der KlientInnen pro Jahr nicht übersteigen. Die Anzahl laufender Behandlungen am 31.12.2002 sollte nicht grösser sein als das Total der 2002 betreuten Klientel. Die durchschnittliche Anzahl Kontakte pro KlientIn sollte bei den Beratungsstellen ohne Substitution 25 pro Jahr nicht überschreiten, bei den Substituierenden nicht mehr als 250 betragen. Die Anzahl betreuter Frauen und Männer zusammengezählt sollte der Gesamtzahl der betreuten KlientInnen entsprechen, etc.

⁷ Trifft zu für die Fragen 9, 11, 12, 17, 18, 26 bis 37

⁸ Trifft zu für die Fragen 1 bis 8, 10, 13 bis 16, 19 bis 25

⁹ Betrifft Frage 19

Die Normalverteilung intervallskalierten Variablen wurde aufgrund der kleinen Fallzahl mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Korrelationen wurden bei ordinalen Variablen mit dem Spearmanschen Korrelationskoeffizienten beurteilt, bei intervallskalierten Variablen wurde der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient nach Pearson verwendet. Signifikanzanalysen wurden mehrheitlich mit dem Chi-Quadrat-Test gemacht. Das Programm SPSS Base stellt entsprechende automatisierte Prozeduren zur Verfügung.

Korrelationsanalysen bestätigten weitgehend lineare Zusammenhänge zwischen Grunddaten der Einrichtungen und Grunddaten der Klientel sowie zwischen Grunddaten der Einrichtungen und Finanzdaten. Lineare Zusammenhänge zwischen Grunddaten der Klientel und Finanzdaten sind jedoch nur indirekt über die Grunddaten der Einrichtungen vorhanden¹⁰. Korrelationen können jedoch keine kausalen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge beschreiben oder bestätigen (höchstens vermutete oder postulierte kausale Beziehungen widerlegen). Deswegen wurde auf eine vertiefte Interpretation festgestellter Korrelationen weitgehend verzichtet.

1.5.3 Einschränkende Bemerkungen

Die meisten der von den Einrichtungen erhobenen Daten sind nicht normalverteilt und zeigen eine rechts- oder linksschiefe Verteilung. Die Interpretation von Durchschnittswerten ist daher je nach Fragestellung heikel. Je heterogener die untersuchten Einheiten sind, umso weniger wird das arithmetische Mittel der entsprechenden Variablen – als Abbild der effektiven Situation einer spezifischen Einrichtung – gerecht. In diesen Fällen kann der Median als besseres Mass herangezogen werden. Dies muss bei der Lektüre im Auge behalten werden und wird im kritischen Einzelfall auch erwähnt.

Die vorliegende Erhebung beschreibt die Situation in der ambulanten Suchtberatung zu einem definierten Zeitpunkt (per 31.12.2002). Sie kann nur dort eine zeitliche Entwicklung über die Jahre nachvollziehen, wo vergleichbare Daten aus der Erhebung Nett 1999 vorliegen. Alle anderen Daten sind eine Momentaufnahme des Jahres 2002.

¹⁰ Beispiel eines indirekten linearen Zusammenhangs zwischen Grunddaten der Klientel und Finanzdaten: Je mehr KlientInnen von einer Einrichtung betreut werden, umso mehr Stellenprozent bietet sie an ($A \rightarrow B$). Je mehr Personal eine Einrichtung beschäftigt, umso höher sind ihre Ausgaben ($B \rightarrow C$). Daraus folgt der (indirekt) lineare Zusammenhang; Je mehr KlientInnen die Einrichtung betreut, umso höher sind ihre Ausgaben ($A \rightarrow C$).

Teil B

2 Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung

2.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird ein detaillierter Überblick über die Struktur der Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung (als Leistungserbringer) für das Jahr 2002 gegeben. Sie werden anhand ihrer eigenen Angaben im Fragebogen sowie der im persönlichen Interview mit den Leitungspersonen der Einrichtungen gegebenen Antworten charakterisiert. Spezialisierte Suchtabteilungen von KBS und PUK sowie das BADAL sind bei dieser Analyse nicht bei allen Fragestellungen mit einbezogen (was bei der entsprechenden Fragestellung jeweils erwähnt wird).

Die Einrichtungen mit opiatgestützter Substitutionstherapie im Angebot werden im weiteren Verlaufe des Berichts für den besseren Lesefluss vereinfachend Substitutionseinrichtungen genannt, die Einrichtungen ohne Opiatverschreibung Beratungsstellen. Werden beide Einrichtungstypen zusammen angesprochen, so werden die Begriffe Suchtberatungsstellen oder alle Einrichtungen der Suchtberatung verwendet.

2.2 Kategorisierung der Einrichtungen

2.2.1 Einteilung nach SAMBAD

Die befragten Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung können nach Suchtmittel und Suchtbereich analog der Kategorisierung in der nationalen Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD) eingeteilt werden. Im Fragebogen wurden die Einrichtungen aufgefordert, sich selbst einer von fünf definierten Kategorien zuzuordnen. Das Resultat präsentiert die folgende Tabelle.

Sucht-MITTEL	spezialisiert auf Probleme mit legalen Substanzen	Blaues Kreuz
	spezialisiert auf Probleme mit illegalen Substanzen	Frauen-Oase, Badal, Janus, StepOut, Dropln, ADS
	spezialisiert auf Substanzprobleme jeder Art	ADS, A&SB, Frauen-Oase, Janus
Sucht-BEREICH	spezialisiert auf Suchtprobleme verschiedener Art ¹¹	A&SB, Blaues Kreuz, Frauen-Oase
	nicht nur auf Suchtprobleme spezialisiert ¹²	StepOut, Dropln, MUSUB, PUP, Blaues Kreuz, Frauen-Oase

Den befragten Einrichtungen fällt es anscheinend schwer, sich auf nur eine der vorgegebenen Kategorien von SAMBAD festzulegen¹³. Die meisten sehen sich vielmehr als polyvalente Beratungsstellen, die ihre Arbeit nicht nur ausschliesslich auf eine Substanz oder auf eine bestimmte Suchtform beschränken, sondern im Sinne von „sowohl als auch“ ihre Klientel gesamtheitlich behandeln und betreuen.

Berücksichtigt man jedoch die Antworten aus den persönlichen Interviews mit den Einrichtungen, lässt sich aufgrund ihrer zum Teil selektiven Aufnahmekriterien sowie aufgrund der praktizierten Behandlungs- und Beratungsschwerpunkte durchaus eine feinere Eingrenzung vornehmen, die Einrichtungen sind in der am besten zutreffenden Kategorie fett hervorgehoben.

¹¹ Substanzprobleme und nicht-substanzgebundene Probleme wie z.B. Essstörungen, pathologisches Spielen

¹² z.B. Jugendberatungsstelle, Schuldenberatung, Rentenverwaltung, Prävention

¹³ Gefragt war eine Antwort resp. die eindeutige Zuteilung zu einer Kategorie. Die meisten Einrichtungen haben jedoch mehrere Kategorien als zutreffend angekreuzt.

2.2.2 Einteilung nach therapeutischer Ausrichtung

Eine Unterteilung der ausgewählten Institutionen in Einrichtungen mit und ohne Bewilligung zur Durchführung von opiatgestützten Substitutionstherapien ist bezüglich einzelner Fragestellungen sinnvoll. Diese Unterteilung entspricht der Kategorisierung nach medizinisch resp. sozialpsychiatrisch geführten und eher auf ärztliche/pflegerische Leistungen ausgerichtete Einrichtungen (dem KVG untergeordnet) und solchen ohne eigenes medizinisches Angebot (oder marginal durch Konziliararztendienst geleistet) mit eher sozialarbeiterischer und sozialtherapeutischer Ausrichtung ihrer Dienstleistungen.

Tabelle 2: Kategorisierung der Einrichtungen nach medizinischer Ausrichtung

Einteilung der Einrichtungen (Aufzählung ohne spezifische Reihenfolge)

<ul style="list-style-type: none"> • Bewilligung zur Durchführung von opiatgestützten Substitutionsbehandlungen • Klinik- oder Praxisstatus • Abrechnung der Leistungen nach KVG • Ärztliche oder ärztliche/pflegerische Leitung 	<p>MIT sog. „Substitutionseinrichtungen“ ADS, Janus, PUP, Badal</p> <p>OHNE sog. „Beratungsstellen“ A&SB, StepOut, Dropln, Blaues Kreuz, MUSUB, Frauen-Oase</p>
--	---

2.2.3 Einteilung nach Struktur der Klientel

Die Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung könnten des weiteren auch nach soziodemografischem Profil ihrer Klientel oder aufgrund der verschiedenen Ansprüche der Klientel an die Einrichtungen (z.Bsp. aufgrund ihrer Problemlage) kategorisiert werden.

Tabelle 3: Kategorisierung der Einrichtungen nach Klientenstruktur/-bedürfnis

Einteilung der Einrichtungen (Aufzählung ohne spezifische Reihenfolge)

Auf Alkoholprobleme fokussierte Einrichtungen	A&SB, Blaues Kreuz
Einrichtungen mit opiatgestützter Substitutionstherapie und Psychotherapie	ADS, Janus, PUP, Badal
Breit diversifizierte Suchtberatungsstellen	MUSUB, Dropln
Auf Nachsorge spezialisierte Einrichtung	StepOut
Niederschwellige AIDS-Prävention mit Beratungsangebot	Frauen-Oase

2.3 Personelle und zeitliche Ressourcen der Einrichtungen

Von den spezialisierte Suchtabteilungen der Psychiatrischen Universitätsklinik (ADS und JANUS) standen keine Daten zur Verfügung. Die spezialisierte Suchtabteilung des Kantonsspitals (PUP) sowie das BADAL wurden – trotz vorhandener Daten – aus den in Kapitel 1.5.1 beschriebenen Gründen in der Detailauswertung nur beschränkt berücksichtigt. Ihre Resultate werden bei einigen Fragestellungen allenfalls als Vergleichswerte erwähnt.

2.3.1 Stellenangebot, Beschäftigung

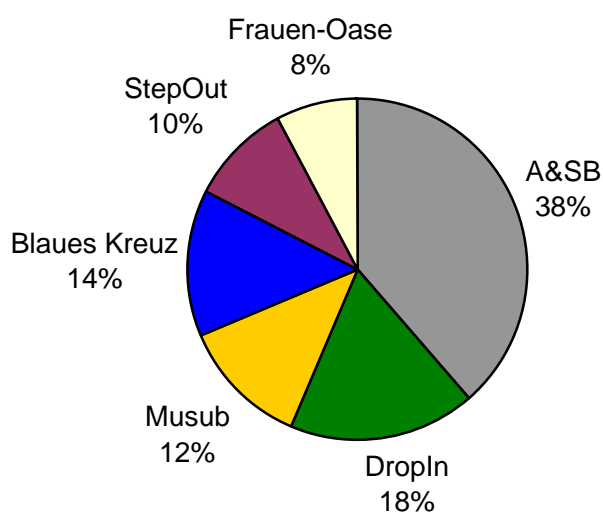
Die sechs Beratungsstellen stellten im Jahr 2002 insgesamt 31 Vollzeitstellen zur Verfügung. Das bedeutete im Durchschnitt pro Institution 514 Stellenprozent. Dieser Durchschnittswert verzerrt jedoch die tatsächlichen Verhältnisse, da durch die Heterogenität der Einrichtungen eine sogenannte schiefe Verteilung besteht.

Bei der A&SB waren im 2002 während einiger Monate 100 Stellenprozent aufgrund von langdauernden Krankheitsfällen nicht besetzt. Auch bei Musub waren am Stichtag 31.12.2002 total 0,8 Stellen frei.

Die staatliche A&SB allein verfügte mit fast 12 Vollzeitstellen über doppelt soviel Stellenprozent wie die grösste (gemessen an der Stellendotierung) private Beratungsstelle Dropln (550 Stellenprozent) und rund fünfmal soviel wie die Frauen-Oase (240 Stellenprozent) als kleinste der privaten Einrichtungen am anderen Ende der Skala mit nicht einmal 10% Anteil am Total aller Stellen.

Abbildung 1: Verteilung der Vollzeitstellen 2002

Relative Anteile am Total aller Stellenprozente (Stellenprozente insgesamt=3'085, Einrichtungen=6)



Die A&SB wies also rund dreimal soviel Personalkapazität auf wie die fünf privaten Beratungsstellen im Durchschnitt. Die A&SB (+131%) und das Dropln (+7%) lagen mit ihrer Stellendotierung über dem Durchschnitt, alle anderen Einrichtungen darunter.

Die beiden grössten Einrichtungen A&SB und Dropln vereinten somit über die Hälfte aller Stellen auf sich (56%), während sich die anderen vier Einrichtungen StepOut, Blaues Kreuz, Musub und Frauen-Oase die restlichen Stellen teilten.

Die anerkannt überdurchschnittliche psychische Beanspruchung einer Arbeit im Suchtbereich fördert den Trend zur Teilzeitarbeit, was in allen Einrichtungen bei der Beschäftigung berücksichtigt wird. Teilzeitarbeit erhöht aber gleichzeitig auch die Flexibilität der Einrichtungen zur Anpassung des Personalbestandes und der Betreuungsintensität. Trotzdem ist in den meisten Einrichtungen ein Minimalbestand an MitarbeiterInnen notwendig, um den Betrieb aufrecht erhalten zu können, ohne dass dabei die Anzahl der KlientInnen eine direkte Rolle spielt. Dies beeinträchtigt wiederum die Flexibilität zur Anpassung der Stellenprozente.

2.3.2 Verwendung der Arbeitszeit

Gemäss der eigenen Einschätzung der Einrichtungen wurde 2002 durchschnittlich zwei Drittel der Arbeitszeit für die Klientenarbeit eingesetzt. Dieser Anteil schwankte zwischen 42% (Blaues Kreuz) und 80% (Musub) je nach Ausrichtung und Arbeitsschwerpunkte der Institution. Die Klientenarbeit ihrerseits unterteilte sich in zwei Drittel unmittelbar klientenbezogene Leistungen¹⁴ und in ein Drittel mittelbar klientenbezogene Leistungen¹⁵.

Im Durchschnitt wurden pro Beratungsstelle 11% der Arbeitszeit für Teambuildingprozesse sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen verwendet¹⁶. Für den administrativen Overhead wurden im Durchschnitt rund 16% der Arbeitszeit aufgewendet¹⁷.

Die restlichen 6% der verfügbaren Arbeitszeit blieben für weitere diverse Leistungen der Einrichtungen wie sekundärpräventive Einsätze in Betrieben und Schulen, Kurse für freiwillige Helfer, Weiterbildung für externe Stellen oder Multiplikatorschulung¹⁸.

¹⁴ z.Bsp. Einzelberatung und -therapie, Familien- und Paarberatung/therapie, Gruppentherapie, Gespräche mit Bezugspersonen, telefonische Beratungen und Abklärungen mit KlientInnen, medizinische Massnahmen. Diese Aufzählungen können hier und auch in den nächsten drei Abschnitten nicht vollständig sein und sollen nur den Arbeitsbereich grob umfassen und beispielhaft illustrieren.

¹⁵ Arbeiten wie Überweisung und Vermittlung von KlientInnen (Casemanagement, Kooperation), Dokumentation, Vor- und Nachbereitungen von Klientensitzungen, Fallbesprechungen, Sachhilfe, Aktenführung oder Klientenstatistik.

¹⁶ Dazu werden Fall- und Teamsupervisionen, Interventionen, Teamsitzungen, Teilnahme an Kursen, Seminaren und Tagungen, Studium von Fachliteratur oder aber auch die Begleitung von Praktikanten gerechnet.

¹⁷ Dazu gehören Leistungen wie die eigentliche Leitungs- und Führungstätigkeit der Stellenleitung, Büro- und Verwaltungsarbeiten, Ausarbeitung von Konzeptpapieren und Informationsmaterial, Projektentwicklung, Vernetzungs- und Gremienarbeit (nicht fallbezogen) oder auch Öffentlichkeitsarbeit.

¹⁸ Die angeführten Werte sind nicht durch exakte Leistungserfassung erhoben worden, sondern sind Schätzwerte der Institutionen und geben nur annäherungsweise Auskunft über die wirkliche Aufteilung der Arbeitszeit in den Einrichtungen. Nebst einer möglicherweise verzerrten Einschätzung der tatsächlichen Zuteilung der eigenen Arbeitszeiten kann auch eine unterschiedliche Bewertung und Kategorisierung der einzelnen Tätigkeiten zur Unsicherheit und Ungenauigkeit beitragen.

Tabelle 4: Verwendung der Arbeitszeit 2002

Relative Anteile am Total der Arbeitszeit (Arbeitszeit=100%, Einrichtungen=6)

	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	StepOut	Frauen-Oase	Mittelwert n=6
Klientenbezogene Dienstleistungen	70%	70%	80%	42%	63%	77%	67%
unmittelbar klientenbezogen	45%	45%	70%	n.n.	25%	62%	49%
mittelbar klientenbezogen	25%	25%	10%	n.n.	38%	15%	23%
Ausbildung, Weiter- & Fortbildung	10%	14%	5%	12%	14%	10%	11%
Administration, Konzept etc.	19%	15%	10%	24%	20%	10%	16%
Sekundärprävention und Diverses	1%	3%	5%	22%	4%	3%	6%

Die hier angeführten Werte sind durchaus plausibel. Stellt man die geschätzten Werte in Bezug zu den exakt erhobenen Werten empirischer Untersuchungen, bewegen sie sich im vergleichbaren Rahmen anderswo gewonnener Daten.

So lässt sich etwa die über mehrere Jahre durch das Institut für Suchtforschung Zürich (ISF) durchgeführte Leistungserfassung bei den 23 Suchtberatungsstellen des Kantons Zürich¹⁹ zitieren, welche eine ähnliche Verteilung der Arbeitszeit dokumentiert. Ebenfalls erwähnt werden kann in diesem Zusammenhang die Untersuchung der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtgefahren²⁰ in Deutschland, welche im Jahr 2001 bei insgesamt 21 Suchtberatungsstellen des Landes Brandenburg eine exakte Leistungserfassung durchgeführt hat.

Tabelle 5: Verwendung der Arbeitszeit, Vergleich Ergebnisse verschiedener Studien

Relative Anteile am Total der Arbeitszeit, Durchschnittswerte über alle Einrichtungen, nach Studie

	Zürich / n=23	Brandenburg / n=21	Basel / n=6
Unmittelbar klientenbezogene Leistungen	n.n.	50%	49%
Mittelbar klientenbezogene Leistungen	n.n.	20%	23%
Klientenbezogene Leistungen total	68%	70%	67%
Ausbildung, Weiter- & Fortbildung	14%	zusammen 23%	11%
Administration, Konzept etc.	6%		16%
Sekundärprävention und Diverses	11%	7%	6%

Trotz grosser Unterschiede in bezug auf Leistungsprofile sowie Personal- und Sachausstattung zeigten alle Beratungsstellen eine ähnliche prozentuale Verteilung der Arbeitszeitanteile der verschiedenen Tätigkeitsfelder. Mit einem Anteil von gut zwei Dritteln der aufgewendeten Arbeitszeit für klientenbezogene Dienstleistungen beweisen die Einrichtungen, dass sie ihrem Versorgungsauftrag gerecht werden²¹. Diese Priorisierung der Klientenarbeit belegt, dass die Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung ihre Aufgaben im Sinne der eigenen gemeinnützigen Zielsetzung sowie im Sinne des Leistungsauftrags der Öffentlichkeit (durch das Sanitätsdepartement stellvertretend repräsentiert) interpretieren.

Für die Absicherung der klientenbezogenen Dienstleistungen sind Tätigkeiten zur Erhaltung der Struktur- und Prozessqualität in der Höhe von 30% der Ressourcen strukturell und fachlich notwendig. Dieser Anteil von einem Drittel mag relativ hoch erscheinen, es darf aber nicht vergessen werden, dass darin auch Leistungen wie Strategie- und Konzeptarbeit, Bildung und Information Dritter sowie Prävention, Öffentlichkeitsarbeit oder Vernetzungsarbeit enthalten sind.

¹⁹ Uchtenhagen Ambros et. al.: Leistungs- und Qualitätserfassung bei Sucht- und Alkoholberatungsstellen im Kanton Zürich, Schlussbericht zuhanden des Kantonalen Sozialamtes / ISF Zürich 2000

²⁰ Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.: Qualitätssicherung der Brandenburger Suchtberatungsstellen; Projekt Zeiterfassung 2001 / Potsdam 2001

²¹ Die von Badal und PUP zur Verfügung stehenden Angaben sind vergleichbar und bewegen sich um den Durchschnitt der Arbeitszeitverteilung der sechs detailliert betrachteten Einrichtungen.

Diese Dienstleistungen stellen nicht etwa „verlorene Arbeitszeit“ dar, nur weil sie nicht für Klientenarbeit eingesetzt werden, sondern erbringen ebenfalls einen konkreten und messbaren Mehrwert – wenn auch oft indirekt – zugunsten der Auftraggeber und verschiedenen Ziel- resp. Anspruchsgruppen.

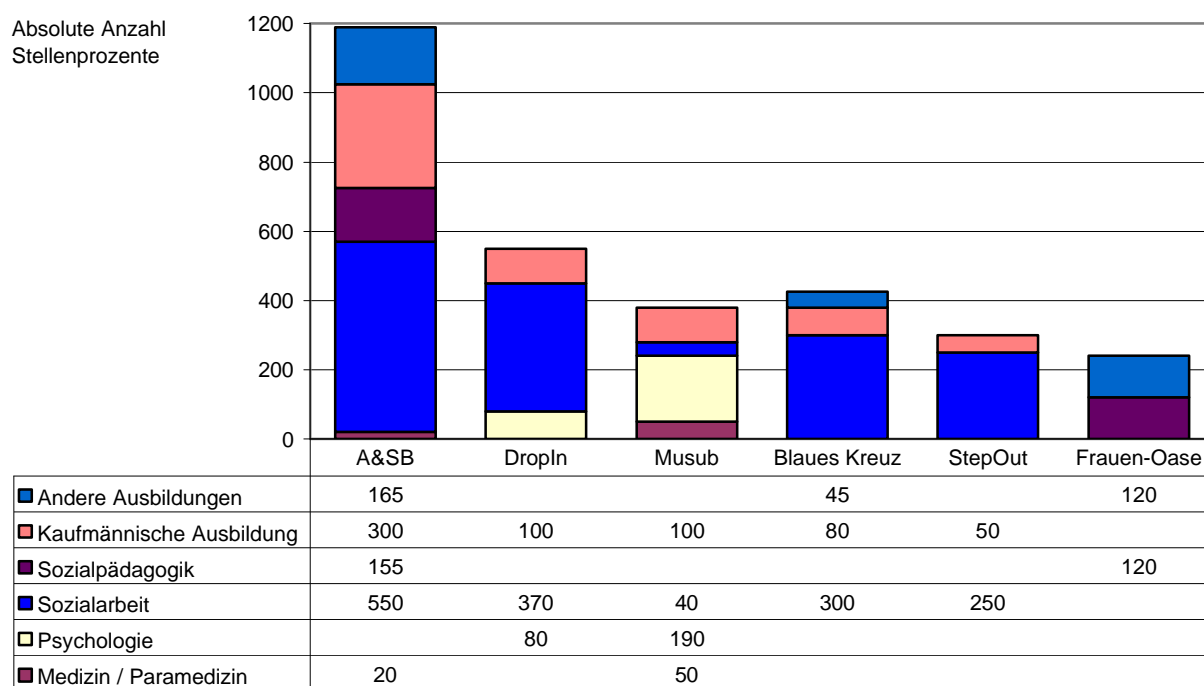
Mit dem vorliegenden Ergebnis der Erhebung sowie dem Vergleich des Resultats mit Zürich und mit einem Bundesland Deutschlands können die beteiligten Beratungsstellen ihre spezifische Schwerpunktsetzung und Bedarfsanalyse überprüfen. Weiterhin können die Ergebnisse im Sinne eines Benchmarkingprozesses als Grundlage für die Organisationsentwicklung und für die Planung des zukünftigen Ressourcenbedarfs genutzt werden.

2.3.3 Ausbildung der MitarbeiterInnen

Über alle Einrichtungen betrachtet hatten 2002 über die Hälfte der MitarbeiterInnen eine sozialarbeiterische (49%) oder sozialpädagogische (9%) Ausbildung. Rund ein Drittel der Stellen entfiel auf MitarbeiterInnen mit kaufmännischer (20%) oder anderer, nicht weiter spezifizierter Ausbildung (11%). PsychologInnen waren mit 9% Anteil vertreten. 2% aller Stellen entfielen auf Personal mit medizinischer Ausbildung. Diese insgesamt 70 Stellenprozente an medizinisch ausgebildetem Personal konzentrierten sich auf die beiden Einrichtungen A&SB und Musub (Konziliarärzte).

Abbildung 2: Stellenprozente und Ausbildungstyp 2002

Absolute Werte je Einrichtung (Stellenprozente total=3'085, Einrichtungen=6)



Der Anteil des Personals, welcher 2002 (gemäss Grundausbildung) ausschliesslich für die Betreuung der Klientel zuständig war, schwankte je nach Einrichtung zwischen 75% und 100%, wobei in einzelnen Einrichtungen MitarbeiterInnen mit nicht kaufmännischer Ausbildung administrative Tätigkeiten verrichteten, während in anderen auch das Sekretariat unterschiedlich intensiv in die Betreuung der Klientel mit einbezogen wurde (z.Bsp. Führung der Patientenakten, Rentenverwaltung, telefonische Triage).

Vier von sechs Beratungsstellen bildeten PraktikantInnen z.Bsp. der Höheren Fachschule für Sozialarbeit beider Basel aus (A&SB, Dropln, Blaues Kreuz und Musub), wobei dieses Angebot bei einzelnen Einrichtungen für die Zukunft aufgrund der finanziellen Verhältnis in Frage gestellt wird oder werden dürfte.

2.3.4 Leitung, Führungsstil, Arbeitszufriedenheit

In beinahe allen Beratungsstellen ist jeweils eine Person mit der Führung des Personals sowie der fachlichen und administrativen Leitung der Einrichtung betraut. Ausnahme bildet das StepOut, das sich in Form der Teamleitung führt. Bei den Einrichtungen Blaues Kreuz und Frauen-Oase ist diese Leitungsposition direkt dem Vorstand der entsprechenden Trägerschaft (ihrerseits mit oder ohne Geschäftsausschuss) unterstellt, bei Musub, Dropln und StepOut ist zusätzlich eine Geschäftsleitung zwischengeschaltet, die für übergeordnete Belange zuständig ist. Die A&SB als Abteilung der kantonalen Verwaltung ist der Leitung der Gesundheitsdienste des Sanitätsdepartements Basel-Stadt unterstellt.

Die StellenleiterInnen berichten mehr oder weniger frequent ihren vorgesetzten Stellen, haben fast alle beratenden Einsitz (ohne Stimmrecht) im Vorstand ihrer Trägerschaft, wenn nicht immer doch so bei speziellen Themen.

In allen Einrichtungen arbeiten die Führungspersonen neben ihrer Leitungsfunktion partiell im Team mit und betreuen auch selbst KlientInnen. Dieser Anteil an Klientenarbeit und Mitarbeit im Team schwankt sehr stark und reicht von wenigen Prozenten bis hin zu drei Vierteln der gesamten Arbeitszeit. Massgeblich sind dabei die Grösse der Einrichtung selbst sowie die Unterstützung durch den Vorstand der Trägerschaft oder die übergeordnete Geschäftsführung. Alle Führungskräfte betonen jedoch, immer mit einem Fuss „in der Klientenarbeit stehen zu wollen“, um einerseits sensibel für die Probleme und Anliegen des Teams zu bleiben, andererseits um die Einsicht in die Struktur der Klientel zu behalten.

Bei den grösseren Einrichtungen ist die Klientenarbeit neben der hauptamtlichen Führungsarbeit nebensächlich geworden, bei anderen Einrichtungen bedingt die Personalstruktur direkt die Mitarbeit der Stellenleitung bei der Klientenbetreuung. Im StepOut ist dies aufgrund der Teamleitung in hohem Masse der Fall und beabsichtigt.

Die Führungspersonen aller Einrichtungen pflegen gemäss eigenen Aussagen fast durchaus einen sogenannten partizipativen, integrativen und kollegialen Führungsstil und messen der Mitbestimmung der MitarbeiterInnen sowie der Delegation von Verantwortung einen hohen Stellenwert bei. Gleichzeitig betonen alle (ausser StepOut), in entscheidenden Fragen oder kritischen Situationen durchaus auch direktiv/autoritär die Verantwortung übernehmen zu können.

In den Einrichtungen, wo dieser Führungsstil ungestört durch äussere oder innere Einflüsse nach den Vorstellungen der Führungskräfte praktiziert werden kann, ist denn auch die Mitarbeiterzufriedenheit sehr hoch, was sich in z.T. ungewöhnlich tiefen Fehlzeiten, wenig Krankheitsabsenzen und hoher Frustrationstoleranz ausprägt. In Einrichtungen, welche stark in hierarchische Strukturen eingebunden sind und vermehrt äussere Faktoren „von oben“ in strategische und operationelle Entscheide der Leitungen Einfluss nehmen, nehmen die Gestaltungsmöglichkeiten der Betroffenen ab, was sich nicht selten auf die Mitarbeiterzufriedenheit durchschlägt. Die gleiche Konsequenz kann der dauernde Mangel an finanziellen und zeitlichen Ressourcen haben.

2.3.5 Betriebswirtschaftliche Effizienz der Leitungsstrukturen

Mit einer Ausnahme (StepOut) ist eine Person in jeder Einrichtung für die strategische und operationelle Leitung der Institution und die Führung der MitarbeiterInnen verantwortlich. Die A&SB wird mit fast zwölf Vollzeitstellen und rund 500 laufenden Beratungen am 31.12.2002 ebenso von einer einzigen Person geleitet wie Dropln oder Blaues Kreuz, beides deutlich kleinere Einrichtungen mit einem Bruchteil an Stellen. Je kleiner aber die Einrichtung ist, desto höher wird der relative Anteil der Leitung am Total aller verfügbaren Stellen. Dies trifft auch dann zu, wenn diese Person(en) selbst auch in der Klientenbetreuung mithilft (mithelfen).

Es stellt sich an dieser Stelle – unabhängig von der Effektivität – die Frage nach der Effizienz der Leitungsstruktur. Damit eng verbunden ist die grundsätzliche Frage nach der kritischen oder optimalen Grösse einer Einrichtung. Betriebswirtschaftlich betrachtet ist die getrennte Führung von Dropln (10 MitarbeiterInnen / 5,5 Vollzeitstellen) und StepOut (5 MitarbeiterInnen / 3 Vollzeitstellen) kaum zu rechtfertigen, zumal sich im StepOut vier Personen in Teamleitung die Führungsaufgaben teilen²². Dropln und StepOut zusammengelegt könnten auch von einer einzigen Person geführt werden. Eine räumliche Zusammenlegung der beiden Einrichtungen müsste ebenso geprüft werden, zumal sich 15 Personen 8.5 Vollzeitstellen teilen.

²² Unter der Annahme, dass pro Person und Jahr 20% Stellenprozent (8 Std./Woche) der Leitungs- und Führungsarbeit gewidmet wird und zusätzlich pro Person 5 Stellenprozent (2 Std./Woche) zur Koordination gebraucht werden (müssen), werden übers Jahr geschätzt rund ein Drittel aller verfügbaren Stellenprozent für Leitungs- und Führungsaufgaben aufgewendet (100 Stellenprozent auf 3 Vollzeitstellen).

2.4 Förderung und Erhaltung der Kompetenz

2.4.1 Fort- und Weiterbildung, Prozessbegleitung

Bei den realisierten Massnahmen zur Förderung und Erhaltung der Kompetenz überwiegt in allen Beratungsstellen die gezielte Mitarbeiterförderung (Aus- und Weiterbildungen und Super- und Intervision) noch vor Massnahmen zur Verbesserung der inneren Organisation und Struktur. Die Etablierung standardisierter Instrumente zur systematischen und permanenten Qualitätsentwicklung und -sicherung hat im ambulanten Bereich (noch) nicht stattgefunden.

Im Rahmen der täglichen Arbeit ist es in allen Institutionen üblich, zur Verbesserung der Klientenarbeit Fallsupervision oder –intervision entweder regelmässig oder aber zumindest bei Bedarf periodisch durchzuführen. Ebenso sind Teamentwicklungsinstrumente wie Teamsupervision oder –intervision zur Förderung der Arbeitsqualität feste Bestandteile bei den meisten Einrichtungen, dies allerdings in höchst unterschiedlichem Mass und Umfang. Ebenfalls wird in allen Einrichtungen Fort- und Weiterbildung ermöglicht und/oder aktiv gefördert sowie die Arbeit resp. Arbeitsfortschritte in periodischen Mitarbeitergesprächen evaluiert.

2.4.2 Qualitätsentwicklung und -sicherung

Der überwiegende Teil der Beratungsstellen hat sich auch im weiteren Sinne mit dem umfassenden Themenbereich Qualität und Qualitätssicherung auseinandergesetzt. Ein Drittel der Einrichtungen hat bereits ein eigentliches Qualitätssicherungssystem installiert und setzt dies um; Dropln und StepOut haben eine anerkannte QuaTheDA-Zertifizierung erlangt. Die Frauen-Oase hat im Rahmen des von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (FSA) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützten Projekts „Frauen-Netz-Qualität“ an der Einführung eines Qualitätsentwicklungsinstrumentariums teilgenommen²³. Auch die anderen Einrichtungen haben eine oder mehrere bewusste Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung beschlossen oder setzten diese konkret um.

Tabelle 6: Qualitätsförderung aktuell (Ende 2003)

Konkrete Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung, nach Einrichtung ²⁴

	A&SB	Dropln	StepOut	Blaues Kreuz	Musub	Frauen-Oase
Anerkannte Zertifizierung	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Systematisierte Qualitätssicherung	jein	ja	ja	nein	nein	jein
Quantitative Erfassung Leistungen	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Qualitative Erfassung Leistungen	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Selbstevaluation	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Fremdevaluation	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Fallintervision	14-täglich	bei Bedarf	nein	1x / Monat	unregelmäss.	bei Bedarf
Teamintervision			nein	bei Bedarf	nein	
Fallsupervision	14-täglich	1x / Monat	10x / Jahr	5x / Jahr	2x / Monat	1x / Monat
Teamsupervision	nein	< 1x / Monat		bei Bedarf	ca. 2x / Jahr	
Teamsitzung	1x / Woche	1x / Woche	1x / Woche	14-täglich	14-täglich	1x / Woche
Fallverteilung	1x / Woche	1x / Woche				
Fort- und Weiterbildung MA	ja	ja	ja	ja	ja	ja
MA-Gespräche/Zielvereinbarung	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Anzahl Weiterbildungstage/Jahr	67	44	15	42	18	62

²³ Vgl. Hintergrundinformationen im Internet unter www.fasd-brr-urd.ch/pages/fnq_dt.html

²⁴ Eigene Zusammenstellung und Darstellung aufgrund der protokollierten Interviews mit den Einrichtungen. Diese Darstellung zeichnet eine Momentaufnahme und soll die Vielfalt der Bestrebungen aufzeigen. Da diese Massnahmen z.T. ad hoc und nach Bedarf geändert werden (müssen), kann sich die Situation in einzelnen Einrichtungen bereits heute anders darstellen.

2.5 Leistungsangebot der ambulanten Suchtberatung

In diesem Kapitel wurden die Daten aller untersuchten Einrichtungen analysiert und in die nachstehende Beschreibung des Leistungsangebots mit einbezogen. Die Tabelle 7 zeigt die angebotenen Dienstleistungen aller zehn Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung im Überblick²⁵.

2.5.1 Leistungsangebot insgesamt

Tabelle 7: Dienstleistungsangebot

Als Haupt- oder Nebenprodukt angebotene Dienstleistungen, nach Einrichtung

	A&SB	DropIn	StepOut	Blaues Kreuz	Musub	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	Anteil Nennungen als Hauptangebot
1 Psychosoziale Beratung/Betreuung für Klienten/innen											100%
2 Psychosoziale Beratung/Betreuung für Angehörige											80%
3 Triage (Weitervermittlung)											70%
4 Sachhilfe (unentgeltlich)											70%
5 am Alltag orientiertes Lebenstraining ohne Suchtmittel											60%
6 Therapieabklärung, Indikation für stationäre Therapie											50%
7 geleitete Selbsthilfegruppe/n für Klienten/innen											50%
8 Durchführung von Urinproben, Atemtests											50%
9 ambulanter Entzug											50%
10 medizinische Soforthilfe (ohne ärztl. Unterstützung)											50%
11 Renten- und/oder Budgetverwaltung											40%
12 Massnahmevollzug, Durchführung gerichtlicher Weisungen/Auflagen											40%
13 Freizeitgestaltung, betreute und/oder begleitete Freizeit											40%
14 Gesprächstherapie/Psychotherapie (durch Psychologe/in)											40%
15 ärztliche Untersuchungen (somatisch)											40%
16 opiatgestützte Substitutionsbehandlungen											40%
17 Gesprächstherapie/Psychotherapie (durch Psychiater/in)											40%
18 Wohnungsvermittlung, betreutes und/oder begleitetes Wohnen											30%
19 Forschung, Teilnahme an Forschungsprojekten											30%
20 geleitete Selbsthilfegruppe/n für Angehörige											30%
21 Jobvermittlung, Arbeits- und Beschäftigungsprojekt, Taglohnprojekt											20%
22 Schuldenberatung –und/oder Sanierung											20%
23 externe Beratung/Betreuung von Klienten/innen im Gefängnis											20%
24 Prävention (Projektarbeit)											20%
25 am Alltag orientiertes Lebenstraining mit Suchtmittel											20%
26 Abgabe Kondome											10%
27 Abgabe/Entsorgung von Injektionsmaterial											10%
28 Verpflegung (entgeltlich oder unentgeltlich)											10%
29 Schutzaufsichten											10%
30 Körperhygiene (Dusch- Badegelegenheit, Waschmaschine)											10%
31 Verkauf von Gebrauchsartikeln											10%

²⁵ Die einzelnen Leistungen sind in der Reihenfolge ihrer Nennung als Hauptangebot absteigend geordnet, dh. das zuoberst stehende Angebot wird am meisten (100% aller möglichen Nennungen) als Hauptangebot genannt, das zweite nur noch mit 80% der möglichen Nennungen etc.. Die Einfärbung der Felder soll einen raschen Überblick ermöglichen; je dunkler die Färbung, desto öfter wird das genannte Angebot von den Einrichtungen angeboten.

Unterscheidet werden Leistungen, welche als Hauptangebot und solche, welche als Nebenangebot von den Einrichtungen angeboten werden. Die Tabelle kann weder zeigen, in welcher Quantität noch in welcher Qualität die einzelnen Dienstleistungen angeboten werden. Alle 31 im Fragebogen aufgelisteten Dienstleistungen werden mindestens einmal als Hauptangebot genannt.

Psychosoziale Begleitung und Betreuung für KlientInnen (1) bieten alle Einrichtungen als Hauptangebot an. Auch Psychosoziale Begleitung und Betreuung für Angehörige (2), Triage (3) und Sachhilfe (4) werden immer noch von über zwei Dritteln der Einrichtungen als Hauptangebot genannt.

Am Alltag orientiertes Lebenstraining ohne Suchtmittel (5), Therapieabklärung/Indikation für stationäre Therapie (6), geleitete Selbsthilfegruppen für KlientInnen (7), Durchführung von Urinproben und Atemtests (8), ambulanter Entzug (9) sowie medizinische Soforthilfe (10) werden doch noch von zumindest der Hälfte aller Einrichtungen als Hauptangebot im Dienstleistungskatalog geführt. Schutzaufsichten werden nur vom StepOut als Hauptangebot betrachtet (hellblau eingefärbt).

Die Angebote somatische ärztliche Untersuchungen (15), opiatgestützte Substitutionsbehandlungen (16) und psychiatrische Gesprächstherapie und Psychotherapie (17) sowie Forschung (19) werden ausschliesslich von den Substitutionseinrichtungen PUP, ADS, Janus und Badal als Hauptprodukt angeboten (orange eingefärbt).

Ebenso einzig von der Frauen-Oase als Hauptangebot aufgeführt (grün eingefärbt) sind die Dienstleistungen Abgabe von Kondomen (26), Abgabe/Entsorgung von Injektionsmaterial (27), entgeltliche oder unentgeltliche Verpflegung (28), Körperhygiene (30) und Verkauf von Gebrauchsartikeln (31). Andere Einrichtungen bieten diese Leistungen höchstens als Nebenprodukt oder gar nicht an. Ein gleiches oder ähnliches Angebot bieten jedoch die Einrichtungen der niederschweligen Überlebenshilfe an. Das Spezielle am Angebot der Frauen-Oase ist jedoch seine Ausschliesslichkeit und der damit gebotene Schutzraum für Frauen auf der Gasse.

Die folgend aufgelisteten Leistungen standen im Fragebogen zwar nicht zur Auswahl, wurden aber von einigen Einrichtungen als zusätzliche Haupt- oder Nebenangebote aufgelistet.

Tabelle 8: Weitere vereinzelt Dienstleistungsangebote

Als Haupt- oder Nebenprodukt angebotene Dienstleistungen, nach Einrichtung

	A&SB	DropIn	StepOut	Blaues Kreuz	Musub	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	Anteil Nennungen als Hauptangebot
1 Schulung von Angehörigen, Freiwilligen und Fachpersonen											20%
2 Hausbesuche											20%
3 Kurse und Beratung bezügl. FIAZ und Sucht am Arbeitsplatz											10%
4 Betreuung Blue Cocktail Bar BCB											10%
5 Weiterbildung Migration&Sucht für Fachleute und Institutionen											10%
6 Vermittlung von Psychotherapie/Psychiatern/Psychologen											0%
7 Vermittlung und Finanzierung von Ausbildungen											0%
8 Rechtsberatung und Vermittlung von Rechtsberatung											0%
9 Gruppentherapien für Abhängige und Angehörige											0%
10 Paar- und Familientherapien											0%
11 Abklärung mit Stellen, welche Kinder von Klientinnen betreuen											0%
12 Gesundheitsprävention und soziale Betreuung bei Prostitution											0%

2.5.2 Ressourcenaufwändigste Leistungen

Eine Handvoll Dienstleistungen füllen den Alltag der Einrichtungen weitgehend aus. Die psychosoziale Beratung/Betreuung der KlientenInnen wird von den meisten Einrichtungen betreffend den Einsatz von Zeit und Personal, aber ebenso betreffend die finanzielle Belastung als intensivstes Angebot genannt. An zweiter Stelle stehen die Angebote Sachhilfe sowie Rentenverwaltung und Budgetberatung und -verwaltung, an dritter Stelle die psychosoziale Beratung/Betreuung von Angehörigen.

Betrachtet man die Substitutionseinrichtungen gesondert von den Beratungsstellen, so nennen erstere zusätzlich die Durchführung der eigentlichen Substitutionstherapie und die psychiatrische Behandlung der Klientel betreffend finanzielle Belastung an dritter Stelle noch vor der Rentenverwaltung und Budgetberatung/-verwaltung und der psychosozialen Beratung/Betreuung von Angehörigen. Betreffend die zeitliche und personelle Belastung wird von den Substitutionseinrichtungen die psychiatrische Behandlung der Klientel sogar an zweiter Stelle genannt. Alle anderen Dienstleistungen werden nur noch vereinzelt als besonders belastend, sei es in finanzieller oder in personeller Hinsicht, hervorgehoben.

2.5.3 Verteilung des Angebots, Selbstanspruch versus Fremdanspruch

Legt man die Einrichtungen aufgrund der Ähnlichkeit ihres Leistungsangebots in Gruppen oder Cluster²⁶ zusammen, so bilden erwartungsgemäss die Substitutionseinrichtungen ADS, Janus und Badal eine erste Gruppe hoher Ähnlichkeit, die Beratungsstellen A&SB, Dropln, StepOut, Blaues Kreuz und Musub eine zweite Gruppe. Die PUP steht zwischen diesen beiden Gruppen, ist vom Substitutionsangebot her eher der ersten, vom restlichen Beratungsangebot her jedoch eher der zweiten Gruppe ähnlich und zuordenbar. Die Frauen-Oase unterscheidet sich von beiden Gruppen resp. allen Einrichtungen deutlich. Sie geht mit ihrem niederschweligen, auf Aids- und Hepatitis-Prophylaxe ausgerichteten Angebot eher in Richtung Überlebenshilfe. Da ihr Angebot ausschliesslich Frauen offen steht, werden zudem zwei Drittel der Suchtkranken von der Frauen-Oase (definitionsgemäss und absichtlich) nicht erreicht.

Offenbar werden zu viele Dienstleistungen von zu vielen Einrichtungen gleichzeitig resp. parallel angeboten, während sich zu wenig spezialisierte Dienstleistungen in konzentrierter und ausschliesslicher Form finden. Dieser Eindruck wird nur beschränkt durch die Tatsache relativiert, dass in verschiedenen Einrichtungen zwar die gleichen Dienstleistungen angeboten werden, jedoch für jeweils verschiedene Klientengruppen. Sie sind trotz ihrer verschiedenen Ausrichtung und Ausgestaltung in ihrer Art durchaus vergleichbar.

In den persönlichen Interviews wurde das Resultat aus den Fragebogen bestätigt und dieses „Alle machen ein bisschen alles“ viel thematisiert und kritisiert. Besonders fachlich anspruchsvolle oder ausgefallene Dienstleistungen sollen nur von wenigen oder gar einer, dafür aber hoch kompetenten Einrichtung(en) angeboten werden. Im gleichen Atemzug wurde aber ebenso oft erwähnt, dass es trotzdem notwendig sei, die spezifischen Kompetenzen auch in der eigenen Einrichtung aufzubauen und im Einzelfall anbieten zu können. Die Einrichtungen weisen in diesem Punkt alle dieselbe ambivalente Haltung auf. Diese Inkonsistenz führt bisweilen gar zum offensichtlichen Widerspruch²⁷.

Oft wird die Arbeitsteilung im Sinne eines Casemanagements zwar gefordert, die dazu notwendige Bereitschaft zur Realisierung aber nur mit Vorbehalten erbracht. Der eigene Anspruch der Institutionen stimmt häufig nicht mit ihrem Leistungsauftrag überein.

²⁶ Analyse der Ähnlichkeit der Einrichtungen aufgrund ihres Leistungsangebots mittels einer hierarchischen Clusteranalyse. Mit diesem Verfahren wird anhand ausgewählter Merkmale versucht, homogene Fallgruppen oder Variablen zu identifizieren. Dabei wird ein Algorithmus eingesetzt, der den Abstand der Fälle oder der Variablen zueinander misst und für jeden Fall oder Variable einen separaten Cluster bildet. Diese werden so lange kombiniert, bis nur noch einer oder einige wenige Cluster übrig bleiben.

²⁷ So wird beispielsweise die Spezialisierung der (jeweils anderen) Einrichtungen auf ihre Kernkompetenzen postuliert. Gleichzeitig wird aber von den Substitutionseinrichtungen – welche auf dieses medizinische Angebot hochspezialisiert und bezüglich anderer Dienstleistungen oft ressourcenmässig limitiert sind – die ganze Palette des psychosozialen Dienstleistungsangebots erwartet.

2.5.4 Angebotslücken im heutigen Leistungsangebot

Nebst den immer wieder auftretenden zeitlich limitierten Engpässen im Leistungsangebot der ambulanten Suchtberatung bestehen im Kanton Basel-Stadt – wie übrigens in anderen Städten der Schweiz auch – klar identifizierbare und von allen Seiten reklamierte strukturelle Angebotslücken.

So fehlt in Basel-Stadt ein ausreichendes Angebot im Sinne tragfähiger Institutionen für chronifizierte Suchtkranke. Dies gilt für junge, vor allem aber für ältere aktuell konsumierende oder ehemalige DrogenkonsumentInnen des Bereichs Alkohol und des Bereichs Illegaler Drogen. In den die hier behandelten Suchtberatungsstellen fallen sie meist irgendwann als hoffnungslose Fälle aus der Behandlungskette (keine Verbesserung mehr möglich, Zielvereinbarungen nicht erreichbar, Therapieresistenter Fall, „kein Fall für unsere Einrichtung“). Für ein normales Pflegeheim sind sie aufgrund ihrer Suchtproblematik nicht tragbar und werden i.d.R. von diesen auch nicht aufgenommen. Fürs Altersheim oder Alterspflegeheim sind sie meist noch zu jung und in den stationären Abteilungen der PUK oder des KBS sie auch fehl platziert.

Diese Fälle bleiben dann oft an den staatlichen Einrichtungen A&SB und ADS hängen, da diese de facto eine Aufnahme- resp. Behandlungspflicht zu erfüllen haben, während die Suchtberatungsstellen der privaten Trägerschaften diese Klientel nicht aufnehmen muss. Auch die Notfallaufnahme des KBS und die PUP kennen einen Grossteil dieser Klientel als „Dauerpatienten“ ebenso wie der Sozialdienst der Kantonalpolizei.

Ebenfalls durchs Netz der Zuständigkeiten fallen minderjährige, schwer- und schwerstgeschädigte Suchtkranke, die zu alt für die KJUP und zu jung für die PUK und alle anderen ärztlich/medizinischen Angebote sind.

2.5.5 Ungenügende Betreuung durch Sozialhilfe

Auf der Homepage der Bürgergemeinde der Stadt Basel²⁸ steht unter dem Stichwort Sozialhilfe zu lesen: „Im Mittelpunkt der Unterstützung steht aber nicht die Auszahlung von Beiträgen, sondern eine umfassende Beratung. Die Betreuung hat zum Ziel, die in Not geratenen Menschen zur materiellen Unabhängigkeit zu führen.“ Die Erfahrungsberichte der Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung zeichnen jedoch bezüglich ihrer suchtkranken Klientel ein stark abweichendes Bild. Demnach seien Sozialhilfe wie oder auch IV-Stelle von Basel-Stadt aufgrund der Knappheit der finanziellen und persönlichen Ressourcen je länger je weniger im Stande oder bereit, sich neben der reinen Abklärung von Anspruchsberechtigungen und der Verwaltung der Geldleistungen weitergehende beratende und betreuende Aufgaben zu übernehmen. Sie verweisen dazu ihre suchtkranke Klientel an die privaten Institutionen des sogenannten „Sozialen Basels“.

2.5.6 Ergänzung des bestehenden Leistungsangebots

U.a. stehen seit Jahren folgende konkreten Vorschläge im Raum und werden von den verschiedensten Fachleuten als notwendige Ergänzung des bestehenden Leistungsangebots gefordert:

- Niederschwellige Angebote für (intensiv) psycho- und sozialtherapeutisch betreutes Wohnen
- Organisierte Tagesstrukturen mit psycho- und sozialtherapeutischen Zusatzangeboten (begleitete Beschäftigungs- und Freizeitangebote) z.Bsp. in der Form einer Tagesklinik
- Vermehrte und verbesserte soziale Integrationsmöglichkeiten in der Verwaltung und der Privatwirtschaft in den Bereichen Arbeit/Beschäftigung, Freizeit
- Ausbau der staatlichen Unterstützung finanziell, aber auch durch Schaffung von Rahmenbedingungen für eine verbesserte Reintegration resp. Verhinderung von Desintegration von Suchtkranken
- Einrichten eines echten fürsorgerischen Sozialdienstes, welcher sich psycho- und sozialtherapeutisch einer Klientel annimmt, die trotz oder gerade wegen Therapieresistenz, Hoffnungs- und Aussichtslosigkeit einer Behandlung oder Chronifizierung der Sucht in bestehenden Einrichtungen keinen Platz mehr findet.

²⁸ Vgl. dazu <http://www.svbk.ch/kanton/baselstadt.htm#fürsorge>

3 Klientel der ambulanten Suchtberatung

3.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird die Klientel der ambulanten Suchtberatungsstellen nach verschiedenen Kriterien analysiert und beschrieben. Von den spezialisierte Suchtabteilungen der Psychiatrischen Universitätsklinik (ADS und JANUS) sowie der spezialisierten Suchtabteilung des Kantonsspitals (PUP) standen die notwendigen Daten nur lückenhaft zur Verfügung. Die Substitutionseinrichtungen werden daher bei verschiedenen Fragestellungen nicht berücksichtigt. Wo möglich werden die Ergebnisse in einen gesamtschweizerischen Zusammenhang gestellt (als Referenz dienen die Ergebnisse von SAMBAD 2001). Wo die Datenlage dies zulässt werden die erhobenen Daten zudem mit Resultaten der Erhebung von Jachen Nett 1999 verglichen²⁹.

3.2 Quantitative Erfassung der Klientel

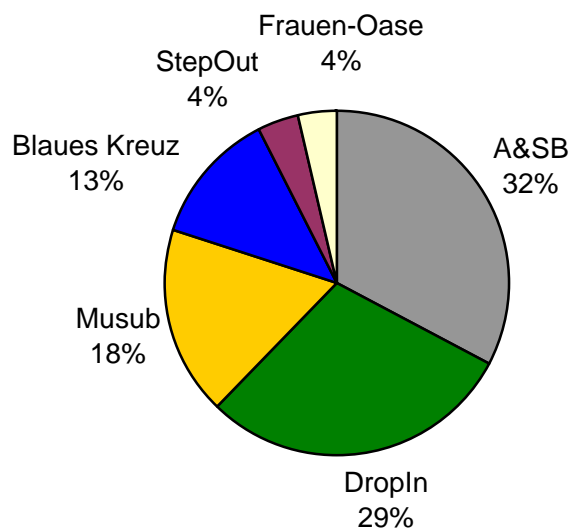
3.2.1 Gesamtzahl aller 2002 betreuten KlientInnen

In allen Beratungsstellen wurden 2002 zusammengezählt insgesamt über 2'500 KlientInnen betreut. Im Durchschnitt waren das 2002 pro Einrichtung fast 580 KlientInnen. Die Hälfte der KlientInnen beanspruchte dabei sieben und mehr Konsultationen. Zusammen mit den 1'025 KlientInnen der Substitutionseinrichtungen wurden in Basel-Stadt 2002 total über 3'550 KlientInnen in einer Einrichtung der ambulanten Suchtberatung registriert.

Wie schon für andere Variablen beobachtet ist auch die Variable Anzahl KlientInnen pro Einrichtung aufgrund der ungleichen Grössenverhältnisse der Institutionen nicht normalverteilt. Dies gilt auch für die Verteilung der Klientel innerhalb des ganzen Bereichs der ambulanten Suchtberatung.

Abbildung 3: KlientInnen in Beratungsstellen 2002

Prozentuale Aufteilung aller KlientInnen auf die Einrichtungen (KlientInnen=2'534, Einrichtungen=6)



Allein A&SB und Dropln betreuten 2002 zusammen fast zwei Drittel aller KlientInnen der Beratungsstellen. Die restlichen 39% KlientInnen teilten sich die vier anderen Einrichtungen untereinander auf.

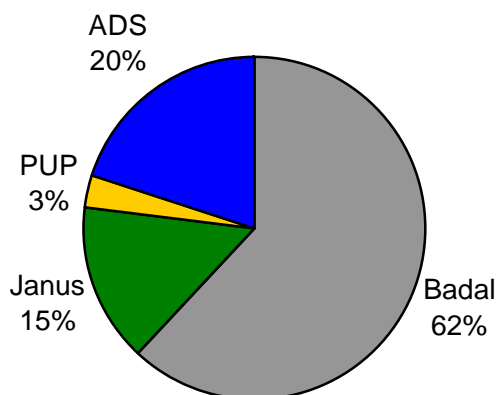
Auf Frauen-Oase und StepOut zusammen entfielen jedoch nicht einmal 10% aller KlientInnen. Diese beiden Einrichtungen könnten gemessen an der Anzahl der betreuten KlientInnen beinahe als „Nischenplayer“ bezeichnet werden.

Art und Zusammensetzung der Klientel sowie Details des Leistungsangebots werden an dieser Stelle bewusst ausgeblendet.

²⁹ Jachen Curdin Nett: Integrale Angebotsanalyse im Suchthilfebereich. Gesundheitsdienste Basel-Stadt / Basel 1999

Abbildung 4: KlientInnen in Substitutionseinrichtungen 2002

Prozentuale Aufteilung aller KlientInnen auf die Einrichtungen (KlientInnen=1'025, Einrichtungen=4)



Allein das Badal betreute 2002 fast zwei Drittel aller KlientInnen der Substitutionseinrichtungen. Die restlichen 38% KlientInnen teilten sich die drei anderen Einrichtungen untereinander auf.

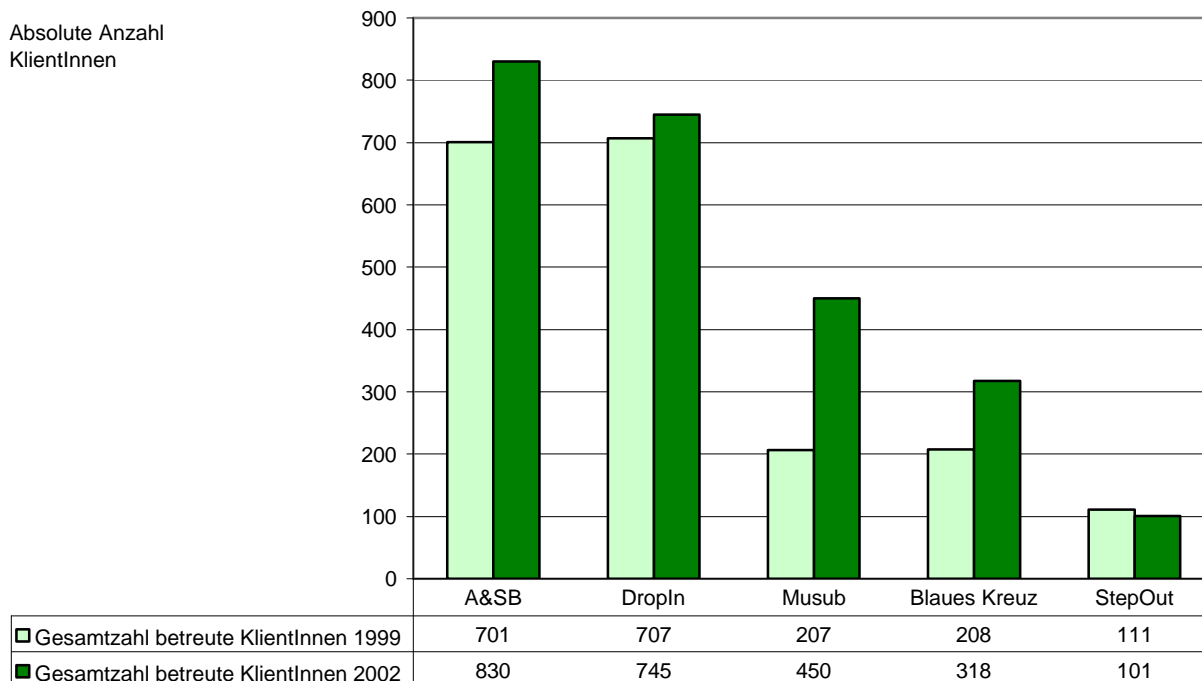
Auf Janus und ADS zusammen entfielen 35% aller KlientInnen. Die PUP hatte mit einem Anteil von noch 3% der betreuten KlientInnen keine grosse drogenpolitische Bedeutung für die Regelversorgung im Kanton Basel-Stadt.

Art und Zusammensetzung der Klientel sowie Details des Leistungsangebots werden auch hier bewusst ausgeblendet.

Für den Vergleich der Gesamtzahl KlientInnen 2002 gegenüber 1999 stehen nur die Daten von A&SB, Dropln, Musub, Blaues Kreuz und StepOut zur Verfügung. Über diese fünf Beratungsstellen betrachtet hat die Gesamtzahl der betreuten Klientel in der Zeit von 1999 bis 2002 von 1'934 KlientInnen um 37% auf 2'444 KlientInnen zugenommen.

Abbildung 5: KlientInnen in ambulanter Suchtberatung, Vergleich 1999 und 2002

Absolute Werte pro Einrichtungen (Klienten99/02=1'934/2'444, Einrichtungen99/02=5/5)



Die grösste Zunahme der pro Jahr verzeichneten Musub (+117%) und Blaues Kreuz (+53%), gefolgt von A&SB (+18%) sowie Dropln (+5%). Das StepOut ist die einzige dieser Beratungsstellen, welche im 2002 insgesamt weniger KlientInnen (-9%) betreute als im Jahr 1999.

Bei den Substitutionseinrichtungen hat gemäss der Nationalen Substitutionsstatistik (Methadon) die Anzahl der KlientInnen, welche 2002 in einer opiatgestützten Substitutionstherapie standen, gegenüber 1999 von 1'016 Personen um lediglich 0.4% auf 1'020 Personen zugenommen³⁰.

3.2.1 Anzahl Konsultationen pro KlientIn

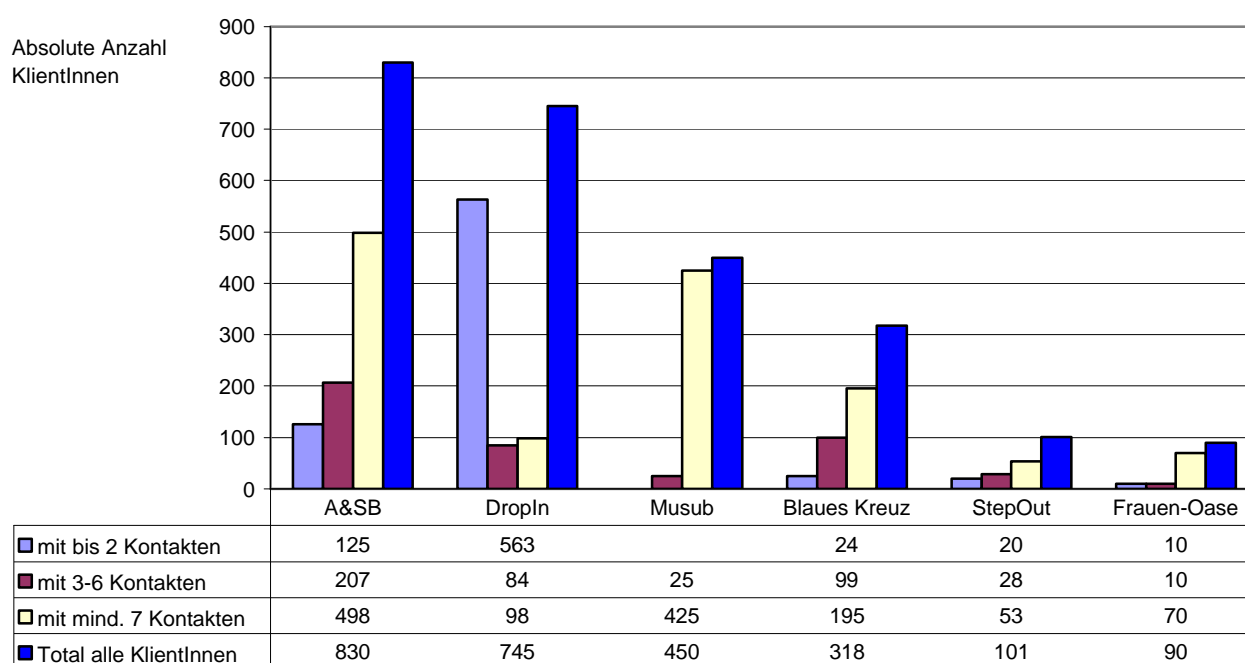
Die Einrichtungen unterscheiden sich beträchtlich betreffend der Variablen Anzahl der Konsultationen pro KlientIn. Im Fragebogen wurden zur Beschreibung dieser Variablen die drei Kategorien „bis 2 maximal Kontakte“ (Kurzkontakte), „3 bis 6 Kontakte“ sowie „7 und mehr Kontakte“ erfasst. Antworten waren nur für die Beratungsstellen auswertbar.

Den höchsten Anteil an KlientInnen mit mindestens 7 Konsultationen wies für 2002 Musub auf (94%), was auf eine hohe Klientenbindung und eine im Durchschnitt eher längere Behandlungsdauer hinweist. Auch A&SB (60%) und Blaues Kreuz (61%) sowie StepOut (52%) und Frauen-Oase (52%) verzeichneten 2002 jeweils noch über die Hälfte länger gebundener KlientInnen auf.

Mit 13% KlientInnen mit sieben oder mehr Konsultationen gab das Dropln bei den Beratungsstellen den tiefsten Anteil an „DauerklientInnen“ an. Der entsprechend höchste Anteil an Kurzkontakten (76%) weist auf die Schlüsselfunktion des Dropln bei Triage und Vermittlung an andere Einrichtungen hin³¹.

Abbildung 6: Anzahl KlientInnen in ambulanter Suchtberatung 2002

Absolute Werte, nach Anzahl Kontakten (KlientInnen=2'534, Einrichtungen=6)



³⁰ Vgl. <http://www.nasuko.ch/nms/db/index.cfm#s>

³¹ Es könnte aber auch sein, dass das Dropln minutiöser als die anderen Einrichtungen auch die Kurzkontakte statistisch erfasst (z.Bsp. weist Musub keine Kurzkontakte aus, was ja nicht heissen kann, dass sie keine haben – vielmehr weist dies auf einen Mangel bei der statistischen Erfassung hin). Aber selbst wenn dem so wäre und durch die ungleiche Erfassung der Kurzkontakte die Statistik verzerrt würde, weist das Dropln den kleinsten Anteil an „DauerklientInnen“ auf.

3.2.2 Anzahl der Kontakte pro KlientIn, Verpasste Termine

Im Jahr 2002 registrierten die Beratungsstellen durchschnittlich 13 Kontakte pro KlientIn³². Im Vergleich dazu hatte eine KlientIn 2002 in einer Substitutionseinrichtungen 204 Kontakte³³. Konkret gibt beispielsweise das Badal 12'070 verrechnete Arztkonsultationen an, das bedeutet durchschnittlich 19 Arztkonsultationen pro KlientIn im Jahr 2002. Dazu kamen pro KlientIn durchschnittlich 189 Kontakte mit dem Abgabepersonal (beim Bezug des Substitutionsmedikamentes) sowie zusätzlich ein Kontakt pro KlientIn mit dem Sozialdienst³⁴. Das bedeutet für substituierte KlientInnen einen Kontakt jeden zweiten Tag, Sonntage und Feiertage mit eingeschlossen.

Diese Details zeigen gleichzeitig auf, dass das Badal auf die medizinisch/ärztliche resp. psychotherapeutisch/psychiatrische Betreuung der Klientel spezialisiert ist und – verhältnismässig – im sozialtherapeutischen und sozialarbeiterischen Bereich kein massgebliches Angebot bereitstellt. Dies stützt scheinbar die Sichtweise der sozialtherapeutisch/-arbeiterisch ausgerichteten Suchtberatungsstellen, welche oft monieren, sie würden für einen Teil der Klientel des Badals die soziotherapeutische Betreuung übernehmen. Was aber teilweise als Belastung empfunden wird, ist die logische Konsequenz einer Spezialisierung im Bereich der Suchtberatung (Vgl. dazu auch die Kapitel 2.5.3 und 3.4.8)

Die Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung haben oft mit dem Problem nicht eingehaltener Termine zu kämpfen. Von insgesamt 776 eingeschriebenen resp. mit den KlientInnen vereinbarten Terminen mit dem Sozialdienst im Badal wurden beispielsweise nur gerade deren 491 auch wahrgenommen. Zu den restlichen 285 Sitzungen (27% der Termine) erschienen die KlientInnen aus irgendwelchen Gründen – abgemeldet oder unabgemeldet – nicht.

Die Konsequenzen für die KlientInnen und für die MitarbeiterInnen präsentieren sich in jeder Einrichtung anders. Verpasste Sitzungen sind im besten Falle ärgerlich und die unverhofft freie Zeit kann für andere Arbeiten genutzt werden, die KlientInnen verpassen eine Gelegenheiten zum Gespräch. Meistens ist aber damit auch administrativer Aufwand verbunden, welcher sich bei einer hohen Anzahl verpasster Termine über das Jahr zu einem spürbaren Zeit- und Kostenfaktor kumulieren kann. Im Falle nicht wahrgenommener Termine mit ÄrztInnen fällt bei einer Gesamtkostenbetrachtung zusätzlich ein beträchtlicher Einkommensausfall ins Gewicht, da verpasste Konsultationen den Krankenkassen nicht in Rechnung gestellt werden können. Werden beispielsweise von 10'000 vereinbarten Arztkonsultationen 10% verpasst, entgehen einer medizinisch/ärztlich geführten Einrichtung rund 101'000 Franken³⁵ an Einnahmen von den Krankenkassen.

³² Für diese Berechnung konnten nur die Daten von A&SB, DropIn, StepOut und Oase berücksichtigt werden. Die Angaben von Musub und Blauem Kreuz waren nicht plausibel und wurden für die Analyse nicht berücksichtigt.

³³ Resultat auf der Basis der Daten von ADS und Badal ohne Berücksichtigung von Janus und PUP.

³⁴ Für den ADS fehlen diese detaillierten Angaben.

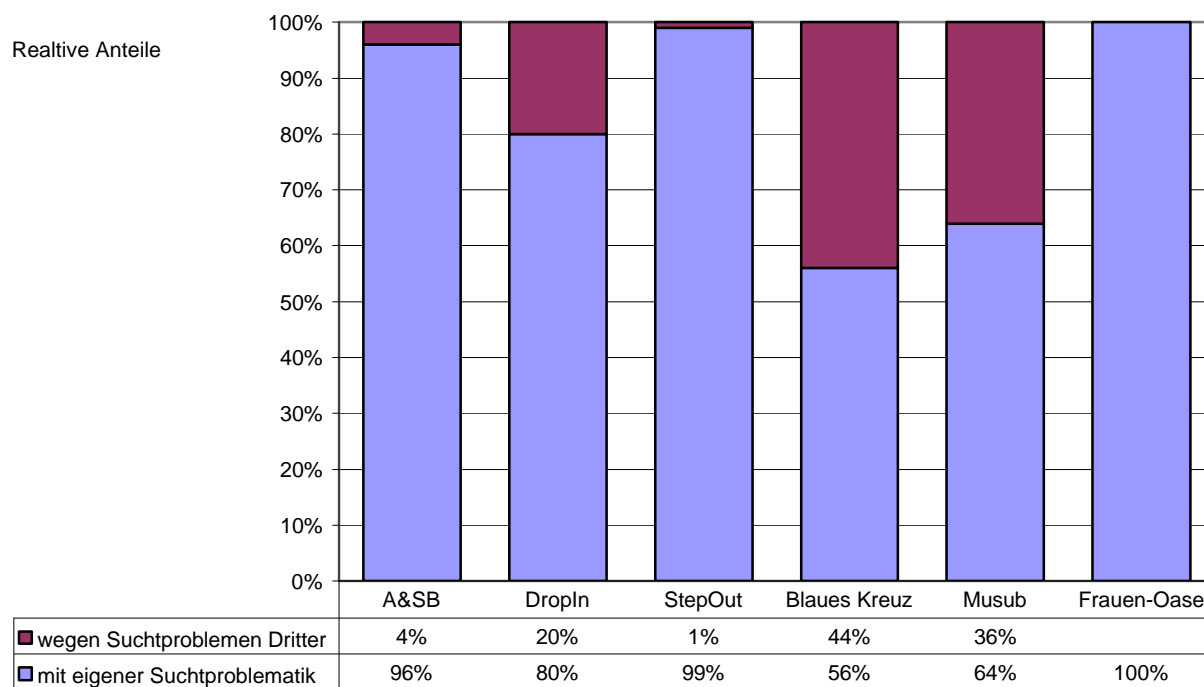
³⁵ Annahmen: Ärztliche Psychiatrische Sitzung von 45 Min.. Gemäss Tarmed ist eine psychiatrische Konsultation 2004 mit 11.87 Taxpunkten pro 5 Min. verrechenbar (Pos. 02.0020; Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie. Vgl. dazu die detaillierten Ausführungen der Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) unter <http://www.fmh.ch/tarif-browser/de>). Der Taxpunktwert gemäss Spitalvertrag Basel-Stadt beträgt ab 2004 Fr. 0.95. (Vgl. dazu die Mitteilung des Regierungsrates vom 23.12.2003 unter <http://www.unibas.ch/rr-bs/medmit/rrbs/2003/12/rrbs-20031223-001.html>).

3.2.3 Ratsuchende mit und ohne eigener Suchtproblematik

Im Durchschnitt suchte drei Viertel der Ratsuchenden die Beratungsstellen aufgrund einer eigenen Suchtproblematik auf, ein Viertel der Klientel aufgrund der Probleme Dritter.

Abbildung 7: Ratsuchende mit und ohne eigene Suchtprobleme 2002

Relative Anteile am Total aller Kontakte (Kontakte=42'198, Einrichtungen=6)



Der hohe Anteil Ratsuchender aufgrund Problemen Dritter beim Blauen Kreuz erklärt sich wahrscheinlich durch die Alkoholproblematik selbst, welche gesellschaftlich besser „akzeptiert“ wird und wodurch Dritte wesentlich niedrighschwelliger Zugang zum entsprechenden Beratungsangebot finden. Gleichzeitig sind Personen mit Alkoholproblemen meist sozial integriert, wodurch zwangsläufig ein grösseres direktes Umfeld von der Problematik betroffen wird.

Der durchschnittliche Anteil der Ratsuchenden ohne eigene Suchtproblematik in Basel-Stadt von 25% liegt deutlich über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt von 15% (gemäss SAMBAD 2001). Es könnte aber durchaus sein, dass mit Einbezug der hier nicht berücksichtigten Substitutionseinrichtungen, welche naturgemäss einen höheren Anteil an Personen mit eigener Konsum- und Suchtproblematik aufweisen, diesen Durchschnittswert für Basel in Richtung gesamtschweizerisches Niveau gerückt würde.

Im Vergleich mit den Resultaten der Erhebung Nett 1999 zeigt sich 2002 trendmässig eine leichte Abnahme der Klientel mit eigenen Konsum- und Suchtproblemen gegenüber vor 3 Jahren. Während das Verhältnis von Ratsuchenden mit und solchen ohne eigener Suchtproblematik 1999 im Durchschnitt 79% zu 21% betrug, war es 2002 noch 75% zu 25%. Im Jahr 1999 wurde das Verhältnis der beiden Gruppen allerdings mittels der eingesetzten Behandlungszeit gemessen. Die Daten sind deshalb nur bedingt miteinander vergleichbar.

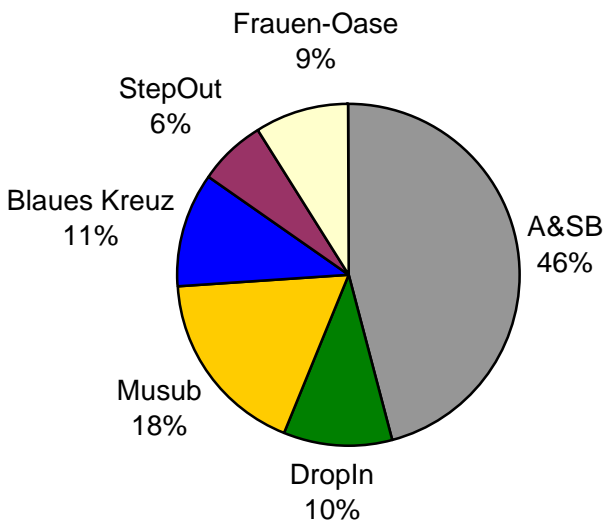
3.2.4 Anzahl laufender Behandlungen am 31.12.2002

Im Gegensatz zu den Ausführungen im vorhergehenden Kapitel, wo jeweils die Gesamtzahl aller KlientInnen des ganzen Jahres 2002 für die Analyse berücksichtigt wurde, beziehen sich die Betrachtungen nachfolgender Kapitel nur noch auf die Anzahl der laufenden Behandlungen³⁶, dh. auf das „Klienten-Inventar“ am Stichtag 31.12.2002. Im folgenden werden die Beratungsstellen und die Substitutionseinrichtungen analysiert und verglichen, da die Daten lückenlos zur Verfügung stehen.

³⁶ Kriterium für „laufende Behandlung“: KlientInnen haben bereits 3 oder mehr Konsultationen beansprucht, weitere sind geplant.

Abbildung 8: Laufende Behandlungen in Beratungsstellen am 31.12.2002

Relative Anteile am Total aller Behandlungen (KlientInnen=1'021, Einrichtungen=6)



Wie bei der Gesamtzahl aller im Jahr 2002 betreuten und behandelten KlientInnen³⁷ zeigt sich auch bei den zum Stichtag vom 31.12.2002 erfassten laufenden Behandlungen eine schiefe Verteilung. Vor allem aufgrund der wegfallenden Kurzkontakte verschieben sich die Verhältnisse zwischen den Einrichtungen teilweise beträchtlich.

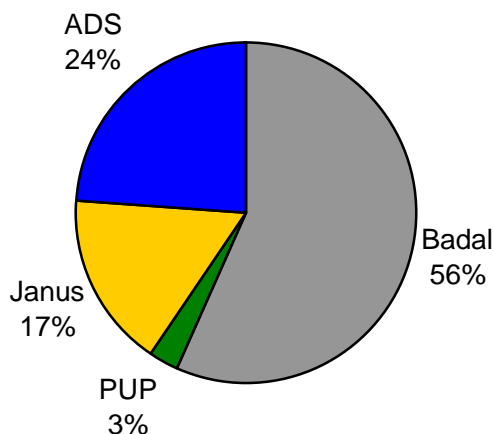
Die A&SB allein betreute am 31.12.2002 fast die Hälfte, zusammen mit Musub sogar zwei Drittel aller KlientInnen im Kanton Basel-Stadt.

Blaues Kreuz, Dropln und Frauen-Oase verzeichneten noch rund je 10% der am 31.12.2002 laufenden Behandlungen. Die Musub war 2002 gemessen an der Anzahl KlientInnen nach nur 5 Jahren seit ihrer Gründung die zweitgrössten Einrichtung der Beratungsstellen (ohne Substitutionseinrichtungen).

Am 31.12.2002 befanden sich rund 1'020 KlientInnen in einer ambulanten Suchtberatung bei A&SB, Dropln, Musub, Blaues Kreuz, StepOut und Frauen-Oase. Zusammen mit den gut 830 KlientInnen der Substitutionseinrichtungen ADS, Janus, PUP und Badal standen am Stichtag über 1'850 KlientInnen in einer laufenden Behandlung.

Abbildung 9: Laufende Behandlungen in Substitutionseinrichtungen am 31.12.2002

Relative Anteile am Total aller Behandlungen (KlientInnen=836, Einrichtungen=4)



Auch bei den opiatverschreibenden Einrichtungen waren am 31.12.2002 die Verhältnisse ungleichgewichtig. Das Badal allein vereinte zu diesem Zeitpunkt über die Hälfte aller KlientInnen, zusammen mit dem ADS sogar über drei Viertel. Das Janus war 2002 die einzige Einrichtung mit Heroinverschreibung.

Die PUP hatte mit 3% Anteil laufender Behandlungen am Total der substituierten KlientInnen fürs Gesamtangebot nur marginale Bedeutung.

³⁷ Vgl. dazu Kapitel 3.2.1 Gesamtzahl aller 2002 betreuten KlientInnen

3.2.5 Doppelt und mehrfach betreute Klientel

Die Frage der Mehrfachzählung von KlientInnen ist bei Betrachtung der laufenden Behandlungen zum Stichtag vom 31.12.2002 ohne eine vertiefte Analyse der „Klientenbewegungen“ nicht befriedigend zu lösen. Es kann aber angenommen werden, dass es sich bei den 388 ausgewiesenen KlientInnen der Beratungsstellen, welche sich am 31.12.2002 zusätzlich in einer Substitutionsbehandlung (16%) und/oder einer psychiatrischer Behandlung befanden (22%), um Doppelbetreuungen handelt.

Von der Gesamtzahl aller 1'857 KlientInnen abgezogen ergibt das neu eine bereinigte Anzahl von maximal 1'469 Einzelpersonen, welche am 31.12.2002 in den zehn hier untersuchten Suchtberatungsstellen des Kantons Basel-Stadt in Behandlung standen. Da weitere Doppelzählungen nicht ausgeschlossen werden können, liegt die effektive Anzahl Personen eher tiefer. Ohne eine standardisierte Klientenerfassung und –statistik, welche erst den direkten Quervergleich zwischen den Einrichtungen und die Abgleichung der Klientendaten ermöglichen würde (anonymisiert) können auch in Zukunft keine verlässlichen Aussagen zu der Problematik der Doppel- und Mehrfachbetreuungen gemacht werden.

3.2.6 Neueintritte und Behandlungsabschlüsse

Bei den Beratungsstellen hielten sich 2002 die Eintritte und Behandlungsabschlüsse die Waage. Im Durchschnitt wurden pro Einrichtung 164 neue KlientInnen aufgenommen und 163 schlossen ihre Behandlung ab. Auch bei den Substitutionseinrichtungen glichen sich Ein- und Austritte weitgehend aus (59 resp. 61 KlientInnen). Die nachstehende Tabelle 9 zeigt jedoch, dass zwischen den einzelnen Einrichtungen beträchtliche Unterschiede bestehen.

Tabelle 9: Neueintritte und Abschlüsse 2002

Absolute Werte und relative Verhältnisse (Neueintritte=897, Abschlüsse=1'057, Einrichtungen=10)

	A&SB	Dropln	Musub	Blaues Kreuz	Step-Out	Frauen-Oase	Badal	PUP	Janus	ADS
Neueintritte	347	34	139	78	26	39	179	4	21	30
Abschlüsse	282	291	128	78	35	—	216	5	15	7
Anteil Neueintritte am Total aller Behandlungen	74%	32%	78%	70%	39%	43%	38%	16%	15%	15%
Anteil der Neueintritte am Total aller Klienten 2002	49%	19%	31%	27%	32%	49%	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
Anteil der Abschlüsse am Total aller Klienten 2002	34%	39%	28%	25%	35%	—	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.

Betrachtet man die Neueintritte im Verhältnis zum Total aller 2002 behandelten KlientInnen³⁸ (in Zeile 4), so schwankte 2002 die Quote der Neuaufnahmen zwischen 19% (Dropln) und 49% (A&SB und Frauen-Oase). Betrachtet man hingegen die Abschlüsse im Verhältnis zur Gesamtzahl aller 2002 behandelten KlientInnen³⁹ (in Zeile 5), so bewegte sich die Quote zwischen 25% (Blaues Kreuz) und 35% (StepOut).

³⁸ exkl. Kurzkontakte

³⁹ inkl. Kurzkontakte

3.3 Soziodemografisches Profil der Klientel

3.3.1 Geschlechterverhältnis

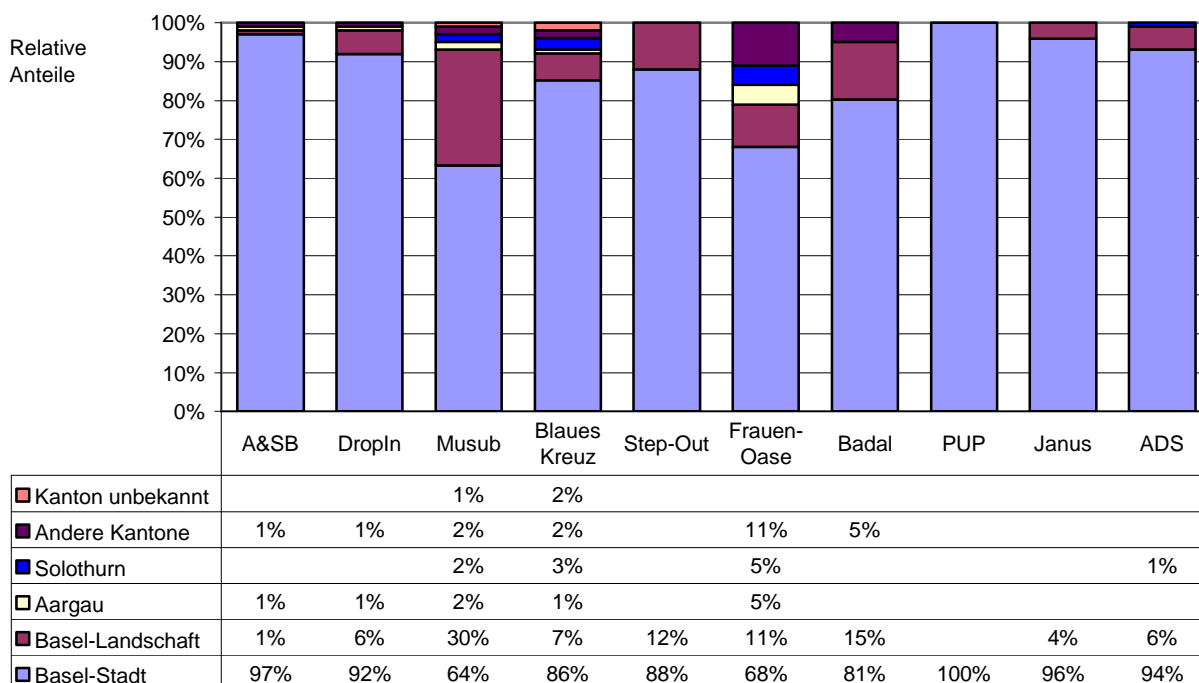
Die KlientInnen der Einrichtungen der Suchtberatung in Basel-Stadt⁴⁰ teilten sich am 31.12.2002 auf in 67% Männer und 33% Frauen⁴¹. In den Substitutionseinrichtungen überwogen die Männer mit einem Anteil von 71% gegenüber 29% Frauen. Über alle Einrichtungen betrachtet entsprach 2002 das Verhältnis in Basel-Stadt dem „gewohnten“ Bild von zwei Dritteln Männer zu einem Drittel Frauen (66% zu 34%) und korrespondierte mit den gesamtschweizerisch erhobenen Werten von SAMBAD für 2001.

3.3.2 Wohnkanton

Der Anteil der KlientInnen aus Basel-Stadt machte 2002 bei allen Einrichtungen die grosse Mehrheit der Klientel aus und schwankte zwischen 64% als Minimum (Musub) und 100% als Maximum (ADS).

Abbildung 10: Verteilung der Klientel 2002, nach Herkunft aus Sitz-/Fremdkanton

Relative Anteile am Total (KlientInnen=1'857, Einrichtungen=10)



Der durchschnittliche Anteil der KlientInnen aus dem Kanton Basel-Landschaft von nicht ganz 10% zeigt, dass i.d.R. der grösste Teil der KlientInnen erfolgreich auch über die Kantonsgrenzen hinaus triagiert werden konnte. Der signifikant⁴² höhere Anteil der Klientel aus dem Baselbiet bei Musub erklärt sich u.a. durch die Existenz von Zweigstellen dieser Einrichtung in Münchenstein und Liestal, welche der Hauptstelle in Basel des öfteren KlientInnen zuwiesen.

⁴⁰ Ohne Berücksichtigung der Frauen-Oase. Die Frauen-Oase mit ihren 100% Anteil an Frauen verzerrt das Geschlechterverhältnis einseitig zugunsten der Frauen (61% Männer zu 39% Frauen).

⁴¹ In dieser Untersuchung wird nicht unterschieden zwischen KlientInnen mit eigenen Suchtproblemen und KlientInnen, welche aufgrund der Suchtproblematik Dritter die Beratungsstellen aufsuchen. Aus Erfahrung (SAMBAD 2001) sind jedoch bei letzteren die Verhältnisse gerade umgekehrt; die Männer sind mit 20% gegenüber den Frauen mit 80% in der Minderheit.

⁴² Bezogen auf ein Signifikanzniveau von 95% (Irrtumswahrscheinlichkeit für die Zurückweisung der Nullhypothese, der zufolge kein Unterschied zwischen den Einrichtungen bezüglich kantonaler Herkunft ihrer Klientel vorliegt).

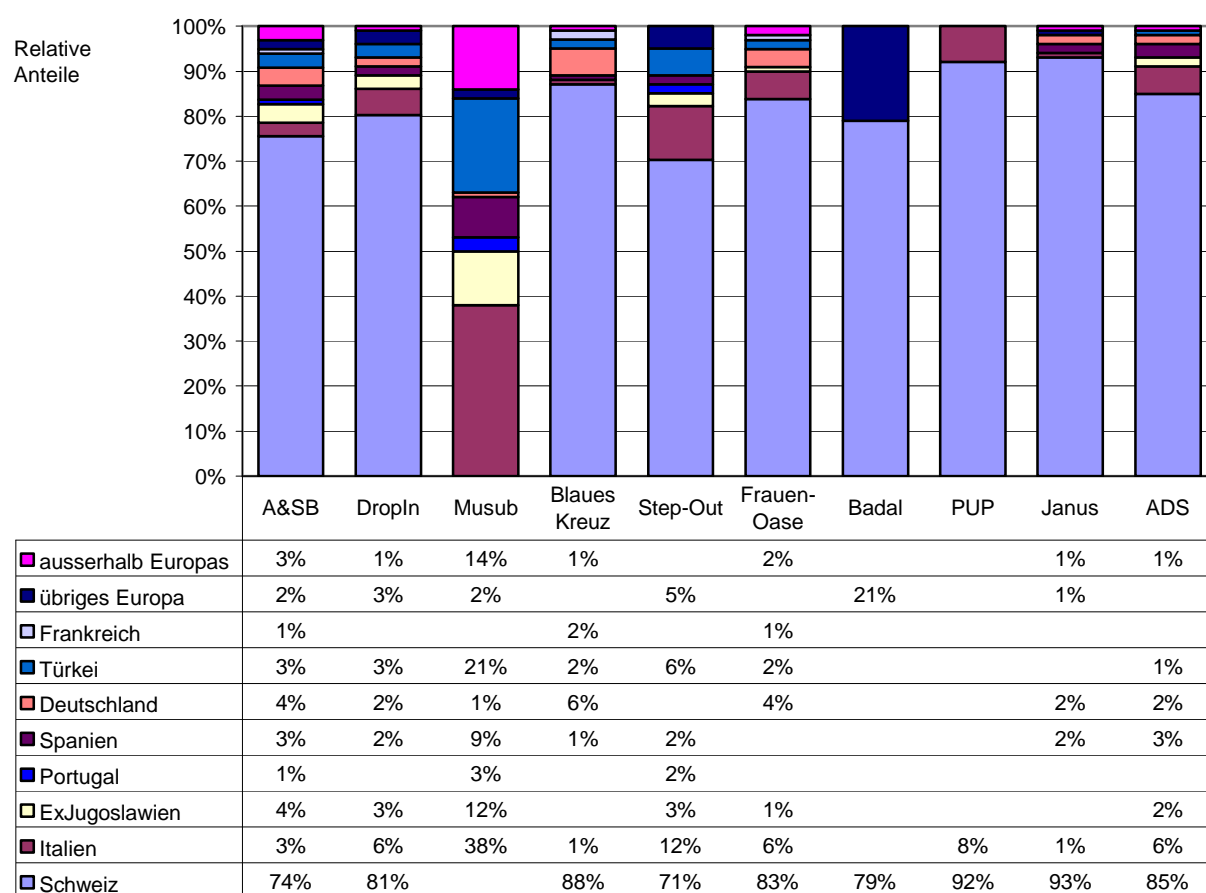
Die Substitutionseinrichtungen ADS, Janus, PUP und Badal wiesen im Durchschnitt einen weit geringeren Anteil an KlientInnen aus Baselland auf als die Beratungsstellen. Dies erklärt sich hauptsächlich durch die geltenden Finanzierungsmechanismen aufgrund des KVG⁴³ sowie aufgrund der zum Teil restriktiveren Aufnahmekriterien der einzelnen Einrichtungen.

3.3.3 Nationalität

Im Durchschnitt wurden 2002 rund drei Viertel SchweizerInnen und ein Viertel AusländerInnen psychosozial behandelt und betreut. Dieser Ausländeranteil der Suchtkranken in ambulanter Behandlung von durchschnittlich 26% lag dabei 10% unter dem Ausländeranteil der Gesamtbevölkerung des Kantons Basel-Stadt⁴⁴ von über 28% im Jahr 2002 (!)

Abbildung 11: Verteilung der Klientel 2002, nach Nationalitäten ⁴⁵

Relative Anteile am Total (KlientInnen=1'857, Einrichtungen=10)



Die Substitutionseinrichtungen allein betrachtet betreuten im Durchschnitt einen signifikant höheren Anteil an KlientInnen mit ausländischem Pass (33%) als die Beratungsstellen (13%).

⁴³ Leistungen aus dem Grundkatalog gemäss KVG werden bei basisversicherten KlientInnen ohne Zusatzversicherung im Nachbarkanton in der Regel nicht bezahlt. Suchtkranke sind i.d.R. bloss basisversichert und besitzen die Zusatzversicherung für Behandlung in der ganzen Schweiz nicht.

⁴⁴ Vgl. dazu die Angaben des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Stadt unter http://statistik.bs.ch/themen_details_279.html

⁴⁵ Für das Badal steht keine detaillierte Aufgliederung nach einzelnen Nationen zur Verfügung (nur Schweiz / nicht Schweiz). Alle AusländerInnen wurden daher unter der Rubrik „übriges Europa“ aufgeführt.

Das Ergebnis auf Seiten der Beratungsstellen wird allerdings leicht verzerrt durch die Musub, denn sie wird mit 100% Ausländeranteil ihrem Namen im wahrsten Sinne des Wortes gerecht (Nomen est Omen). Bereinigt man den Durchschnitt um diese Verzerrung durch Musub, wiesen die Beratungsstellen aber trotzdem noch einen um 20% höheren Ausländeranteil auf als die Substitutionseinrichtungen.

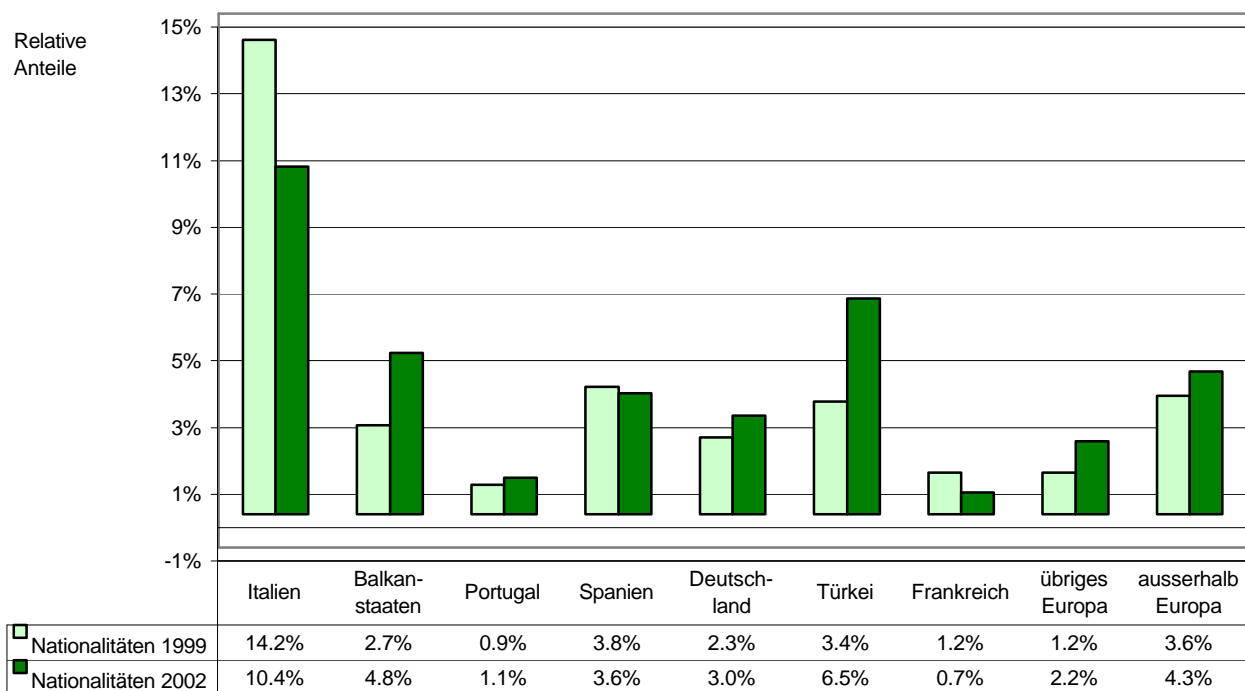
Den höchsten Anteil (um 90%) an Schweizerischer Klientel wiesen PUP, Janus und das Blaue Kreuz auf, doch auch Dropln, Frauen-Oase und ADS betreuten 2002 über 80% SchweizerInnen. Den höchsten Anteil an ausländischer Klientel dagegen – abgesehen von Musub – wiesen A&SB (22%) und StepOut (29%) aus. Innerhalb der Gruppe der ausländischen Staatsangehörigen war Italien die am stärksten vertretene Nation⁴⁶ (24%) gefolgt von der Türkei (13%), den Staaten Ex-Jugoslawiens (10%), Spanien (9%) und Deutschland (8%). Aus den anderen europäischen Staaten stammten 27% aller ausländischen KlientInnen, von ausserhalb Europas deren 9%.

Die ausgewogenste Klientel mit ausländischem Pass hatte die A&SB. Bei den meisten anderen Einrichtungen waren die italienischen Staatsangehörigen gegenüber den anderen Nationen proportional leicht (Dropln, Frauen-Oase, ADS) bis stark übervertreten (Musub, StepOut, PUP). Eine Übervertretung war teilweise auch bei den Türkischen Staatsangehörigen zu beobachten (Musub, StepOut).

Der Ausländeranteil von 26% bei den Baselstädtischen Suchtberatungsstellen liegt deutlich höher als der gesamtschweizerische Durchschnitt, welcher von SAMBAD für das Jahr 2001 mit 18% ausgewiesen wird. Dieser hohe Ausländeranteil bei der Suchtklientel spiegelt die besondere Situation des Kantons Basel-Stadt im Verhältnis zum Schweizerischen Durchschnitt wider.

Abbildung 12: Vergleich der Nationalität der Klientel 1999 und 2002

Relative Anteile am Total der ausländischen Klientel (KlientInnen 99/02=1'126 resp. 912, Einrichtungen 99/02=5/5)



⁴⁶ Im gesamtschweizerischen Durchschnitt ist Italien gemäss SAMBAD 2001 die einzige Nation, welche gesamtschweizerisch über 5% Anteil am Klientel der Suchtberatungsstellen erreicht, alle anderen Nationalitäten sind wesentlich weniger oft vertreten. Im Kanton Basel-Stadt erreicht Italien im Durchschnitt über alle Einrichtungen einen Anteil von 8% am Gesamtklientel.

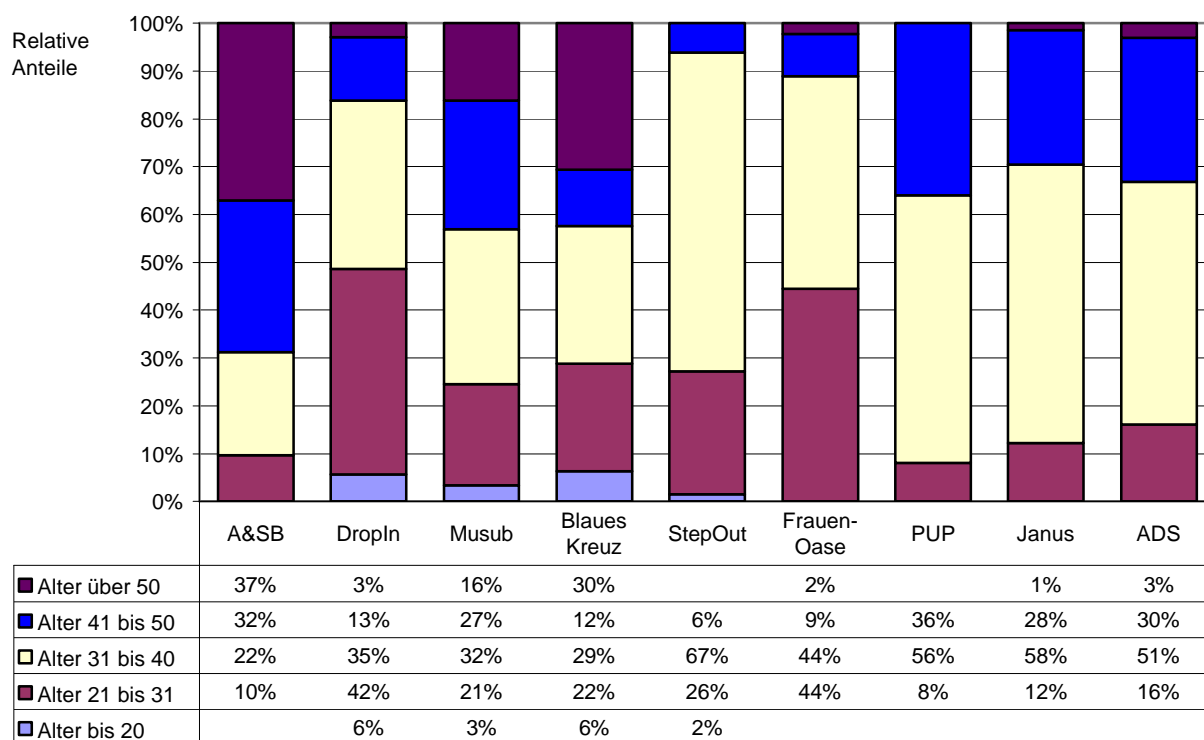
Vergleicht man die Nationalität der Klientel mit den Daten der Erhebung⁴⁷ Nett 1999, so hat bei den Beratungsstellen der Ausländeranteil von 33% auf rund 37% zugenommen. Gleichzeitig kann man innerhalb der letzten 3 Jahre über alle Einrichtungen innerhalb der einzelnen Einrichtungen eine deutliche Verschiebung der Anteile der verschiedenen Nationalitäten beobachten. Relativ abgenommen hat vor allem die italienische Klientel, in vermindertem Mass aber auch die französische und spanische. Anteilsmässig zugelegt haben dagegen vor allem die KlientInnen aus den Balkanstaaten und aus der Türkei. Die Frage, in welchen Einrichtungen die grössten Verschiebungen stattgefunden haben, ist nicht schlüssig zu beantworten, da die Datenlage im Detail unzureichend verlässlich ist

3.3.4 Altersverteilung

Betrachtet man die Altersverteilung der Klientel der Baseltstädtischen Suchtberatungsstellen, so sticht das relativ hohe Durchschnittsalter ins Auge. Drei Viertel aller KlientInnen waren am Stichtag 31.12.2002 älter als 30-jährig, nur gerade 2% noch unter 20-jährig. Den grössten Harst bildeten die 30 bis 40-Jährigen, welcher fast einen Drittel aller KlientInnen umfasste.

Abbildung 13: Altersverteilung der Klientel 2002

Relative Anteile am Total aller KlientInnen (KlientInnen=1'857, Einrichtungen=10)



Vergleicht man die Altersverteilung mit den Daten der Erhebung Nett 1999, so kann man innerhalb der letzten drei Jahre eine deutliche „Alterung“ der Klientel und eine entsprechende Verschiebung zwischen den Altersgruppen beobachten. Besonders die beiden Gruppen „unter 20“ und „31 bis 40“ haben stark abgenommen, während alle Gruppen älterer Semester deutlich zugelegt haben. Diese Veränderungen sind bei den Substitutionseinrichtungen ausgeprägter als bei den Beratungsstellen.

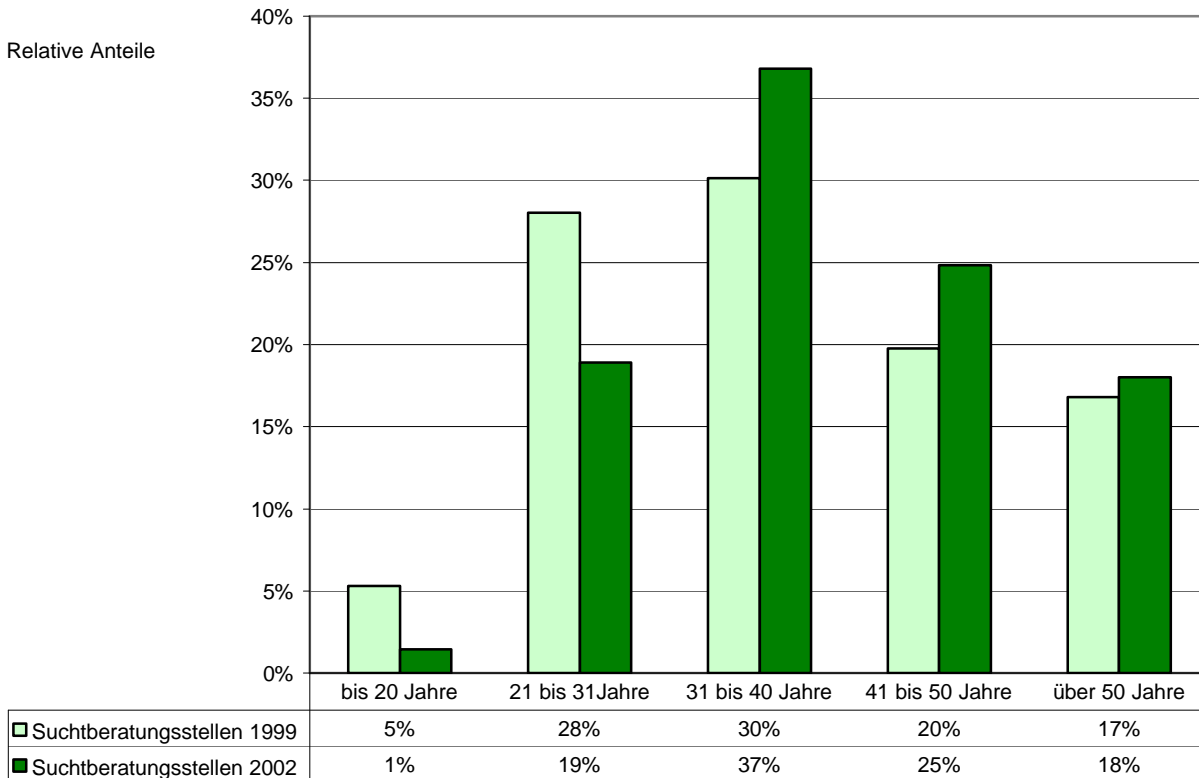
Dieses „Altern“ der Suchtkranken und die entsprechende Verschiebung der Altersklassen nach oben wird seit mehreren Jahren in der ganzen Schweiz beobachtet. Im Allgemeinen wird die Entwicklung mit dem nachlassenden Interesse der Jungen an den „klassischen“ harten Drogen (Heroin und Kokain) erklärt. Eine Ausnahme bei dieser Entwicklung macht der Alkoholbereich, wo die Einsteiger immer jünger und die damit

⁴⁷ Für diesen Vergleich stehen für 1999 nur die Daten von A&SB, DropIn, Musub, Blaues Kreuz und StepOut zur Verfügung.

verbundene Alkoholproblematik entsprechend zu einer umgekehrten Tendenz in der Statistik führt. Das kann auch in Basel beobachtet werden; die Beratungs- und Präventionsstelle Blaues Kreuz ist die einzige der untersuchten 10 Einrichtungen, bei welcher die Altersentwicklung der Klientel in umgekehrter Richtung verläuft.

Abbildung 14: Vergleich der Altersverteilung der Klientel 1999 und 2002

Relative Anteile am Total aller KlientInnen (KlientInnen 99/02=1'245 resp. 1'857, Einrichtungen 99/02=7/10)



3.4 Klientel in Behandlung in den Einrichtungen

3.4.1 Behandlungsdauer

Es zeigt sich bei der Behandlungsdauer ein signifikanter Unterschied zwischen den Beratungsstellen und den Substitutionseinrichtungen. Die Beratungsstellen verzeichneten 2002 einen deutlich höheren Anteil im Bereich der eher kurzen Beratungen bis maximal 2 Jahre. Über die Hälfte der KlientInnen stand bei diesen Institutionen am Stichtag vom 31.12.2002 noch kein Jahr in Behandlung, insgesamt drei Viertel der KlientInnen noch keine zwei Jahre. Während einer Dauer von über fünf Jahren wurden in den Beratungsstellen knapp 8% der gesamten Klientel betreut.

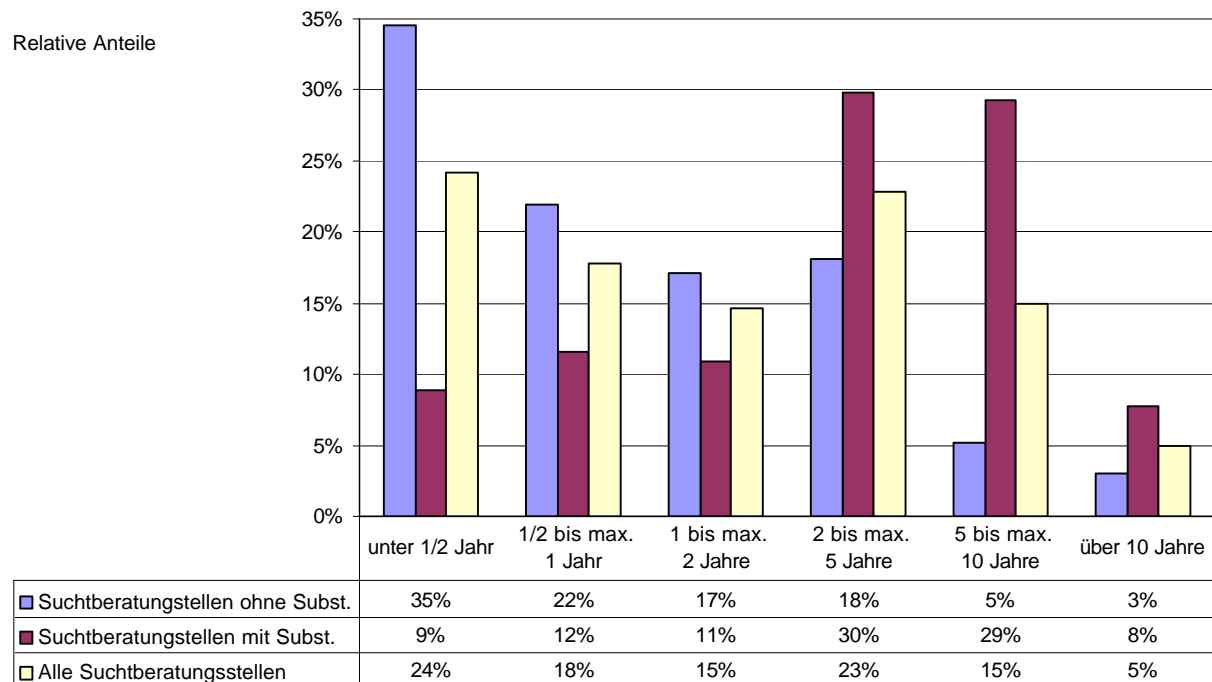
Anders sehen die Verhältnisse bei den Substitutionseinrichtungen⁴⁸ aus. Sie wiesen am 31.12.2002 deutlich höhere Anteile an KlientInnen mit eher längerer Behandlungsdauer auf. Über zwei Drittel der Klientel war zu diesem Zeitpunkt seit über 2 Jahren in Behandlung, ein gutes Drittel der KlientInnen sogar bereits seit über 5 Jahren. Im Durchschnitt über alle Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung stand am 31.12.2002 ein Viertel aller KlientInnen noch kein halbes Jahr in Behandlung, über die Hälfte der KlientInnen noch keine zwei Jahre.

Mit diesen Daten wird der Vermutung, die Suchtberatungsstellen würden ihre KlientInnen „tendenziell zu lange“ therapieren, die faktische Grundlage entzogen. Im Gegenteil kann festgestellt werden, dass in den Beratungsstellen die Verweildauer in den letzten Jahren eher kürzer wird. Diese Entwicklung geschieht allerdings parallel zu einer Zunahme der Verweildauer in den Substitutionseinrichtungen.

⁴⁸ Ohne Janus, da für diese Einrichtung keine Statistik der Behandlungsdauer per 31.12.2002 vorliegt.

Abbildung 15: Behandlungsdauer im Durchschnitt der gesamten ambulanten Suchtberatung 2002

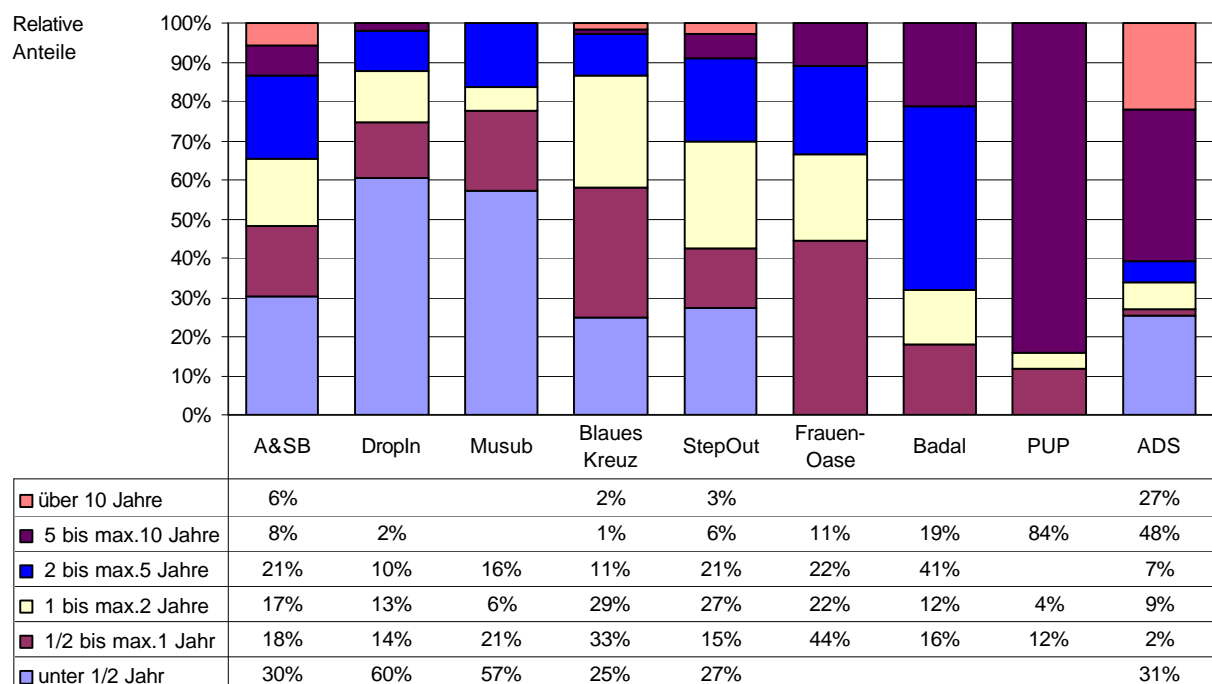
Relative Anteile am Total aller Behandlungen (KlientInnen=1'718, Einrichtungen=9)



Wie die nächste Abbildung 16 (Seite 31) zeigt, wiesen Dropln und Musub die höchsten Anteile an KlientInnen mit einer Behandlungsdauer unter einem halben Jahr aus, insgesamt drei Viertel der Klientel war in diese beiden Einrichtungen am 31.12.2002 noch kein ganzes Jahr in Behandlung. A&SB dagegen wies den höchsten Anteil an KlientInnen mit über 5 Jahren Behandlungsdauer auf.

Abbildung 16: Behandlungsdauer in den einzelnen Einrichtungen 2002

Relative Anteile am Total aller Behandlungen (KlientInnen=1'718, Einrichtungen=9)



3.4.2 Substitutionstherapie, psychiatrische Behandlungen, gerichtliche Auflagen

Beinahe zwei Drittel aller KlientInnen in den Beratungsstellen oder insgesamt über 600 Personen hatten eine zusätzliche Indikation. So stand am 31.12.2002 im Durchschnitt ein gutes Viertel der Klientel oder rund 255 Personen in einer opiatgestützten Substitutionstherapie, ein weiteres gutes Viertel war in psychiatrischer Behandlung. Knapp unter 10% oder rund 100 Personen waren zudem mit einer gerichtlichen Auflage belegt.

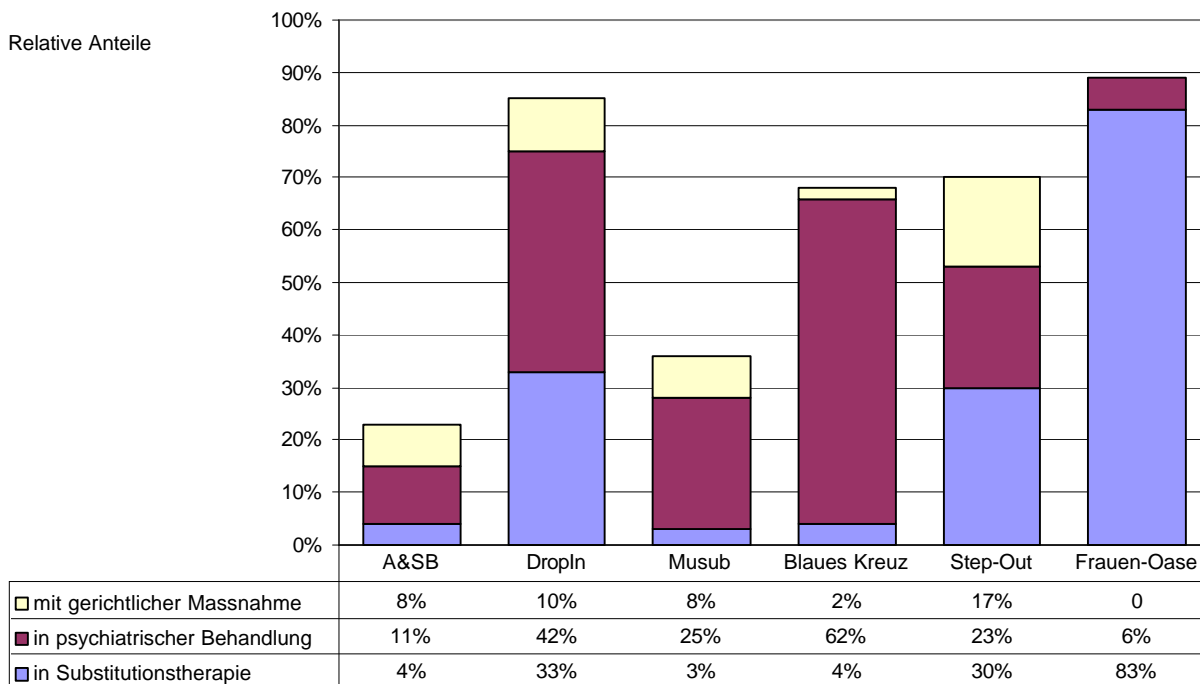
Doppel- und Mehrfachzählungen sind hier wahrscheinlich, da es öfter vorkommt, dass die gleiche Person sowohl substituiert als auch in psychiatrischer Behandlung steht und/oder gleichzeitig eine gerichtliche Massnahme verbüsst.

Die auf den Schwerpunkt Alkohol ausgerichteten Institutionen A&SB und Blaues Kreuz hatten hier signifikant weniger Anteile an Klientel in Substitutionstherapie, ebenso die auf ausländische Klientel fokussierte Musub. Am höchsten war der Anteil der substituierten KlientInnen in der Frauen-Oase, halb so hoch noch in Dropln und StepOut. KlientInnen in psychiatrischer Behandlung fanden sich überdurchschnittlich viele im Dropln und beim Blauen Kreuz. Der Anteil bei Musub und StepOut lag knapp unter dem Durchschnitt. KlientInnen mit gerichtlicher Auflage fanden sich am häufigsten im StepOut, das einen rund doppelt so hohen Anteil dieser Klientel aufwies wie A&SB, Dropln oder Musub.

Diese Verteilung der KlientInnen nach ihrer Begleitproblematik resp. Begleitdiagnose entspricht weitgehend der fachlichen Ausrichtung der Beratungsstellen. Die Abbildung auf der nächsten Seite illustriert die geschilderte Verteilung grafisch und vermittelt die konkreten relativen Anteile.

Abbildung 17: Anteil KlientInnen mit zusätzlicher Indikation am 31.12.2002

Relative Anteile am Total der Klientel (KlientInnen=1'021, Einrichtungen=6)



3.4.3 Wichtigste Problemlagen der Klientel

Suchtkrankheit kommt meistens in Begleitung weiterer Probleme daher, die entweder als Ursache oder aber als Folge der Sucht in Erscheinung treten. Je nach Einrichtung und ihrer Ausrichtung manifestieren sich die einen oder die anderen Problemlagen häufiger.

Die nachfolgende Tabelle⁴⁹ gibt einen Überblick über die meistgenannten problematischen Begleitumstände im Zusammenhang mit der in den 10 untersuchten Einrichtungen behandelten Klientel. Die Zusammenstellung erfolgte auf der Basis der subjektiven Einschätzung der befragten Institutionen (Antworten im Fragebogen).

Rechtliche Probleme (inklusive Strafvollzug), körperliche/somatische Probleme, Beziehungsprobleme, (Bei-)Konsum illegaler Drogen, Verwahrlosung und problematischer Cannabiskonsum wurden von über der Hälfte aller Einrichtungen meistens oder sogar immer als Begleitung der Suchtkrankheit diagnostiziert.

Tabelle 10: Relevante Problemlagen der Klientel 2002

Von den Einrichtungen als Problemlagen genannte Situationen (Einrichtungen=10)

	A&SB	DropIn	StepOut	Blaues Kreuz	Musub	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	Anteil Nennungen immer & meistens
4 nie											
3 gelegentlich											
2 meistens											
1 immer											
1 Rechtliche Probleme (inklusive Strafvollzug)											100%
2 Körperliche/somatische Probleme											90%
3 Beziehungsprobleme											90%
4 Konsum illegaler Drogen											90%
5 Verwahrlosung											70%
6 Problematischer Cannabiskonsum											60%
7 Probleme mit Freizeitgestaltung											50%
8 Arbeitsprobleme											40%
9 Alkoholkonsum/-missbrauch											40%
10 Medikamentenmissbrauch											40%
11 Finanzielle Probleme, Verschuldung											30%
12 Nicht substanzgebundenes Suchtverhalten											30%
13 Nicht suchtspezifische psychische Störungen											20%
14 Wohnprobleme											20%

Nur von einzelnen Einrichtungen genannte Problemlagen

15 Familiäre und häusliche Gewalt / Gewalt allgemein											20%
16 Aufenthaltsstatus / Probleme mit Einwohnerdienste (PMD)											20%
17 Problematischer Kokainkonsum											20%
18 Migrationsbedingte Probleme											10%
19 Probleme bei Alltagsbewältigung im Bereich Administration											10%
20 Prostitution											10%
21 Schwere Chronifizierung											0%
22 Probleme im Umgang mit Behörden											0%

Die weiteren Problemlagen Nr. 7 bis Nr. 14 in der Übersicht wurden immer noch in einem Grossteil der Einrichtungen zumindest gelegentlich bei ihrer Klientel angetroffen, in einigen Einrichtungen aber auch meistens. Die Probleme Nr. 15 bis Nr. 22 schliesslich standen im Fragebogen zwar nicht zur Auswahl, wurden aber von jeweils ein bis zwei Einrichtungen zusätzlich als bei ihrer Klientel wichtige Problemlagen genannt und sind hier der Vollständigkeit halber angeführt.

⁴⁹ Die einzelnen Problemlagen sind in der Reihenfolge ihrer Nennung als „sehr häufig“ oder „meistens“ absteigend geordnet, dh. die zuoberst stehende Problemlage wird am meisten (100% aller möglichen Nennungen) und von allen Einrichtungen „sehr häufig“ oder „meistens“ genannt, die zweite noch mit 90% der möglichen Nennungen etc.. Die Einfärbung der Felder soll einen raschen Überblick ermöglichen; dh. je dunkler die Färbung, desto öfter wird die genannte Problemlage in den Einrichtungen angetroffen.

Es ist bezüglich der angetroffenen Problemlagen und Problembereiche kein signifikanter Unterschied zwischen den Beratungsstellen und den Substitutionseinrichtungen feststellbar.

3.4.4 Häufigste Probleme der Einrichtungen im Umgang mit ihrer Klientel

Der Umgang mit suchtkranker Klientel ist selten ein einfacher Umgang. Nachstehende Tabelle 11 (auf Seite 34) gibt eine Übersicht über die von den MitarbeiterInnen aller Suchtberatungsstellen am häufigsten konfrontierten Probleme im Umgang mit ihrer KlientInnen. Die Darstellung ist gleich zu lesen wie diejenige in der vorhergehenden Tabelle 10.

Psychische Verwirrtheit, psychische Probleme, Doppeldiagnosen, Substanzmissbrauch und Beikonsum illegaler Substanzen traten in 90% der Einrichtungen oft oder gar sehr häufig auf. Aggressives Verhalten, Gewaltandrohung und Unansprechbarkeit während der Behandlung nannte die Hälfte der Einrichtungen als oft auftretende Probleme, bei den anderen Einrichtungen kamen diese Situationen doch noch gelegentlich vor. Verwahrlosung, Problematischer Cannabiskonsum und Probleme mit Freizeitgestaltung kamen weniger häufig oft, sondern meistens nur noch gelegentlich vor.

Die Situationen Nr. 8 bis Nr. 15 schliesslich standen im Fragebogen zwar nicht zur Auswahl, wurden aber von einzelnen Einrichtungen zusätzlich als bei ihrer Klientel wichtige Problemlagen angeführt. Komorbidität, schlechter Gesundheitszustand resp. körperliche Probleme scheinen dabei vor allem in Einrichtungen mit hohem Anteil an substituierten KlientInnen häufiger anzutreffen sein.

Auch hier ist bezüglich der angetroffenen Probleme im Umgang mit der Klientel in den Einrichtungen kein signifikanter Unterschied zwischen den Beratungsstellen und den Substitutionseinrichtungen feststellbar.

Tabelle 11: Relevante Probleme der Einrichtungen im Umgang mit der Klientel 2002 ⁵⁰

Von den Einrichtungen genannte Probleme im Umgang mit Klientel (Einrichtungen=10)

		A&SB	DropIn	StepOut	Blaues Kreuz	Musub	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	Anteil Nennungen sehr häufig & oft	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; background-color: white; margin-right: 5px;"></div> nie </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0; margin-right: 5px;"></div> gelegentlich </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; background-color: #a0a0a0; margin-right: 5px;"></div> oft </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; background-color: #404040; margin-right: 5px;"></div> sehr häufig </div> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> keine Antwort </div> </div> </div>												
1	Psychische Verwirrtheit, psychische Probleme / Doppeldiagnosen											90%	
2	Substanzmissbrauch, Beikonsum illegaler Substanzen											90%	
3	Aggressives Verhalten, Gewaltandrohung											50%	
4	Unansprechbarkeit während Behandlung/Betreuung											50%	
5	Unzuverlässigkeit, nicht Einhalten von Terminen											30%	
6	Rückfälle (bei abstinenten Klienten/innen)											30%	
7	Nicht Einhalten therapeutischer Vorgaben											10%	

Nur von einzelnen Einrichtungen genannte problematische Situationen

8	Schlechter Gesundheitszustand, Körperl. Probleme, Komorbidität											50%
9	Chronifizierung der Suchtkrankheit											10%
10	Nicht Einhalten von Vereinbarungen betr. Arbeitsteilung (IV)											10%
11	Konkurrenz untereinander											10%
12	Hausbesuche (u.a. wegen Verwahrlosung)											0%
13	Politoxikomanie											0%
14	Schwere Vermittelbarkeit (an andere Institutionen)											0%
15	Obdachlosigkeit											0%

⁵⁰ Die einzelnen problembereitenden Verhaltensweisen sind in der Reihenfolge ihrer Nennung als „sehr häufig“ oder „oft“ absteigend geordnet, dh. das zuoberst stehende Verhalten/Zustand sowie das Zweite werden am meisten (90% aller möglichen Nennungen) und bei 9 von 10 Einrichtungen als „sehr häufig“ oder „oft“ genannt, das Dritte noch mit 50% der möglichen Nennungen etc.. Die Einfärbung der Felder soll einen raschen Überblick ermöglichen; dh. je dunkler die Färbung, desto öfter wird das genannte Verhalten/Zustand in den Einrichtungen angetroffen.

3.4.5 Vergleichbarkeit der Einrichtungen aufgrund der Problematik ihrer Klientel

Die in den vorhergehenden zwei Kapiteln 3.4.3 und 3.4.4 vorgenommene Beschreibung der Problemlagen der Klientel erfolgte wie gesagt aufgrund der subjektiven Einschätzung der Personen, welche den Fragebogen ausgefüllt haben. Trotzdem kann man annehmen, dass aufgrund der Fülle der Aussagen zu den verschiedenen Problemen der Klientel die Einrichtungen anhand der aufgelisteten Probleme strukturiert werden könnten.

Mittels des Verfahrens der Hierarchischen Clusteranalyse⁵¹ wurde dies statistisch überprüft. Es lassen sich in der Tat Gruppen von Einrichtungen bilden, deren Klientel hohe Ähnlichkeiten aufweist. Bei der computer-gestützten Analyse wird der inhaltliche Aspekt der Antworten ausser Acht gelassen, es wird lediglich die Ähnlichkeit des Antwortverhaltens der Einrichtungen bezüglich ihrer Klientel betrachtet (Häufigkeit gleicher Merkmalsausprägungen).

Als Resultat „fasst der Computer“ aufgrund der Ähnlichkeit der Problemlagen ihrer Klientel die Einrichtungen in folgende Gruppen zusammen:

1. A&SB und Blaues Kreuz als auf Alkoholproblematik fokussierte Einrichtungen
2. ADS, Janus, PUP und Badal als Einrichtungen mit opiatgestützter Substitutionstherapie
3. Musub und Dropln als diversifizierte und nicht nur auf Sucht ausgerichtete Beratungsstellen
4. StepOut als auf Nachsorge spezialisierte Einrichtung
5. Frauen-Oase als niederschwellige AIDS- und HIV-Prävention mit Beratungsangebot

Diese statistisch-analytisch ermittelte Gruppierung der Einrichtungen, deren Klientel offensichtlich einen hohen Grad an Ähnlichkeiten aufweist, macht auch bei einer inhaltlichen Betrachtung durchaus Sinn. Diese Strukturierung der Einrichtungen nach Klientenprofil zeigt auf, dass auch objektiv genügend Argumente für eine hohe Diversifizierung und Spezialisierung der Suchtberatung gefunden werden können. Weder die Suchtkranken selbst noch die Einrichtungen der Suchtberatung können einfach über einen Leisten geschlagen werden. De facto haben sich für die verschiedenen Typen von KlientInnen und in Anerkennung der unterschiedlichen Bedürfnisse dieser Klientel im Verlaufe der letzten Jahre die unterschiedlichsten Angebote entwickelt.

3.4.6 Gründe für Behandlungsabschluss, Haltequote

Die Gründe für den Abschluss oder den Abbruch einer Behandlung sind mannigfaltig. Trotz der bestehenden Problematik der unscharfen Eingrenzung⁵² gibt die nachstehende Abbildung Aufschluss über die Hintergründe der Behandlungsabschlüsse in den Einrichtungen⁵³.

Im Durchschnitt über alle Einrichtungen überwogen 2002 die sogenannten regulären Abschlüsse (29%), gefolgt von willentlichen Abbrüchen (35%) seitens der KlientInnen und sogenannten Kontaktverlusten (16%). 14% der KlientInnen wurden jeweils im Verlaufe der ordentlichen Behandlung an eine andere Institution weiterverwiesen und nur 1% der Abbrüche erfolgte, weil sich die jeweilige Einrichtung gezwungen sah, das Betreuungsverhältnis einseitig aufzulösen.

Somit wurde 2002 im Durchschnitt über alle Einrichtungen nicht ganz die Hälfte (43%) der Behandlungen ordentlich⁵⁴ beendet (reguläre Abschlüsse und Überweisungen). Diese sogenannte Haltequote (Anteil der regulären Abbrüche am Total aller Abbrüche) lag in Basel-Stadt leicht unter dem durch SAMBAD ermittelten gesamtschweizerischen Durchschnitt von 2001.

⁵¹ Analyse der Ähnlichkeit der Einrichtungen aufgrund der Klientel mittels einer hierarchischen Clusteranalyse. Vgl. dazu auch die Fussnote 26.

⁵² So können Kontaktverluste z.Bsp. als willentliche Abbrüche durch die KlientIn angesehen werden. Die Unterscheidung in zwei Rubriken könnte so bei einer unterschiedlicher Beurteilung dieses Arguments durch die Einrichtungen Unklarheiten schaffen.

⁵³ Ohne Frauen-Oase. Für diese Einrichtung liegen keine Daten vor.

⁵⁴ Gemäss SAMBAD wird unter einem ordentlichen/regulären Ende der Behandlung jeder Abschluss verstanden, der im gegenseitigen Einvernehmen zwischen Ratsuchenden und Einrichtung erfolgt. Dies beinhaltet auch Überweisungen. Als irreguläre Abschlüsse werden dagegen einseitige Abbrüche (durch Institution oder KlientIn) verstanden sowie unerklärte Kontaktverluste.

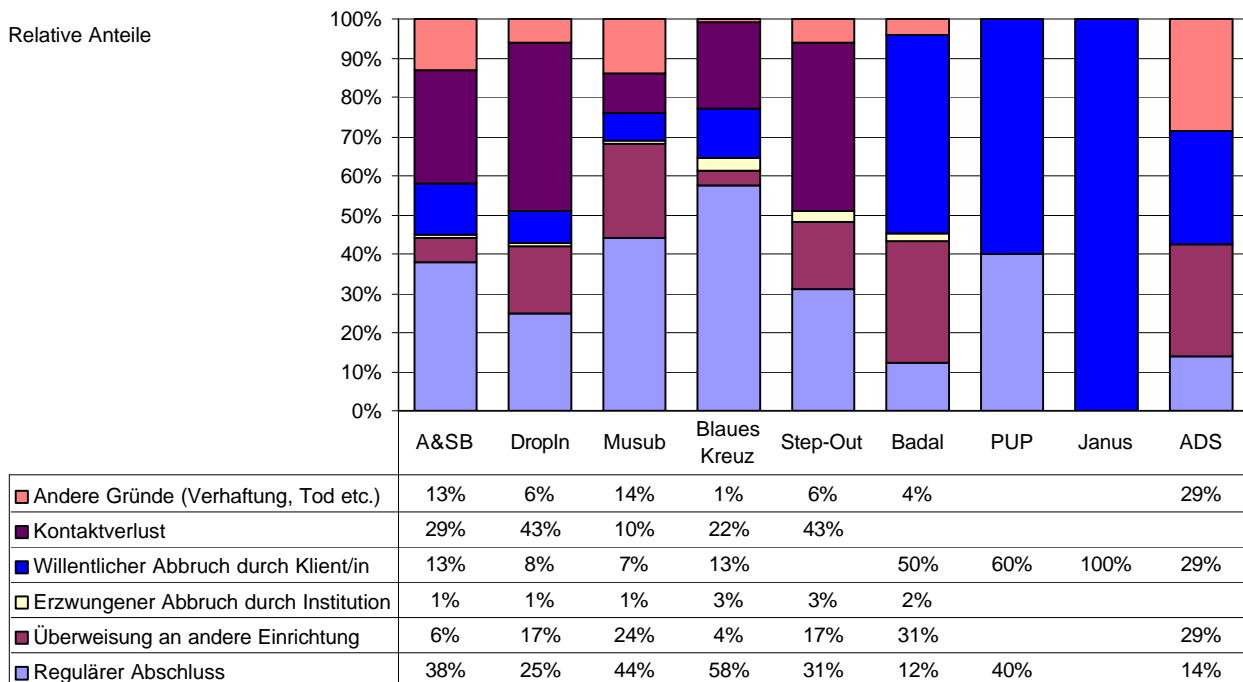
Betrachtet man nun die Einrichtungen im einzelnen, so wiesen Blaues Kreuz (62%) und Musub (68%) eine deutlich höhere Haltequote auf als die restlichen Einrichtungen. Dies erklärt sich einerseits aus dem signifikant höheren Anteil an Ratsuchenden ohne eigene Substanzprobleme, bei welchen die Abschlüsse naturgemäss mehrheitlich regulär erfolgen können.

Andererseits liegen gemäss SAMBAD 2001 auch im nationalen Vergleich die Haltequoten bei den KlientInnen mit Alkoholproblemen höher (57%) als bei KlientInnen mit Problemen mit illegalen Drogen (47%), was für die Haltequote des Blauen Kreuz' eine zusätzlich Erklärung bietet.

Auch das StepOut erreichte mit 48% einen überdurchschnittlichen Wert, alle anderen Einrichtungen bewegten sich um den Durchschnitt. An dieser Stelle schwer erklärbar sind die „Ausreisser“ von PUP und Janus, welche beide hohe Werte für willentliche Abbrüche angeben⁵⁵.

Abbildung 18: Gründe für Behandlungsabschluss 2002

Relative Anteile am Total der Abschlüsse (Abschlüsse=1'174, Einrichtungen=9)



⁵⁵ Es könnte sein, dass diese Einrichtungen willentliche Abbrüche durch die KlientInnen als regulären Abschluss klassifizieren.

3.4.7 Der Weg der Klientel in die Einrichtungen

Der grösste Teil der KlientInnen suchte 2002 die Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung aus Eigeninitiative auf, zumindest lässt die Häufigkeit der Nennung dieser Art der Vermittlung diesen Schluss zu.

Am zweithäufigsten – und das ist offenbar kein Widerspruch, sondern die logische Ergänzung zum ersten Argument – wird das Aufsuchen aufgrund einer von Dritten erkannten Notwendigkeit genannt, nämlich die Einweisung oder Vermittlung durch ein Spital, die Notfallstation oder die Psychiatrie.

Die Tabelle 12 (Seite 37) vermittelt einen Überblick über die am häufigsten genannten Gründe und Institutionen, welche KlientInnen an die Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung vermitteln, und an welche die Einrichtungen ihrerseits die Klientel weitervermitteln⁵⁶.

Tabelle 12: Vermittlung von KlientInnen

Woher/wieso kommen die KlientInnen und an wen werden sie vermittelt (Einrichtungen=10)

	A&SB	DropIn	StepOut	Blaues Kreuz	Musub	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	Anteil Nennungen sehr häufig & oft
<p>Vermittelt VON/DURCH:</p> <p> nie gelegentlich oft sehr häufig -- keine Antwort </p>											
1 Eigeninitiative Klient/in	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	100%
2 Spital, Notfallklinik, psychiatrische Klinik	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	70%
3 Hausarzt, Privatarztpraxis	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	60%
4 Auf Sucht spezialisierte ambulante Institution BS	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	50%
5 Auf Sucht spezialisierte stationäre Institution	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	50%
6 Angehörige/Familie	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	50%
7 Freunde, Bekannte, Kollegen	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	30%
8 Justiz, Polizei (Massnahme, FIAZ, Gericht)	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	30%
9 Sozialdienste (Schule, Vormundschaft, Fürsorge)	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	20%
10 Auf Sucht spezialisierte ambulante Institution BL	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	20%
11 Arbeitgeber	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	20%
12 Institution der Überlebenshilfe (K&A, Gassenküche, etc.)	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	10%
13 Mitarbeiter/innen der eigenen Einrichtung in 'Szene'	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	10%
<p>Vermittelt AN:</p>											
1 Hausarzt, Privatarztpraxis	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	60%
2 Stationäre Institution Entzug	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	80%
3 Stationäre Institution Entwöhnung	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	60%
4 Spital, Notfallklinik, psychiatrische Klinik	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	60%
5 Auf Sucht spezialisierte stationäre Institution	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	50%
6 Sozialdienste (Schule, Vormundschaft, Fürsorge)	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	60%
7 Auf Sucht spezialisierte ambulante Institution BS	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	30%
8 Arbeitsprojekt, Tagesbeschäftigung, Taglohnprojekt	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	30%
9 Einrichtungen für betreutes/begleitetes Wohnen	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	30%
10 Auf Sucht spezialisierte ambulante Institution BL	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	10%
11 Andere nicht suchtspezifische Einrichtungen	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	10%

⁵⁶ Die einzelnen Vermittler sind in der Reihenfolge ihrer Nennung als „sehr häufig“ und „oft“ absteigend geordnet, dh. der zuoberst stehende Vermittler wird am meisten (100% aller möglichen Nennungen) und bei 10 von 10 Einrichtungen als „sehr häufig“ oder „oft“ genannt, der Zweite noch mit 70% der möglichen Nennungen etc.. Die Einfärbung der Felder soll einen raschen Überblick ermöglichen; dh. je dunkler die Färbung, desto öfter wird der Vermittler von den Einrichtungen genannt.

3.4.8 Gegenseitige Vermittlung von KlientInnen

Das Suchthilfesystem des Kantons Basel-Stadt ist ein weitverzweigtes Netzwerk von beträchtlicher Komplexität. Die eingebundenen Einrichtungen verhalten sich interaktiv und stehen in mehr oder weniger intensivem Kontakt zueinander. Der Häufigkeit und Qualität dieser Kontakte kommt bei der gegenseitigen Vermittlung von KlientInnen besondere Bedeutung zu.

Die nachstehende Matrix (Tabelle 13) zeigt, welche Einrichtung welcher anderen Einrichtung wie häufig KlientInnen vermittelt und umgekehrt, wie häufig sie KlientInnen von den anderen Einrichtungen vermittelt bekommt. Die dargestellten Beziehungen wurden aufgrund der subjektiven Einschätzung derjenigen Personen gemacht, welche die Fragebogen ausfüllten. Die gelegentliche Vermittlung (als ~ dargestellt) wird an dieser Stelle nur nebenbei kommentiert, vielmehr interessieren die oft und häufigen (⬇) sowie die nicht existierenden Vermittlungen (⊖).

Tabelle 13: Gegenseitige Vermittlung von KlientInnen 2002
Subjektive Häufigkeit der Vermittlung zwischen den Einrichtungen, nach Einrichtung

Bekommt vermittelt											Vermittelt selbst										
VON:	A&SB	Dropln	StepOut	Blaues Kreuz	Musub	Frauen-Oase	Badal	PUP	Janus	ADS	AN:	A&SB	Dropln	StepOut	Blaues Kreuz	Musub	Frauen-Oase	Badal	PUP	Janus	ADS
A&SB	⊖	~	~	⊖	⊖	⊖	~	⬇	~	~	A&SB	⊖	~	⊖	⬇	⬆	~	⊖	⬆	⊖	~
Dropln	~	⊖	~	⊖	~	⊖	~	~	~	~	Dropln	~	⊖	~	⊖	~	~	~	~	~	~
Step Out	⊖	⬆	⊖	⊖	⊖	⊖	~	⊖	⊖	~	Step Out	⊖	~	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	~	⊖
Blaues Kreuz	~	⊖	⊖	⊖	~	~	⊖	⊖	⊖	~	Blaues Kreuz	~	⊖	⊖	⬆	⊖	⊖	⊖	~	⊖	⊖
Musub	⬆	⬆	⬆	⊖	⊖	⊖	⬆	⬆	⬆	⬆	Musub	⬆	⬆	⬆	⊖	⊖	⊖	⬆	⬆	⊖	⬆
Frauen-Oase	~	~	⊖	~	~	⊖	⬆	~	⬆	~	Frauen-Oase	⊖	~	⊖	~	⊖	⊖	~	~	~	~
Badal	~	~	~	~	⊖	~	⊖	~	~	~	Badal	~	~	~	⊖	~	~	⊖	~	~	~
PUP	~	~	~	~	~	⊖	~	⊖	~	~	PUP	⬆	~	~	⬆	~	~	⊖	⊖	~	~
Janus	⊖	~	⊖	⊖	⊖	~	~	~	⊖	⬆	Janus	~	~	⊖	⊖	⊖	~	~	~	⊖	⬆
ADS	⊖	~	⊖	⊖	⊖	~	⬆	~	⬆	⊖	ADS	~	~	~	~	~	~	~	~	⬆	⊖

⊖ nie an/von ⬆ oft bis häufig VON ~ gelegentlich an/von ⬆ oft bis häufig AN

Lesebeispiel:

- Linke Matrix, 1. Zeile: A&SB bekommt von Dropln und StepOut gelegentlich KlientInnen vermittelt, vom Blauen Kreuz, Musub und Frauen-Oase nie, von Badal gelegentlich, von der PUP oft bis häufig und von Janus und ADS wiederum gelegentlich.
- Linke Matrix, 2. Zeile: Das Dropln bekommt von A&SB sowie StepOut gelegentlich, vom Blauen Kreuz nie, von Musub gelegentlich, von der Frauen-Oase nie und von den Substitutionseinrichtungen Badal, PUP, Janus und ADS gelegentlich KlientInnen vermittelt.
- Rechte Matrix, 1. Zeile: A&SB vermittelt an Dropln, Frauen-Oase und ADS gelegentlich KlientInnen, an StepOut, Badal und Janus nie, an Blaues Kreuz, Musub und PUP oft bis häufig.
- Rechte Matrix, 2. Zeile: Das Dropln vermittelt an alle Einrichtungen gelegentlich KlientInnen, nur ans Blaue Kreuz vermittelt das Dropln – nach eigener Einschätzung – nie Klientel.

Eigene Einschätzung der Vermittlungshäufigkeit versus Fremdeinschätzung

Nachfolgend wird die Häufigkeit der gegenseitigen Vermittlung gemäss der eigenen Einschätzung der Einrichtungen beschrieben (im Gegensatz zur Fremdeinschätzung).

Auffällig wenig Vermittlungen weist nach eigener Einschätzung das StepOut auf: Auf der einen Seite (Matrix links) bekommt das StepOut nur gerade vom Dropln oft bis häufig Klientel vermittelt, von Badal und ADS noch gelegentlich und von allen anderen Einrichtungen nie! Auf der anderen Seite (Matrix rechts) vermittelt das StepOut selbst – immer gemäss eigener Einschätzung – nur an Dropln und Janus gelegentlich KlientInnen, an alle anderen Einrichtungen nie! Ähnlich wenig Vermittlungen weist nur das Blaue Kreuz auf, das einerseits bloss von wenigen Einrichtungen gelegentlich KlientInnen vermittelt bekommt (Matrix links) und selbst nur an Musub, A&SB sowie die PUP Klientel weiterleitet (Matrix rechts).

Die Häufigkeit der gegenseitigen Vermittlung kann nun durch die Betrachtung der jeweils anderen Einrichtung auf Gegenseitigkeit getestet werden: Stimmt die Einschätzung der einen Einrichtung mit der Einschätzung der korrespondierenden Einrichtung überein? Wenn dies der Fall ist, stimmen die in einer Zeile in der Matrix links genannten Häufigkeiten mit den Häufigkeiten in der entsprechenden Spalte der Matrix rechts überein.

Wie nun leicht zu erkennen ist, divergieren Selbst- und Fremdeinschätzung der Einrichtungen zum Teil beträchtlich. Dies sei nachfolgend wieder am Beispiel von StepOut erläutert. Zur Illustration wurde die Zeile (links) und die korrespondierende Spalte (rechts) für das StepOut gelb hinterlegt.

Wie gesehen gab das StepOut beispielsweise in eigener Einschätzung an, vom Dropln oft bis häufig KlientInnen vermittelt zu bekommen. Demgegenüber meinte jedoch das Dropln aus seiner Sicht, dem StepOut nur gelegentlich KlientInnen zu überweisen. Oder das StepOut gab an, von der PUP nie KlientInnen zugewiesen zu bekommen, während die PUP ihrerseits meinte, dem StepOut doch gelegentlich KlientInnen zu überweisen.

Auf diese Art kann nun jede Einrichtung anhand der Einschätzung der „Gegenpartei“ selbst verifizieren, wie sehr in ihrem Fall Selbst- und Fremdeinschätzung übereinstimmen.

Suboptimale gegenseitige Vermittlung

Es wäre anzunehmen, dass KlientInnen aufgrund von diagnostischer Notwendigkeit und Rationalität des gewählten Behandlungsansatzes gegenseitig vermittelt werden. Das aber nicht immer die Regel zu sein. Die Häufigkeit und Qualität der gegenseitigen Vermittlungen und Arbeitskontakte der Einrichtungen hängen offenbar stark von den jeweils kommunizierenden Personen ab.

Nun könnten Vermittlungsprobleme als harmlos relativiert werden, da Einzelfälle objektiv einen kleinen Anteil an der Anzahl erfolgreich vermittelt KlientInnen bilden. Es sind aber anscheinend gerade diese Einzelfälle, die bestehende Fronten und Vorurteile zementieren und eine allseits reibungslose Zusammenarbeit verhindern. Angesichts der knappen Ressourcen kann sich aber die ambulante Suchtberatung diese Ineffizienz gar nicht mehr leisten. Wenn Häufigkeit und Qualität der institutionellen Zusammenarbeit von persönlichen Befindlichkeiten abhängen, widerspricht das dem Professionalitätsanspruch und stellt das Gegenteil einer bedingungslos auf Klientenbedürfnisse ausgerichteten Arbeit dar.

Teil C

4 Finanzielle Verhältnisse der Beratungsstellen

4.1 Einleitung

Eine Vielzahl von Finanzierungsquellen macht das System unübersichtlich und erschwert eine quantitative und qualitative Betrachtung der Geldflüsse. Beratungsstellen und Substitutionseinrichtungen sehen sich einer Vielzahl von Finanzierungsquellen gegenüber. Um ihre Rolle bei der Finanzierung der ambulanten Suchtberatung zu verstehen, werden sie der Analyse vorausgehend dargestellt (Kapitel 4.2).

- ➔ Eilige LeserInnen können diese Hintergrundinformation überspringen und direkt zu Kapitel 4.3 auf Seite 47 weiterblättern.

Danach erst werden die Einnahmen der Einrichtungen nach eben diesen Kostenträgern aufgegliedert und für das Jahr 2002 detailliert beschrieben (Kapitel 4.3). Nachfolgend werden die Ausgaben nach ihrer Verwendung aufgegliedert (Kapitel 4.4). Die einzelnen Kostenstellen werden dabei hinsichtlich verschiedener Fragestellungen genauer analysiert.

Die Substitutionseinrichtungen ADS, Janus, PUP und Badal werden in diesem Kapitel nicht berücksichtigt, denn es standen zur Analyse der finanziellen Situation nur die Daten des Badal zur Verfügung. Die Daten zu Einnahmen und Ausgaben von ADS und Janus stehen aus verschiedenen Gründen nicht zur Verfügung, die PUP ihrerseits konnte für diese Untersuchung die entsprechenden Zahlen nicht mit vertretbarem Aufwand aus der Gesamtrechnung des KBS isolieren.

4.2 Finanzierungsquellen, Zuständigkeiten, gesetzliche Grundlagen

Auch wenn die Situation im ambulanten Suchtbereich längst nicht so kompliziert ist wie im Bereich der stationären Suchthilfe, so sind doch eine Vielzahl von Kostenträgern in die Finanzierung der Suchtberatung miteinbezogen. Im folgenden werden die wichtigsten Kostenträger und ihre Zuständigkeiten bei der Finanzierung der ambulanten Suchtberatung dargestellt.

4.2.1 Bundesbeiträge

Das Eidgenössische Betäubungsmittelgesetz (BetmG)⁵⁷ umschreibt in Art. 15ff die Massnahmen gegen den Missbrauch von Betäubungsmitteln. Dem Bund kommen gemäss Art. 15c insbesondere die Aufgaben zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung und zur Unterstützung der Kantone sowie privaten Organisationen in ihren Bestrebungen gegen den Missbrauch von Betäubungsmitteln zu. Der Bundesrat regelt die notwendigen Einzelheiten.

Bundesamt für Gesundheit BAG

Im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags engagiert sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Verminderung der Drogenprobleme in folgenden Bereichen; Koordination der Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden, primäre und sekundäre Prävention, Therapie (Abstinenz, Substitution, Verschreibung), Schadensminderung, Information und Dokumentation, Weiterbildung des Fachpersonals, Forschung und Qualitätssicherung. Mit verschiedenen Massnahmepaketten zur Verminderung von Drogenproblemen wurden seit 1991 Gelder für innovative und Versorgungslücken schliessende Projekte im Suchtbereich bereit gestellt. Das BAG steuert und koordiniert die Vergabe dieser Gelder.

⁵⁷ SR 812-121: Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (BetmG) und die dazu gehörende Betäubungsmittelverordnung (BetmV). Vgl. dazu die Gesetzestexte im Internet unter www.admin.ch/ch/d/sr/c812_121.html resp. unter www.admin.ch/ch/d/sr/c812_121_1.html

Auf den Bereich der ambulanten Suchthilfe bezogen engagiert sich das BAG u.a. in der Suchtprävention bei MigrantInnen. Die Strategie „Migration und Gesundheit 2002–2006“ greift die Suchtproblematik als spezifischen Aspekt für Präventionsmassnahmen auf. Institutionen im Suchtbereich brauchen laut der Studie⁵⁸ „Migration und Drogen“ eine transkulturelle Öffnung, um die Migrationsbevölkerung mit den diversen Angeboten erreichen zu können. Durch die Schaffung eines spezifischen Migrationsbereiches, der auch auf konzeptueller Ebene verankert wird, unterstützt das BAG beispielsweise das Migrationsprojekt „Ambulante Suchtarbeit“⁵⁹. In Basel-Stadt kam 2002 nur das Janus in Genuss von Mitteln des BAG.

Bundesamt für Einwanderung, Integration und Auswanderung IMES

Das Bundesgesetz über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer⁶⁰ bildet die gesetzliche Grundlage für eine finanzielle Beteiligung des Bundes bei der Integrationsförderung. Ziel ist die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen für die Chancengleichheit von MigrantInnen und für ihre Teilnahme am Gesellschaftsleben. Die Integrationsverordnung⁶¹ regelt dabei die Aufgaben und die Organisation der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) sowie die konkreten Voraussetzung für die Gewährung von Finanzhilfen des Bundes aus dem Integrationskredit des Bundes.

Der Bund stellte 2001 zum ersten Mal finanzielle Mittel zur Förderung der Integration von AusländerInnen zur Verfügung. Für das Jahr 2001 beliefen sich diese Mittel auf 10 Millionen Franken, für die Jahre 2002 und 2003 waren es jeweils 12,5 Mio. Franken. Diese Beiträge werden durch das IMES auf Antrag der EKA vergeben. Die EKA resp. deren operationelles Sekretariat im IMES ist auch zuständig für die Prüfung der Gesuche. In Basel-Stadt erhielt 2002 nur die Musub Beiträge des IMES.

4.2.2 Beiträge der Kantone und Gemeinden

Kantonale Subventionen

Gemäss Betäubungsmittelgesetz (Art. 15ff) liegt die Zuständigkeit für Ausgestaltung und Vollzug konkreten Massnahmen gegen den Missbrauch von (illegalen) Betäubungsmitteln bei den Kantonen, im speziellen die Zuständigkeit zur Einrichtung und Förderung von Aufklärung, Beratung sowie Therapie und Rehabilitation von Suchtkranken. Es bleibt den Kantonen dabei überlassen, ob sie diese Aufgaben selbst wahrnehmen oder an private Organisationen delegieren. Im Alkoholbereich bestehen dagegen keine Vorgaben durch eine Bundesgesetzgebung. Die Hoheit liegt einzig bei den Kantonen.

Basel-Stadt nimmt mit seinen spezialisierten Suchtabteilungen in KBS, PUK sowie mir der A&SB einerseits Aufgaben selbst wahr, andererseits werden zusätzlich private Organisationen mittels Leistungsverträgen in das Suchthilfesystem eingebunden. Die öffentlichen Gelder werden in Basel-Stadt entweder als Beitrag zu lasten des Alkoholzehntels⁶² ausgeschüttet oder aber als direkte Subventionen aus dem Verwaltungsbudget des Sanitätsdepartements ausgerichtet⁶³. In Baselland sind es ebenfalls Beiträge aus dem Alkoholzehntel und Subventionen⁶⁴, ausgerichtet durch die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion. Alle hier betrachteten Einrichtungen des Kantons Basel-Stadt – das Badal ausgenommen – erhielten 2002 kantonale Subventionen des einen und/oder anderen Kantons.

⁵⁸ Vgl. dazu die Forschungsinfo im Internet unter www.aramis-research.ch/d/2743.html

⁵⁹ Vgl. dazu die Projektinfo im Internet unter www.contactnetz.ch/data/migrationundsucht.pdf

⁶⁰ SR 142.20: Bundesgesetz über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer (ANAG). Vgl. www.admin.ch/ch/d/sr/c142_20.html

⁶¹ SR 142.205: Integrationsverordnung (VintA). Vgl. dazu www.admin.ch/ch/d/sr/142_205/index.html

⁶² Die Kantone erhalten zehn Prozent des Reinertrags der Eidg. Alkoholverwaltung (EAV), was in Artikel 32bis der Bundesverfassung festgeschrieben ist. Dieser Anteil, der sogenannte Alkoholzehntel, muss für die Bekämpfung des Alkoholismus, des Suchtmittel-, Betäubungsmittel- und Medikamentenmissbrauchs in ihren Ursachen und Wirkungen verwendet werden. Er beträgt jährlich rund 20 Millionen Franken und ist eine wichtige finanzielle Grundlage für viele grössere und kleinere Organisationen im Bereich der Alkoholprävention und -therapie. Im Rahmen der in der Verfassung festgelegten Zwecke steht es den Kantonen grundsätzlich frei, wie sie ihre Summe aus dem Alkoholzehntel verwenden. Der Bund überwacht nur den verfassungskonformen Einsatz der Mittel. Die Kantone berichten dem Bund jährlich über die Verwendung der Gelder. Damit das eidgenössische Parlament informiert ist, veröffentlicht der Bundesrat gemäss Alkoholgesetz alle drei Jahre einen Bericht darüber.

⁶³ Gestützt auf das Subventionengesetz vom 18.10.1984 (SG 610.500) Vgl. dazu den Gesetzestext im Internet unter www.gesetzessammlung.bs.ch/sg/na/pdf/erlasse/610.500.pdf

⁶⁴ Gestützt auf das Epidemiedekret vom 23.6.1983 (SGS 961.1) und das Dekret über die Betäubungsmittel (SGS 953.1). Vgl. dazu www.baselland.ch/docs/recht/sgs_9/961.1.htm resp. unter www.baselland.ch/docs/recht/sgs_9/953.1.htm

Fürsorgeleistungen und Sozialhilfe

Das Recht auf Existenzsicherung ist vom Bundesgericht als ungeschriebenes Grundrecht der Bundesverfassung anerkannt⁶⁵. Die Zuständigkeit der Kantone für die Unterstützung behinderter, bedürftiger oder berenteter Personen ergibt sich aus Art. 26 des Bundesgesetzes über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (ZUG)⁶⁶. Finanzielle Unterstützung wird im allgemeinen subsidiär zu anderen möglichen Hilfequellen wie Selbsthilfe, Verwandtenunterstützung oder freiwillige Leistungen Dritter ausgerichtet. Anspruchsbeziehung, Bemessungsgrundlagen und Ausrichtungsmodi werden von Kanton zu Kanton unterschiedlich gehandhabt. Die Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe SKOS⁶⁷ versuchen, eine „Einheit der Materie“ und Gewähr für Rechtssicherheit und -gleichheit zu bewirken.

Nicht immer sind Gemeindebeiträge klar von Kantonsleistungen zu trennen. Die Fürsorgeleistungen der Stadt (Bürgergemeinde) Basel werden zu einem Grossteil über das Kantonsbudget refinanziert⁶⁸. Baselland praktiziert im Sozialhilfebereich ein intrakantonales Lastenausgleichsverfahren. Im Allgemeinen wird für KlientInnen der Suchthilfeeinrichtungen eine Kostengutsprache benötigt, welche die Übernahme der Kosten einer Behandlung durch die zuständige Sozialhilfebehörde garantiert. Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben spezielle Regelungen betreffend die Ausstellung von Kostengutsprachen für Suchtkranke erarbeitet. Damit wird eine Kontrolle über die Bewegung des „Klientenguts“ angestrebt, aber auch die fachlich oft überforderten Sozialhilfeorgane von Stadt, Gemeinden und privaten Sozialhilfeorganisationen entlastet.

In Basel-Stadt erfolgten 2002 keine direkten Zahlungen an Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung. Hingegen flossen beispielsweise durch die Übernahme des Selbstbehaltes der unterstützungsberechtigten KlientInnen in einer Substitutionstherapie indirekt Gelder in verschiedene Einrichtungen.

Straf- und Massnahmevollzug

Verstösse gegen das Betäubungsmittelgesetz werden entsprechend den Bestimmungen in Art. 19ff BetmG bestraft. Die Strafverfolgung ist Sache der Kantone. Insbesondere bei nachgewiesener Suchtmittelabhängigkeit der DelinquentInnen kommt gestützt auf Art. 19a auch Art. 44 des StGB⁶⁹ zur Anwendung. Dasselbe gilt für Delikte, welche unter Einfluss von Alkohol- oder Drogenmissbrauch begangen werden. Darauf gestützt kann von den Gerichten therapiewilligen Suchtmittelabhängigen anstatt ein Strafvollzug auch eine stationäre oder ambulante Massnahme auferlegt werden⁷⁰. Massgebend für die Verhängung einer ambulanten Massnahme ist ein rechtsgültiges Gerichtsurteil.

Gemäss Bundesverfassung liegt der Straf- und Massnahmenvollzug ebenfalls in der Kompetenz der Kantone, wobei ihnen freigestellt ist, den Vollzug an private Organisationen zu übertragen. Auch in Basel-Stadt können Einrichtungen des Alkohol- und Drogenbereichs unter bestimmten Bedingungen verurteilte Suchtmittelabhängige mit gerichtlicher Massnahme aufnehmen (durch das sog. ADG⁷¹ geregelt).

⁶⁵ Bundesgerichtsentscheid (BGE) 121.1.367 vom 27. Oktober 1995

⁶⁶ SR 851.1: Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger (ZUG) www.admin.ch/ch/d/sr/c851_1.html

⁶⁷ SKOS: Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung von Sozialhilfe / Bern 1998. Die sogenannten SKOS-Richtlinien sind Empfehlungen zuhanden der Sozialhilfeorgane des Bundes, der Kantone, der Gemeinden, sowie der Organisationen der privaten Sozialhilfe und haben im Laufe der letzten Jahre in Praxis und Rechtsprechung ständig an Bedeutung gewonnen. Obwohl nur mit dem Charakter von Empfehlungen, dienen sie inzwischen weit herum als gültige Referenz. Verbindlich werden die Richtlinien aber erst durch die kantonale Gesetzgebung, kommunale Rechtsetzung und Rechtsprechung. Deshalb empfiehlt die Konferenz der Kantonalen Sozialdirektoren und -direktorinnen (SODK) den Kantonen, die SKOS-Richtlinien als verbindlich zu erklären und sie entsprechend anzuwenden. Vgl. dazu www.skos.ch/deutsch/pdf/RL/Richtlinien_komplett08.03.pdf

⁶⁸ SG 172.500: Vereinbarung zwischen dem Kanton Basel-Stadt und der Einwohnergemeinde der Stadt Basel (...) betreffend die Übernahme der Defizite der bürgerlichen Fürsorgeanstalten (...) vom 22. August 1941. Vgl dazu den Text des Erlasses im Internet unter www.gesetzessammlung.bs.ch/sg/na/pdf/erlasse/172.500.pdf

⁶⁹ SR 311: Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB). Vgl. dazu www.admin.ch/ch/d/sr/c311_0.html

⁷⁰ Die ambulante Behandlung wird von den stationären therapeutischen Massnahmen getrennt geregelt. Sie umfasst sowohl die Behandlung von psychischen Störungen wie auch die Behandlung von alkohol-, betäubungsmittel- und arzneimittelabhängigen Personen. Die Massnahme soll in der Regel höchstens fünf Jahre dauern; die ambulante Behandlung von psychischen Störungen kann jeweils um höchstens fünf Jahre verlängert werden.

⁷¹ SR 322.100: Gesetz betreffend Massnahmen gegen den Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie gegen den Drogenkonsum und betreffend Einführung des revidierten Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 20. März 1975 (Alkohol- und Drogen-gesetz) sowie die dazugehörige Verordnung (Alkohol- und Drogenverordnung). Vgl. dazu den Gesetzestext im Internet unter www.gesetzessammlung.bs.ch/sg/na/pdf/erlasse/322.100.pdf sowie [/322.110.pdf](http://www.gesetzessammlung.bs.ch/sg/na/pdf/erlasse/322.110.pdf)

Mit der zunehmenden Akzeptanz der ambulanten Substitutionsprogramme seitens der Gerichte kommt neben Art. 44 StGB vermehrt auch Art. 43 StGB zur Anwendung. Die Auferlegung einer ambulanten Massnahme in Gegensatz zu einer stationären Massnahme birgt bei entsprechenden Voraussetzungen der KlientIn soziale und finanzielle Vorteile.

Diese Praxisänderung der Gerichte führt einerseits zu einer direkten Konkurrenzierung der stationären Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen durch die ambulanten Suchtberatungsstellen. Andererseits wird das Budget des Ressorts Straf- und Massnahmevollzug SMV des PMD entlastet⁷². Bei den bestehenden finanziellen Anreizen kann es für den Kanton also nur von Vorteil sein, wenn Suchtmittelabhängige zum ambulanten Massnahmevollzug verurteilt werden; eine ambulante Massnahme kommt meist kostengünstiger zu stehen als eine stationäre und immer günstiger als ein Strafvollzug im Gefängnis. In Basel-Stadt erhielten 2002 keine der hier betrachteten Einrichtungen direkte Beiträge.

Fürsorgerische Freiheitsentziehung FFE

Die Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) ist nach Art. 397ff des schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB⁷³) eine spezielle Version des Massnahmevollzugs⁷⁴. Suchtmittelabhängige Personen, welche sich oder die Umwelt gefährden, können behördlich in eine geschlossene stationäre Behandlung eingewiesen und „so lange es der Zustand erfordert“ festgehalten und meist in einer psychiatrischen Klinik betreut werden. In Basel-Stadt werden Einzelheiten im sog. Psychiatriegesetz⁷⁵ und der dazugehörigen Verordnung geregelt.

Der staatlichen Einrichtung A&SB kommt in diesem Zusammenhang eine gesetzlich geregelte Rolle zu. Sie nimmt unter den im Kanton tätigen Suchtberatungsstellen insofern eine Sonderposition ein, als ihr hoheitliche Funktionen im Bereich legaler und illegaler Suchtmittel auferlegt sind. Sie verfügt namentlich über die exklusive Antragskompetenz (an den Fürsorgerat) mit Bezug auf die im ADG des Kantons Basel-Stadt und in der entsprechenden Verordnung bestimmten Massnahmen gegen den Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie den illegalen Drogenkonsum. Sie fungiert auch als amtliche Abklärungsstelle bei Meldungen über Fälle von Betäubungsmittelabhängigkeit und die Notwendigkeit einer Behandlung (Gefährdungsmeldungen). Daneben hat sie gemäss ADG §4 folgende gesetzliche Aufträge zu erfüllen:

- Sicherstellung der Information und Beratung der Bevölkerung (präventivmedizinische Massnahmen)
- Sicherstellung der Möglichkeit zur freiwilligen ambulanten Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen sowie von Drogenkonsumenten
- Koordination der Hilfe auf freiwilliger Basis.

4.2.3 Beiträge von Versicherungen

Invalidenversicherung IV

Im Rahmen von Art. 74 IVG⁷⁶ gewährt die Eidgenössische Invalidenversicherung IV den Dachorganisationen der sog. privaten Invalidenhilfe Beiträge; insbesondere zur Betreuung Behinderter und ihrer Angehöriger, für Förderkurse Behinderter sowie für Ausbildung und beruflichen Eingliederung. Unter die private Invalidenhilfe fallen auch Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung. Im Rahmen von Art. 15ff IVG sowie Art. 5ff der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)⁷⁷ gewährt die IV auch individuelle Leistungen zur Wiedereingliederung, das heisst für berufliche Massnahmen invalider Personen.

⁷² Ab Herbst 2004 wird die Abteilung Freiheitsentzug und Soziale Dienste des Justizdepartements entlastet, in welche der SMV aufgrund der Schliessung des Schällemättelis eingegliedert werden soll. Vgl. Mitteilung des Regierungsrates www.unibas.ch/rr-bs/medmit/rrbs/2003/04/rrbs-20030408-002.html

⁷³ SR 210: Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB). Vgl. dazu www.admin.ch/ch/d/sr/c210.html

⁷⁴ Vgl. dazu auch die Ausführungen des Sanitätsdepartements BS unter www.gesundheitsdienste.bs.ch/dienste-weitere.htm

⁷⁵ Gesetz über Behandlung und Einweisung psychisch kranker Personen (Psychiatriegesetz) vom 18.9.1996. Vgl. dazu den Gesetzestext im Internet unter www.gesetzessammlung.bs.ch/erlasse/323.100.pdf

⁷⁶ Eine Übersicht über die gesetzlichen Grundlagen zum Thema Sucht ist im Internet auf der Homepage des BAG zu finden (aktuellere) unter www.suchtundaid.s.bag.admin.ch/themen/sucht/alkohol/gesetzgebung/index.html für den Bereich Alkohol und für den Bereich illegale Drogen unter www.suchtundaid.s.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen/unterebenen/00377/index.html

⁷⁷ SR 831.201: Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV). Vgl. dazu www.admin.ch/ch/d/sr/c831_201.html

Die konkrete Vergabe und Ausgestaltung der kollektiven Leistungen in Form von Bau-, Einrichtungs- und Betriebsbeiträgen einerseits, sowie in Form kollektiver Leistungen an Dachorganisationen der privaten Invalidenhilfe andererseits, stützt sich auf Art. 99ff IVV sowie auf Art. 215ff der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV)⁷⁸ und ist in diversen Verwaltungsverordnungen geregelt⁷⁹. Der Antrag auf Betriebsbeiträge wird beim Bundesamt für Sozialversicherung BSV eingereicht. Für die Auszahlungen ist die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) in Genf zuständig. In Basel-Stadt erhielten 2002 das StepOut und das Badal Gelder der IV als Betriebsbeiträgen.

Krankenversicherer

Vor allem mit der starken Ausweitung der sog. Methadonprogramme werden vermehrt Leistungen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe nach neuem Krankenversicherungsgesetz KVG⁸⁰ abgegolten. Mit der zunehmenden Anerkennung der Suchtmittelabhängigkeit als Krankheit wurden auch entsprechende Diagnosen und Behandlungen in den Katalog der Grundleistungen aufgenommen (Heroinverschreibung seit dem 1. Juli 2002). Genauso wie die Substitutionstherapien werden die Kosten des Entzugs und der Entwöhnung im Alkohol- und Drogenbereich in der Regel von den Krankenkassen übernommen, sofern die Einrichtung den Anforderungen des KVG entspricht.

Die anschliessende soziotherapeutische Behandlung (Nachsorge) hingegen ist nur dann kassenpflichtig, wenn sie in einer spezialisierten Suchtabteilung eines Spitals oder einer psychiatrischen Klinik in ärztlicher Delegation statt findet. Psychosoziale Nachsorge in den Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung privater Trägerschaften werden nach Art. 25 des KGV nur dann von den Krankenkassen aus der Grundversicherung übernommen, wenn sie der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Eine Leistung wird zudem nur dann übernommen, wenn es sich bei der Einrichtung um einen zugelassenen Leistungserbringer nach Art. 35 KVG handelt. Die Leistungen selbst werden in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV⁸¹ abschliessend aufgelistet.

Ambulante Einrichtungen der Suchthilfe wie ADS und Janus als Abteilungen der PUK oder die PUP als Abteilung des KBS fallen nach Art. 39 KVG unter beitragsberechtigte Spitäler, da sie der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen und auf der Spitalliste des Standortkantons Basel-Stadt aufgeführt sind⁸². Ihre Leistungen werden nach den kantonal ausgehandelten und genehmigten Taxpunktwerftarifen entschädigt⁸³. Die Berechnungsweise für den Taxpunktwert selbst ist im Tarmed-Rahmenvertrag detailliert vorgegeben⁸⁴.

⁷⁸ SR 831.101: Ver. über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV). Vgl. dazu www.admin.ch/ch/d/sr/c831_101.html

⁷⁹ SR 831.262: Ver. über die Einrichtungsbeiträge an Einrichtungen für Invalide. Vgl. dazu www.admin.ch/ch/d/sr/c831_262.html

⁸⁰ SR 832.10: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Vgl. dazu www.admin.ch/ch/d/sr/c831_10.html

⁸¹ SR 832.112.31: Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV). Vgl. dazu den Verordnungstext im Internet unter www.admin.ch/ch/d/sr/c832_112_31.html

⁸² Art. 39 des KVG verpflichtet die Kantone zur Erstellung einer bedarfsgerechten Spitalplanung sowie zum Erlass von Spitallisten. Spitäler und Kliniken, deren Angebot der bedarfsgerechten Versorgungsplanung entspricht, figurieren in der Spitalliste und sind zur Erbringung von Leistungen zulasten der Grundversicherung zugelassen. Gemäss Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG haben die Kantone die Spitalplanung, welche das Angebot privater Anbieter angemessen und regionale Aspekte soweit als möglich berücksichtigt, sowie die Spitalliste bis zum 1. Januar 1998 zu erstellen.

⁸³ Der Taxpunktwerftarif 2004 beträgt gemäss Basler Spitalvertrag für Basel-Stadt Fr. 0.95. Vgl. dazu die Medienmitteilung des Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt vom 23. Dezember 2003 unter <http://www.unibas.ch/rr-bs/medmit/rrbs/2003/12/rrbs-20031223-001.html>

⁸⁴ Vgl. dazu <http://www.tarmed.org/index.html>

Für das Badal mit dem Status einer privaten Arztpraxis gilt diese Regelung nur annähernd. Bei ambulanten Behandlungen müssen die Leistungserbringer im Sinne von Art. 38ff und Art 46 KVV selbst als Ärzte oder Ärztinnen oder aber im ärztlichen Auftrag tätig sein (z.Bsp. PsychotherapeutInnen im sogenannten Delegationsverhältnis⁸⁵).

Für die Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen gemäss KVG gelten die Voraussetzungen und Limitierungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV⁸⁶ Art. 2ff.

4.2.4 Beiträge privater natürlicher und juristischer Personen

Die Bekämpfung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit und ihrer sozialen Auswirkungen auf das Individuum und seine Umgebung überschneidet sich vor allem in den Städten mit traditionellen Ansätzen der Armenunterstützung und der Sozialhilfe. Kirchliche Organisationen, Vereine, Stiftungen, Verbände, Standesorganisationen und andere private Einrichtungen engagieren sich auf gemeinnütziger Basis. Sie unterstützen seit jeher die unzureichenden staatlichen Grundleistungen mit namhaften, oft wiederkehrenden Geldbeträgen sowie mit umfangreichen eigenen Dienstleistungen. Ohne das Engagement der Privaten wäre die Suchthilfe in ihrer heutigen Qualität und Quantität weder entstanden noch könnte sie in Zukunft weiterbestehen.

Nicht vergessen werden darf an dieser Stelle der ehrenamtliche Einsatz unzähliger Freiwilliger, die in Vorständen von Trägerschaften oder in Einrichtungen selbst meist unentgeltlich tätig sind. Deren Leistungen sind bares Geld wert und müssten, wenn man eine Vollkostenrechnung der Suchthilfe machen würde, entweder als Spenden in den Erfolgsrechnungen der Einrichtungen oder als Humankapital als Aktivposten in deren Bilanzen aufgeführt werden.

⁸⁵ Die Leistungen "Nichtärztliche psychologische/psychotherapeutische Leistungen in der Spitalpsychiatrie" und "Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis" werden beispielsweise in den Kapiteln 02.02 und 02.03 des TARMED beschrieben und können nur dann verrechnet werden, wenn sie auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden. Die Tarifstruktur nach TARMED unterscheidet dabei explizit zwischen delegierter Psychotherapie in der Arztpraxis und nichtärztlichen psychotherapeutischen Leistungen in der Spitalpsychiatrie. Laut aktueller Fassung des TARMED bedarf der delegierende Arzt resp. die delegierende Ärztin der Dignität "Kinder- und Jugendpsychiatrie", "Psychotherapie" oder "Psychiatrie und Psychotherapie". Die TherapeutInnen selbst müssen einen Hochschulabschluss als Psychologin/Psychotherapeut (inkl. Psychopathologie) nachweisen können. Die Delegation muss in den Räumen des Arztes bzw. der Ärztin stattfinden und hat unter Aufsicht des Arztes/der Ärztin stattzufinden. Die Abrechnung erfolgt über den Arzt/die Ärztin. Abgerechnet wird in Einheiten von 5 Minuten; Das Führen der Krankengeschichte ist Bestandteil der Therapiesitzung und darf nicht separat verrechnet werden.

⁸⁶ SR 832.112.31: Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV) vom 29. September 1995. Vgl. dazu http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_112_31/index.html

4.3 Einnahmen der Beratungsstellen

4.3.1 Gesamteinnahmen und Überblick über die Kostenträger

Die Beratungsstellen⁸⁷ wiesen im Jahr 2002 insgesamt einen Gesamtumsatz von beinahe 4,5 Mio. Franken aus. Das bedeutete pro Einrichtung im Durchschnitt rund 750'000 Franken Einnahmen, wobei die eine Hälfte der Einrichtungen mehr als 600'000 Franken erwirtschafteten, die andere Hälfte weniger. Der Kanton Basel-Stadt trug mit Beiträgen aus dem Alkoholzehntel und direkten Subventionen insgesamt über 1,5 Mio. Franken bei, berücksichtigt man noch den Verwaltungsaufwand für den Betrieb der A&SB, so beliefen sich die Gesamtausgaben des Kantons für die ambulante Suchtberatung im Jahr 2002 auf über 3 Millionen Franken oder auf gut zwei Drittel des Gesamtumsatzes dieses ambulanten Bereichs der Suchthilfe.

Die nachstehende Tabelle 14 zeigt in einer Übersicht die absoluten Werte je Einrichtung in Franken, die Summe der Einnahmen aller Einrichtungen sowie die durchschnittlichen relativen Anteile der einzelnen Finanzierungsquellen am Total der Einnahmen.

Tabelle 14: Übersicht über die Einnahmen 2002 in Franken

Absolute Werte pro Einrichtung, Summe und relative Anteile (Einrichtungen=6)

	A&SB	Dropln	Musub	Blaues Kreuz	StepOut	Frauen-Oase	Summe	Relativer Anteil
Beiträge KlientInnen				2'100			2'100	0%
BSV Betriebsbeiträge IV					275'237		275'237	6%
Andere Bundesbeiträge			10'000				10'000	0%
Beiträge Alkoholzehntel	100'000		130'000				230'000	5%
Subventionen BS		770'000		250'000	157'500	156'000	1'333'500	30%
Subventionen BL			130'000		22'500	78'000	230'500	5%
Budget Verwaltung BS	1'463'510						1'463'510	33%
Stiftungen, Fördervereine			340'000	16'544		152'329	508'873	11%
Eigene Dienstleistungen		7'600	12'714	102'280		3'166	125'760	3%
Spenden, Gönner etc.		1'500	3'076	189'401	40'916	8'245	243'138	5%
Sonstige Einnahmen			5'544	12'223	51	1'549	19'367	0%
Auflösung Rückstellungen					49'672		49'672	1%
Total Einnahmen 2002	1'563'510	779'100	631'333	572'548	545'876	399'289	4'491'657	100%

Die A&SB als Abteilung der kantonalen Verwaltung finanzierte sich ausschliesslich über staatliche Gelder (Alkoholzehntel 6%, Verwaltungsbudget 94%). Auch die Einrichtungen der privaten Trägerschaften finanzierten sich im Jahr 2002 zu zwei Dritteln über staatliche Gelder von Bund und Kantonen. Den grössten Anteil daran hatten die Subventionen der Kantone Basel-Stadt (46%) und Basel-Landschaft (8%) sowie die Betriebsbeiträge des Bundesamts für Sozialversicherung⁸⁸ BSV (9%). Beiträge aus dem Alkoholzehntel machten im Durchschnitt gut 4% der Gesamteinnahmen der privaten Einrichtungen aus.

Das restliche Drittel der Einnahmen stammte aus nicht-staatlichen Quellen, welche sich die Einrichtungen im Rahmen von Fundraising und anderen Aktivitäten selbst erschlossen. Dazu zählten private finanzielle Mittel von natürlichen und juristischen Personen wie Spenden, Gönnerbeiträge, Legate, Mitgliederbeiträge etc. (26%). Ebenso gehörten die Eigenmittel dazu, welche die meisten Einrichtungen mit dem Verkauf eigener Dienstleistungen und Produkte erwirtschafteten (4%) oder durch Vermögenserträge und Auflösung von Rückstellungen beisteuerten (3%).

⁸⁷ Ohne die Substitutionseinrichtungen ADS, Janus, PUP und Badal.

⁸⁸ Beiträge des BSV sind streng genommen Versicherungsgelder der Eidgenössischen Invalidenversicherung IV

Aufgrund der massiven Unterschiede in der Grösse der Einrichtungen zeigt sich auch bei Betrachtung der finanziellen Situation eine schiefe Verteilung der Einnahmen. Die A&SB hatte im Jahr 2002 gut 35% Anteil am Gesamtbudget aller Einrichtungen und damit rund doppelt soviel Geld zur Verfügung wie das Dropln als grösste der privaten Einrichtungen (17%). Musub, Blaues Kreuz und StepOut hatten zwischen 14% und 12% Anteil, die Frauen-Oase mit 9% der Gesamteinnahmen war auch finanziell die kleinste Einrichtung.

4.3.2 Beiträge des Bundes

Einnahmen aus Beiträgen des BAG und IMES

Trotz des grossen Engagements des BAG im Suchtbereich erhielt im Jahr 2002 keine der hier betrachteten Einrichtung von dieser Seite Beiträge. Hingegen konnte die Musub im Rahmen der Integrationsförderung des Bundes für ihr Integrationsprojekt „Ulisse. Weiterbildung für MediatorInnen im Alkohol- und Suchtbereich“ im Jahr 2002 den Betrag von 10'000 Franken Bundesfinanzhilfe erhalten.

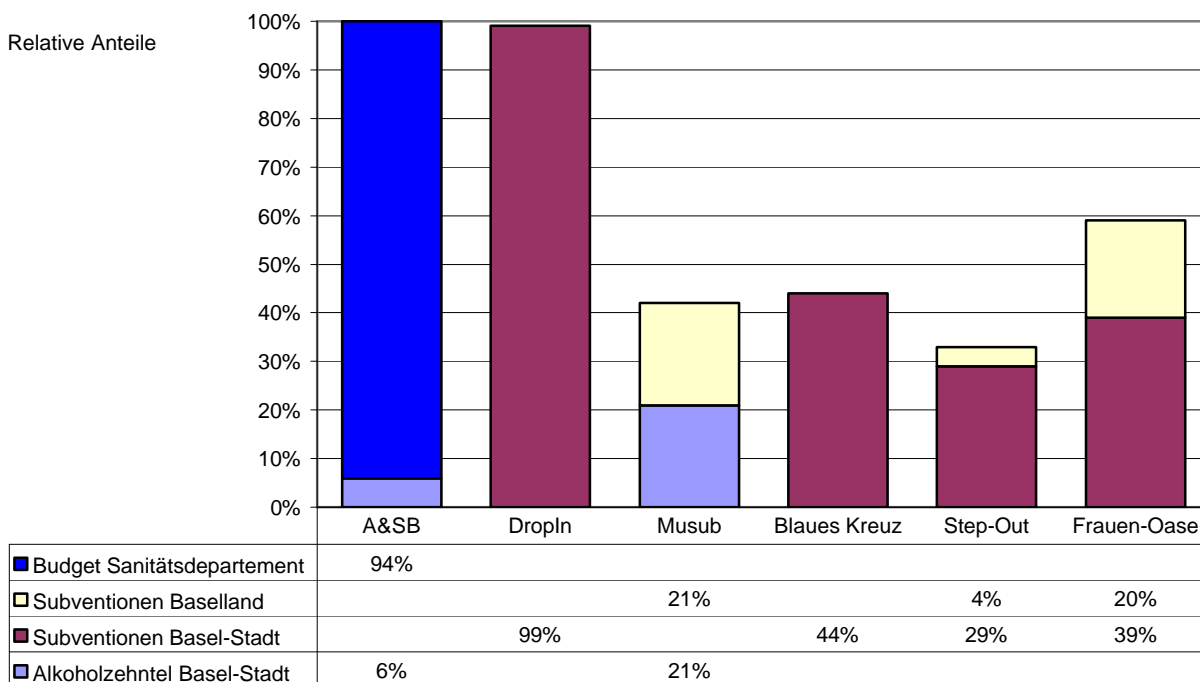
4.3.3 Beiträge der Kantone und Gemeinden

Subventionen, Beiträge aus dem Alkoholzehntel

Die ambulanten Suchtberatungsstellen des Kantons Basel-Stadt erhielten 2002 alle öffentliche Gelder eines oder beider Halbkantone. Die Abbildung 19 zeigt die Anteile kantonaler Mittel am Total der Einnahmen jeder Einrichtung.

Abbildung 19: Anteil der kantonalen Mittel 2002

Relative Anteile am Total der Einnahmen (Einrichtungen=6)



Über alle sechs Beratungsstellen betrachtet betrug im Jahr 2002 der Anteil der kantonalen Gelder im Durchschnitt 63%. Lässt man die A&SB als vollständig mit staatlichen Geldern finanzierte Einrichtung ausser Betracht und fokussiert nur auf die Einrichtungen privater Trägerschaften, so senkt sich der durchschnittliche Anteil der kantonalen Mittel auf immer noch gut die Hälfte der Einnahmen.

Beiträge im Rahmen des Straf- und Massnahmevollzugs

Die Kosten eines ambulanten Massnahmevollzugs tragen in Basel-Stadt – im Gegensatz zu einem Massnahmevollzug in einer stationären therapeutischen Einrichtung – nicht die zuständigen kantonalen Straf- und Massnahmevollzugsbehörden, sondern die behandelnden ambulanten Suchtberatungsstellen selbst. Dies gilt auch, obwohl gemäss §7 der Alkohol- und Drogenverordnung „die durch den Aufenthalt in einer Behandlungsstation entstehenden Kosten zu Lasten des Eingewiesenen und seiner unterstützungspflichtigen Angehörigen gehen, soweit sie nicht durch Krankenkassen, die Invalidenversicherung oder andere Versicherungen gedeckt sind. Soweit der Staat für diese Kosten aufzukommen hat, kann er Rückerstattung verlangen.“⁸⁹

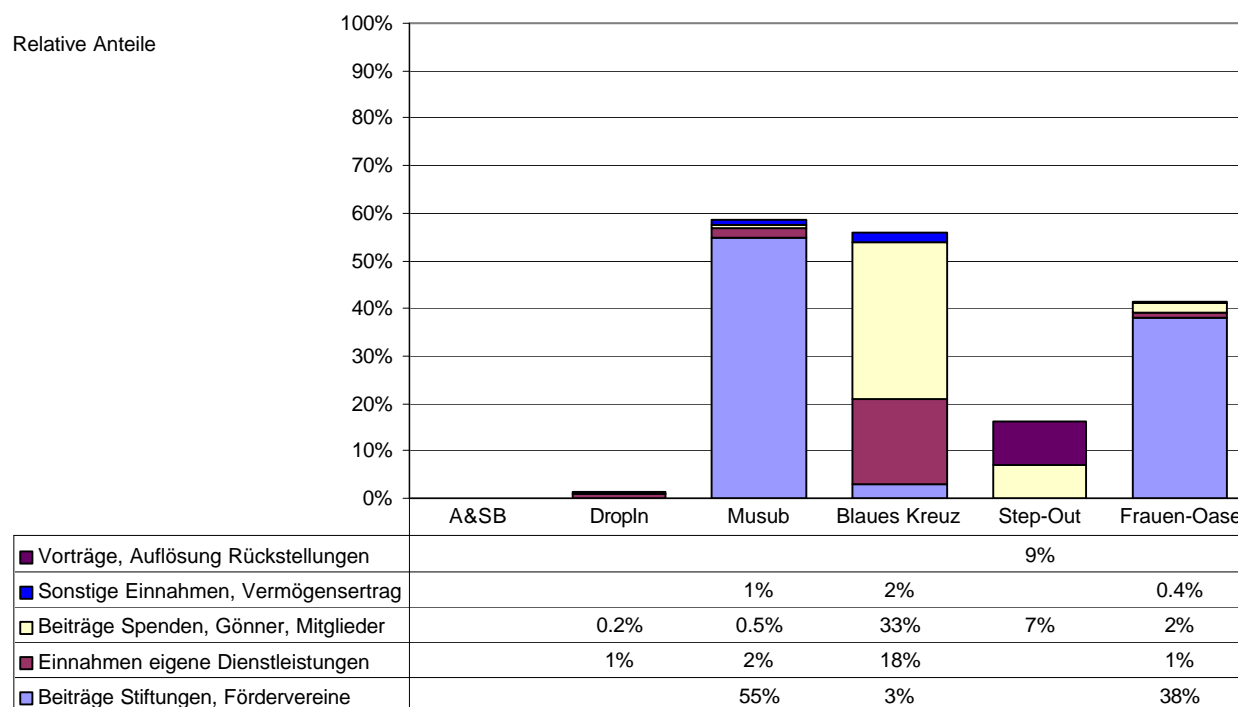
In Basel-Stadt betreuen alle Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung KlientInnen mit gerichtlichen Auflagen. Von den subventionierten Einrichtungen privater Trägerschaften haben jedoch nur das Dropln und das Blaue Kreuz den expliziten Leistungsauftrag im aktuellen Subventionsvertrag festgehalten. Bei diesen beiden Einrichtungen wird die Betreuung von KlientInnen mit gerichtlicher Auflage also explizit über die Subventionsbeiträge entschädigt. Bei den anderen Einrichtungen wird diese Leistung ohne Erwähnung impliziert.

4.3.4 Beiträge Privater, Eigenmittel

Über alle Institutionen der ambulanten Suchtberatung betrachtet wurden im Jahr 2002 insgesamt 23% der Einnahmen aus eigenen privaten Mitteln bereitgestellt.

Abbildung 20: Anteil der privaten Mittel 2002

Relative Anteile am Total der Einnahmen (Einrichtungen=6)



Lässt man wieder die A&SB ausser Betracht, welche ohne Eigenmittel das Bild verzerrt, so erhöht sich der durchschnittliche Anteil der privaten Mittel auf fast ein Drittel (29%) der Einnahmen der privaten Einrichtungen. Aus eigener Kraft finanzierten sie also 2002 ihr Leistungsangebot mit über 1 Mio. Franken (!).

⁸⁹ Vgl. dazu Fussnote 71

Vor allem Musub und Blaues Kreuz finanzierten 2002 über die Hälfte ihres Budgets ohne staatliche Unterstützung. Bei Musub kam dies vor allem durch das grosse finanzielle Engagement der C.&R. Koechlin-Vischer Stiftung und der GGG Basel zustande, beim Blauen Kreuz durch einen grossen Kreis weltlicher und kirchlicher Spender und Gönner. Zusätzlich wird der Beratungs- und Präventionsstelle von der Geschäftsstelle des Blauen Kreuz Basel-Stadt die Miete erlassen unter der Bedingung, dass sie als Zuwendung ausgewiesen wird⁹⁰. Auch die Frauen-Oase wies mit einem Anteil von 41% einen vergleichsweise hohen „Eigenfinanzierungsgrad“ auf, der vor allem durch Spenden zustande kam.

Das StepOut trug noch rund einen Sechstel der Einnahmen durch Spenden sowie durch die Auflösung von Rückstellungen selbst zusammen, beim DropIn war der Anteil der privaten Mittel hingegen vernachlässigbar klein.

Private Mittel und Selbstbestimmungsgrad

Die überdurchschnittlich grossen Anteile an Eigenmitteln von Musub, Blauem Kreuz und Frauen-Oase verdienen Anerkennung. Zur Illustration dieser Leistung sei folgender Vergleich angeführt: Die Frauen-Oase als kleinste Einrichtung erwirtschaftete 2002 über 166'000 Franken aus eigener Kraft, während der Verein SRB mit einem Jahresumsatz von über 7,5 Mio. Franken mit rund 174'000 Franken bloss 2% seines Gesamtaufwands selbst finanzierte.

Jetzt aber vom Verein SRB oder ihren Einrichtungen vermehrte Aktivität im Fundraising zu fordern muss gut überlegt sein. Geht man nämlich davon aus, dass der sogenannte Spendenkuchen im Suchthilfebereich mengenmässig beschränkt ist, könnten solche Aktivitäten dem Verein SRB selbst zwar durchaus mehr Spendeneinnahmen beschern, ginge aber möglicherweise auf Kosten der Spendeneinnahmen der anderen privaten Einrichtungen.

Hohe Anteile an Eigenmitteln rechtfertigen für die Einrichtungen einen hohen Grad an Selbstbestimmungsrecht betreffend die Ausrichtung ihrer Strategie, ihres Leistungsangebot sowie die Organisation ihrer täglichen Arbeit. Dies trifft selbst dann zu, wenn diese Einrichtungen existentiell auf staatliche Mittel angewiesen sind. Umgekehrt rechtfertigt ein hoher Anteil an kantonalen Subventionen wie beispielsweise beim DropIn (99%) eine entsprechende Mitbestimmung des Kantons, obwohl die Kantonsbeiträge Basel-Stadt und Baselland an den gesamten Einnahmen der SRB unter 50% ausmachten.

Statistisch gesehen besteht eine Korrelation zwischen der Höhe staatlicher Subventionen und der Höhe der Eigenmittel. Daraus einen kausalen Zusammenhang herzustellen ist zwar hypothetisch, aber angesichts der dargelegten Finanzdaten nicht ganz von der Hand zu weisen. Die folgende Hypothese wäre also zu widerlegen: Je höher der Anteil der staatlichen Beiträge an den Gesamteinnahmen einer Einrichtung ist, desto kleiner wird ihr Anreiz für das aktive Fundraising und die Bereitstellung eigener Mittel.

4.3.5 Beiträge von Versicherungen

Beiträge der Invalidenversicherung IV

Bei der Finanzierung der Leistungen der ambulanten Suchtberatung spielen die Beiträge der IV für die meisten Einrichtungen keine Rolle, sie stellten 2002 an den Gesamteinnahmen nur einen Anteil von 6% dar. Ausnahme bildete bei den Beratungsstellen das StepOut, das für das Jahr 2002 vom BSV aufgrund des hohen Anteils an IV-berechtigten KlientInnen einen Betriebsbeitrag erhielt, der 50% der Gesamteinnahmen des StepOut ausmachte. Auch die Substitutionseinrichtungen erhielten teilweise IV-Betriebsbeiträge.

Krankenversicherungsbeiträgen

Einnahmen aus Beiträgen der Krankenversicherer spielen bei den hier betrachteten Beratungsstellen A&SB, DropIn, Musub, Blaues Kreuz, StepOut und Frauen-Oase keine Rolle, sofern keine ärztlichen Leistungen erbracht werden⁹¹. Eine wesentliche Rolle spielen Krankenkassenbeiträge bei den Substitutionseinrichtungen.

⁹⁰ Ohne diesen Anteil von Fr. 50'000 erlassener Büromiete belief sich der Anteil an Eigenmitteln des Blauen Kreuz im Jahr 2002 immer noch auf rund 50% der Gesamteinnahmen.

⁹¹ Werden solche ärztlichen Leistungen erbracht, dann i.d.R. von einem/r Honorararzt/ärztin, welche/r dann entweder von der Einrichtung aus dem Betriebsbudget entweder pauschal oder per Stundenlohn entschädigt wird.

4.4 Ausgaben der Beratungsstellen

4.4.1 Gesamtausgaben und Übersicht über die Kostenstellen

Die hier betrachteten sechs Beratungsstellen des Kantons Basel-Stadt wiesen im Jahr 2002 Gesamtausgaben von gut 4,5 Mio. Franken aus. Das bedeutete pro Einrichtung im Durchschnitt rund 750'000 Franken Ausgaben, wobei die eine Hälfte der Einrichtungen mehr als 588'000 Franken Kosten (Median) verzeichnete, die andere Hälfte weniger.

Erwartungsgemäss machten die Lohnkosten inkl. der Lohnnebenkosten mit 3,39 Mio. Franken den Bärenanteil der Ausgaben aus. Rechnet man die Ausgaben für Fort- und Weiterbildung noch dazu, entfielen 2002 über 3,4 Mio. Franken (oder insgesamt drei Viertel aller Ausgaben) auf Personalkosten. Raumaufwand und administrativer Aufwand verursachten noch 8% resp. 9% der Kosten, die restlichen 6% entfielen auf Sachaufwand für KlientInnen, Honorare Dritter, Abschreibungen sowie Rückstellungen.

Die nachstehende Tabelle 15 zeigt die absoluten Werte der einzelnen Einrichtungen, deren Summe in Franken sowie die relativen Anteile der einzelnen Kostenstellen am Total der Ausgaben.

Tabelle 15: Übersicht über die Ausgaben der Beratungsstellen 2002 in Franken

Absolute Werte pro Einrichtung, Summe und relative Anteile (Einrichtungen=6)

	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	StepOut	Frauen-Oase	Summe	Relativer Anteil
Löhne Personal	1'081'932	505'206	370'323	363'079	253'214	255'752	2'829'505	63%
Lohnnebenkosten Personal	260'159	82'765	70'302	70'500	44'088	38'376	566'189	13%
Weiterbildung Personal	27'258	5'472	10'146	9'820	6'502	5'779	64'977	1%
Raumaufwand	94'196	60'484	78'389	57'574	26'158	34'438	351'238	8%
Administrativer Aufwand	63'130	81'210	46'189	134'025	45'898	16'345	386'797	9%
Sachaufwand KlientInnen		2'049		42'526	679	11'486	56'740	1%
Honorare Dritte	36'835	12'281	3'364				52'480	1%
Abschreibungen		26'556		3'383	27'574	3'500	61'013	1%
Rückstellungen		17'791	40'000		44'966	30'000	132'757	3%
Total Ausgaben 2002	1'563'510	793'814	618'712	680'906	449'079	395'676	4'501'698	100%

Die A&SB verzeichnete 2002 einen doppelt so hohen Aufwand wie das DropIn als grösste Einrichtungen der privaten Trägerschaften und über dreimal soviel wie die Frauen-Oase als deren kleinste Institution. Von den restlichen Kostenstellen springen auf den ersten Blick nur noch der anteilmässig leicht höhere Raumaufwand von Musub ins Auge sowie der im Vergleich mit den anderen Einrichtungen überdurchschnittlich hohe administrative Aufwand des Blauen Kreuz'.

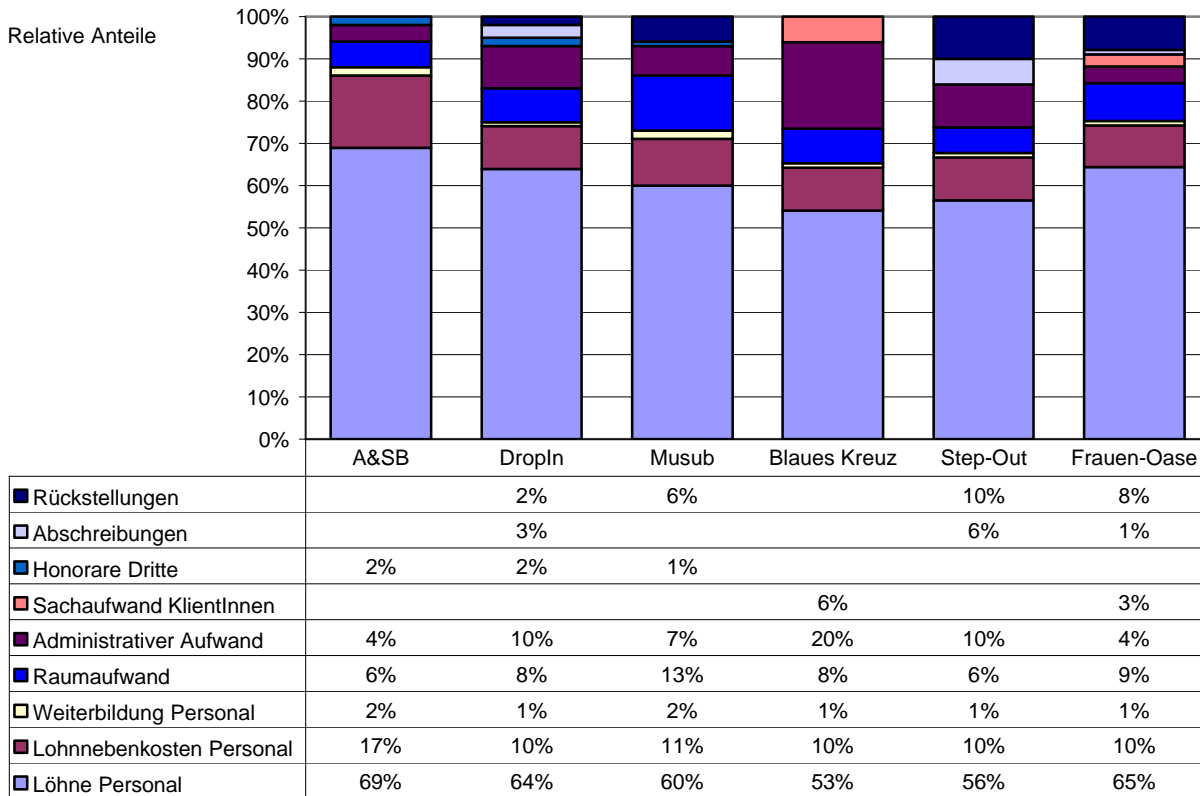
Der tatsächliche Gesamtaufwand der A&SB ist beträchtlich höher als hier angegeben, denn bei einer Vollkostenrechnung müsste zusätzlicher Verwaltungsaufwand von Sanitäts- und des Finanzdepartement berücksichtigt werden. Seitens des Sanitätsdepartements müssten beispielsweise der Aufwand für Buchhaltung, Versicherungen (Personal-, Sach- und Haftpflichtversicherungen) sowie geldwerte Leistungen der Gesundheitsdienste und des Departementsekretariats (Administration, Führung) auf die entsprechenden Kostenstellen der A&SB umgelagert werden, seitens des Finanzdepartements fallen insbesondere Kosten für Personal- und Lohnadministration (Zentraler Personaldienst) sowie für Infrastruktur-Leistungen im EDV-Bereich und Informatik-Support an (Zentrale Informatik Dienste).

Aufgrund der fehlenden (Voll-)Kostenstellenrechnung im Sanitätsdepartement ist keine Aussage darüber möglich, um wie viel die effektiven Kosten der A&SB höher ausfallen würden.

Die folgende Abbildung zeigt die relativen Anteile der verschiedenen Kostenstellen am Total der Ausgaben der jeweiligen Einrichtung (Werte gerundet).

Abbildung 21: Gesamtausgaben der Einrichtungen 2002, Aufteilung auf die Kostenstellen

Relative Anteile am Total der Ausgaben (Einrichtungen=6)



4.4.2 Personalaufwand

In der Detailbetrachtung zeigen sich zwischen den Einrichtungen signifikante⁹² Unterschiede im Bereich der Personalkosten. Als Personalkosten werden die Kostenstellen Löhne, Lohnnebenkosten sowie Kosten für Weiterbildung des Personals zusammengefasst.

Die A&SB⁹³ wies mit insgesamt 88% anteilmässig die höchsten Personalkosten auf, das Blaue Kreuz mit 65% Anteil am Gesamtaufwand den niedrigsten, das StepOut lag knapp darüber. Der anteilmässige Personalaufwand von Dropln, Musub und Frauen-Oase war vergleichbar und bewegte sich um 75% des Gesamtaufwands.

Diese relativ hohen Werte bestätigen die Personalintensität des Leistungsangebots in der ambulanten Suchtberatung, was die Bandbreite der Interventionsmöglichkeiten zu Kosteneinsparungen entsprechend einschränkt resp. fast zwangsmässig zulasten des Personals gehen lässt.

Der Anteil der Weiterbildungsausgaben an den gesamten Personalkosten bewegte sich bei allen Einrichtungen um die 2% und wirft aufgrund dieses geringen Anteils an den gesamten Personalausgaben keine Fragen auf.

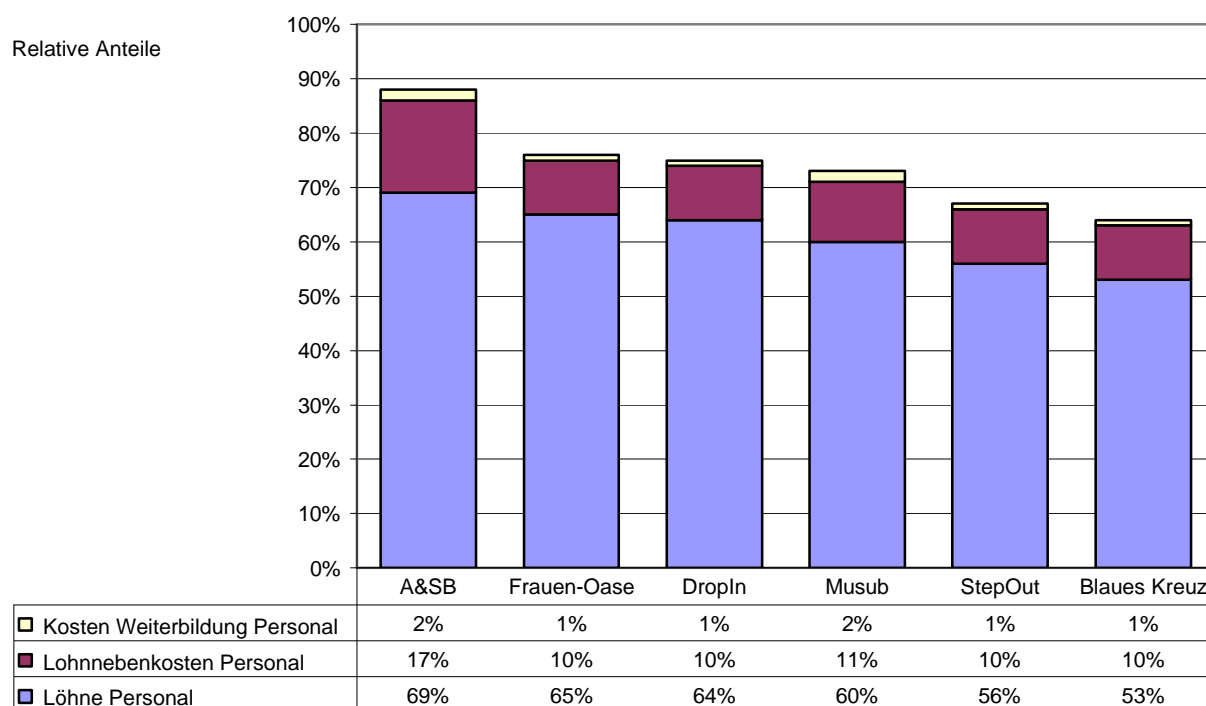
⁹² Bezogen auf ein Signifikanzniveau von 95% (Irrtumswahrscheinlichkeit für die Zurückweisung der Nullhypothese, der zufolge kein Unterschied zwischen den Einrichtungen bezüglich der Höhe ihrer Personalkosten vorliegt).

⁹³ Ohne den Verwaltungsaufwand des Sanitätsdepartements (Personalversicherungen) sowie des Finanzdepartements (Personal- und Lohnadministration der Zentralen Personaldienste). Der tatsächliche Personalaufwand der A&SB ist beträchtlich höher als hier angegeben, denn bei einer Vollkostenrechnung müsste zusätzlicher Verwaltungsaufwand umgelegt werden.

Auffallend hoch sind hingegen die Lohnnebenkosten im Verhältnis zu den Lohnkosten bei der A&SB. Während der Anteil der Lohnnebenkosten bei allen Einrichtungen zwischen 15% und 19% der Lohnkosten schwankten, betrug er bei der A&SB ganze 24%. Dies könnte sich einerseits durch die guten Sozialleistungen des Kantons als Arbeitgeber erklären, vor allem durch die überdurchschnittlichen Pensionskassenbeiträge sowie andererseits durch die unterschiedliche Altersstruktur der MitarbeiterInnen (es ist anzunehmen, dass die A&SB ein höheres Durchschnittsalter des Personals aufweist als die privaten Einrichtungen).

Abbildung 22: Anteil der Personalkosten 2002

Relative Anteile am Total der Ausgaben (Personalkosten=3.46 Mio., Gesamtaufwand=4,5 Mio., Einrichtungen=6)



4.4.3 Administrativer Aufwand und Raumkosten

Administrativer Aufwand

Der administrative Aufwand betrug 2002 im Durchschnitt der Beratungsstellen rund 10% der Gesamtausgaben. Der hohe Anteil des administrativen Aufwands beim Blauen Kreuz erklärt sich grösstenteils durch einen ausserordentlichen Werbeaufwand, der während des Jubiläumsjahres 2002 rund doppelt so hoch ausfiel wie in den Jahren zuvor.

Bei Dropln und StepOut sowie bei der Frauen-Oase⁹⁴ sind die umgelegten Verwaltungskosten des Trägervereins sowie der Geschäftsstelle im administrativen Aufwand enthalten. Wird bei Dropln und StepOut der administrative Aufwand um diesen „Fremdanteil“ korrigiert, so halbiert sich sein Anteil an den Gesamtkosten auf unter 5%.

Die Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung wiesen damit im Jahr 2002 durchwegs als tief zu beurteilende administrative Kosten auf, was auf schlanke Organisation und effiziente Administration deuten lässt. Musub profitiert möglicherweise von der Geschäftsstelle des Blauen Kreuzes Baselland, ebenso wie Dropln und StepOut durch die Geschäftsstelle der SRB von etlichen Aufgaben entlastet werden.

⁹⁴ Der gesamte Aufwand des Vereins fsg von Fr. 21'779 ist im Aufwand der Einrichtung Frauen-Oase enthalten.

Der im Vergleich unterdurchschnittliche administrative Aufwand der A&SB erklärt sich durch die nicht umgelegten Verwaltungskosten von Sanitäts- und Finanzdepartement⁹⁵, der Gesamteindruck wird dadurch positiv verzerrt.

So erfreulich diese tiefen administrativen Kosten sind, so wenig Sparpotential bleibt innerhalb der einzelnen Administration. Einsparungen müssten mit grosser Wahrscheinlichkeit in allen Einrichtungen mit Leistungsabbau oder Qualitätsverlust bezahlt werden. Einzige Alternative dazu besteht in der Zusammenlegung von Einrichtungen, um über die Optimierung der Betriebsgrösse und der Schaffung von Synergien zumindest mittel- und langfristig Mittel einsparen zu können (Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 2.3.5 / Betriebswirtschaftliche Effizienz der Leitungsstrukturen).

Raumkosten

Die Höhe der Raumkosten sind vor allem bei Musub zu hinterfragen. Verglichen mit der A&SB war der Raumaufwand von Musub 2002 dreimal höher, obwohl sie nur 30% der Vollzeitstellen der A&SB auswies. Da ab einer bestimmten Betriebsgrösse ein linearer Zusammenhang zwischen Anzahl Stellen und Platzbedarf angenommen werden kann, können die Raumkosten pro Vollzeitstelle als relative Grösse direkt zwischen den Beratungsstellen verglichen werden. A&SB sowie das StepOut mit unter 9'000 Franken pro Vollzeitstelle markierten im Jahr 2002 die untere Grenze. Das DropIn lag mit rund 11'000 Franken knapp unter dem Durchschnitt von 12'300 Franken, das Blaue Kreuz mit 13'500 leicht darüber. Die Musub mit über 20'000 Franken pro Vollzeitstelle sollte entweder die Höhe der Miete oder die Grössenverhältnisse ihrer Räumlichkeiten auf ihre Eignung überprüfen (schlechte Auslastung). Falls sie aber ihre Kapazitäten in den folgenden Jahren weiter ausbaut, werden sich die Raumkosten/Vollzeitstelle entsprechend vermindern. Auch der Raumaufwand der Frauen-Oase war 2002 in Anbetracht der beschränkten Platzverhältnisse im Verhältnis eher hoch (Fr. 2'870 / Monat). Diese Einrichtung hat aber inzwischen gezügelt, so dass sich die Situation heute möglicherweise günstiger präsentiert.

4.4.4 Abschreibungen und Rückstellungen

Rund 4% der Ausgaben der sechs hier betrachteten Einrichtungen entfiel 2002 auf Abschreibungen (1%) und Rückstellungen (3%).

Abschreibungen

Abschreibungen werden auf Einrichtungen, Mobiliar und sonstigen Anlagewerten vorgenommen und sind in ihrer Höhe weitgehend durch die Steuergesetzgebung vorgegeben. Die fehlenden Abschreibungen bei Musub erklären sich weitgehend durch das „inexistente“ Anlagevermögen (äusserst bescheidene und dadurch kostengünstig erworbene Büroeinrichtung an der Nauenstrasse). Bei der A&SB sind Abschreibungen ebenfalls nicht enthalten, da diese Kosten zentral beim Sanitätsdepartement anfallen und nicht umgelegt werden.

Rückstellungen

Rückstellungen werden von den meisten Einrichtungen als Liquiditäts- oder sonstige Reserve sowie für aufgeschobene oder anstehende Investitionen geäuft. Auch die Rückstellung in der Höhe von mind. drei Monatslöhnen für den gesamten Personalbestand ist die Regel, um im Fall einer Betriebsauflösung die gesetzliche Lohnfortzahlungspflicht erfüllen zu können. Dies entspricht einem verantwortungsvollen und vorausblickenden Geschäftsgebaren.

Auch subventionierte Einrichtungen müssen Rückstellungen bilden können, wenn dies der Geschäftsverlauf erlaubt. Bei einer grossen oder vollständigen Abhängigkeit von staatlichen Geldern ist die Äufnung von Reserven durch den Kanton sogar aktiv zu unterstützen. Andernfalls führen grössere unvorhergesehenen Ausgaben zu existentiellen Liquiditätsproblemen, die dann zulasten des Verwaltungsbudgets des Sanitätsdepartements mit unverhältnismässig hohem administrativem Aufwand⁹⁶ bereitgestellt werden müssen.

⁹⁵ Der tatsächliche Administrative Aufwand der A&SB ist beträchtlich höher als hier angegeben, denn bei einer Vollkostenrechnung müsste zusätzlicher Verwaltungsaufwand umgelegt werden. Seitens des Sanitätsdepartements müssten beispielsweise der Aufwand für Buchhaltung, Versicherungen (Sach- und Haftpflichtversicherungen) sowie geldwerte Leistungen der Gesundheitsdienste und des Departementsekretariats (Administration, Führung) auf die entsprechenden Kostenstellen der A&SB umgelagert werden, seitens des Finanzdepartements fallen hier vor allem die Kosten für Infrastruktur-Leistungen im EDV-Bereich und Informatik-Support an (Zentrale Informatik Dienste).

⁹⁶ Je nach Sachlage ist für Zusatzkredite die Bewilligung des Regierungsrates und des Grossen Rates einzuholen.

Teil D

5 Kennziffern und betriebswirtschaftliche Kennzahlen

5.1 Einleitung

In den vorhergehenden Teilen B und C wurden die Institutionen, ihre Klientel sowie die finanziellen Verhältnisse der Beratungsstellen für das Jahr 2002 ausführlich beschrieben. Damit wurden die Voraussetzungen geschaffen, um in diesem Teil D eine Reihe von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen zu erarbeiten. Die Resultate lassen Aussagen über die Effizienz des Ressourceneinsatzes der Einrichtungen zu. Im Vordergrund soll dabei nicht die Detailanalyse der einzelnen Institution stehen, sondern der vergleichende Blick im Sinne eines Benchmarking⁹⁷. Ziel soll sein, durch diese vergleichende Betrachtung auf Unterschiede zwischen den Einrichtungen aufmerksam zu werden, um so neue Fragestellungen zu formulieren. Diese sollen ihrerseits weitere Prozesse auslösen (dürfen).

Als Ausgangspunkt dieser Analyse war die Frage zu beantworten, wer und was miteinander verglichen werden soll. Der Vergleich sollte wie gesagt nicht innerhalb der Einrichtungen (internes Benchmarking), sondern zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen erfolgen (externes Benchmarking). Es wurden dabei – bedingt durch die Anlage dieser Bestandesanalyse – mehr quantitative Vergleiche anhand von bestimmten Kennzahlen als qualitative Vergleiche von Prozessen und Wirkungsmechanismen vorgenommen. Die in diesem Kapitel beschriebenen Vergleiche könne also als extern-quantitatives Benchmarking bezeichnet werden⁹⁸.

Die Aussagekraft dieses extern-quantitativen Benchmarkings vermag zur Beschreibung der qualitativen Leistungen der fünf hier betrachteten Beratungsstellen nur einen geringen Beitrag zu erbringen, denn quantitative Kennzahlen per se sagen wenig über die tatsächlich erbrachten Leistungen und erst recht nichts über ihre Wirkungen aus.

Für die vier Substitutionseinrichtungen wurden die finanziellen Verhältnisse nicht beschrieben, sie können daher in diesem Kapitel nicht berücksichtigt werden (Vgl. dazu Kapitel 4.1). Ebenso wird die Frauen-Oase für diese Vergleiche aussen vor gelassen, da sie sich aufgrund ihres Leistungsangebots und ihrer Klientenstruktur doch wesentlich von den anderen fünf Beratungsstellen A&SB, Dropln, Musub, Blaues Kreuz und StepOut unterscheidet und die Gesamtbetrachtung verzerren würde.

Da der tatsächliche Gesamtaufwand der A&SB 2002 beträchtlich höher war als hier angegeben (Vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 4.4.1 sowie Fussnote 95), fallen die berechneten finanziellen Kennzahlen der A&SB in diesem Kapitel zu positiv aus (je nach Fragestellung zu tief oder zu hoch), wodurch die anderen Beratungsstellen im Vergleich jeweils „zu schlecht“ erscheinen. Es wird an entsprechender Stelle darauf hingewiesen.

⁹⁷ Benchmarking bedeutet im weiteren Sinne Lernen von „besten Ideen und Lösungen“. Wie viele andere Management- und Steuerungsinstrumente entspringt das Benchmarking industriellen bzw. privatwirtschaftlichen Konzepten. Dieses Instrument setzt darauf, durch Vergleiche zwischen Einrichtungen herauszufinden, wo innerhalb der Organisationen Verbesserungspotenziale bestehen und wie diese ausgeschöpft werden können. Mittlerweile gehört Benchmarking in der Privatwirtschaft zu einem der wichtigsten Instrumente der Standortbestimmung und der Optimierung von Unternehmen. Zunehmend wird Benchmarking heute auch in der öffentlichen Verwaltung und im Non-Profit-Bereich eingesetzt. Die Stärken des Benchmarkings kommen dann zum Ausdruck, wenn es die klassischen Steuerungsinstrumente systematisch ergänzt. Benchmarking kann insbesondere organisatorisches Lernen unterstützen und hilft, auf Erfahrungen anderer aufzubauen.

⁹⁸ Ziel eines solchen extern-quantitativen Benchmarkings ist die Ermittlung von Verbesserungspotenzialen, also Ansatzpunkte zu identifizieren, wo es sich aufgrund des Vergleichs zu lohnen scheint, genauer hinzusehen. Mit dem Vergleich existierender Kennzahlen lässt sich daher ein Massstab zur ersten Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit bilden. Eine solche Standortbestimmung kann allerdings noch nichts darüber aussagen, welche Qualität der Leistungen vorliegt, welche Gründe für die Leistungen verantwortlich sind, wie Leistungen anders organisiert werden könnten oder welche Ansatzpunkte für grundsätzliche Veränderungen und Verbesserungen existieren. Sie kann den Beratungsstellen allenfalls ergänzende Hinweise zu möglichen Verbesserungspotenzialen bieten.

5.2 Betriebsergebnis, Überschuss und Defizit

Werden über alle fünf Beratungsstellen die Einnahmen den Ausgaben gegenüber gestellt, so resultierte 2002 insgesamt ein Defizit von gut 13'650 Franken oder rund 2'700 Franken pro Einrichtung.

Die A&SB wies dabei als einzige Beratungsstelle ein ausgeglichenes Betriebsergebnis aus, da ihr Aufwand nach Abzug der Beiträge aus dem Alkoholzehntel vollumfänglich über das ordentliche Verwaltungsbudget der Gesundheitsdienste des Sanitätsdepartements Basel-Stadt abgedeckt ist. Sie verzerrt dadurch den Durchschnitt der privatwirtschaftlich operierenden Einrichtungen. Wird aus diesem Grund die A&SB nicht in die Berechnung des Durchschnitts miteinbezogen, so resultierte 2002 für die Einrichtungen mit privater Trägerschaft isoliert betrachtet ein höheres durchschnittliches Defizit von neu rund 3'400 Franken.

Tabelle 16: Übersicht über das Betriebsergebnis 2002, in Franken

Absolute Werte pro Einrichtung, Summe und Durchschnitte (Einrichtungen=5)

	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	StepOut	Summe	Mittelwert n=5	Median n=5
Total Einnahmen 2002	1'563'510	779'100	631'333	572'548	545'876	4'092'367	818'473	631'333
Total Ausgaben 2002	1'563'510	793'814	618'712	680'906	449'079	4'106'021	821'204	680'906
Betriebsergebnis 2002	0	-14'714	12'621	-108'358	96'797	-13'654	-2'731	0

Doch auch der ermittelte Durchschnitt von minus 2'731 Franken zeichnet ein falsche Bild der Realität, denn von den betrachteten fünf Einrichtungen erwirtschafteten tatsächlich nur deren zwei im Jahr 2002 ein Defizit: Das Blaue Kreuz wies in seinem Jubiläumsjahr einen massiven Fehlbetrag in der Höhe von fast 16% seiner Ausgaben oder 19% seiner Einnahmen auf und treibt damit den Durchschnitt nach oben, während das Defizit vom DropIn mit knapp 2% des Jahresumsatzes als unbedenklich bezeichnet werden kann.

Die Musub wies eine positive Rechnung mit leichtem Überschuss auf und konnte Rückstellungen bilden. Das StepOut erwirtschaftet für 2002 sogar einen beträchtlichen Überschuss. Selbst wenn die vom StepOut im Jahr 2002 gebildeten Reserven mit den im selben Jahr aufgelösten Reserven verrechnet werden, bleibt immer noch ein ungewöhnlich hoher Einnahmeüberschuss in der Höhe von gut 92'000 Franken oder 17% des Jahresumsatzes übrig.

5.3 Kostenrechnung pro Vollzeitstelle

Wie teuer ist ein Arbeitsplatz, was kostet die Betreuung einer Klientin die Einrichtung insgesamt? Diese Fragen gewinnen im Dienstleistungssektor besondere Bedeutung, besteht doch der Grossteil des Aufwandes aus Personalkosten. Arbeitskraft wird damit zur bedeutendsten Ressource. Wie bereits in Kapitel 4.4.2 ausgeführt betrug 2002 bei den hier betrachteten Beratungsstellen der Anteil der Personalkosten am Gesamtaufwand zwischen 88% (A&SB) und 65% (Blaues Kreuz).

5.3.1 Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle

Wird der finanzielle Gesamtaufwand (Ausgaben gemäss Tabelle 15, Seite 51) auf die Anzahl Vollzeitstellen⁹⁹ jeder Einrichtung umgebrochen, so resultierten im Jahr 2002 für Musub und Blaues Kreuz mit rund 160'000 Franken pro Vollzeitstelle der höchste und für die A&SB mit rund 131'000 Franken der tiefste finanzielle Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle und Jahr¹⁰⁰. Das StepOut lag genau im Durchschnitt von knapp 150'000 Franken pro Vollzeitstelle, das DropIn mit gut 144'000 Franken Kosten pro Stelle 3,5% darunter.

⁹⁹ Anzahl Vollzeitstellen am Stichtag vom 31.12.2002. Personalfluktuationen während des Jahres 2002 können die errechneten Durchschnittswerte verfälschen. Waren während des Jahres 2002 vorübergehend mehr Personen resp. insgesamt mehr Stellenprozente unter Vertrag als zum Stichtag vom 31.12.2002, so sind die ausgewiesenen Kosten pro Vollzeitstelle leicht zu hoch. Waren umgekehrt während 2002 vorübergehend weniger Stellenprozente unter Vertrag, so sind die ausgewiesenen Kosten leicht zu tief. Der Einfluss der Personalfluktuat auf die gesamten Personalkosten dürfte aber in jedem Fall vernachlässigbar bleiben.

¹⁰⁰ Ohne den Verwaltungsaufwand von Sanitäts- und Finanzdepartement. Der tatsächliche Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle der A&SB war 2002 also höher als hier angegeben.

5.3.2 Vollkosten eines Arbeitstages oder einer Arbeitsstunde

Wird der Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle auf die insgesamt 2'087 Sollstunden pro Jahr¹⁰¹ umgelegt, resultieren die theoretischen Kosten einer Arbeitsstunde. Multipliziert mit 8,2 Stunden Arbeitszeit pro Tag (bei einer 42-Stunden Woche) ergeben sich folglich die theoretischen Gesamtkosten eines/r jeden Angestellten pro Arbeitstag. Die nachstehende Tabelle 17 gibt die Übersicht über diese Kennziffern.

Tabelle 17: Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle, pro Arbeitstag und -stunde 2002, in Franken
Absolute Werte pro Einrichtung und arithm. Durchschnitt (Einrichtungen=5)

	¹⁰² A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	StepOut	Mittelwert n=5
Total Ausgaben 2002	1'563'510	793'814	618'712	680'906	449'079	821'204
Anzahl Vollzeitstellen	11.9	5.5	3.8	4.25	3	6
GA pro Vollzeitstelle und Jahr	131'387	144'330	162'819	160'213	149'693	149'688
GA pro Vollzeitstelle und Arbeitstag	516	567	640	629	588	588
GA pro Vollzeitstelle und Stunde	63	69	78	77	72	72

Die Kennzahlen Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle und Arbeitstag sowie Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle und Arbeitsstunde sind von den interessantesten Kennziffern überhaupt und sollten den Führungskräften und allen MitarbeiterInnen der Beratungsstellen in ihrer Bedeutung bewusst gemacht werden. Sie geben im Rahmen einer Vollkostenrechnung die unmittelbaren Kosten an, die für jeden Arbeitstag und jede Arbeitsstunde eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin anfallen und welche von der Einrichtung resp. der Trägerschaft finanziert werden muss. Diese Kosten fallen an unabhängig davon, ob gearbeitet wird oder was und wie gearbeitet wird (!)

So kostete 2002 jeder Krankheitstag, jeder Weiterbildungstag oder jeder Tag Militärdienst die A&SB resp. das Sanitätsdepartement unter dem Strich mindestens 516 Franken pro MitarbeiterIn. So verursachte beispielsweise im Jahr 2002 jede Stunde Teamsitzung im DropIn durchschnittliche Gesamtkosten von rund 380 Franken oder im Blauen Kreuz 327 Franken (falls alle daran teilnahmen). Jedes einstündige Telefonat verursachte rückblickend für 2002 in der Musub Vollkosten von 78 Franken.

Das Blaue Kreuz und Musub fallen mit im Vergleich überdurchschnittlich hohen Vollkosten auf. Die Beratungsstellen der Suchthilfe Region Basel SRB liegen genau im Durchschnitt 2002 oder leicht darunter.

5.3.3 Personalkosten pro Vollzeitstelle

Die Musub wies für 2002 auch bei den Personalkosten pro Vollzeitstelle mit fast 119'000 Franken den höchsten Wert auf. Die Ausgaben für Löhne, Lohnnebenkosten sowie Weiterbildung zusammengefasst lagen 17% über den tiefsten Personalkosten, welche das StepOut aufwies, und 8% über dem Durchschnitt von 109'400 Franken Personalkosten pro Vollzeitstelle. Von den restlichen Beratungsstellen lag noch die A&SB über dem Durchschnitt (+5%), alle anderen Einrichtungen wiesen unterdurchschnittliche Personalkosten pro Vollzeitstelle aus. Das Blaue Kreuz lag mit seinen Personalkosten rund 7% unter dem Durchschnitt und 14% unter den Personalkosten der Musub und wies damit die tiefsten Personalkosten und die tiefsten durchschnittlichen Löhne aus¹⁰³.

¹⁰¹ Die theoretische Arbeitszeit betrug 2002 in der kant. Verwaltung Basel-Stadt pro Vollzeitstelle 2'087 Sollstunden (Ferien und Feiertage abgezogen). Das wäre die Arbeitszeit (rund 255 Arbeitstage), an welchen ein/e MitarbeiterIn theoretisch arbeiten könnte, wären da nicht Krankheit, Militär, Hochzeiten und Beerdigungen, Fort- und Weiterbildungen und andere Absenzen resp. Fehlzeiten.

¹⁰² Ohne den Verwaltungsaufwand von Sanitäts- und Finanzdepartement. Der tatsächliche Gesamtaufwand pro Arbeitstag resp. pro Arbeitsstunde der A&SB war 2002 also sicher höher als hier angegeben.

¹⁰³ Dieses Ergebnis kontrastiert mit den Aussagen der Musub im Interview, ihre MitarbeiterInnen fühlten sich durch tiefe Löhne demotiviert. Entweder existiert eine extrem schiefe Verteilung der Lohnhöhe innerhalb des Teams oder aber sie fühlen sich im Verhältnis zur Ausbildung unterbezahlt. Es ist aber gemäss unseren Berechnungen so, dass die Musub – nur die reinen Lohnkosten betrachtet – für 2002 die höchsten Durchschnittslöhne aufwies, immer vorausgesetzt die im Fragebogen angegebenen Stellenprozente galten für das ganze Jahr 2002. Schwankungen würden hingegen zu einer Fehlinterpretation des Ergebnisses führen: wurden die Stellenprozente im Verlaufe des Jahres 2002 auf die angegebene Anzahl reduziert, so wären die hier gewonnenen Resultate zu hoch. Wurden hingegen die Stellenprozente innerhalb von 2002 aufgestockt, so wären die hier errechneten Löhne sogar zu tief.

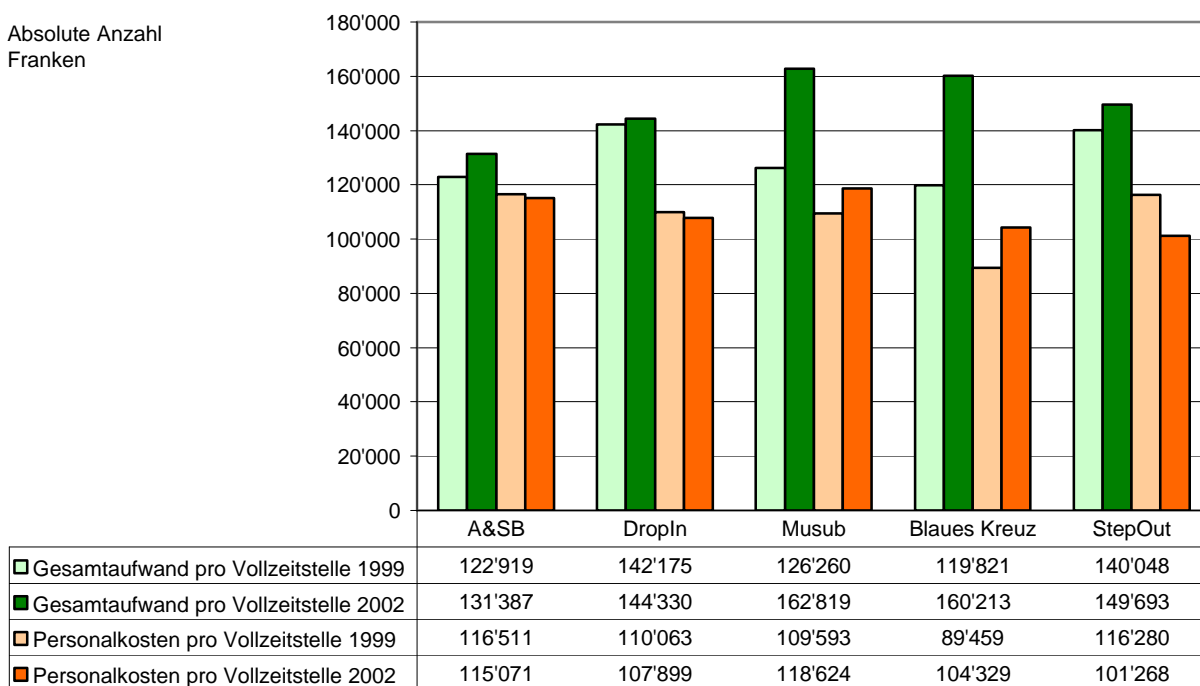
Abgesehen von Musub lagen alle Beratungsstellen privater Trägerschaften mit den Personalkosten pro Vollzeitstelle und mit den Lohnkosten und Lohnnebenkosten (bei einer Vollkostenrechnung deutlich) unter den Werten der A&SB. Sie erfüllen damit die Bedingung des Subventionsgesetzes welche besagt, dass Löhne, Sozialleistungen und weitere Anstellungsbedingungen des Personals subventionierter Einrichtungen insgesamt nicht besser sein dürfen als für das Personal der kantonalen Verwaltung in vergleichbarer Stellung¹⁰⁴.

Verglichen mit der Situation von 1999 hat der durchschnittliche Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle von rund 130'000 Franken um 15% auf rund 150'000 Franken für das Jahr 2002 zugenommen. Von diesem Wachstum der Totalausgaben waren alle Beratungsstellen betroffen.

Zwischen 1999 und 2002 haben die Personalkosten pro Vollzeitstelle bei Musub und Blauem Kreuz zugenommen, während sie bei A&SB, Dropln und StepOut abgenommen haben. Im Durchschnitt nahmen die Personalkosten pro Vollzeitstelle jedoch nur minimal um 3% zu, wodurch der Zuwachs der Gesamtausgaben vor allem in der Zunahme des Sachaufwands der Beratungsstellen begründet liegen muss.

Die Abbildung 23 gibt eine Übersicht über die Veränderungen von Gesamtaufwand pro Vollzeitstelle und Personalkosten pro Vollzeitstelle in den einzelnen Einrichtungen.

Abbildung 23: Gesamtaufwand und Personalaufwand pro Vollzeitstelle, Vergleich 1999 zu 2002 in Franken
Absolute Werte in Franken (Ges.aufwand 99/02=3,6/4,1 Mio., Pers.kosten 99/02=3,1/3,2 Mio., Stellen 99/02=31/28)



¹⁰⁴ Vgl. Subventionsgesetz §7 Abs.2: „Sind die Anstellungsbedingungen des Subventionsempfängers für sein Personal gesamthaft besser als diejenigen für vergleichbare Tätigkeiten in der kantonalen Verwaltung, so werden der Subventionsbemessung höchstens die Anstellungsverhältnisse des Staatspersonals zugrunde gelegt.“ Vgl. dazu auch Fussnote 63.

5.4 Betreuungsverhältnis und Betreuungsintensität

5.4.1 Anzahl KlientInnen pro Vollzeitstelle

Werden die Vollzeitstellen mit der Anzahl betreuter KlientInnen¹⁰⁵ ins Verhältnis gebracht, können beschränkte Aussagen über die Betreuungsintensität in den einzelnen Einrichtungen gemacht werden. Das lässt jedoch keine Rückschlüsse auf die sog. Arbeitsproduktivität zu, da die Arbeitsqualität und die Wirkung der Arbeit hier nicht mit berücksichtigt werden kann.

Im Durchschnitt der hier betrachteten Beratungsstellen wurden innerhalb des Jahres 2002 rund 86 KlientInnen pro Vollzeitstelle betreut, wobei die Bandbreite von 34 KlientInnen (StepOut) bis 135 KlientInnen pro Vollzeitstelle (DropIn) reichte.

Tabelle 18: Anzahl KlientInnen pro Vollzeitstelle und aufgewendete Arbeitszeit 2002

Absolute Werte und arithm. Durchschnitt (Sollstunden/Jahr=59'375, Total gearbeitete Std./Jahr=43'415)

	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	StepOut	Mittelwert n=5
Anzahl Vollzeitstellen	11.9	5.5	3.8	4.25	3.0	5.7
KlientInnen pro Einrichtung	830	745	450	318	101	489
KlientInnen pro Vollzeitstelle	70	135	118	75	34	86
effektiv gearbeitete Zeit pro KlientIn (Std./Jahr)	22	11	13	20	45	22

5.4.2 Gesamthaft eingesetzte Arbeitszeit pro KlientIn

Bei einer angenommenen effektiv gearbeiteten Jahresarbeitszeit von 1'526 Stunden pro Vollzeitstelle (bei theoretisch 2'087 Sollstunden pro Jahr) wurden während des ganzen Jahres 2002 durchschnittlich pro KlientIn 22 Stunden effektive Arbeitszeit in jeder Einrichtung eingesetzt¹⁰⁶, wobei zwei Einrichtungen insgesamt mehr als 22 Stunden einsetzten, die anderen drei Einrichtungen weniger.

Am wenigsten Arbeitszeit pro KlientIn und Jahr wurde beim DropIn eingesetzt (11 Std.), was durchaus mit dem überdurchschnittlich hohen Anteil an Kurzkontakten korrespondiert¹⁰⁷. Am meisten Arbeitszeit pro KlientIn wies im Jahr 2002 das StepOut aus (45 Std.).

Diese insgesamt eingesetzte Arbeitszeit pro KlientIn und Jahr ist ein rein theoretischer Wert, da niemals alle MitarbeiterInnen und schon gar nicht die gesamte Arbeitszeit für Klientenarbeit eingesetzt werden kann¹⁰⁸. Dennoch zeigt dieser Wert auf, wie viel zeitliche Ressourcen in jeder Institution insgesamt pro KlientIn eingesetzt werden müssen, um den gesamten Betrieb funktionsfähig zu halten und die Bereitstellung des Dienstleistungsangebots zu garantieren. Dazu gehört die effektiv klientenbezogene Arbeitszeit genauso wie der sogenannte „Overhead“.

Der „Overhead“ ist diejenige für jeden Betrieb unabdingbare Arbeitszeit, welche nebst Fort- und Weiterbildung des Personals für die Sicherung der Struktur- und Prozessqualität erbracht werden muss. Dazu gehören unter anderem Konzeptarbeit, Projektentwicklung, nicht fallbezogen Vernetzung und Gremienarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation, Supervision, Fort- und Weiterbildung, Leitungstätigkeit, Büro- und Verwaltungsarbeiten, etc..

Die Effizienz und Effektivität bei der Bereitstellung dieses „Overheads“ bestimmt jedoch letztlich, wie viel Arbeitszeit für mittelbar und unmittelbar klientenbezogene Arbeit übrigbleibt (!)

¹⁰⁵ Als durchschnittliche Anzahl KlientInnen pro Einrichtung wurde die Anzahl der gesamthaft im Jahr 2002 betreuten KlientInnen genommen (inkl. Kurzkontakte).

¹⁰⁶ Es sind dabei alle MitarbeiterInnen eingeschlossen, ungeachtet ihrer Funktion und der effektiven direkten Betreuungsarbeit mit Klientel. Es wird dabei von der Überlegung ausgegangen, dass unter dem Strich alle MitarbeiterInnen für den reibungslosen Betrieb der Einrichtungen zuständig sind.

¹⁰⁷ Vgl. dazu Kapitel 3.2.2

¹⁰⁸ Vgl. dazu Kapitel 2.3.2

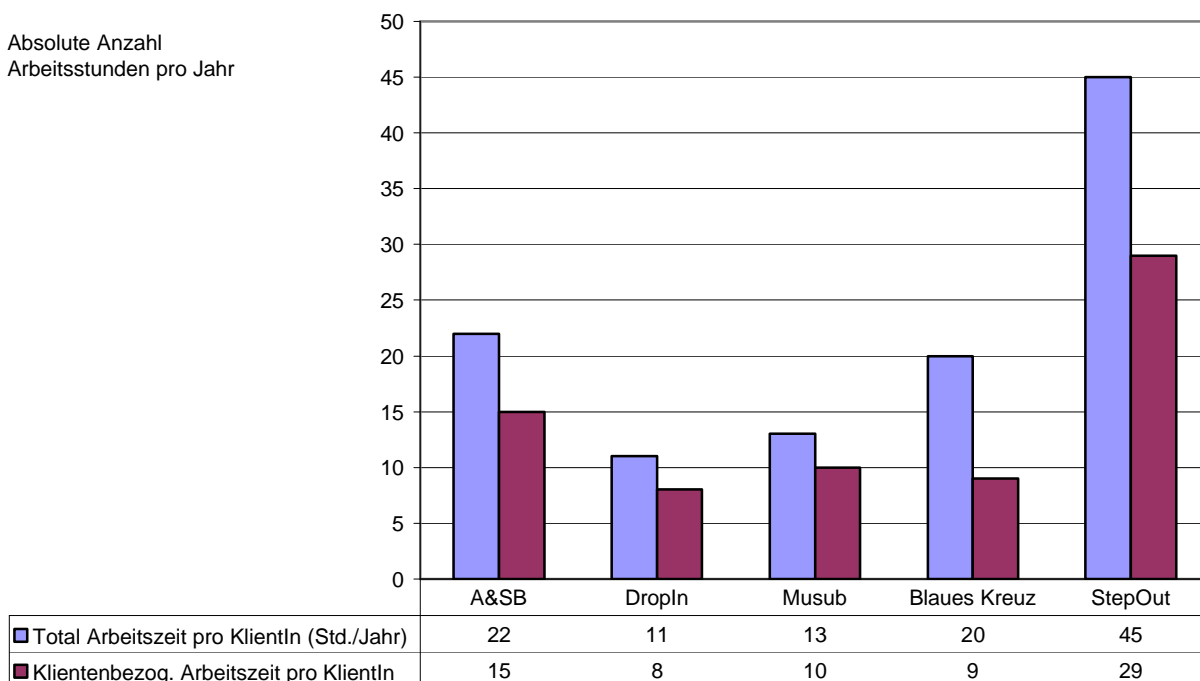
5.4.3 Mittelbar und unmittelbar kundenbezogene Arbeitszeit pro KlientIn

Im folgenden wird die total aufgewendete Arbeitszeit pro KlientIn und Jahr aus Tabelle 18 (Seite 59) mit dem Faktor der (durchschnittlich) für kundenbezogene Leistungen aufgewendeten Arbeitszeit aus Tabelle 5 (Seite 10) gewichtet. Das Resultat ist die effektiv aufgewendete kundenbezogene Arbeitszeit pro KlientIn und Jahr.

Es wurden 2002 durchschnittlich 14 Stunden Arbeitszeit pro KlientIn aufgewendet. Das heisst, es entfielen 2002 im Durchschnitt 135 KlientInnen auf jede für kundenbezogene Leistungen eingesetzte Vollzeitstelle.

Für jede Einrichtung hat diese Gewichtung aufgrund der unterschiedlichen Anteile der kundenbezogenen Arbeitszeit am Total der Arbeitsleistung leicht unterschiedliche Auswirkungen. Die nachfolgende Abbildung stellt die total gearbeiteten Stunden pro KlientIn den ausschliesslich für Klientenarbeit aufgewendeten Arbeitsstunden gegenüber.

Abbildung 24: Vergleich Zeitaufwand pro KlientIn und Jahr, gesamte und kundenbezogene Arbeitszeit
Arithm. Durchschnitte pro Einrichtung (Total gearb. Std./Jahr=43'415, Klientenbez. Std.=28'834, KlientInnen=2'444)



Diese theoretische Berechnung der Betreuungsintensität aufgrund der dargestellten Kennzahlen Gesamtarbeitszeit pro KlientIn und Klientenbezogene Arbeitszeit pro KlientIn kann selbstredend die Realität in den einzelnen Einrichtungen nicht ausreichend beschreiben, zu viele Faktoren bleiben unberücksichtigt. Selbst die gewichteten Werte in Abbildung 24 sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die prozentualen Anteile der mittelbar und unmittelbar für kundenbezogene Leistungen aufgewendeten Arbeitszeit an der Gesamtarbeitszeit Schätzwerte der Einrichtungen sind und nur einen Teil der Einflussfaktoren erklären können. Gleichwohl entbehren die Resultate nicht einer gewissen Plausibilität und können daher sehr wohl Grössenordnungen und Trends aufzeigen. So korreliert der niedrige Wert des Dropln mit seinem hohen Anteil an Kurzkontakten.

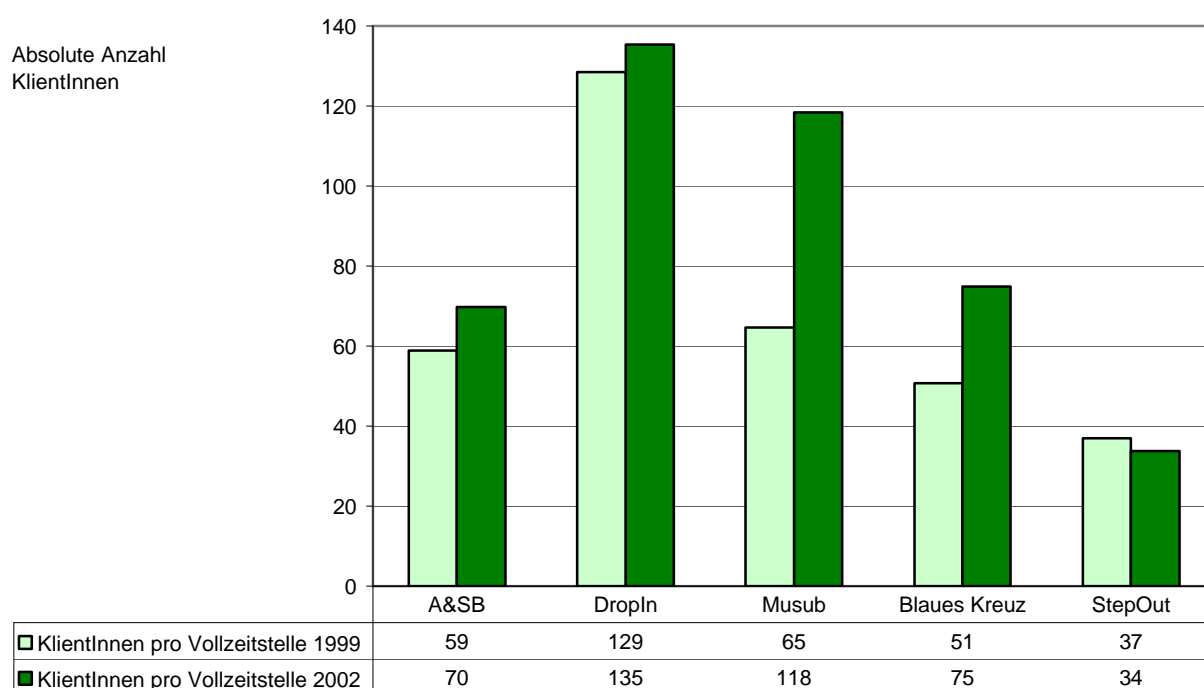
Auch dass das StepOut mit hauptsächlich zeitintensiver Nachsorge mehr Zeit pro KlientIn aufzuwenden hat als alle anderen Einrichtungen macht durchaus inhaltlich Sinn. Ob es allerdings doppelt soviel Zeit sein muss wie beispielsweise in der A&SB oder gar beinahe viermal soviel wie im Dropln könnte nur eine exakte quantitative Analyse der Leistung unter Einbezug aller qualitativen Aspekte bestätigen oder widerlegen.

Allerdings hat das StepOut im Interview durchaus eingeräumt, in der Vergangenheit eher zu lange Beratungsgespräche geführt zu haben und die durchschnittlich aufgewendete Arbeitszeit pro KlientIn mit kürzeren Beratungsgesprächen tendenziell senken zu wollen (was gemäss Aussagen im Interview anscheinend bereits erfolgreich umgesetzt wird). Die Klientenstatistik 2003 wird möglicherweise bereits andere Verhältnisse ausweisen.

Im Vergleich mit dem Jahr 1999 hat in den letzten 3 Jahren in den meisten Einrichtungen das Betreuungsverhältnis – ausgedrückt in Anzahl KlientInnen pro Vollzeitstelle – zugenommen. Im Durchschnitt betrug diese Zunahme pro Einrichtung relativ 27%, was einer absoluten Zunahme von 68 auf 86 KlientInnen pro Vollzeitstelle entspricht. Diese Zunahme ist weitgehend auf das Wachstum der Klientenzahlen zurückzuführen (+26%), während die zur Verfügung stehenden Stellenprozente nur unwesentlich abnahmen (-2,6%).

Abbildung 25: KlientInnen pro Vollzeitstelle, Vergleich 1999 zu 2002

Absolute Werte (KlientInnen 99/02=1'934/2'444, Stellen 99/02=27.7/28.5, Einrichtungen=5)



Die grösste Zunahme der Betreuungsintensität fand bei Musub statt, was sich weitgehend durch den Umstand erklären dürfte, dass diese Einrichtung 1999 erst das zweite Betriebsjahr durchlief. In einer Gründerphase sind überdurchschnittliche Fortschritte bezüglich Effizienz und Effektivität in allen Arbeitsbereichen eher zu erwarten. Musub tritt nun in eine Konsolidierungsphase, wodurch weitere (Fort-) Schritte weniger „stürmisch“ erfolgen werden.

Für eine Interpretation der deutlichen Zunahme der Betreuungsintensität beim Blauen Kreuz sowie für die atypische Abnahme beim StepOut fehlen erklärende Hintergrundinformationen.

Unterstellt man eine über die Jahre gleichbleibende oder aufgrund von Weiterbildung und Erfahrungsgewinn allenfalls sogar verbesserte Qualität der Arbeit, so bedeutet diese Zunahme der Betreuungsintensität eine deutliche Effizienzsteigerung der Beratungsstellen in ihrer Arbeit. Mit anderen Worten hat die sogenannte Arbeitsproduktivität deutlich zugenommen. Ohne tieferegreifende Analyse und aufgrund der fehlenden Vergleichsdaten kann an dieser Stelle aber nicht gesagt werden, in welchem Arbeitsbereich (ob beispielsweise bei der mittelbar oder bei der unmittelbar klientenbezogenen Arbeit) diese Produktivitätssteigerung stattgefunden hat.

5.5 Kostenrechnung pro KlientIn

Werden nun die Ergebnisse von Kapitel 5.3 und 5.4 miteinander kombiniert und der Gesamtaufwand pro Einrichtung auf die Anzahl total betreuten KlientInnen aufgeteilt, so ergeben sich die Totalkosten pro KlientIn. Auch diese Berechnungen erlauben in erster Linie eine quantitative Interpretation, die zwar plausibel sein kann, letztlich aber durch eine qualitative Analyse bestätigt werden müsste.

5.5.1 Gesamtaufwand pro KlientIn

Im Durchschnitt über die fünf Beratungsstellen wurden 2002 fast 2'200 Franken pro KlientIn aufgewendet. Am wenigsten Gesamtkosten verursachten die KlientInnen im Dropln, am meisten im StepOut, welches als einzige Institution einen überdurchschnittlichen Gesamtaufwand pro KlientIn aufwies. Das StepOut verbuchte insgesamt rund viermal mehr Aufwand pro KlientIn und Jahr als das Dropln und doppelt soviel wie das Blaue Kreuz.

Tabelle 19: Gesamtaufwand pro KlientIn 2002, pro Jahr, pro Tag und pro Stunde, in Franken

Absol. Werte und Durchschnitte (Gesamtaufwand=4,1 Mio., Std./Jahr=43'415, Tage/Jahr=190, Klienten=2'444)

	¹⁰⁹ A&SB	Dropln	Musub	Blaues Kreuz	StepOut	Mittelwert n=5	Median n5
Gesamtaufwand pro KlientIn pro Jahr	1'884	1'066	1'375	2'141	4'446	1'884	1'884
Gesamtaufwand pro KlientIn pro Tag	10	6	7	11	23	11	10
Gesamtaufwand pro KlientIn pro Stunde	86	95	107	105	98	98	86

Dieser Gesamtaufwand pro KlientIn und Jahr aufgeteilt auf die effektiv aufgewendete Arbeitszeit ergibt den rechnerischen Stundenansatz, welcher bei einer Vollkostenrechnung pro KlientIn und Betreuungsstunde dem Kostenträger zu verrechnen wäre. Im Durchschnitt über alle Einrichtungen hätte im 2002 die Betreuungsstunde 98 Franken gekostet, im Maximum aber 107 Franken (Musub).

Im Gegensatz zum überdurchschnittlichen Gesamtaufwand pro KlientIn lag das StepOut nun beim Aufwand pro KlientIn und Betreuungsstunde mit 98 Franken genau im Durchschnitt aller Beratungsstellen. Das heisst, dass die hohe Zahl der pro KlientIn aufgewendeten Stunden den verhältnismässig hohen Gesamtaufwand pro KlientIn relativieren.

5.5.2 Personalkosten pro KlientIn

Werden anstelle des Gesamtaufwandes nur die Personalkosten zur Anzahl KlientInnen ins Verhältnis gesetzt, erhält man die durchschnittlichen Personalkosten der Einrichtungen pro betreute/n KlientIn. Im Durchschnitt über alle Einrichtungen betragen 2002 die gesamten Personalkosten 1'570 Franken pro KlientIn. Auch hier gelten die ähnlichen Verhältnisse innerhalb der Einrichtungen wie schon bei Betrachtung des Gesamtaufwandes pro KlientIn, einzig das Blaue Kreuz wies gegenüber dem Dropln nun tiefere Personalkosten aus.

Tabelle 20: Personalkosten pro KlientIn und pro Stunde 2002 in Franken

Absolute Werte und arithm. Durchschnitt (Personalkosten total=3,16 Mio., KlientInnen=1'934)

	¹¹⁰ A&SB	Dropln	Musub	Blaues Kreuz	StepOut	Mittelwert n=5
Personalkosten pro KlientIn pro Jahr	1'650	797	1'002	1'394	3'008	1'570
Personalkosten pro KlientIn pro Stunde	75	71	78	68	66	72

¹⁰⁹ Ohne den Verwaltungsaufwand von Sanitäts- und Finanzdepartement. Der tatsächliche Gesamtaufwand pro KlientIn war 2002 bei der A&SB also sicher höher als hier angegeben.

¹¹⁰ dito. Die tatsächliche Personalkosten pro KlientIn waren 2002 bei der A&SB also sicher höher als hier angegeben.

Die Personalkosten in Relation zur pro KlientIn aufgewendeten Arbeitszeit ergibt die reinen Personalkosten pro Betreuungsstunde. Bei dieser Betrachtung sticht nun das StepOut mit den tiefsten Kosten von 66 Franken pro Stunde und KlientIn hervor.

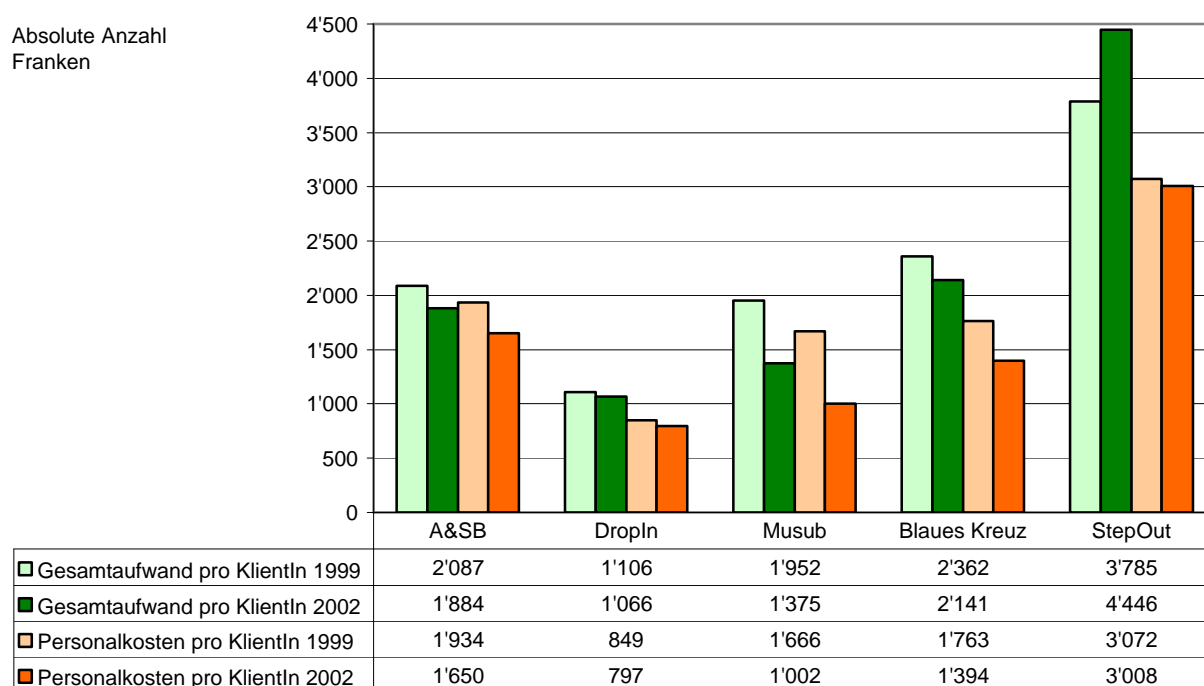
Während die A&SB weiter oben noch den tiefsten Gesamtaufwand pro Betreuungsstunde ausgewiesen hatte, lag sie bei den Personalkosten pro Betreuungsstunde über dem Durchschnitt aller Einrichtungen. Umgekehrt verhielt es sich beim Blauen Kreuz.

Die Musub hingegen wies sowohl beim Gesamtaufwand als auch bei den Personalkosten pro Betreuungsstunde den höchsten Wert aller Beratungsstellen auf und war somit 2002 die „teuerste“ Einrichtung, bezogen auf die umgelegten Kosten pro KlientIn. Es ist anzunehmen, dass die Musub aufgrund ihrer jungen Geschichte noch ein Optimierungspotential besitzt, um diese Kosten pro KlientIn noch zu senken. Eine allzu grosse Reduktion darf aber nicht erwartet werden, denn der hohe Anteil an PsychologInnen (50% aller Stellen) und die eher psychotherapeutische Ausrichtung der Einrichtung wirkt – vorsichtig ausgedrückt – sicher nicht kostendämpfend. Es wäre an dieser Stelle abzuklären, ob die PsychologInnen der Musub ihre Leistungen allenfalls im Delegationsverhältnis eines Arztes oder einer Ärztin erbringen könnten, dann wären unter Umständen Kosten durch die Krankenkassen abzurechnen. Damit würden zwar nicht die Kosten gesenkt, aber doch zumindest die Einnahmen der Musub erhöht.

In fast allen Einrichtungen haben Gesamtaufwand pro KlientIn und Personalkosten pro KlientIn in den letzten 3 Jahren abgenommen. Die Ausnahme bildet einzig das StepOut, wo zwar die Personalkosten pro KlientIn dem allgemeinen abnehmenden Trend folgen, die Gesamtausgaben pro KlientIn aber zugenommen haben.

Abbildung 26: Gesamtaufwand und Personalkosten pro KlientIn, Vergleich 1999 zu 2002

Absolute Werte (Klientel 99/02=1'934/2'444, Ges.aufwand 99/02=3,6/4,1 Mio., Personalkosten 99/02=3,1/3,16 Mio.)



Die durchschnittliche Abnahme pro Einrichtung beträgt beim Gesamtaufwand pro KlientIn rund 3%, bei den Personalkosten pro KlientIn sogar über 15%. Dies bedeutet bei unterstellter Konstanz der Arbeitsqualität, dass die Gesamtkostenproduktivität und die Personalkostenproduktivität – auch wenn die Begriffe in diesem Zusammenhang leicht befremdlich erscheinen mögen – in den Einrichtungen zugenommen haben.

Vereinfacht ausgedrückt heisst das, dass im Jahr 2002 gegenüber 1999 mit gleich viel eingesetztem Geld mehr KlientInnen betreut werden konnten oder, im Falle von konstanten Klientenzahlen, die Betreuung pro KlientIn im 2002 günstiger erbracht wurde als noch 3 Jahre zuvor.

5.6 Diskussion des Benchmarking

5.6.1 Nachteile des extern-quantitativen Benchmarking

Während der Vorteil des extern-quantitativen Benchmarkings wie gesehen in der Bereitstellung eines Massstabes zur Beurteilung der erbrachten Leistungen liegt, bestehen seine Schwierigkeiten und Nachteile auf Seiten der Bildung aussagefähiger Kennziffern in Bezug auf die Prozesse und Bedingungen, welche die Unterschiede auslösen. Gerade bei öffentlichen Dienstleistungen und Dienstleistungen sozialpolitisch ausgerichteter Non-Profit-Organisationen, die im Gegensatz zu privaten Dienstleistungen nicht direkt am Markt gehandelt werden, sind Informationen über Preis-/Leistungsverhältnisse nicht ohne weiteres verfügbar.

Im Vergleich zu industriellen Produkten ist häufig die Mitwirkung der KundInnen resp. der KlientInnen am sogenannten Leistungserstellungsprozess ein wesentliches Merkmal der Dienstleistung, was den direkten Vergleich der Arbeitsleistung zwischen den Einrichtungen zusätzlich erschwert.

Werden diese Grenzen berücksichtigt und mögliche Konsequenzen nicht vorschnell gezogen, so bildet das extern-quantitative Benchmarking dennoch einen möglichen Ausgangspunkt für den Einsatz weiterreichender Analysen und Steuerungsinstrumente. Im Sinne des Lernens kann ein Wettbewerb zwischen den Suchtberatungsstellen eine sinnvolle Rolle spielen, indem Anreize geschaffen werden, sich hinsichtlich ausgewählter Aspekte mehr anzustrengen. Wenn der Vergleich jedoch eher der externen Kontrolle und der Aufstellung von Ranglisten als der Identifizierung von Verbesserungspotenzialen dient, ist voraussichtlich kaum mit zählbaren Erfolgen zu rechnen.

5.6.2 Vorteile eines intern-qualitativen Benchmarking

Dem Risiko der mangelnden Akzeptanz aufgrund von Problemen der Vergleichbarkeit entgeht das intern-qualitative Benchmarking. Es setzt auf das Qualitätsmanagement, indem nach entsprechenden gemeinsamen Leitlinien Verbesserungsideen und -vorschläge entwickelt werden. Die entwickelten Verbesserungsvorschläge sowie die Umsetzungserfahrungen werden zwischen den beteiligten Einrichtungen systematisch ausgetauscht.

Das Benchmarking setzt in diesem Fall einen konstruktiven Wettbewerb um beste Ideen in der eigenen Organisation bzw. in vergleichbaren anderen Beratungsstellen in Gang. Im Unterschied zu den extern-qualitativen Ansätzen werden zunächst intern Verbesserungen entwickelt und nicht vorliegende externe Lösungen übernommen. Das intern-qualitative Benchmarking bildet damit so etwas wie eine Ideenbörse, bei der eigene Stärken mit denen anderer Einrichtungen verglichen, angepasst und weiterentwickelt werden. Es unterstützt einerseits die eigene Standortbestimmung im Wettbewerb mit anderen und liefert gleichzeitig Anregungen für weitere eigene Massnahmen.

Der Vorteil dabei ist eine sehr starke partizipativ mitarbeiterorientierte Ausrichtung. Die Nutzung und Förderung der Kompetenzen und guten Ideen der Beschäftigten minimiert Widerstände von vornherein. Durch den Vergleich werden nicht nur Erfahrungen systematisch ausgetauscht, sondern auch entsprechende Anreize geschaffen, die individuelle Kreativität zu fördern und bisherige Verhaltensweisen in Frage zu stellen. Auf diese Weise können stärker Selbststeuerungsmechanismen für Organisationsentwicklung genutzt werden, was vielfach erfolgsversprechender ist als die hierarchische Durchsetzung extern identifizierter bester Lösungen. Allerdings ist ein derartiges intern-qualitatives Benchmarking auch mit entsprechendem Zeitaufwand verbunden.

Verschiedene Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung des Kantons Basel-Stadt haben bereits – ob bewusst oder unbewusst – intern-qualitatives Benchmarking betrieben, indem sie sich beispielsweise in den letzten Jahren im Rahmen einer losen „Arbeitsgruppe Qualitätssicherung“ mehrfach ausgetauscht haben.

5.6.3 Lernen durch Benchmarking

Vorschnelle Urteile und als deren Folge vorschnelle Massnahmen, welche die unterschiedlichen Bedingungen der Leistungen der Suchtberatungsstellen nicht berücksichtigen, bieten den untersuchten Einrichtungen genügend Angriffspunkte zur Infragestellung und Zurückweisung des in dieser Bestandesanalyse dargestellten Instrumentariums und können negative Anreize bewirken, wenn die Betroffenen sich ungerecht beurteilt fühlen (und demotiviert werden).

Gleichermassen problematisch wäre aber auch, wenn sich die Suchtberatungsstellen von den vorgenommenen Aufstellungen (Rankings) lediglich bestätigt fühlten. Denn häufig ist der „Erfolg“ nur aus der notwendigen Oberflächlichkeit der quantitativ-externen Vergleiche zu erklären und beruht darauf, dass man nicht den richtigen Vergleichspartner gewählt oder nicht gründlich genug hingeschaut hat. Es kann schliesslich kaum angenommen werden, dass die Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung des Kantons Basel-Stadt in allen Belangen optimale Leistungen erreichten oder erreichen werden.

Ziel des Benchmarkings soll also das Lernen und nicht die Bestätigung sein. Damit wird auch deutlich, dass die zunächst scheinbar einfache Bereitstellung quantitativer Kennziffern nur in beschränktem Masse zur Kontrolle und Steuerung der ambulanten Suchtberatung geeignet sein dürfte. Gleichwohl ergeben sich daraus für die Gesundheitsdienste Basel-Stadt (resp. deren Fachstelle für Suchtfragen FSS) verschiedene Handlungsoptionen (Vgl. dazu die Schlussfolgerungen auf Seite vii).

Teil E

6 Anhang

Tabellen zur Datenanalyse / Deskriptive statistische Werte

Tabelle 21: Einnahmen und Ausgaben im Rechnungsjahr 2002 in Franken / gegliedert nach Kostenträger und Kostenstellen

Absolute Werte pro Einrichtung, Verschiedene deskriptive statistische Werte über alle Einrichtungen (Einrichtungen=6)

EINNAHMEN	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	StepOut	Frauen-Oase	N	fehlend	Summe	Min.	Max.	Mittelwert	Median	Standard-abweich.	Varianz (in Mio.)	Schiefe	Kurtosis
Beiträge KlientInnen				2'100			6	0	2'100	0	2'100	350	0	857	1	2.44	6.00
BSV Betriebsbeiträge IV					275'237		6	0	275'237	0	275'237	45'873	0	112'365	12'626	2.44	6.00
Andere Bundesbeiträge			10'000				6	0	10'000	0	10'000	1'666	0	4'082	17	2.44	6.00
Beiträge Alkoholzehntel	100'000		130'000				6	0	230'000	0	130'000	38'333	0	60'139	3'617	1.07	-1.23
Subventionen BS		770'000		250'000	157'500	156'000	6	0	1'333'500	0	770'000	222'250	156'750	285'717	81'634	1.82	3.72
Subventionen BL			130'000		22'500	78'000	6	0	230'500	0	130'000	38'417	11'250	54'102	2'927	1.24	0.23
Budget Verwaltung BS	1'463'510						6	0	1'463'510	0	1'463'510	243'918	0	597'475	356'977	2.44	6.00
Stiftungen, Fördervereine			340'000	16'544		152'329	6	0	508'873	0	340'000	84'812	8'272	138'506	19'184	1.66	2.19
Eigene Dienstleistungen		7'600	12'714	102'280		3'166	6	0	125'760	0	102'280	20'960	5'383	40'137	1'611	2.37	5.68
Spenden, Gönner etc.		1'500	3'076	189'401	40'916	8'245	6	0	243'138	0	189'401	40'523	5'660	74'530	5'555	2.23	5.07
Sonstige Einnahmen			5'544	12'223	51	1'549	6	0	19'367	0	12'223	3'228	800	4'899	24	1.62	2.13
Auflösung Rückstellungen					49'672		6	0	49'672	0	49'672	8'279	0	20'279	411	2.44	6.00
Total Einnahmen 2002	1'563'510	779'100	631'333	572'548	545'876	399'289	6	0	4'491'657	399'289	1'563'510	748'609	601'941	417'820	174'574	1.98	4.28
AUSGABEN																	
Löhne Personal	1'081'932	505'206	370'323	363'079	253'214	255'752	6	0	2'829'505	253'214	1'081'932	471'584	366'701	313'034	97'990	2.00	4.20
Lohnnebenkosten Personal	260'159	82'765	70'302	70'500	44'088	38'376	6	0	566'189	38'376	260'159	94'365	70'401	82'986	6'887	2.21	5.15
Weiterbildung Personal	27'258	5'472	10'146	9'820	6'502	5'779	6	0	64'977	5'472	27'258	10'829	8'161	8'298	69	2.13	4.77
Raumaufwand	94'196	60'484	78'389	57'574	26'158	34'438	6	0	351'238	26'158	94'196	58'540	59'029	25'689	660	0.09	-1.09
Administrativer Aufwand	63'130	81'210	46'189	134'025	45'898	16'345	6	0	386'797	16'345	134'025	64'466	54'660	40'287	1'623	0.99	1.47
Sachaufwand KlientInnen		2'049		42'526	679	11'486	6	0	56'740	0	42'526	9'457	1'364	16'784	282	2.11	4.52
Honorare Dritte	36'835	12'281	3'364				6	0	52'480	0	36'835	8'747	1'682	14'560	212	1.94	3.73
Abschreibungen		26'556		3'383	27'574	3'500	6	0	61'013	0	27'574	10'169	3'442	13'182	174	0.91	-1.86
Rückstellungen		17'791	40'000		44'966	30'000	6	0	132'757	0	44'966	22'126	23'896	19'499	380	-0.14	-2.09
Total Ausgaben 2002	1'563'510	793'814	618'712	680'906	449'079	395'676	6	0	4'501'698	395'676	1'563'510	750'283	649'809	424'694	180'365	1.81	3.68

Tabelle 22: Anzahl Stellenprozent der Einrichtungen am Stichtag 31.12.2002 in Prozenten / gegliedert nach Berufsgattung resp. Grundausbildung der MitarbeiterInnen

Absolute Werte pro Einrichtung, Verschiedene deskriptive statistische Werte über alle Einrichtungen (Einrichtungen=10)

AUSBILDUNG	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	Step-Out	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	N	fehlend	Summe	Min.	Max.	Mittelwert	Median	Stand-abw.	Varianz (in Tsd.)	Schiefe	Kurtosis
Medizin	20		50				20	n.n.	n.n.	510	8	2	600	0	510	75.0	10.0	177	31'200	31.2	2.77
Psychologie		80	190					n.n.	n.n.		8	2	270	0	190	33.8	0.0	69	4'770	4.8	2.13
Sozialarbeit	550	370	40	300	250		30	n.n.	n.n.	80	8	2	1'620	0	550	202.5	165.0	197	38'964	39.0	0.70
Sozialpädagogik	155					120		n.n.	n.n.		8	2	275	0	155	34.4	0.0	64	4'139	4.1	1.53
Pflegeberufe							70	n.n.	n.n.	190	8	2	260	0	190	32.5	0.0	68	4'650	4.7	2.25
kaufmännisch	300	100	100	80	50			n.n.	n.n.	190	8	2	820	0	300	102.5	90.0	101	10'136	10.1	1.13
andere Ausbildungen	165			45		120		n.n.	n.n.	680	8	2	1'010	0	680	126.3	22.5	233	54'077	54.1	2.44
Total Stellenprozent	1'190	550	380	425	300	240	120	n.n.	n.n.	1'650	8	2	4'855	120	1'650	606.9	402.5	532	283'107	283.1	1.42

Tabelle 23: Aufteilung der Arbeitszeit der Einrichtungen während des Jahres 2002 in Prozenten / gegliedert nach Dienstleistungen resp. Art der Arbeit

Relative Werte pro Einrichtung, Verschiedene deskriptive statistische Werte über alle Einrichtungen (Einrichtungen=10)

ART DER ARBEIT	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	Step-Out	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	N	fehlend	Summe	Min.	Max.	Mittelwert	Median	Stand-abw.	Varianz (in Tsd.)	Schiefe	Kurtosis
Total klientenbezogene Dienstleistungen	70%	70%	80%	42%	63%	77%	70%	n.n.	n.n.	66%	8	2	538%	42%	80%	67%	70%	12%	0.1%	-1.59	3.47
nur unmittelbar klientenbezogene DL	45%	45%	70%	n.n.	25%	62%	40%	n.n.	n.n.	52%	7	3	339%	25%	70%	48%	45%	15%	0.2%	-0.07	0.09
nur mittelbar klientenbezogen DL	25%	25%	10%	n.n.	38%	15%	30%	n.n.	n.n.	14%	7	3	157%	10%	38%	22%	25%	10%	0.1%	0.31	-0.96
Ausbildung, Weiter- & Fortbildung	10%	14%	5%	12%	14%	10%	15%	n.n.	n.n.	6%	8	2	86%	5%	15%	11%	11%	4%	0.0%	-0.55	-1.09
Administration, Konzept etc. (Overhead)	19%	15%	10%	24%	20%	10%	15%	n.n.	n.n.	27%	8	2	140%	10%	27%	17%	17%	6%	0.0%	0.26	-0.93
Sekundärprävention und Diverses	1%	3%	5%	22%	4%	3%	0%	n.n.	n.n.	2%	8	2	39%	0%	22%	5%	3%	7%	0.1%	2.56	6.86

Tabelle 24: Anzahl beratene/behandelte KlientInnen bezogen auf das ganze Jahr 2002 / gegliedert nach Kontaktart

Absolute Werte pro Einrichtung, Verschiedene deskriptive statistische Werte über alle Einrichtungen (Einrichtungen=10)

KONTAKTART	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	Step-Out	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	N	fehlend	Summe	Min.	Max.	Mittelwert	Median	Stand-abw.	Varianz (in Tsd.)	Schiefe	Kurtosis
bis max. 2 Konsultationen (sog. Kurzkontakte)	125	563	0	24	20	10	100	n.n.	50	0	9	1	892	0	563	99	24	180	32.2	2.67	7.46
mit 3-6 Konsultationen	207	84	25	99	28	10	10	n.n.	0	0	9	1	463	0	207	51	25	68	4.7	1.73	2.90
mit 7 und mehr Konsultationen	498	98	425	195	53	70	30	n.n.	199	635	9	1	2'203	30	635	245	195	220	48.6	0.84	-0.79
Total KlientInnen 2002	830	745	450	318	101	90	140	n.n.	249	635	9	1	3'558	90	830	395	318	284	80.5	0.45	-1.48

Tabelle 25: Anzahl Neueintritte und Behandlungsabschlüsse bezogen auf das ganze Jahr 2002 / gegliedert nach Grund des Behandlungsabschluss'

Absolute Werte pro Einrichtung, Verschiedene deskriptive statistische Werte über alle Einrichtungen (Einrichtungen=10)

FLUKTUATION	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	Step-Out	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	N	fehlend	Summe	Min.	Max.	Mittelwert	Median	Stand-abw.	Varianz (in Tsd.)	Schiefe	Kurtosis
Neueintritte 2002 (> 3 Kons.)	347	34	139	78	26	39	4	21	30	179	10	0	897	4	347	90	37	107	11.3	1.85	3.42
Behandlungsabschlüsse 2002	282	291	128	78	35	0	5	15	7	216	10	0	1'057	0	291	106	57	117	13.7	0.77	-1.18
regulärer Abschluss	108	72	56	45	11	0	2	0	1	26	10	0	321	0	108	32	19	37	1.4	1.03	0.20
Überweisung	16	50	31	3	6	0	0	0	2	68	10	0	176	0	68	18	5	24	0.6	1.36	0.71
Erzwungenem Abbruch	2	3	1	2	1	0	0	0	0	5	10	0	14	0	5	1	1	2	0.0	1.25	1.31
Willentlicher Abbruch	37	22	9	10	0	0	3	15	2	109	10	0	207	0	109	21	10	33	1.1	2.52	6.82
Kontaktverlust	83	126	13	17	15	0	0	0	0	0	10	0	254	0	126	25	7	43	1.9	1.90	2.73
Andere Gründe	36	18	18	1	2	0	0	0	2	8	10	0	85	0	36	9	2	12	0.1	1.59	2.10

Tabelle 26: Anzahl laufende Beratungen/Behandlungen am Stichtag 31.12.2002 / gegliedert nach Geschlecht, Alter und Behandlungsdauer

Absolute Werte pro Einrichtung, Verschiedene deskriptive statistische Werte über alle Einrichtungen (Einrichtungen=10)

	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	Step-Out	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	N	fehlend	Summe	Min.	Max.	Mittelwert	Median	Stand-abw.	Varianz (in Tsd.)	Schiefe	Kurtosis
Total laufende Beratungen am Stichtag 31.12.2003	468	106	179	112	66	90	25	139	199	431	10	0	1'815	25	468	182	126	150	22.6	1.31	0.59
GESCHLECHT																					
laufende Beratungen Männer	314	69	133	64	46	0	16	106	135	n.n.	9	1	883	0	314	98	69	94	8.8	1.65	3.48
laufende Beratungen Frauen	154	37	46	48	20	90	9	33	64	n.n.	9	1	501	9	154	56	46	44	1.9	1.57	2.79
ALTER																					
Alter nicht bekannt	1	1	0	1	0	0	0	0	0	n.n.	9	1	3	0	1	0	0	1	0.0	0.86	-1.71
bis 20 Jahre	0	6	6	7	1	0	0	0	0	n.n.	9	1	20	0	7	2	0	3	0.0	0.85	-1.57
zwischen 21 und 31Jahre	45	45	38	25	17	40	2	17	32	n.n.	9	1	261	2	45	29	32	15	0.2	-0.64	-0.54
zwischen 31 und 40 Jahre	101	37	58	32	44	40	14	81	101	n.n.	9	1	508	14	101	56	44	31	1.0	0.46	-1.15
zwischen 41 und 50 Jahre	148	14	48	13	4	8	9	39	60	n.n.	9	1	343	4	148	38	14	46	2.1	2.04	4.54
über 50 Jahre	173	3	29	34	0	2	0	2	6	n.n.	9	1	249	0	173	28	3	56	3.1	2.72	7.65
BEHANDLUNGSDAUER																					
bis maximal 1/2 Jahr	141	64	102	28	18	0	0	n.n.	62	0	9	1	415	0	141	46	28	50	2.5	0.91	-0.15
über 1/2 bis maximal 1 Jahr	85	15	37	37	10	40	3	n.n.	4	74	9	1	305	3	85	34	37	30	0.9	0.75	-0.58
über 1 bis maximal 2 Jahre	80	14	11	32	18	20	1	n.n.	17	58	9	1	251	1	80	28	18	25	0.6	1.38	1.23
über 2 bis maximal 5 Jahre	99	11	29	12	14	20	0	n.n.	13	195	9	1	393	0	195	44	14	64	4.1	2.12	4.20
über 5 bis maximal 10 Jahre	36	2	0	1	4	10	21	n.n.	95	88	9	1	257	0	95	29	10	38	1.4	1.27	0.03
über 10 Jahre	27	0	0	2	2	0	0	n.n.	54	0	9	1	85	0	54	9	0	19	0.4	2.12	4.04

Tabelle 27: Anzahl laufende Beratungen/Behandlungen am Stichtag 31.12.2002 / gegliedert nach Wohnkanton und Nationalität der Klientel

Absolute Werte pro Einrichtung, Verschiedene deskriptive statistische Werte über alle Einrichtungen (Einrichtungen=10)

WOHNKANTON	A&SB	DropIn	Musub	Blaues Kreuz	Step-Out	Frauen-Oase	PUP	Janus	ADS	Badal	N	fehlend	Summe	Min.	Max.	Mittelwert	Median	Stand-abw.	Varianz (in Tsd.)	Schiefe	Kurtosis
Wohnkanton nicht bekannt	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	10	0	4	0	2	0	0	1	0.0	1.78	1.41
Basel-Stadt	454	98	117	96	58	65	25	134	187	382	10	0	1'616	25	454	162	108	143	20.5	1.44	0.99
Basel-Landschaft	7	6	54	8	8	10	0	5	11	69	10	0	178	0	69	18	8	23	0.6	1.80	1.95
Solothurn	0	0	3	3	0	5	0	0	1	0	10	0	12	0	5	1	0	2	0.0	1.31	0.54
Aargau	3	1	3	1	0	5	0	0	0	0	10	0	13	0	5	1	1	2	0.0	1.24	0.55
Andere Wohnkantone	4	1	0	2	0	5	0	0	0	22	10	0	34	0	22	3	1	7	0.0	2.25	5.16
NATIONALITÄT																					
Nationalität nicht bekannt	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	19	0	19	2	0	6	36	3.16	10.00
Schweiz	348	86	0	98	47	75	23	129	169	376	10	0	1'351	0	376	135	92	129	16'725	1.20	0.34
Ausland	101	20	0	14	19	15	2	10	30	98	10	0	309	0	101	31	17	37	1'383	1.55	0.96
Italien	12	6	68	1	8	5	2	2	12	n.n.	9	1	116	0	68	13	6	21	444	2.90	8.79
Staaten ExJugoslawiens	18	3	21	0	2	1	0	0	4	n.n.	9	1	49	0	21	5	2	8	66	1.68	1.36
Portugal	3	0	6	0	1	0	0	0	0	n.n.	9	1	10	0	6	1	0	2	4	2.19	4.50
Spanien	12	2	17	1	1	0	0	3	6	n.n.	9	1	42	0	17	5	2	6	36	1.58	1.59
Deutschland	17	2	1	7	0	4	0	3	4	n.n.	9	1	38	0	17	4	3	5	28	2.16	5.26
Türkei	12	3	38	2	4	2	0	0	2	n.n.	9	1	63	0	38	7	2	12	148	2.70	7.58
Frankreich	4	0	0	2	0	1	0	0	0	n.n.	9	1	7	0	4	1	0	1	2	2.08	4.06
übriges Europa	11	3	3	0	3	0	0	1	0	n.n.	9	1	21	0	11	2	1	4	13	2.30	5.90
ausserhalb Europas	12	1	25	1	0	2	0	1	2	n.n.	9	1	44	0	25	5	1	8	71	2.32	5.17

Hintergrund des Autors

Hannes Herrmann, geboren 1962, studierte an der Universität Basel zuerst Soziologie, danach Wirtschaftswissenschaften mit den Schwerpunkten Entwicklungsländerökonomie, Landwirtschafts- und Sozialpolitik sowie Politische Ökonomie. Nach Abschluss des Studiums 1988 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an verschiedenen kantonalen und nationalen Studien mit.

Ab 1990 verbrachte er mehrere Jahre für den Bund als Entwicklungsexperte in einem regionalen Projekt in Mittelamerika. Ab 1994 zeichnete er als stellvertretender Leiter in der Abteilung Koordination Drogenfragen (AKOD) im Justizdepartement Basel-Stadt verantwortlich für die Subventionsbewirtschaftung sowie Koordination und Optimierung der kantonalen Suchthilfe. Als staatlicher Delegierter in verschiedensten Institutionen der kantonalen Suchthilfe und als Experte in kantonalen, nationalen und trinationalen Kommissionen gestaltete er die drogenpolitische Entwicklung des Kantons Basel-Stadt mit. 1998 übernahm er im gleichen Departement als Leiter den Aufbau der neuen Abteilung Jugend, Familie und Prävention (AJFP). Als kantonaler Beauftragter für Suchtfragen und Präsident des kantonalen Drogenstabes koordinierte er gleichzeitig die Drogenpolitik des Kantons Basel-Stadt.

1999 machte sich Hannes Herrmann selbstständig und gründete das Büro für sozioökonomische Studien & Projekte (BSSP) in Basel. Seither arbeitet er als freiberuflicher Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler für Bund, Kantone und private Institutionen an den Schnittstellen von Sozialpolitik und Ökonomie.

Kontaktadresse:

Hannes Herrmann, Ökonom lic.rer.pol.
Büro für sozioökonomische Studien & Projekte
Waldenburgerstr. 15
CH-4052 Basel

Tel: +41 (0)61 373 83 70
Fax: +41 (0)61 373 83 71
eMail: herrmann@hannes.ch
Web: <http://www.hannes.ch>