

# Grundlagen der (inter-) kantonalen Steuerung der Suchthilfe

## **Schlussbericht**

Jürgen StremLOW

Manuela Eder

Donat Knecht

Sabrina Wyss

November, 2023

**Auftraggeberin**

Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS)

**Zitiervorschlag**

Stremlow, J.; Eder, M., Knecht, D., Wyss, S. (2023). Grundlagen der (inter-)kantonalen Steuerung der Suchthilfe. Schlussbericht. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Luzern

**Projektleitung**

Prof. Dr. Jürgen Stremlow

**Unter Mitarbeit von:**

Mitgliedern der KKBS  
Joos Tarnutzer, Präsident KKBS  
Tanja Iff, BAG  
Suzanne Lischer  
Bettina Häfeli  
Raphael Hürlimann  
Tabea Stremlow

**Französische Übersetzung**

Charlotte Eidenbenz

**Dank der fachlichen Unterstützung von:**

Stefanie Knocks, Fachverband Sucht  
Roger Mäder, Forum Suchtmedizin Ostschweiz  
Romain Bach/Camille Robert, Groupement Romand d'Etudes des Addictions  
Irene Abderhalden, Fachhochschule Nordwestschweiz  
Silvia Steiner, Gesundheitsdirektorenkonferenz  
Adrian Eichenberger, Leiter Soziale Einrichtungen Kanton Zürich  
Toni Berthel, Präsident Schweiz. Gesellschaft für Suchtmedizin  
Aline Bernhardt-Keller, Suchtverantwortliche Lausanne  
Jann Schumacher, Bundesamt für Gesundheit  
Franziska Eckmann, Leiterin Infodrog (Projektsteuergruppe)  
Sandra Bärtschi, Mitarbeiterin Infodrog (Fachbegleitgruppe)

**Hochschule Luzern****Soziale Arbeit**

Prof. Dr. Jürgen Stremlow  
Werftstrasse 1  
Postfach  
6002 Luzern  
041 367 48 41  
juergen.stremlow@hslu.ch



[hslu.ch/sozialearbeit](https://hslu.ch/sozialearbeit)

© 11.2023, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

# Management Summary

## **(1) Ausgangslage**

Das Suchthilfesystem der Schweiz bildet traditionell ein heterogenes Feld mit komplexen Strukturen: Organisation, Leistungserbringung wie auch Finanzierung sind kantonal unterschiedlich geregelt. *Die Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS)* befasst sich intensiv mit dieser Thematik, mit dem Ziel, die Gestaltung der Angebote und die Steuerung systematisch weiterzuentwickeln. In diesem Kontext zeigte sich, dass in der komplexen Thematik ein gemeinsames Verständnis und gemeinsame Grundlagen notwendig sind, um sich der kommenden Herausforderungen annehmen zu können. Im Juni 2019 beauftragte die KKBS ein Projektteam der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit Grundlagen für die (inter-)kantonale Steuerung der Suchthilfe gemeinsam mit 22 Kantonen (exkl. AI, GE, GL, TI) zu erarbeiten.

## **(2) Ziele und Untersuchungsfelder**

Die vorliegende Studie verfolgt das Ziel, den Kantonen Grundlagen zur Verfügung zu stellen, um die Gestaltung der Suchthilfe (d. h. die Steuerung, die Angebotsgestaltung, die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringenden, die Versorgungspfade usw.) zu reflektieren und weiterzuentwickeln (*Kapitel 2*). Ein Fokus der Untersuchung liegt dabei auf der interkantonalen Kooperation. Um diese Grundlagen zur Verfügung stellen zu können, umfasst die Studie vier Untersuchungsfelder:

- (A) Die Analyse der Angebote in den Kantonen,
- (B) die detaillierte Angebots- und Nutzungsanalyse der sozialtherapeutischen Angebote im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen»,
- (C) die Betrachtung der Steuerung der Suchthilfe in den Kantonen sowie
- (D) die Untersuchung der generellen Angebotssituation und bedarfsrelevanter Entwicklungstrends.

## **(3) Grundlagen und methodisches Vorgehen**

Das Analysekonzept (*Kapitel 3*) für diesen systematischen interkantonalen Vergleich in der Gestaltung der Suchthilfe orientiert sich am «Luzerner Modell» zur Gestaltung sozialer Versorgung (Stremlow, Riedweg & Bürgisser 2019). Die Grundlagen für die Steuerung im Bereich der Suchthilfe wurden in vier Schritten erarbeitet:

- (1) Entwicklung einer gemeinsamen *Angebotstypologie* der Suchthilfe,
- (2) *Pretest* kantonalen Angebotsanalysen, inklusive Entwicklungsperspektiven und Steuerung,
- (3) Durchführung der *Angebotsanalysen und Analyse der Steuerung* in allen beteiligten Kantonen sowie
- (4) *Gesamtanalyse und Weiterentwicklung* mit dem Fokus auf die interkantonale Koordination.

In 22 Kantonen fanden von Oktober 2021 bis April 2022 Erhebungen zu den Angebotsbeständen, dem Angebot und der Nutzung im Fokusbereich «Beratung, Therapie, und Wohnen», der Steuerung sowie zu den Entwicklungstrends in der Suchthilfe statt. Die Kantone Appenzell-Innerrhoden, Genf, Glarus und Tessin beteiligten sich nicht an dieser Studie. Die Erhebung umfasste: Schriftliche Befragungen und Telefoninterviews bei 22 kantonalen Beauftragten für

Suchtfragen bzw. deren Vertretungen; eine schriftliche Befragung von 189 leistungserbringenden Organisationen mit 301 Fragebögen (Rücklaufquote: 86 %); eine Sekundäranalyse der medizinischen Statistik der Krankenhäuser durch das schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN); 20 Fokusgruppen-Interviews mit insgesamt 181 Expertinnen und Experten der kantonalen Suchthilfesysteme. Die Analysen wurden in 22 separaten *Kantonsportraits* aufbereitet und bilden die empirische Grundlage dieses Berichts. Als theoretische Grundlage fungiert der «State of the Art»-Bericht (Lischer, Eder, StremLOW, Wyss & Häfeli 2022), in dem internationale Standards und wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gestaltung der Suchthilfe zusammengetragen wurden (*Kapitel 4*). Forschungsmethodisch orientierte sich das Projekt an der sozialarbeiterischen Kontexten bewährten Praxisforschung. Um den konstruktiven Dialog zwischen Forschung und Praxis zu fördern, wurden der Stand und das weitere Vorgehen in unterschiedlich zusammengesetzten Gremien fortlaufend gespiegelt und diskutiert (z. B. mit der KKBS und in einem Soundingboard mit schweizweit anerkannten Expertinnen bzw. Experten der Suchthilfe).

#### **(4) Ergebnisse – Teil A: Kontextbedingungen und Angebote der Suchthilfe**

***Kontextbedingungen der Suchthilfe in den Kantonen (Kapitel 5):*** Die Suchthilfe und ihre Steuerung sind kantonal sehr unterschiedlich ausgestaltet, was unter anderem unterschiedlichen Kontextbedingungen geschuldet ist. Um die mit dieser Untersuchung erhobenen Daten der Kantone besser einordnen zu können, wurde mittels einiger Kennzahlen versucht, unterschiedliche Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen. Die vorhandenen statistischen Daten lassen insbesondere einen interkantonalen Vergleich zur *Urbanität* und zur *Problembelastung* (d. h. Prävalenzen) zu. Für einen interkantonalen Vergleich der suchtbezogenen Problembelastung steht für die meisten Kantone je ein Indikator zum (a) Alkoholkonsum, zum (b) Cannabiskonsum und zu (c) suchtbedingten Spitalaufenthalten zur Verfügung. Ergebnisse:

- (a) 2017 lag der Bevölkerungsanteil mit mindestens *täglichem Alkoholkonsum* gesamtschweizerisch bei 10,9 %. Die Kantone Tessin (21,5 %), Jura (15,3 %) und Genf (14,2 %) weisen die höchsten Anteile auf, die Kantone Thurgau (8,3 %), Schwyz (7,9 %), Luzern (7,6 %) und Obwalden (5,3 %) die tiefsten.
- (b) 2017 lag der Anteil der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung mit mindestens *monatlichem Cannabiskonsum* schweizweit bei 4 %. Die Kantone Appenzell Ausserrhoden (5,6 %), Waadt (5,4 %) und Genf (5,2 %) weisen die höchsten Werte auf, die Kantone St. Gallen (2,5 %), Tessin (2,1 %), Obwalden (1,7 %) und Aargau (1,7 %) die tiefsten.
- (c) 2021 lag die Rate der *Spitalaufenthalte* mit einer Haupt- oder Nebendiagnose einer *substanzbedingten Störung* gesamtschweizerisch bei 9.8 pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Kantone Basel-Stadt (18), Neuenburg (12.9), Jura (11.6), Waadt (11.4) und Bern (11.2) weisen die höchsten Raten auf, die Kantone Schwyz (6.7), Uri (6.4), Zug (6.2), Appenzell Innerrhoden (5.6), Nidwalden (5.3) und Obwalden (4.9) die tiefsten.

***Angebote der Suchthilfe in den Kantonen (Kapitel 6.1):*** Jeder Kanton verfügt über eine spezifische Angebotspalette im Bereich der Suchthilfe. Die in den Kantonsportraits erfassten standardisierten Angebotspaletten geben Auskunft über diejenigen Angebotstypen, die durch ein Angebot inner- bzw. ausserhalb – durch rechtsbindende Verhältnisse (z. B. Leistungsvereinbarungen, Betriebsbeiträge, Konkordate) – des Kantons abgedeckt sind. Werden die einzelnen Angebotspaletten der Kantone miteinander verglichen, so finden sich Ähnlichkeiten und Unterschiede. Bei der nachfolgenden Typologisierung wurde die tatsächliche Inanspruchnahme der Angebote durch suchtbetreffene Personen nicht berücksichtigt. Die interkantonale Nutzungsverflechtung wird für einzelne Angebotstypen in einem späteren Abschnitt aufgezeigt.

Aufgrund der vorliegenden Daten zu den Angebotsbeständen der Kantone lassen sich folgende Typen bilden:

- (1) «Anbieterkantone» (ZH, LU, BS) weisen eine stark ausdifferenzierte Angebotspalette auf. Alle oder fast alle Angebotsbereiche sind abgedeckt. Darüber hinaus hat das eigene Angebot in fünf bis neun Angebotstypen eine rechtsbindende Bedeutung für umliegende Kantone.
- (2) «Umfassende Selbstversorger» (VD, NE, FR, BE, AG) sind Kantone mit einer ebenfalls stark ausdifferenzierten Angebotspalette. Im Gegensatz zum Typ 1 weisen diese Kantone eine geringe Angebotsverflechtung mit anderen Kantonen auf.
- (3) «Vernetzungskantone» (AR, BL, GR, SG, TG, ZG) weisen eine mittlere bis starke Ausdifferenzierung ihrer Angebotspalette auf. Eine mittlere Ausdifferenzierung bedeutet, dass der Kanton Grund- bzw. Pflichtangebote und weitere Angebote in mehreren Angebotsbereichen abdeckt. «Vernetzungskantone» weisen darüber hinaus eine Angebotsverflechtung mit anderen Kantonen in mehreren Angebotstypen auf. Das bedeutet, dass die eigene Angebotspalette auch ausserkantonale durch rechtsbindende Verhältnisse abgedeckt wird und/oder dass das eigene Angebot eine verbindliche Bedeutung für die Angebotspalette anderer Kantone hat.
- (4) «Selbstversorger mit Grundangebot» (JU, SH, VS) verfügen über eine Angebotspalette mit mittlerer Ausdifferenzierung, d. h. es werden Grund- bzw. Pflichtangebote plus weitere Angebote in mehreren Angebotsbereichen abgedeckt. Zudem weisen diese Kantone eine geringe Angebotsverflechtung mit anderen Kantonen auf.
- (5) «Nachfragerkantone» (NW, OW, SZ, UR) weisen eine wenig ausdifferenzierte Angebotspalette auf. Ihre Angebotspalette deckt vorwiegend Grund- bzw. Pflichtangebote ab. Die eigene Angebotspalette wird in mehreren Angebotstypen ausserkantonale abgedeckt.

In Bezug auf die *interkantonale Zusammenarbeit* in der Suchthilfe kann festgestellt werden, dass diese bei den Typen «Anbieterkanton», «Vernetzungskanton» und «Nachfragerkanton» unabdingbar ist. Kantone der Typen «umfassender Selbstversorger» und «Selbstversorger mit Grundangebot» scheinen hingegen bei der Angebotsgestaltung kaum mit anderen Kantonen verflochten zu sein. Werden die hier dargestellten Kantonstypen mit den präsentierten Kontextbedingungen (Urbanität, Problembelastung) verglichen, zeigen sich keine direkten Zusammenhänge zwischen Kontextbedingungen und der Angebotsdifferenzierung in den Kantonen.

## **(5) Ergebnisse – Teil B: Angebote und Nutzung im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» (Kapitel 6.2)**

Die vertiefte Analyse der Angebote und der Nutzung im Fokusbereich umfasst folgende acht Angebotstypen: «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)», «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)», «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)», «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)», «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)», «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)», «Notunterkünfte (Typ 7)» und «Housing First (Typ 8)». Als wichtigstes Angebot im Kontext des Fokusbereichs wurden auch die Angebote der stationären Suchtmedizin in die Analyse miteinbezogen.

**Kapazität und Auslastung:** In Bezug auf die eingeschätzte Auslastung der sozialtherapeutischen Angebote im Fokusbereich durch die Anbieterinnen und Anbieter (Selbstdeklaration) zeigten sich regionale Unterschiede. Im Unterschied zur deutschsprachigen Schweiz wurde in der Westschweiz bei den meisten Angebotstypen eine höhere Auslastung verzeichnet; dies gilt namentlich für betreute und begleitete Wohnformen. Zudem machen die Ergebnisse deutlich, dass die Auslastung am Stichtag (31. Dezember 2021) als tendenziell höher eingestuft wurde, als dies im Durchschnitt während des Jahres 2021 der Fall war. Am Stichtag war die prozentuale Auslastung in allen Angebotstypen, mit Ausnahme von Familienplatzierungs-

organisationen (Typ 6), höher als 75 %; in den institutionellen und bedingungslosen Wohnangeboten sogar über 90 %. Eine tendenziell höhere Auslastung der Angebote gegen Ende des Jahres 2021 könnte auch mit der Corona-Pandemie zusammenhängen.

**Regionale Verteilung der Angebote:** Die vier untersuchten Regionen Mittelland/Nordwestschweiz, Ostschweiz, Westschweiz und Zentralschweiz sind unterschiedlich mit den Angebotstypen des Fokusbereichs ausgestattet. In der Region Mittelland/Nordwestschweiz wurden die meisten Anbieterinnen und Anbieter im Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen» befragt und die Regionen Ostschweiz und Zentralschweiz zählten die meisten befragten Leistungserbringenden im Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung». In der Westschweiz waren hingegen die meisten der befragten Leistungserbringenden im Angebotstyp «Stationäre Suchttherapie» tätig. Im Vergleich zeigte sich, dass Angebote der stationären Suchtmedizin etwas häufiger als die Angebote der stationären Suchttherapie vorkamen und sich gleichmässiger innerhalb der Schweiz verteilen. Die regionale Angebotsabdeckung mit Angeboten des institutionellen Wohnens war in den Regionen Zentralschweiz und Westschweiz deutlich geringer als in der Region Mittelland/Nordwestschweiz. Zudem fällt auf, dass sich die Standorte der Angebote des institutionellen Wohnens rund um die urbanen Zentren in den Kantonen sammelten.

**Anzahl Nutzerinnen und Nutzer:** Im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung zeigte sich am Stichtag, dass sich in den Kantonen Basel-Stadt, Neuenburg, Bern und Wallis die meisten Personen in einem Angebot des Fokusbereichs befanden (518 bis 1'037 Nutzerinnen und Nutzer pro 100'000 Einwohnende). Mit Abstand am wenigsten Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich wohnten im Kanton Uri (38 Nutzende).

Die kantonalen Unterschiede sind in Bezug auf die Anzahl Nutzerinnen und Nutzer der stationären Suchtmedizin im Jahr 2020 nicht so stark ausgeprägt wie in den sozialtherapeutischen Angeboten des Fokusbereichs. Aber auch hier zählte der Kanton Basel-Stadt mit 277 Personen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner die meisten Nutzerinnen und Nutzer. Daneben wiesen auch die beiden Kantone Solothurn (207 Nutzende) und Thurgau (189 Nutzende) eine im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung hohe Anzahl Nutzerinnen und Nutzer in der stationären Suchtmedizin auf. Im Kanton Wallis hingegen wurden pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner nur 57 Personen in einem Angebot der stationären Suchtmedizin gezählt. Auch die beiden Kantone Waadt (83 Nutzende) und Uri (84 Nutzende) wiesen im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung die niedrigste Anzahl Personen in diesem Angebotstyp auf.

**Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer:** Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den Analysen der Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer zusammengefasst. Die Datenbasis hierfür waren die Stichtagesbefragung der Angebote im Fokusbereich sowie die Sekundäranalyse der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (2020) durch das Gesundheitsobservatorium:

**Alter:** Die Angebote im Fokusbereich wurden mehrheitlich von Nutzerinnen und Nutzern im jungen (20–34 Jahre) und mittleren (35–64 Jahre) Erwachsenenalter in Anspruch genommen. Letztere Altersgruppe war in fast allen Angebotstypen des Fokusbereichs am häufigsten vertreten. Kinder unter zwölf Jahren waren mit einem Anteil von 1 bis 9 % ausschliesslich in Angeboten der ambulanten und stationären Sozialtherapie, der ambulanten Begleitung in Privatwohnungen und in Familienplatzierungsorganisationen zu finden. Jugendliche bis 19 Jahre waren in allen Angebotstypen des Fokusbereichs sowie in der stationären Suchtmedizin mit Anteilen zwischen 1 bis 8 %, in Angeboten von Familienplatzierungsorganisationen sogar mit einem Fünftel vertreten. Auch Personen im Rentenalter gehörten seltener zu den Nutzerinnen und Nutzern im Fokusbereich und in der stationären Suchtmedizin. Der höchste Anteil (7–8 %) an Personen im Rentenalter befand sich in den Angebotstypen «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie», «Betreutes institutionelles Wohnen» und «Notunterkünfte».

*Geschlecht:* In allen Angebotstypen des Fokusbereichs und der stationären Suchtmedizin (Typ 2b) waren deutlich mehr Männer als Frauen vertreten. Die beiden ambulanten Angebotstypen «Suchtberatung und Suchttherapie» und «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen» verzeichneten im Vergleich den höchsten Frauenanteil (36–38 %).

*Hauptproblem:* Anders als bei den Merkmalen Geschlecht und Alter ist in dieser Studie die Datengrundlage betreffend Hauptproblem der Nutzerinnen und Nutzer ungünstiger. In fast jedem zweiten Angebotstyp des Fokusbereichs war die Anzahl der Nutzenden ohne Angaben höher als diejenige mit entsprechenden Angaben. Bei den Nutzerinnen und Nutzern im Fokusbereich und der stationären Suchtmedizin, bei denen Daten vorlagen, wurde am häufigsten Alkoholkonsum oder multipler Substanzgebrauch als primäre Problemlast identifiziert. Je nach Angebotstyp wurde häufig auch der Konsum von Tabak, Cannabis, Opioiden oder Kokain als primäre Problematik festgestellt, während der Konsum von anderen Stimulanzien oder psychoaktiven Substanzen, der problematische Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder abhängige Verhaltensweisen nur bei einem geringen Anteil der Nutzerinnen und Nutzer die Hauptproblemlast darstellte.

*Komorbiditäten:* Die Datenlage zu Komorbiditäten ist in dieser Studie als (sehr) dürftig zu bezeichnen. In fünf der acht Angebotstypen des Fokusbereichs befanden sich z. T. deutlich mehr Nutzende ohne als mit entsprechenden Angaben. In den Angebotsbereichen «Stationäre Suchttherapie», «Betreutes institutionelles Wohnen» und «Housing First» gestaltete sich die Datenlage am besten. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass Komorbiditäten und sekundäre Abhängigkeiten oft erst im stationären Setting diagnostiziert werden. Diese Annahme wurde von kantonalen Expertinnen und Experten in den Fokusgruppen-Interviews bestätigt. Sie verwiesen darauf, dass in der sozialtherapeutischen Suchtberatung und -begleitung in der Regel kein systematisches Screening für Komorbiditäten verwendet wird.

**Analyse der Zuweisungs- und Anschlusswege in der stationären Suchttherapie und der Suchtmedizin:** Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass ein grosser Teil der Personen mit einer Suchterkrankung Angebote im medizinischen Bereich nutzt, die sich den Steuerungsmöglichkeiten der Kantone entziehen. Umso wichtiger erscheinen etablierte und gut funktionierende Kooperationen zwischen den medizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten. Ein Hinweis darauf, dass diese Kooperationen noch ausgebaut werden könnten, ergibt sich aus der Tatsache, dass jede dritte Person im Anschluss an die stationäre Suchtmedizin in ein ambulantes bzw. teilstationäres, über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) finanziertes, Angebot wechselte und lediglich 5 % ein Angebot der sozialtherapeutischen ambulanten Beratung in Anspruch nahmen. Insgesamt zeigt sich eine *geringe Angebotsverflechtung dieser beiden Systeme*.

**Interkantonale Nutzerinnen- und Nutzerbewegungen:** Aufgrund der Erhebungen in den Kantonen können interkantonale Nutzungsbewegungen in den Angebotstypen (1) der stationären Suchttherapie, (2) der stationären Suchtmedizin und bei den institutionellen Wohnformen dargestellt werden. Für die Planung des stationären Angebots und die interkantonale Koordination bzw. Zusammenarbeit bilden diese Daten eine wichtige Grundlage. Ein Drittel der Personen (32 %) hielt sich Ende 2021 für die *stationäre Suchttherapie* in einer Einrichtung ausserhalb des Wohnkantons auf. Die Nutzungsverflechtung vollzieht sich dabei weitgehend innerhalb der Sprachregionen. Im Bereich der *stationären Suchtmedizin* befanden sich im Jahr 2020 20 % der Patientinnen und Patienten in einer ausserkantonalen Klinik. Es fällt auf, dass im Gegensatz zu den sozialtherapeutischen Behandlungen, die Westschweizer Kantone deutlich weniger KVG-finanzierte Behandlungen im suchtmmedizinischen Bereich aufweisen als die Deutschschweiz. Dementsprechend ist auch die Nutzungsverflechtung der Suchtmedizin in der Deutschschweiz wesentlich umfangreicher als in der Westschweiz. Dadurch werden

Unterschiede zwischen den Sprachregionen sichtbar, die auf eine unterschiedliche Bedeutung der suchtmmedizinischen und der sozialtherapeutischen Behandlung und Therapie für die Suchthilfe hinweisen. Die Nutzungsverflechtung im Bereich des institutionellen Wohnens war eher gering. Meist waren es einzelne Personen (insgesamt 12 %), die ein ausserkantonales Angebot nutzten.

### **(6) Ergebnisse – Teil C: Steuerung der Suchthilfe durch die Kantone** (Kapitel 7)

In den Kantonen haben sich unterschiedliche Formen etabliert, wie der Bereich der Suchthilfe gesteuert wird. Durch die vergleichende Analyse der Steuerungsinstrumente und -praktiken wurde sichtbar, dass sich die Kantone insbesondere im *Grad der Institutionalisierung der Steuerung durch den Kanton* unterscheiden. Auf Basis der Analyse wurde eine Typologie der kantonalen Steuerungsformen entwickelt. Die Typologie berücksichtigte dabei verschiedene Gestaltungsebenen der kantonalen Steuerung: (a) die Steuerung auf der Ebene des *Gesamtsystems* z. B. mit gesetzlichen oder strategischen Grundlagen, (b) die *Leistungserbringung* (z. B. Zusammenarbeit mit den leistungserbringenden Einrichtungen) sowie (c) die *Fallebene* (Lenkung auf der Ebene der Suchtbetroffenen). Es wurden fünf Typen kantonalen Steuerung identifiziert, die ihre spezifischen Stärken und Entwicklungspotenziale haben:

Typ 1: Kantone mit Basissteuerung – AR, NW, OW, SH, SZ, UR ZH

Typ 2: Kantone mit erweiterter Basissteuerung ohne Fallsteuerung – BE, SG, SO, TG

Typ 3: Kantone mit erweiterter Basissteuerung mit Fallsteuerung – AG, BL, JU

Typ 4: Kantone mit ausgebauter System- und Leistungssteuerung – GR, LU, NE, ZG

Typ 5: Kantone mit umfassender Steuerung – BS, FR, VD, VS

Auf der *Ebene des Gesamtsystems* reicht das Spektrum des Institutionalisierungsgrads von Kantonen, die sich vornehmlich an nationalen Grundlagen orientieren und bei denen Steuerungsaufgaben vom Einsatz und den Ressourcen des kantonalen Beauftragten für Suchtfragen abhängen, bis hin zu Kantonen mit spezifischen strategischen und gesetzlichen Grundlagen für die Suchthilfe, in denen regelmässig Bedarfs- und Angebotsanalysen stattfinden, der Suchtbereich systematisch beobachtet wird und Steuerungsaufgaben innerhalb von differenzierten Verwaltungsstrukturen mit mehreren Dienststellen umgesetzt werden.

Auf Ebene der *Leistungserbringung* erfolgt die innerkantonale Koordination und Vernetzung in Kantonen mit tiefstem Institutionalisierungsgrad entweder selbstorganisiert durch die leistungserbringenden Einrichtungen oder im Rahmen des bilateralen Austauschs zwischen dem Kanton und den leistungserbringenden Organisationen. Kantone mit dem höchsten Institutionalisierungsgrad auf dieser Ebene fördern die Kooperation und Vernetzung systematisch durch regelmässige Anlässe und Treffen mit möglichst allen Leistungserbringenden.

Deutliche Unterschiede werden auch auf Ebene der *Fallkoordination und -steuerung* sichtbar. Kantone mit einem tiefen Institutionalisierungsgrad der Steuerung delegieren diese Aufgaben an Leistungserbringende und Kantone mit einem hohen Institutionalisierungsgrad verfügen über verschiedene standardisierte Steuerungsinstrumente, namentlich für komplexe Fälle (d. h. in der Regel im stationären Kontext). Im Rahmen dieser Analysen können keine Aussagen über die Qualität des Suchthilfesystems in den jeweiligen Kantonen gemacht werden.

## **(7) Ergebnisse – Teil D: Angebotssituation und bedarfsrelevante Entwicklungstrends** (Kapitel 8)

Die Schweiz verfügt über ein ausdifferenziertes, vielfältiges und professionelles Versorgungssystem in der Suchthilfe. Dennoch wurden schweizweit *Angebotslücken* identifiziert: In vielen Kantonen besteht ein Mangel an Nachsorgeangeboten im Bereich Wohnen und Arbeit sowie an niederschweligen Angeboten der Schadensminderung und Risikominimierung (z. B. Housing First und Drug Checkings). Aufgrund der Befragungen der leistungserbringenden Organisationen im Fokusbereich kann davon ausgegangen werden, dass sich dieser Mangel in Zukunft verschärfen wird. Bereits zum Zeitpunkt der Erhebungen nahmen 53 bis 73 % der befragten Anbieterinnen und Anbieter Lücken im Angebotstyp war, in dem sie tätig sind. In allen Angebotstypen wurde von mindestens einem Viertel dieser Organisationen angegeben, dass die Nachfrage höher als das Angebot sei. Mit 75 % lag dieser Wert beim Angebotstyp «Housing First» am höchsten. Hinzu kommt, dass in den meisten Angebotstypen des Fokusbereichs bis 2024 eine Steigerung des Bedarfs erwartet wird.

Weitere bedarfsrelevante *Entwicklungstrends* im Suchtbereich ergeben sich aufgrund von inhaltlichen und strukturellen Veränderungen: Auf inhaltlicher Ebene wird eine Zunahme von Komorbiditäten, Mehrfachbelastungen und Mehrfachanbindungen ans Hilfesystem beobachtet. Ebenfalls treffen Fachpersonen vermehrt auf Zielgruppen, auf die ihre Angebote nicht ausgerichtet sind (z. B. Jugendliche, Personen im Rentenalter und Frauen). Auch Konsum- und Verhaltensformen sowie Prävalenzen verändern sich, wobei die Substanzen Alkohol und Tabak weiterhin die höchste gesellschaftliche Problemlast ausmachen. Auf struktureller Ebene sehen sich die leistungserbringenden Organisationen zunehmend mit einer Verlagerung der Suchthilfe in den von Krankenkassen finanzierten Bereich sowie mit Finanzierungslücken konfrontiert. Zudem beobachten sie eine Zunahme der Chancenungleichheit beim Zugang zu den Hilfsangeboten. Für die Weiterentwicklung der Suchthilfe eröffnen sich aus Sicht der Expertinnen und Experten Handlungsfelder sowohl bezüglich der kantonalen Versorgungsgestaltung (z. B. Verbesserung der interdepartementalen Zusammenarbeit, Einbezug von Fachwissen aus der Praxis, der leistungserbringenden Einrichtungen und der Gemeinden) sowie in der Stärkung der inner- und interkantonalen Kooperation.

## **(8) Empfehlungen** (Kapitel 9)

Die folgenden Empfehlungen zielen auf die *Weiterentwicklung der kantonalen bzw. interkantonalen Steuerung* der Suchthilfe ab. Ihre Darstellung ist in die vier Themenfelder des Modells zur Gestaltung sozialer oder gesundheitsbezogener Versorgungssysteme gegliedert (Strem-low, et. al. 2019): (a) Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen und dessen soziale Folgen; (b) Steuerung der Suchthilfe; (c) Angebote und Leistungen sowie (d) Versorgungssysteme.

### **Themenfeld A – Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen**

Das Themenfeld A adressiert im Modell von Strem-low, Riedweg & Bürgisser (2019) die generelle «Problemartikulation» oder «Problembeschreibung» von Sucht in der Gesellschaft. In dieser Studie wird Sucht als ein bio-psycho-soziales Phänomen verstanden, dessen Entstehung und Auswirkungen auf drei Ebenen zu verorten sind, d. h. Sucht als biologisches, psychisches und soziales bzw. gesellschaftliches Phänomen. Die Empfehlungen in diesem Themenfeld streben an, eine *verbesserte Evidenz* zu den unterschiedlichen Aspekten der Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen und der Suchthilfe zu schaffen und diese der Bevölkerung, der Fachwelt und Politik zugänglich zu machen.

*Förderung wissenschaftlicher Studien und Evaluationen:* Um eine umfassende Angebots-, Bedarfs- und Zielgruppenanalyse im Bereich der Suchthilfe in der Schweiz durchzuführen, müssen Daten verschiedener Monitoringsysteme herangezogen werden. Aus diesem Grund sollte

der Ausbau eines nationalen Suchtmonitorings erfolgen, das die suchthilfebezogenen Daten zusammenführt und durch Sekundärdaten (z. B. der Polizei, Gesundheitsversorgung, Krankenkassen) ergänzt, und es sollten Entwicklungen im Feld systematisch erhoben, ausgewertet, veröffentlicht und für die Gestaltung der Suchthilfe verwendet werden. Ebenso müssten belastbare Studien über die volkswirtschaftlichen Kosten von Suchtphänomenen gefördert werden, die sowohl soziale Ursachen als auch Auswirkungen von Suchtkrankheiten mitberücksichtigen. In diesem Kontext ist auch die Erfassung personenbezogener Merkmale der Nutzenden sowie ihrer Zuweisungs- und Anschlusswege unerlässlich. Von besonderem Untersuchungsinteresse ist dabei die Frage der Inanspruchnahme und des Zusammenspiels von KVG-finanzierten Angeboten der Suchtmedizin und nicht-KVG-finanzierten Angeboten des Sozialbereichs. Im Weiteren könnte durch regelmässige Evaluationen der Leistungserbringung das Suchthilfesystem analysiert und fachlich beurteilt werden. Auch Längsschnittstudien über Fallverläufe und Wirkungen der Interventionen der Suchthilfe könnten eine evidenzbasierte Steuerung fördern.

*Sensibilisierungskampagnen und Aufklärungsarbeit für die Bevölkerung:* Die Aufklärung der Gesamtbevölkerung über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Phänomen Sucht, die Auswirkungen von risikohaftem Konsum und abhängigem Verhalten sowie über die vorhandenen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten ist zu fördern, um die Bevölkerung zu sensibilisieren, ausgewählte Zielpersonen zu erreichen sowie Betroffene und ihre Angehörigen zu entstigmatisieren. Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen als auch damit verbundene Trends sind nicht an Kantonsgrenzen gebunden. Es ist zu empfehlen, dass sich einerseits Kantone zusammenschliessen und gemeinsam Präventions- und Aufklärungsprogramme entwickeln. Andererseits könnte, angesichts der unterschiedlichen Ressourcenausstattung in den Kantonen, auch der Bund wieder vermehrt nationale Angebote des Wissenstransfers, der Sensibilisierung und der Aufklärung bereitstellen oder Dritte damit beauftragen.

*Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen:* Um dem schweizweiten Fachkräftemangel zu begegnen, sind vermehrte Bemühungen im Bereich der Aus- und Weiterbildung zu empfehlen. Zum einen sollten suchtspezifische Themen bereits in der Grundausbildung von relevanten Berufsgruppen der Suchthilfe gefördert werden. Zum anderen sollten Weiterbildungen im Bereich Sucht besser koordiniert und es sollte über deren Durchführungen systematisch informiert werden. Neben der Förderung von Aus- und Weiterbildungen von Fachpersonen ist auch der Auf- und Ausbau von suchtspezifischem Wissen bei Berufsgruppen in angrenzenden Tätigkeitsfeldern zu empfehlen. Gleichzeitig müssen auch die strukturellen Voraussetzungen gegeben sein, damit Fachpersonen ihr gewonnenes Wissen auch anwenden können (z. B. mit Vergütung der Kooperations- und Vernetzungstätigkeiten, klare und effiziente Kommunikationswege, digitale Tools).

### **Themenfeld B – Suchtpolitische Gestaltung der Suchthilfe**

Dieses Themenfeld fokussiert die politische Gestaltung der Suchthilfe. Unter bestimmten Umständen werden in diesem zweiten Feld gesellschaftlich artikulierte suchtbezogene Probleme (Themenfeld A) von politischen Akteurinnen und Akteuren aufgenommen und in Form von politischen Programmen bearbeitet. Zu diesem Zweck werden in der Regel gesetzliche Grundlagen geschaffen, Zuständigkeiten geklärt und es wird eine politisch-administrative Umsetzung (Ausarbeitung von Zielsetzungen, Planungen, der Finanzierung, der Leistungserbringung, Evaluationen usw.) realisiert.

*Chancengerechte Finanzierungsstrukturen:* Um die internationalen Standards der WHO und UNODC (2020a) umzusetzen, die einen gleichberechtigten und kostenfreien Zugang für alle Hilfesuchenden, unabhängig ihres Alters, Geschlechts, Wohnorts, Hauptproblems, sozioökonomischen Status und Aufenthaltsrechts fordern, ist Folgendes zu empfehlen: Die Kantone

sollten ihre Gesetzesgrundlagen entsprechend anpassen und in Zusammenarbeit mit allen Kostenträgerinnen und -trägern (Bund, Versicherungen, Justiz, Gemeinden) nachhaltige Finanzierungsmodelle entwickeln. Angesichts der Unterschiede zwischen den Kantonen empfiehlt es sich, diese Handlungsempfehlung mit Unterstützung des Bundes und entsprechenden nationalen Vorgaben umzusetzen. Bei der Entwicklung gilt es auch den Bedarf an Zeitgut-schriften für Koordinationsleistungen sowie von Arbeiten, die nicht direkt an der Klientel durchgeführt werden, zu berücksichtigen. Kurz- und mittelfristig lassen sich kantonale Finanzierungsmodelle, zu Gunsten der Gleichbehandlung der Betroffenen und der fachlichen Indikation, beispielsweise durch die Schaffung eines innerkantonalen Lastenausgleichs zur Entlastung der Gemeindefinanzen, durch die Aufhebung der Rückzahlungspflicht bei Sozialhilfebeziehenden sowie durch die Streichung des Selbstbehalts für sozialtherapeutische Behandlungen verbessern.

*Strategische und rechtliche Grundlagen:* Es empfiehlt sich, im Kanton (oder in einer interkantonalen Versorgungsregion) eine mehrjährige strategische Planung zur (Weiter-)Entwicklung der Suchthilfe mit entsprechenden Leitlinien, Zielen und Massnahmen zu realisieren und dabei die Zielerreichung regelmässig zu überprüfen.

*Aufgaben der Beauftragten für Suchtfragen:* Eine besondere Rolle in der Gestaltung der kantonalen Suchthilfe sollten die KKBS-Mitglieder einnehmen, da sich ihre Expertise nicht nur auf das Fachliche, sondern auch auf politische Prozesse bezieht. Für die Stelle der oder des kantonalen Beauftragten wird daher ein standardisiertes Stellenprofil empfohlen, das unter anderem die Mitarbeit im interdepartementalen Steuerungsgremium für Suchthilfe, die Entwicklung, Umsetzung und das Monitoring Suchthilfe-strategie im Kanton oder in der Region und die Leitung von regelmässigen Austauschgremien mit den Leistungserbringenden im Kanton oder in der Region vorsieht.

### **Themenfeld C – Angebote und Leistungen**

Im Fokus dieses Themenbereichs stehen die Angebote und professionellen Leistungen, die im Rahmen der Suchthilfe erbracht werden.

*Kantonale Angebotspalette:* Die Kantone müssen sicherstellen, dass ihre Bevölkerung Zugang zu einem Suchthilfesystem erhält, das die Mindestanforderungen der WHO und UNDOC erfüllt. Die Palette der Suchthilfeangebote im Kanton sollte demnach sowohl medizinische als auch Angebote des Sozialbereichs umfassen. In dieser Studie wurden kantonale und überregionale Angebotslücken identifiziert: Insbesondere sollten zukünftig niederschwellige und aufsuchende Angebote, Angebote im Bereich des institutionellen Wohnens, der ambulanten Begleitung in Privatwohnungen sowie der Risikominimierung und Überlebenshilfe ausgebaut werden. Unabhängig vom Suchthilfesystem sollte auch in den Ausbau von bedingungslosem und bezahlbarem Wohnraum investiert werden. Im Rahmen von interkantonalen Kooperationen können Angebote auch ausserkantonale erbracht werden, solange der kantonalen Bevölkerung ein gleichberechtigter Zugang gewährleistet wird. Im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit sollte der Bund die Kantone dabei unterstützen, dass schweizweit jeder Person ein gleichwertiges Beratungs- und Behandlungsangebot zur Verfügung steht.

*Angebotsplanung und Abstimmung der Leistungserbringung:* Die Gestaltung der Leistungserbringung sollte auf einer Angebotsplanung basieren, der eine Bedarfsanalyse vorausgeht und die mit allen Anspruchsgruppen ausgearbeitet wurde. Dabei sollte die Angebotsplanung und -abstimmung sowohl medizinische als auch sozialtherapeutische Angebote berücksichtigen, auch wenn die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone bei den medizinischen Leistungen eingeschränkt sind. In einem weiteren Schritt der Leistungsabstimmung wird die aktive Einbindung der Leistungserbringenden in die Angebotsplanung empfohlen. Es ist erforderlich, das Know-how der Leistungserbringenden systematisch zu berücksichtigen. Im Zentrum dieser

Form der Leistungsabstimmung sollten gezielt koordinierte Behandlungspfade der Sucht Betroffenen stehen (Stichwort: integrierte Versorgung). Mit einer kantonsübergreifenden Abstimmung in definierten regionalen Planungsregionen können, namentlich in kleinen Kantonen, Unter- oder Überauslastungen von Einrichtungen sowie ein allfälliger Entwicklungsbedarf von Angeboten effizienter bearbeitet werden. Angesichts der unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen der Kantone steht eine Verstärkung der interkantonalen Zusammenarbeit und regionalen Gestaltung vor grossen Herausforderungen. Um diese zu bewältigen, bedarf es zunächst einer Informationsstandardisierung und eines Aufbaus regelmässiger Austauschformate. Im Weiteren sollte auch der Bund die Kantone bei ihrer Angebotsplanung und -abstimmung unterstützen, gerade auch, weil ein Grossteil des Suchthilfesystems in die kantonalen Spitalplanungen und in nationale Strukturen (d. h. KVG) eingebunden ist.

*Zugang und Erreichbarkeit:* Im Hinblick auf den Zugang und die Erreichbarkeit des gegenwärtigen Suchthilfeangebots müssen nationale und kantonale Gesetzesgrundlagen der Leistungserbringung und -finanzierung im Hinblick auf strukturelle Ungleichbehandlung von Zielgruppen geprüft und angepasst werden. Weitere Studien zur Identifikation von (zielgruppenspezifischen) Zugangshürden sind sowohl auf kantonaler als auch auf nationaler Ebene zu empfehlen. Während es Personen gibt, die bewusst nicht vom Suchthilfesystem erreicht werden möchten, gibt es auch besonders vulnerable Gruppen, die durch die bisherigen Angebotsstrukturen und Zugangswege der Suchthilfe noch ungenügend oder zu spät erreicht wurden. Für letztere Personengruppen sollten daher aufsuchende Angebote gefördert werden, die sich an den Lebensformen und -orten der entsprechenden Zielgruppen orientieren.

### **Themenfeld D – Versorgungssysteme**

Versorgungssysteme fokussieren auf die Angebots- oder Leistungserbringung in Versorgungsstrukturen oder -netzwerken in einem definierten Einzugsgebiet (z. B. einer Gemeinde, einem Bezirk, einem Kanton oder einer interkantonalen Region). Dabei stellen sich Fragen der Abstimmung der Angebote in der Versorgungskette (Stichwort *integrierte Versorgung*) und der Lenkung oder Steuerung der Angebote gemäss den Bedürfnissen der Betroffenen (z. B. niederschwelliger Zugang, Case Management). Die Empfehlungen in diesem Themenfeld zielen darauf ab, den suchtgefährdeten oder -betroffenen Personen und ihren nahestehenden Dritten eine Orientierung und Vermittlung zu Hilfsangeboten im multidisziplinären Feld der Suchthilfe anzubieten.

*Kooperation und Koordination mit und unter den Leistungserbringenden:* Für die Gestaltung eines effizienten Versorgungssystems ist eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung aller Akteursgruppen der Suchthilfe und aus den angrenzenden Bereichen notwendig. Es empfehlen sich Settings, in denen sich die verschiedenen Akteursgruppen (Politik, Leistungserbringende, Kostenträger usw.) in regelmässigen Abständen und in systematischer Form über die Entwicklungen im Feld sowie über die Angebotsentwicklung, -nutzung und -abstimmung austauschen. Die Informations- und Vernetzungsanlässe können im eigenen Kanton oder im Rahmen eines interkantonalen Zusammenschlusses in der Region stattfinden. Für den Austausch und die Vernetzung der entsprechenden Akteursgruppen empfiehlt sich auch der Ausbau von digitalen Plattformen und Veranstaltungen. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure in der Suchthilfe sollte langfristig geplant und möglichst formalisiert und institutionalisiert werden z. B. im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung, um die Verbindlichkeit für die Mitglieder zu erhöhen. Als unterstützendes Element von Kooperationsystemen wäre auch der Ausbau einer nationalen Koordinationsstelle für die im Bereich Sucht tätigen Fachpersonen empfehlenswert, die sich den administrativen Tätigkeiten sowie den Vermittlungsaufgaben widmet und somit die Netzwerkmitglieder im Hinblick auf ihre Ressourcen entlasten könnte.

*Indikationsstellung und Case Management bei komplexen Fällen:* Eine fachlich indizierte Vermittlung der Betroffenen in ein für sie geeignetes Suchthilfeangebot kann nur erfolgen, wenn keine strukturellen Zugangshürden und keine ökonomische Fehlanreize bestehen. Aus diesem Grund ist für eine differenzierte Indikationsstellung bei stationären Therapien und besonders komplexen Fallsituationen eine fachlich geführte und niederschwellige Indikationsstelle<sup>1</sup> zu empfehlen, die unabhängig von Kostenträgerinnen und -trägern und in Zusammenarbeit mit den Hilfesuchenden agieren kann. Suchtklientinnen und -klienten beanspruchen in der Regel verschiedene Leistungen. Werden diese Leistungen ungenügend koordiniert, können Einbußen bei der Behandlungsqualität oder bei der Erreichung der Behandlungsziele die Folge sein. In dieser Studie wird verschiedentlich auf die bisher ungenügend finanzierte Schnittstellenarbeit verwiesen. Dadurch kann nicht überall gewährleistet werden, dass Hilfesuchende bei ihrer Problembewältigung fachlich begleitet und mit geeigneten Unterstützungsangeboten vernetzt werden. Es ist daher zu empfehlen, die professionelle Fallbegleitung als eine qualitätssteigernde Leistung im Versorgungssystem zu sehen und diese entsprechend zu institutionalisieren (z. B. im Rahmen einer Leistungsvereinbarung oder durch den Aufbau einer niederschweligen Stelle für das Case Management).

---

<sup>1</sup> Je nach Grösse des Kantons empfiehlt es sich, die Koordinations- und/oder Indikationsstelle an mehreren Standorten anzubieten, um die geografische Erreichbarkeit zu gewährleisten.

# Inhaltsverzeichnis

## Management Summary

1	Einleitung	1
2	Zielsetzungen und Forschungsfragen	4
2.1	Angebots- und Nutzungsanalysen (Teile A & B)	4
2.2	Kantonsvergleiche in der Steuerung der Suchthilfe (Teil C)	4
2.3	Angebotssituation und bedarfsrelevante Entwicklungstrends (Teil D)	5
3	Grundlagen und methodisches Vorgehen	6
3.1	Entwicklung einer Angebotstypologie der Suchthilfe	6
3.2	Definition Fokusbereich «Therapie, Beratung & Wohnen»	9
3.3	Erhebungskonzept	10
3.4	Einbettung der Studienergebnisse und Limitationen	14
4	Standards und Entwicklungspotentiale in der Gestaltung der Suchthilfe	17
4.1	Entwicklungspotentiale 1: Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen und dessen soziale Folgen	18
4.2	Entwicklungspotentiale 2: Suchtpolitische Gestaltung der Suchthilfe	19
4.3	Entwicklungspotentiale 3: Angebote und Leistungen	20
4.4	Entwicklungspotentiale 4: Versorgungssysteme	22
5	Kontextbedingungen der Suchthilfe in den Kantonen	25
5.1	Urbanität	25
5.2	Problembelastung	26

6	Angebote im Bereich der Suchthilfe	30
6.1	Die Angebotspaletten der Suchthilfe der Kantone	30
6.2	Angebote & Nutzung im Fokusbereich «Therapie, Beratung & Wohnen»	33
6.2.1	Kapazität und Auslastung der Angebote	35
6.2.2	Regionale Verteilung der Angebote im Fokusbereich und der stationären Suchtmedizin	49
6.2.3	Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich und der stationären Suchtmedizin nach Wohnkanton	53
6.2.4	Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich und der stationären Suchtmedizin	60
6.2.5	Analyse der Zuweisungswege und Anschlussangebote der stationären Suchttherapie und Suchtmedizin	76
6.2.6	Analyse der interkantonalen Nutzungsbewegungen	79
7	Steuerung der Suchthilfe durch die Kantone	85
7.1	Typ 1: Kantone mit Basissteuerung	87
7.2	Typ 2: Kantone mit erweiterter Basissteuerung ohne Fallsteuerung	93
7.3	Typ 3: Kantone mit erweiterter Basissteuerung & Ansätzen der Fallsteuerung	96
7.4	Typ 4: Kantone mit ausgebauter System- und Leistungssteuerung	100
7.5	Typ 5: Kantone mit umfassender Steuerung	104
7.6	Zusammenfassung: Steuerung der Suchthilfe durch die Kantone	108
8	Angebotslücken und bedarfsrelevante Entwicklungstrends	111
8.1	Angebotslücken und Bedarfseinschätzung im Fokusbereich	112
8.1.1	Einschätzung der Angebotslücken	112
8.1.2	Einschätzung der Bedarfsentwicklung bis 2024	115
8.2	Angebotslücken im Suchthilfesystem	119
8.3	Inhaltliche Entwicklungstrends	123
8.4	Strukturelle Entwicklungstrends und Handlungsbedarf	127
8.4.1	Entwicklungstrends im Bereich «Finanzierung»	128
8.4.2	Handlungsbedarf bei der kantonalen Steuerung	129
8.4.3	Handlungsfelder bei der inner- & interkantonalen Kooperation	131

9	Fazit und Empfehlungen	133
9.1	Themenfeld A – Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen	133
9.1.1	Ergebnisse dieser Studie	134
9.1.2	Erkenntnisse aus dem State-of-the-Art-Bericht	135
9.1.3	Empfehlungen	136
9.2	Themenfeld B – Suchtpolitische Gestaltung der Suchthilfe	139
9.2.1	Ergebnisse dieser Studie	140
9.2.2	Erkenntnisse aus dem State-of-the-Art-Bericht	141
9.2.3	Empfehlungen	142
9.3	Themenfeld C – Angebot und Leistungen	144
9.3.1	Ergebnisse dieser Studie	145
9.3.2	Erkenntnisse aus dem State-of-the-Art-Bericht	146
9.3.3	Empfehlungen	147
9.4	Themenfeld D – Versorgungssysteme	149
9.4.1	Ergebnisse dieser Studie	150
9.4.2	Erkenntnisse aus dem State-of-the-Art-Bericht	151
9.4.3	Empfehlungen	152
10	Verzeichnisse	157
10.1	Abbildungsverzeichnis	157
10.2	Tabellenverzeichnis	158
10.3	Abkürzungsverzeichnis	160
10.4	Literaturverzeichnis	161
	Autorinnen und Autoren	168

# 1 Einleitung

Die vorliegende Studie versteht Sucht als ein bio-psycho-soziales Phänomen, dessen Entstehung und dessen Auswirkungen auf allen drei Ebenen – biologisch, psychisch und gesellschaftlich – zu verorten sind. Sucht hat demnach Auswirkungen auf die Physis und die Psyche der Menschen, ihr soziales Umfeld und ihre soziale Integration. Sie entsteht aus individuellen Veranlagungen und persönlichen Faktoren (z. B. soziales Umfeld, Lebenssituation, Erfahrungen), aber auch durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z. B. kultureller Umgang mit Substanzkonsum/abhängigem Verhalten, Verfügbarkeit usw.) (Bundesamt für Gesundheit 2021). Demzufolge beruht die substanzbezogene Abhängigkeit bzw. die abhängige Verhaltensweise auf einer komplexen dynamischen Interaktion zwischen *biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren* (Skewes & Gonzalez 2013).

Das Suchthilfesystem mit seinen verschiedenen Angeboten, Akteurinnen und Akteuren und deren Aktivitäten bildet traditionell ein sehr heterogenes Feld mit komplexen Strukturen: Organisation, Leistungserbringung wie auch Finanzierung sind kantonale unterschiedlich geregelt. Gleichzeitig befindet sich das Suchthilfesystem in einem stetigen Wandel, die Angebote der Institutionen entwickeln sich weiter. Die Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS) befasst sich intensiv mit dieser Thematik; dies unter anderem mit dem Ziel, die Steuerung der Angebote auch aus kantonsübergreifender Perspektive zu betrachten. Der Fachdiskurs in der KKBS zeigte, dass in der komplexen Thematik ein gemeinsames Verständnis und gemeinsame Grundlagen notwendig sind, um die kommenden Herausforderungen bearbeiten zu können. Im Anschluss an das Seminar der KKBS im Juni 2019 und in weiteren Workshops zu Angebotstypologien und Zielgruppen entschied sich die KKBS, ein Projektteam der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit zu beauftragen, zusammen mit den Kantonen Grundlagen zu erarbeiten, die eine verstärkte (inter-)kantonale Steuerung fördern können. Die Entwicklung dieser Grundlagen wurde in vier Schritten bearbeitet:

- (1) Entwicklung einer breit abgestützten *Angebotstypologie*,
- (2) *Pretest* der Angebotsanalysen (inklusive Entwicklungsperspektiven) und Steuerung in den Kantonen Aargau, Obwalden, Waadt und Wallis,
- (3) *Analyse der Angebote und der Steuerung* in 22 Kantonen in Form von «Kantonsportraits» sowie
- (4) eine *Gesamtanalyse*, u. a. mit dem Fokus auf die interkantonale Koordination

Nach der Durchführung der ersten drei Arbeitsschritte stand den Beauftragten jedes Kantons ein Bericht zur Verfügung, der die Angebotspalette, die Ergebnisse der Angebotsanalysen im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» zusammenfasst und das kantonale Steuerungssystem im Bereich der Suchthilfe darstellt. Diese inhaltlich identisch strukturierten Kantonsberichte oder *Kantonsportraits* eröffneten den Beauftragten der Kantone erstmals systematische Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Kantonen. Diese sollen, entsprechend dem Handlungsfeld Nr. 5 der Nationalen Strategie Sucht (Bundesamt für Gesundheit 2015, 2020), die Vernetzung verstärken und Kooperationsmöglichkeiten aufzeigen. Im Weiteren bilden die Kantonsberichte die Grundlage für die im Folgenden präsentierte Gesamtanalyse.

Das Analysekonzept für den systematischen interkantonalen Vergleich in der Gestaltung der Suchthilfe orientiert sich am «Luzerner Modell» zur Gestaltung sozialer Versorgung (Stremmlow, Riedweg, Bürgisser 2019). Das «Luzerner Modell» (vgl. S.18) basiert auf der soziologischen Systemtheorie und definiert vier Beobachtungs- und Entwicklungsbereiche des Sozialwesens.

Relevant aus Steuerungssicht ist der Entwicklungsbereich der «sozialpolitischen Systemgestaltung» («Sozialplanung»), der vier Handlungsebenen umfasst:

- «*Programm und Finanzierung*: Definition der Ziele, Inhalte, Zuständigkeiten (politisch, rechtlich) und Finanzierung der Hilfe
- *Leistungen und Angebote*: Durchführung des Programms in Form der Planung, Umsetzung und Weiterentwicklungen von Leistungen und Angeboten in der Sozialwirtschaft
- *Versorgungsstrukturen*: Umsetzung des Programms in bestimmten Versorgungsstrukturen
- *Leistungserbringung*: Form der Zusammenarbeit mit den beteiligten leistungserbringenden Einrichtungen» (StremLOW et al., 2019)

Das «Luzerner Modell» kombiniert nun diese vier Handlungsebenen mit den vier typischen Handlungsphasen im Managementkreislauf: *Analyse, Strategie, Umsetzung* und *Weiterentwicklung*. Damit entsteht eine Matrix mit 16 Gestaltungsaufgaben (vier Handlungsphasen mal vier Handlungsebenen), die systematisch aufeinander bezogen und abgestimmt werden können:

	<b>Phase I (A) Analyse</b>	<b>Phase II (S) Strategie</b>	<b>Phase III (U) Umsetzung</b>	<b>Phase IV (W) Weiterentwicklung</b>
<b>Gestaltungsebene 1</b> Programm und Finanzierung	(A1) Kontextanalyse, Finanzierung	(S1) Ziele und Vorgaben	(U1) Kontext-/Systemprüfung	(W1) Strategisches Controlling
<b>Gestaltungsebene 2</b> Leistungen und Angebote	(A2) Angebots- und Zielgruppenanalyse	(S2) Angebotsplanung	(U2) Aktualisierung Angebot	(W2) Angebotsprüfung
<b>Gestaltungsebene 3</b> Versorgungsstrukturen	(A3) Versorgungsstrukturanalyse	(S3) Rahmenvorgaben	(U3) Austauschprozesse	(W3) Struktur-/Prozessevaluation
<b>Gestaltungsebene 4</b> Analyse Leistungserbringung	(A4) Analyse Leistungserbringende	(S4) Leistungsvereinbarungen	(U4) Reporting, Leistungserbringende	(W4) Weiterentwicklung Leistungserbringung

**Abbildung 1:** Handlungsphasen und -ebenen bei der Gestaltung sozialer Versorgung (StremLOW et al. 2019)

Im nachfolgenden *Kapitel 2* werden anlehnend an diese Handlungsbereiche der Gestaltung sozialer Versorgung die Zielsetzungen dieses Projekts und das Forschungsdesign vorgestellt. Das methodische Vorgehen, die Datenbasis und die Analyseverfahren werden im *Kapitel 3* näher erläutert. Wie jede wissenschaftliche Forschungsarbeit unterliegt auch diese Studie gewissen Limitationen. Die Limitationen dieser Studie gründen zum einen in den Erhebungsmethoden und dem Rücklauf der Fragebogen und zum anderen in den strukturellen Rahmenbedingungen (z. B. Corona-Pandemie, knappe Ressourcen bei den Befragten). Diese werden am Schluss des *Kapitels 3* und in der Einleitung der Ergebniskapitel 5 bis 8 näher beschrieben. Die Datengrundlage zur Analyse der Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich wird einleitend im Abschnitt zu jedem Merkmal separat ausgewiesen.

Auf der Basis einer Synthese von ausgewählten internationalen und nationalen Erkenntnissen zur Gestaltung der Suchthilfe (Planung, Steuerung, Leistungserbringung und Evaluation) verfolgt das *Kapitel 4* das Ziel, Fachpersonen und den Verantwortlichen der Kantone *Reflexionsangebote* zur Weiterentwicklung der Suchthilfe zur Verfügung zu stellen. Hierzu wurde im Rahmen dieses Projekts ein «State of the Art»-Bericht verfasst (Lischer, Eder, StremLOW, Wyss, Knecht & Häfeli 2022). Die darin dargestellten nationalen und internationalen Standards der Suchthilfe dienen als «Soll-Werte», an denen sich die Weiterentwicklung der (inter-)kantonalen Gestaltung der Suchthilfe orientieren sollte, und bilden somit eine zentrale Grundlage für die Empfehlungen im letzten Kapitel.

Im *Kapitel 5* werden suchtbetrefende Rahmenbedingungen (Urbanität, Prävalenzen) vorgestellt, die für die Analysen der Angebote und der Steuerung der Kantone relevant sein können.

Das *Kapitel 6* enthält eine detaillierte Angebots- und Nutzungsanalyse der Angebote im Fokusbereich «Beratung, Therapie und Wohnen» und der stationären Suchtmedizin. Es werden sowohl Kapazitäten, Auslastungen und die regionale Verteilung der Angebote beschrieben als auch Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer (Alter, Geschlecht, Hauptproblem, Komorbiditäten, Wohnkanton). Ausserdem werden interkantonale Nutzungsbewegungen präsentiert.

Das *Kapitel 7* enthält eine Typologisierung der Steuerung der Suchthilfe in den Kantonen. Dabei wurde versucht, die Komplexität der unterschiedlichen Steuerungsmodelle der 22 Kantone zu reduzieren.

Die Einschätzungen der befragten Anbieterinnen und Anbieter sowie der kantonalen Expertinnen und Experten zur aktuellen Versorgungssituation und den erwarteten Entwicklungstrends im Bereich der Suchthilfe werden im *Kapitel 8* dargestellt. Das letzte *Kapitel 9* enthält auf Basis der Studienergebnisse sowie nationaler und internationaler Standards des Syntheseberichts Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Suchthilfe.

Für eilige Leserinnen und Leser finden sich in den Ergebniskapiteln Kurzzusammenfassungen in Form von Zwischenfazits in blauen Kästchen.

## 2 Zielsetzungen und Forschungsfragen

Die vorliegende Studie verfolgt das Ziel, den Kantonen Grundlagen zur Verfügung zu stellen, um die Gestaltung der Suchthilfe (d. h. die Steuerung, die Angebotsgestaltung, die Zusammenarbeit mit Leistungserbringenden, die Versorgungspfade usw.) zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Ein Fokus der Untersuchung liegt dabei auf der interkantonalen Kooperation.

Um diese Grundlagen zur Verfügung stellen zu können, umfasst diese Studie vier Untersuchungsfelder: Die Analyse der Angebote in den Kantonen (Teil A), eine detailliertere Angebots- und Nutzungsanalyse im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» (Teil B), die Steuerung der Suchthilfe in den Kantonen (Teil C) sowie die Analyse der Versorgungssituation und Entwicklungstrends (Teil D). In den nächsten Abschnitten werden die forschungsleitenden Fragen in den vier Untersuchungsfeldern kurz erläutert.

### 2.1 Angebots- und Nutzungsanalysen (Teile A und B)

Die Erfassung der kantonalen Angebotspaletten hat zum Ziel, das Angebotsspektrum jedes Kantons und dessen interkantonale Angebotsverflechtung aufzuzeigen. Im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» wird die Angebotsanalyse durch eine Nutzungsanalyse ergänzt (Teil B). Die Erhebungen gehen folgenden Fragen nach:

- Über welche und wie viele Angebotstypen der Suchthilfe verfügen die Kantone *innerhalb* und/oder *ausserhalb* der Kantons Grenzen?
- Welche Merkmale weisen die Nutzenden im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» auf?
- Welche Angebotstypen im Fokusbereich verzeichneten am Stichtag (31. Dezember 2021) und im Jahr 2021 eine hohe Nachfrage? Welche Angebote waren weniger stark ausgelastet? Wo wird eine veränderte Nachfrage in Zukunft erwartet?
- Zwischen welchen Kantonen und in welchen Angebotstypen lassen sich Angebots- und Nutzungsverflechtungen erkennen?

### 2.2 Kantonsvergleiche in der Steuerung der Suchthilfe (Teil C)

Voraussetzung für eine interkantonale bzw. regionale Zusammenarbeit ist das Verständnis über die Art, wie die jeweiligen Kantone die Suchthilfe steuern. Die Erhebungen zielen deshalb darauf ab, in der kantonalen Steuerung Besonderheiten und «Gute Praxis» zu identifizieren sowie das Potenzial interkantonomer Steuerung abzuschätzen. Die forschungsleitenden Fragen im Themenfeld C lauten:

- Wie steuern die Kantone die Suchthilfe?
- Welche Instrumente und Grundlagen stehen ihnen dabei zur Verfügung?

### **2.3 Angebotssituation und bedarfsrelevante Entwicklungstrends (Teil D)**

Gesellschaftliche Entwicklungen führen zu einer ständigen Veränderung von Suchtformen und Suchtmustern, die Einflüsse auf die Bedarfsentwicklung haben können. Zur Entwicklung eines adäquaten Angebots erscheinen eine Beurteilung der Versorgungssituation im Kanton und die Reflexion von Entwicklungstrends sinnvoll. Daraus leiten sich folgende Fragen ab:

- Wie ist die Versorgungssituation in den Kantonen zu beurteilen (Über- oder Unterversorgung, Angebotslücken, Abstimmungsbedarf zwischen Angebotsformen oder Kantonen)?
- Welche angebots- und nutzungsrelevanten Entwicklungen und strukturellen Trends sind im Feld der Suchthilfe zu beobachten? Wie wird der künftige Bedarf eingeschätzt?

# 3 Grundlagen und methodisches Vorgehen

## 3.1 Entwicklung einer Angebotstypologie der Suchthilfe

Voraussetzung für eine kantonsvergleichende Angebotsanalyse ist eine systematische und konsistente Typologie der Angebote im Bereich der Suchthilfe. Das bedeutet, dass eine Klassifizierung notwendig ist, die die Bereiche kategorisiert und zu Angebotspaketen zusammenfasst, damit sie vergleichbar werden (StremLOW et al., 2019, S. 91). Bislang hat sich in der Suchthilfe keine einheitliche Klassifizierung durchgesetzt<sup>2</sup>, die als Steuerungsgrundlage verwendet werden könnte. Insbesondere deshalb, weil bisherige Klassifizierungen mehrheitlich entlang von Leistungserbringenden differenzieren und weniger auf Ebene der Angebote. Für die politische Steuerung und die Einschätzung von Veränderungen sind Informationen über Anbieterinnen und Anbieter jedoch zu wenig weitreichend, da die Leistungserbringenden oftmals mehrere unterschiedliche Angebote zur Verfügung stellen. Die Entwicklung einer gemeinsamen Angebotstypologie der Suchthilfe war deshalb der erste Arbeitsschritt dieses Projekts und stellte die Basis für die Definition des Fokusbereichs der Angebots- und Nutzungsanalyse dar.

Verwendungszweck der Angebotstypologie ist die Erfassung der Angebotspalette der Suchthilfe, die im Kanton zur Verfügung steht; dies unabhängig von der Organisations- oder Finanzierungsform. Auf dieser Grundlage werden erste interkantonale Vergleiche ermöglicht. In der Entwicklung der Angebotstypologie war die möglichst breite Akzeptanz der Differenzierungen ein Kernanliegen. Die einheitliche Erhebung und weitere Verwendung der Angebotstypologie in Steuerungsfragen setzt voraus, dass sie für die zuständigen Akteurinnen und Akteure als gut verständlich und zweckmässig erachtet wird.

Die Rolle des Teams der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit war es, erstens die Vereinheitlichung der vorgeschlagenen Differenzierungen zu systematisieren, zweitens die Erfassung aller Angebote im Sinne des momentanen Wissensstands der Suchthilfe zu garantieren und drittens zu prüfen, inwiefern sich die erarbeitete Angebotstypologie als Datengrundlage für die Steuerung der Suchthilfe eignet. Als Informationsquellen dienten die Workshops mit interessierten Vertreterinnen und Vertretern der KKBS, die Sitzungen der Projektkerngruppe, Typologien aus kantonalen und schweizweiten Erhebungen im Suchtbereich, Unterlagen des Bundesamtes für Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit 2015, 2016) und der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (Bundesamt für Gesundheit 2010), eine Versorgungsanalyse in Deutschland (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2019) sowie

<sup>2</sup> Es existiert eine Reihe verschiedener Typologien und Klassifikationen, die zu bestimmten Verwendungszwecken entwickelt wurden. Z. B.: Schweizweit einheitliche Daten zu Klienten und Klientinnen der Suchthilfe in der ambulanten und stationären Therapie werden vom Monitoringsystem *act-info* gesammelt und ausgewertet (Sucht Schweiz 2020). Zudem werden die sozialmedizinischen Institutionen (Somed) und Krankenhäuser vom Bundesamt für Statistik erfasst (Bundesamt für Statistik 2008, 2020) und Infodrog führt ein jährliches Monitoring zur Auslastung und den Platzzahlen der stationären Suchttherapieinstitutionen durch (Infodrog 2020a). Infodrog stellt zudem den Suchtindex (Infodrog 2020b) bereit, eine Datenbank für Suchtbetroffenen. Eine einheitliche Typologie findet sich ausserdem für die Analyse der Finanzierung der Suchthilfe (Gehrig et al. 2012; Künzi et al. 2019). Zur Verbesserung der kantonalen Steuerung wurden darüber hinaus kantonale Erhebungen in Auftrag gegeben (Arnaud et al. 2019; da Cunha et al. 2009; Künzi et al. 2018) oder eigenständig erfasst und veröffentlicht (u. a. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt 2019).

wissenschaftliche Grundlagenliteratur (u. a. Egger et al. 2017, Laging 2018, Reynaud et al. 2016, Schmidt & Hurrelmann 2000).

Die entwickelte Angebotstypologie beinhaltet folgende **zentrale Unterscheidungen**:

- (1) Es werden *Angebotstypen unterschieden*, nicht Angebote, Trägerschaften oder Leistungserbringende. Das bedeutet:
  - a) Trägerschaften können in mehreren Angebotstypen tätig sein.
  - b) Es werden Angebote einbezogen, die nicht nur auf Suchthilfe spezialisiert sind.
- (2) Die Typologie umfasst ausschliesslich *suchtspezifische Angebote*<sup>3</sup>. Als suchtspezifisch gilt ein Angebot, wenn es sich an die Zielgruppen der Suchthilfe richtet und Sucht konzeptionell verankert wurde.

Die Angebotstypologie umfasst keine Differenzierung nach Zielgruppen in Bezug auf Lebensphase, Geschlecht, Migrationshintergrund oder Suchtform. Diese Merkmale werden im Rahmen der Befragung zu den Nutzungskennzahlen der sozialtherapeutischen Angebote im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» bei den Leistungserbringenden erhoben.

---

<sup>3</sup> Im Wissen darum, dass Suchthilfe an vielen weiteren Orten stattfindet, die nicht auf Sucht spezialisiert sind.

**Tabelle 1:** Angebotstypologie der Suchthilfe

<b>1 Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Vermittlung von Suchtprävention und Gesundheitsförderung</li> <li>1.2 Handlungspläne, Aktionsprogramme und kantonale Kampagnen</li> <li>1.3 Vermittlung von Förderung von Früherkennung und Frühintervention</li> </ul>
<b>2 Therapie und Beratung</b>
<b>Grundangebot</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (nicht-KVG-finanzierte Sozialtherapie)</li> <li>2.2 Ambulante Suchtmedizin (KVG-finanziert)</li> <li>2.3 Stationäre Suchttherapie (nicht-KVG-finanziert)</li> <li>2.4 Stationäre Suchtmedizin (KVG-finanziert)</li> </ul>
<b>Spezialisiertes Angebot</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>2.5 Heroingestützte Behandlung</li> <li>2.6 Substitutionsgestützte Behandlung/Opioidagonistentherapie (OAT)</li> <li>2.7 Selbsthilfegruppen für Suchtbetroffene und/oder Angehörige</li> <li>2.8 Applikationen für Selbstreflexion, Selbstmanagement und Selbstcoaching</li> <li>2.9 Digital vermittelte Suchtberatung und Therapie</li> <li>2.10 Spezialisierte Angebote für Angehörige und Umfeld</li> <li>2.11 Familienplatzierungsorganisationen für Suchtbetroffene</li> </ul>
<b>Wohnen, Arbeit und Beschäftigung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>2.12 Betreutes institutionelles Wohnen (mit/ohne Tagesstrukturen)</li> <li>2.13 Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung</li> <li>2.14 Ambulante Begleitung in Privatwohnungen</li> <li>2.15 Suchtspezifische, nicht-stationäre Beschäftigungsprogramme</li> <li>2.16 Suchtspezifische, nicht-stationäre Arbeitsintegration</li> </ul>
<b>3 Schadensminderung und Risikominimierung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 Niederschwellige Treffpunkte ohne Konsummöglichkeit</li> <li>3.2 Niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsummöglichkeit</li> <li>3.3 Notunterkünfte</li> <li>3.4 Housing First</li> <li>3.5 Aufsuchende Sozialarbeit/Gassenarbeit</li> <li>3.6 Abgabe von sterilem Injektionsmaterial</li> <li>3.7 Drug Checking</li> <li>3.8 Verbreiten von Safer-Use-Informationen und Substanzwarnungen</li> <li>3.9 Förderung von Safer-Use-Massnahmen auf Freizeitveranstaltungen (z. B. Nachtleben, Feste)</li> </ul>
<b>4 Regulierung und Vollzug</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>4.1 Jugendschutz Testkäufe</li> <li>4.2 Suchtspezifische Vollzugsangebote</li> <li>4.3 Suchthilfeangebote im Gefängnis (z. B. Substitution, Selbsthilfegruppen) <ul style="list-style-type: none"> <li>4.3.1 Abgabe von sterilem Injektionsmaterial im Gefängnis</li> </ul> </li> <li>4.4 Suchthilfeangebote in der Schutzaufsicht und Bewährungshilfe</li> </ul>

### 3.2 Definition Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen»

Neben der Erhebung der kantonalen Angebotspaletten wurden in diesem Projekt Erhebungen zu Nutzungskennzahlen von ausgewählten Angebotstypen durchgeführt. Der Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» wurde aus denjenigen Angebotstypen eruiert, für die die Kantone zuständig sind und bei denen aus Sicht der Kantone aktuell der grösste Steuerungsbedarf besteht. Nach Beurteilung der KKBS sind das die Angebote *der ambulanten und stationären Sozialtherapie* sowie die *Wohnangebote* für Personen mit Suchtproblemen<sup>4</sup>. Der Fokusbereich der Erhebung umfasst die «Grundangebote<sup>5</sup>» (2.1, 2.3), die Angebote «Wohnen» (2.12 bis 2.14) und die «Familienplatzierungsorganisationen» (2.11) des Angebotsbereichs «Therapie und Beratung» sowie «Notunterkünfte» (3.3) und «Housing First» (3.4) des Angebotsbereichs «Schadensminderung und Risikominimierung». *Tabelle 2* fasst die Angebotstypen des Fokusbereichs zusammen.

**Tabelle 2:** Angebotstypen des Fokusbereichs «Therapie, Beratung und Wohnen»

Fokusbereich	Relevante Umwelt
<b>Psychosoziales/ sozialpädagogisches Angebot</b>	<b>Medizinisches Angebot</b>
Nicht-KVG-finanziert	Finanziert nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)
Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Sozialtherapie	Typ 1b: Ambulante Suchtmedizin
Typ 2a: Stationäre Suchttherapie	Typ 2b: Stationäre Suchtmedizin
Typ 3: Betreutes institutionelles Wohnen <sup>6</sup>	
Typ 4: Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung	
Typ 5: Ambulante Begleitung in Privatwohnungen	
Typ 6: Familienplatzierungsorganisationen für Suchtbetroffene	
Typ 7: Notunterkünfte	
Typ 8: Housing First <sup>7</sup>	

In den Diskussionen zeigte sich, dass die Angebotstypen 1 und 2 auch in Abgrenzung zu denjenigen Angeboten erfolgen muss, die durch die Spitalplanung gesteuert und über die Krankenversicherung und über die kantonalen Beiträge finanziert werden. Obwohl das Forschungsvorhaben auf die Angebote in kantonaler Zuständigkeit fokussiert, macht die Darstellung sichtbar, dass es offenbar komplementäre Angebote im medizinischen Bereich gibt, die in der gemeinsamen Zuständigkeit von Bund und Kantonen liegen. Somit sind diese Angebote ein relevanter Kontext für die Steuerung der Angebote der Suchthilfe und werden deshalb ebenfalls in den Angebotsbeständen der Kantone erfasst.

<sup>4</sup> Der Jahresbericht 2019 zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024 bestätigt die Fokussierung auf das Handlungsfeld 2. Dieses Projekt entspricht einem der Schwerpunkte 2020 im Handlungsfeld Therapie und Beratung (Bundesamt für Gesundheit 2020, S. 8).

<sup>5</sup> Aufgrund definitorischer Schwierigkeiten wurde auf die beiden Angebotstypen «Teilstationäre Suchtberatung und Suchttherapie (nicht-KVG-finanziert)» und «Teilstationäre Suchtmedizin (KVG-finanziert)» verzichtet.

<sup>6</sup> Mit/ohne Tagesstrukturen

<sup>7</sup> Vgl. z. B.: Fabian, Carlo; Müller, Esther; Zingarelli, Jacqueline und Daurù, Andreas (Hrsg.): Housing First. Ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit unter: [http://www.schwarzerpeter.ch/wp-content/uploads/2020/07/Housing-First\\_2020.pdf](http://www.schwarzerpeter.ch/wp-content/uploads/2020/07/Housing-First_2020.pdf).

### 3.3 Erhebungskonzept

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden Daten mit unterschiedlichen Methoden und von unterschiedlichen Zielgruppen gesammelt. Die nachfolgende *Tabelle 3* fasst das Forschungsvorgehen zusammen.

**Tabelle 3:** Forschungsmethodik

Untersuchungsfeld	Erhebungsmethode	Datengrundlage	Auswertung
<b>(A) Kantonale Angebotspaletten</b>	A: Elektronische Befragung	Verantwortliche in den Kantonen <sup>8</sup>	Deskriptive Statistik
	B1: Elektronische Befragung	Verantwortliche in den Kantonen	
<b>(B) Angebote und Nutzung im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen»</b>	B2: Elektronische Befragung	Leistungserbringende im Fokusbereich	Deskriptive Statistik
	B3: Zusatzauftrag an das Schweizer Gesundheitsobservatorium (OBSAN)	Sekundäranalyse der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (2020)	
<b>(C) Kantonale Steuerung</b>	C1: Elektronische Befragung	Verantwortliche in den Kantonen	Deskriptive Statistik
	C2: Dokumentenanalyse	Kantonale Dokumentation	Dokumentenanalyse
	C3: Telefoninterviews	Verantwortliche in den Kantonen	Qualitative Analyse
<b>(D) Angebotsbewertung und Entwicklungstrends</b>	B2: Elektronische Befragung D: Fokusgruppengespräch	Expertinnen und Experten der kantonalen Suchthilfe	Qualitative Analyse

#### Datenerhebung Teil A: Kantonale Angebotspaletten

Die Angebotspalette der Kantone bildet **Teil A** der Erhebung. Sie richtet sich an die kantonalen Beauftragten für Suchtfragen<sup>9</sup>. Ziel der Befragung war es, ein Bild über die Vielfalt des kantonalen Angebots in den vier Handlungsfeldern der Nationalen Strategie Sucht (2017 bis 2024) sowie über die interkantonale Angebotsverflechtung zu erhalten. Für die Untersuchung der Angebotspaletten wurde nach geografischem Standort (innerhalb/ausserhalb der Kantons-grenzen) differenziert. Im Fragebogen A wurden die Angebote bzw. Angebotstypen der Suchthilfe und nicht Trägerschaften oder Leistungserbringende erfasst; d. h. Anbieterinnen und Anbieter, die in mehreren Angebotstypen tätig sind, sind dementsprechend mehrfach aufgeführt. In dieser Erhebung wurden ausschliesslich **suchtspezifische Angebote** erfasst.

<sup>8</sup> Verantwortliche in den Kantonen: In der Regel nahmen die kantonalen Beauftragten für Suchtfragen diese Aufgabe für ihren Kanton wahr. In einigen Kantonen wurden die Aufgaben im Rahmen des Projekts (teilweise) an weitere Mitarbeitende im Kanton übergeben.

<sup>9</sup> Bzw. an die mit der Erhebung Beauftragten in den Kantonen.

Als Orientierung dienen die Handlungsfelder 1 bis 4 der Nationalen Strategie Sucht (ehemals vier Säulen der schweizerischen Suchtpolitik). Es wurden aber auch Angebote miteingeschlossen, die *nicht ausschliesslich* auf Suchthilfe spezialisiert sind (z. B. in psychiatrischen Kliniken). Auf der ersten Ebene der Angebotspaletten wurde zwischen Angeboten innerhalb und Angeboten ausserhalb des Kantons unterschieden. Auf der zweiten Ebene wurden die Trägerschaftsformen der Angebote innerhalb des Kantons bzw. die Rechtsverhältnisse zu Angeboten ausserhalb des Kantons abgebildet.

**Datenbasis Teil A:** Die Angebotspalette wurde von allen 22 teilnehmenden Kantonen vollständig ausgefüllt. Fehlende Angebote und Trägerschaftsformen wurden, soweit dies möglich war, nach Rücksprache mit den kantonalen Beauftragten für Suchtfragen ergänzt. Dennoch enthielten einige kantonale Angebotspaletten «keine Angaben» bei Angebotstypen, bei denen die Trägerschaftsformen bzw. Rechtsverhältnisse unbekannt waren.

### **Datenerhebung Teil B: Angebote und Nutzung im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen»**

Im **Teil B** wurden die Angebote im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» sowie deren Nutzung in zwei Schritten erhoben. Die Verantwortlichen in den Kantonen waren für diesen Teil nicht nur Befragte, sondern übernahmen zudem massgeblich die Koordination der Befragung bei den Leistungserbringenden. *Erstens* wurden die Verantwortlichen in den Kantonen gebeten, alle Angebote im Fokusbereich, die seit 2018 innerhalb des Kantons existier(t)en, in einer Excel-Vorlage (Fragebogen B1) zu erfassen. Zum Fokusbereich zählen die in *Tabelle 2* definierten Angebotstypen. **Im Rahmen dieser Erhebungen wird ein Angebot als alle Leistungen einer Trägerschaft innerhalb eines Angebotstyps** verstanden. Das bedeutet, dass eine Trägerschaft maximal ein Angebot pro Angebotstyp nennen konnte. Weitere Eigenschaften von Angeboten, wie beispielsweise unterschiedliche Standorte oder Zielgruppen, wurden an anderen Stellen der Erhebung differenziert. Die an den Fokusbereich angrenzenden, über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) finanzierten Angebote wurden in diesem Teil ebenfalls erfasst.

*Zweitens* wurden die im Fragebogen B1 erfassten Anbieterinnen und Anbieter zur Nutzung ihrer Angebote<sup>10</sup> befragt. Für die Erhebung der Nutzungskennzahlen bedeutet das, dass Trägerschaften, die Angebote in mehreren Angebotstypen zur Verfügung stellen, für jeden Angebotstyp einen Fragebogen ausgefüllt haben. Dieser Teil wurde durch die Verantwortlichen in den Kantonen koordiniert. Sie verschickten die entsprechenden Excel-Fragebögen und das Informationsschreiben an die Anbieterinnen und Anbieter, stellten den Rücklauf sicher und konsolidierten die Daten. Dabei stand die Plausibilität der Daten im Mittelpunkt: Es ging nicht darum, möglichst alle Felder auszufüllen, sondern nur dort Angaben zu machen, für die den befragten Trägerschaften verlässliche Zahlen vorlagen. Fokus dieser Nutzungsanalyse war es, die *aktuelle Nachfrage*, die *Volatilität der Nachfrage*, *Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer*, die *Zielgruppenorientierung der Angebote und Leistungen*, *häufigste zuweisende Stellen und Anschlussangebote* sowie die *interkantonale Nutzungsverflechtung* zu erfassen. Zudem wurden die Leistungserbringenden nach ihren Einschätzungen in Bezug auf allfällige Angebots- und Versorgungslücken sowie bezüglich der zukünftigen Bedarfsentwicklung befragt.

**Datenbasis Teil B1:** Alle Verantwortlichen in den Kantonen konnten den Excel-Fragebogen B1 vollständig ausfüllen. Basierend auf diesem Fragebogen wurden die B2-Fragebögen für die leistungserbringenden Organisationen im Fokusbereich erstellt.

<sup>10</sup> Ein Angebot umfasst alle Leistungen einer Trägerschaft innerhalb eines Angebotstyps.

**Datenbasis Teil B2:** Insgesamt wurden **301 Fragebogen an 189 Anbieterinnen und Anbieter** im Fokusbereich versendet. Davon wurden 268 ausgefüllt retourniert und von den kantonalen Beauftragten für Suchtfragen bzw. deren kantonalen Vertretung konsolidiert. Dennoch konnten acht Fragebogen für die Analysen zu den Merkmalen der Nutzerinnen und Nutzer aufgrund fehlerhafter Angaben<sup>11</sup> nicht verwendet werden. Der Netto-Rücklauf für den B2-Fragebogen betrug dementsprechend 86 %.

**Tabelle 4:** Rücklaufquote der Anbieterinnen- und Anbieterbefragung (B2)

	Typ 1a <sup>12</sup>	Typ 2a <sup>13</sup>	Typ 3 <sup>14</sup>	Typ 4 <sup>15</sup>	Typ 5 <sup>16</sup>	Typ 6 <sup>17</sup>	Typ 7 <sup>18</sup>	Typ 8 <sup>19</sup>
Anzahl befragte Anbietende	85	41	71	39	35	5	15	8
Anzahl antwortende Anbietende	77	37	66	30	32	4	15	6
<b>Rücklaufquote (Brutto)</b>	<b>91%</b>	<b>90%</b>	<b>93%</b>	<b>77%</b>	<b>91%</b>	<b>80%</b>	<b>100%</b>	<b>75%</b>

**Datenbasis Teil B3:** Die Nutzungsanalyse im Fokusbereich umfasst zudem die Sekundäranalyse (B3) von Datensätzen der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik [BFS], 2020b). *Dazu wurden folglich keine Erhebungen in den Kantonen durchgeführt.* Die Angebotstypologie im Fokusbereich (Tabelle 2) macht sichtbar, dass Angebote der ambulanten und stationären Suchttherapie existieren, die mehrheitlich über das Krankenversicherungsgesetz finanziert und durch die kantonale Spitalplanung gesteuert werden. Da die Finanzierung suchtmedizinischer Angebote in nationale Strukturen (KVG-Bereich) eingebunden ist, sind die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone für diesen Bereich eingeschränkt. Für Steuerungsfragen ist die Nutzung suchtmedizinischer Angebote dennoch höchst relevant, da es sich um komplexe Angebote handelt. Zur Beurteilung der Nutzungsdaten der stationären Suchtmedizin wurden deshalb Rohdaten der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (BFS 2020b) herangezogen. Mit den Auswertungen der Sekundäranalyse der medizinischen Statistik der Krankenhäuser wurde das OBSAN beauftragt<sup>20</sup>.

<sup>11</sup> Dies war der Fall, wenn sich die Anzahl nicht auf die am Stichtag vorhandenen Nutzenden mit Suchtproblemen bezog, sondern z. B. auf die Anzahl Übernachtungen im Jahr 2021 oder auf alle Nutzenden des Angebots (d. h. auch auf Personen ohne Suchtproblematik).

<sup>12</sup> Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie

<sup>13</sup> Typ 2a: Stationäre Suchttherapie

<sup>14</sup> Typ 3: Betreutes institutionelles Wohnen

<sup>15</sup> Typ 4: Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung

<sup>16</sup> Typ 5: Ambulante Begleitung in Privatwohnungen

<sup>17</sup> Typ 6: Familienplatzierungsorganisationen

<sup>18</sup> Typ 7: Notunterkünfte

<sup>19</sup> Typ 8: Housing First

<sup>20</sup> Alle teilnehmenden Kantone haben mit einer Einverständniserklärung der Datenanalyse auf Ebene der Leistungserbringenden durch das OBSAN zugestimmt.

Das OBSAN berücksichtigt im Rahmen der Sekundäranalyse der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (BFS 2020b) alle Fälle des Versorgungsbereichs Psychiatrie<sup>21</sup> mit einer Hauptdiagnose aus der **ICD-Gruppe<sup>22</sup> F10 - F19 «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen»** sowie Fälle mit einer Hauptdiagnose F63.0 «Pathologisches Spielen». Eingeschlossen wurden sämtliche Fälle mit Wohnsitz in einem der teilnehmenden Kantone sowie sämtliche Fälle, die in einer Klinik mit Standort in einem teilnehmenden Kanton behandelt wurden. Ein Fall entspricht grundsätzlich einer Hospitalisierung. Dabei werden alle Fälle berücksichtigt, die während eines Jahres aus dem Spital entlassen werden. In der Psychiatrie wurden zusätzlich Fälle, die das gesamte Jahr in der Klinik verbringen, berücksichtigt. Fälle, die unter bestimmten Bedingungen innerhalb von 18 Tagen wieder hospitalisiert wurden, wurden unter derselben Fallnummer zusammengefasst.

### **Datenerhebung Teil C: Kantonale Steuerung**

Im **Teil C** umfasst die Datenerhebung für die Analyse der kantonalen Steuerung im Bereich der Suchthilfe drei methodische Zugänge: die schriftliche Befragung mittels Excel-Fragebogen zum kantonalen Steuerungsmix in der Suchthilfe (Teil C1), die Sammlung der strategischen und rechtlichen Grundlagen, auf die sich die kantonale Suchthilfe stützt für die Dokumentenanalyse (C2) und das Telefoninterview, indem die gewonnenen Erkenntnisse mit den Verantwortlichen der Kantone vertieft und reflektiert wurden (C3). Ziel der Erhebungen war es, die *Heterogenität der Steuerungsansätze* der Kantone zu verstehen und die *strukturellen Grenzen der Steuerung* zu identifizieren. Dazu wurden der kantonale Steuerungsmix (Tabatt-Hirschfeldt 2017), der Institutionalierungsgrad der Steuerung und die geplante Angebotsentwicklung untersucht. Für diese Untersuchung wird analytisch zwischen drei Ebenen der Suchtpolitik unterschieden:

- 1) **Ebene des Gesamtsystems**, d. h. der kantonalen Gesamtsteuerung und Planung (Makro-Ebene)
- 2) **Ebene der Leistungserbringung**, d. h. der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern (Meso-Ebene)
- 3) **Ebene der Fallsteuerung**, d. h. der Lenkung der Einzelfälle (Mikro-Ebene)

**Datenbasis Teil C:** Der Fragebogen C1 wurde von allen Kantonen ausgefüllt und in allen 22 Kantonen konnte mit den kantonalen Beauftragten für Suchtfragen<sup>23</sup> ein leitfadengestütztes Interview geführt werden. Zudem reichten die Kantone dem Forschungsteam zahlreiche Dokumente zur kantonalen Steuerung ein (u. a. Suchtbericht, Gesetzesgrundlagen, Leitbilder, Gremienstrukturen, Monitoringberichte usw.).

<sup>21</sup> Zur Abgrenzung des Versorgungsbereichs vgl.: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/abgrenzung-und-faldefinition-MS>.

<sup>22</sup> ICD 10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.

<sup>23</sup> Bzw. mit den mit der Erhebung beauftragten Personen im Kanton.

### **Datenerhebung Teil D: Angebotsbewertung und Entwicklungstrends**

Zur Untersuchung der Angebotsbewertung und Entwicklungstrends im **Teil D** wurden Fokusgruppen-Interviews mit Expertinnen und Experten der Suchthilfe aus den jeweiligen Kantonen durchgeführt. Im Interview mit den Mitgliedern der Fokusgruppe wurden die unterschiedlichen Perspektiven von relevanten Akteurinnen und Akteuren der Suchthilfe erhoben. Die Zusammensetzung der Teilnehmenden bestand in der Regel aus Vertreterinnen und Vertretern der kantonalen Verwaltungen und der Leistungserbringenden der Suchthilfe bzw. Suchtmedizin.

**Datenbasis Teil D:** Insgesamt wurden **20 Fokusgruppen-Interviews** mit insgesamt **181 kantonalen Expertinnen und Experten** durchgeführt. Im Kanton Wallis konnte kein Fokusgruppengespräch durchgeführt werden und auch im Kanton Obwalden war es aufgrund der geringen Zahl an leistungserbringenden Organisationen und personellen Wechsels nicht möglich, ein eigens Fokusgruppengespräch durchzuführen. Aufgrund der engen Vernetzung der leistungserbringenden Akteurinnen und Akteuren der Suchthilfe in den Kantonen Luzern, Ob- und Nidwalden wurde ein gemeinsames regionales Fokusgruppengespräch durchgeführt, an dem neben den kantonalen Expertinnen und Experten der Luzerner Suchthilfe auch die kantonalen Beauftragten für Suchtfragen der beiden anderen Kantone teilnahmen.

## **3.4 Einbettung der Studienergebnisse und Limitationen**

Dieses Projekt hat zum Ziel, die (inter-)kantonale Steuerung der Suchthilfe zu unterstützen. Im Zentrum steht dabei der *schweizweit erstmalige Versuch, eine systematische, interkantonale Vergleichbarkeit im Bereich der Steuerung der Suchthilfe* herzustellen, die auch Kooperationsmöglichkeiten aufzeigen soll. Um dieses übergeordnete Ziel zu erreichen, wurde im Sinne einer Methodentriangulation eine eigenständige Datenerhebung konzipiert, die im Rahmen eines Pretests mit Erhebungen in vier Kantonen getestet wurde (*Abschnitt 3.3*). Das Projekt konzentrierte sich dabei auf die Beschreibung der Angebotsbestände und die Beschreibung der kantonalen Steuerung und bildet damit *nur eine Grundlage* für die zukünftige Gestaltung der (inter-)kantonalen Steuerung der Suchthilfe.

Die Arbeiten bilden jedoch auch *eine Grundlage*, um das Feld der Suchthilfe auch zukünftig schweizweit und im interkantonalen Vergleich im Sinne eines Monitorings zu beobachten. Nicht zuletzt auch deswegen, weil für die *systematische und konsistente Erfassungen des gesamten Feldes* der Suchthilfe eine breit abgestützte Angebotstypologie entwickelt wurde. Für den Aufbau einer umfassenden Steuerung könnten die Datenbasis dieses Projekts in nachfolgenden Erhebungszyklen schrittweise vertieft und die Datenerhebung als ordentliche Routine institutionalisiert werden. Aus der vorliegenden Querschnittstudie würde dann eine Längsschnittuntersuchung (Ludwig-Mayerhofer, 2020). Für die bessere Einbettung der Studienergebnisse, aber auch für die Weiterentwicklung der zukünftigen Forschung im Bereich der Schweizer Suchthilfe, werden in den nachfolgenden Abschnitten die Limitationen der vorliegenden Studie beschrieben.

### **Teilnehmende Kantone**

Dieses Projekt strebte eine schweizweite Untersuchung der Grundlagen für die (inter-)kantonale Steuerung an. Die *Kantone Genf und Tessin* haben sich entschlossen, nicht bei dieser Erhebung mitzumachen. Die *Kantone Glarus und Appenzell-Innerrhoden* haben im Verlauf der ersten Erhebungsphase aufgrund mangelnder Ressourcen die Teilnahme abgebrochen. Dadurch konnten Daten aus vier Kantonen nicht berücksichtigt werden. Eine abschliessende Validierung der Daten aus dem Kanton Neuenburg durch die Verantwortlichen im Kanton fand

nicht mehr statt. Wenn in diesem Bericht schweizweite Aussagen gemacht werden, beziehen sich diese auf Daten der *22 Kantone, die an der Studie teilgenommen haben*. Nutzerinnen und Nutzer, die in den vier ausgeschlossenen Kantonen wohnhaft sind, aber am Stichtag ein Angebot im Fokusbereich in einem teilnehmenden Kanton in Anspruch nahmen, wurden in der vorliegenden Studie berücksichtigt. In der Sekundäranalyse der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (BFS 2020) wurden vom OBSAN sämtliche Fälle mit Wohnsitz in einem der teilnehmenden Kantone sowie sämtliche Fälle, die in einer Klinik mit Standort in einem teilnehmenden Kanton behandelt wurden, miteingeschlossen. Hingegen wurden Fälle, die in einem der nicht teilnehmenden Kantone wohnhaft waren und in einer Klinik in einem nicht teilnehmenden Kanton (TI, GE, GL, AI) behandelt wurden, bei der Sekundäranalyse ausgeschlossen.

### **Selbstdeklaration**

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts basieren, mit Ausnahme der Daten der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser», auf einer *Selbstdeklaration* der Verantwortlichen in den Kantonen, der befragten leistungserbringenden Organisationen im Fokusbereich sowie den kantonalen Expertinnen und Experten der Suchthilfe.

### **Stichtagserhebung im Fokusbereich**

Mit dem Wissen, dass sich das Feld der Suchthilfe in einem stetigen Wandel befindet, wurde die Erhebung bei den Anbieterinnen und Anbietern im Fokusbereich auf den Stichtag 31. Dezember 2021 gesetzt. Die Daten der Angebots- und Nutzungsanalysen im Fokusbereich spiegeln lediglich eine *Momentaufnahme* wider. Folglich umfassen die Ergebnisse im Fokusbereich weder Bedarfs- noch Nutzungstrends. Aussagen über wahrgenommene und erwartete Entwicklungen basieren auf den qualitativen Analysen der Aussagen der Expertinnen und Experten im Feld der Suchthilfe. Um die tatsächliche Entwicklung von Bedarf, Nachfrage und Angebot einschätzen zu können, müssten dieselben Daten in regelmässigen Abständen erhoben werden.

### **Aussagekraft der kantonalen Angebotspaletten**

Die Erhebungen im Teil A (kantonale Angebotspaletten) basieren auf einer Selbstdeklaration der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen bzw. deren kantonalen Vertretungen und enthalten *keine Informationen über die Anzahl der Angebote*. Erfragt wurde ausschliesslich das Vorkommen von Angeboten innerhalb der verschiedenen Angebotstypen. Das bedeutet auch, dass eine Bewertung der Abdeckung des Suchthilfeangebots nicht ohne Einbezug weiterer Daten (z. B. Nachfrage, Grösse, Urbanisierungsgrad) vorgenommen werden kann.

### **Erhebungen im Fokusbereich und in der Suchtmedizin**

Die Untersuchungen bei den leistungserbringenden Organisationen im Fokusbereich zielten auf die Analyse der Versorgungssituation. Es werden *keine Rückschlüsse auf die Qualität der Leistungen* für die Nutzerinnen und Nutzer gemacht. Gleiches gilt für *Kostenentwicklungstrends*. Zudem wurden die Daten pro Angebotstyp ausgewertet. Es werden daher keine Aussagen über die einzelnen Angebote gemacht. Bei der Erhebung stand die Plausibilität der Daten im Mittelpunkt. Um Schätzungen zu vermeiden, wurden die Anbieterinnen und Anbieter gebeten, nur dort Angaben zu machen, wo sie auf *verlässliche Zahlen* zurückgreifen konnten. Die Aufgabe der Verantwortlichen in den Kantonen war es, die Daten der Anbieterinnen- und Anbieterbefragung im Fokusbereich (B2) zu konsolidieren. Aus diesem Vorgehen resultierten Unterschiede in der Datenqualität. Dies zeigte sich unter anderem an *fehlenden Fragebögen oder falsch ausgefüllten Angaben* bei gewissen Kennzahlen. Fehlende Werte sind auch dem

Sachverhalt geschuldet, dass einige leistungserbringende Organisationen nicht über ein betriebsinternes Monitoringsystem verfügten, das die erfragten Kennzahlen systematisch erfasste.

Aufgrund unterschiedlicher Erhebungszeitpunkte der Daten der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (2020, ganzes Jahr) und den in dieser Studie erhobenen Angaben (Stichtag 31. Dezember 2021) ist die Vergleichbarkeit zwischen den sozialtherapeutischen und medizinischen Angeboten eingeschränkt. Eine Sekundäranalyse von ambulanten, suchtmmedizinischen Angeboten konnte im Rahmen dieser Studie nicht geleistet werden, da eine Sekundäranalyse der «Patientenstatistik ambulant» nur ungenügend und mit grossem Aufwand mit den in dieser Untersuchung erhobenen Daten vergleichbar gewesen wäre. Im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) kann es sein, dass einige Angebote aus der Behindertenhilfe, die unter anderem auch Suchtbetroffene behandeln, nicht bei der Erhebung berücksichtigt wurden. Entweder, weil sie bei den Kantonsverantwortlichen nicht als Suchthilfeangebot bekannt waren, oder weil sie nicht suchtspezifisch waren, das heisst, ihre Leistungen der Suchthilfe nicht konzeptionell verankert haben. Ausführungen zur Datenbasis zu den Merkmalen der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich und der stationären Suchtmmedizin finden sich jeweils einleitend in den Abschnitten des *Kapitels 6*.

### **Einfluss der Corona-Pandemie auf die Erhebungen**

Die Datenerhebung dieser Studie fand zwischen Herbst 2021 und Frühling 2022 statt. In diesem Zeitraum war die Corona-Pandemie noch deutlich spürbar. Verzerrungen durch den Corona-Effekt gilt es insbesondere bei den Ergebnissen zur Auslastung, der eingeschätzten Bedarfsentwicklung und bei den wahrgenommenen Trends – insbesondere im Hinblick auf die Altersgruppen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – zu berücksichtigen.

### **Finanzierung**

Die Art und Weise, wie die Angebote der Suchthilfe in den Kantonen finanziert werden, wurde in dieser Studie nicht systematisch erhoben. In den Befragungen der Kantone (C1), der leistungserbringenden Organisationen (B2) und in den Fokusgruppen-Interviews mit Expertinnen und Experten der kantonalen Suchthilfe (D) kamen jedoch verschiedene Herausforderungen in Bezug auf die unterschiedliche Finanzierungssysteme zwischen den Kantonen und zwischen den sozialtherapeutischen und medizinischen Angeboten zum Vorschein. Die Studie von Künzi, Liesch und Jäggi (2019) zum Ist-Zustand der Finanzierung der Schweizer Suchthilfe oder der kürzlich publizierte Untersuchung «Rapport de Synthèse sur le financement de l'offre en cas d'addiction en suisse: Enjeux et pistes d'action" der GREA (Al Kurdi, 2023) können zu einer besseren Interpretation und nähere Erläuterungen dieser Ergebnisse herangezogen werden. Dennoch empfiehlt sich eine zusätzliche Untersuchung der kantonal sehr unterschiedlich ausgestalteten Rechtsgrundlagen im Hinblick auf notwendige Gesetzesanpassungen, um die im *Kapitel 4* beschriebenen, nationalen und internationalen Standards der Suchthilfe in allen Kantonen zu gewährleisten.

### **Sicht der Nutzerinnen und Nutzer**

In dieser Studie wurden keine Nutzerinnen und Nutzer von Suchthilfeleistungen befragt. Um mehr über Erfolgsfaktoren und Herausforderungen im Suchthilfesystem zu erfahren, sind weitere Studien zu empfehlen, in denen die Sicht und das Erfahrungswissen der Nutzerinnen und Nutzer mit einbezogen werden. Nur dadurch werden Aussagen über die Behandlungs- und Nachsorgequalität ermöglicht. Im bisherigen Forschungsstand sind insbesondere Personen, die selbstständig Suchthilfeangebote in Anspruch nehmen und/oder diese selber finanzieren, unterrepräsentiert.

## 4 Standards und Entwicklungspotenziale in der Gestaltung der Suchthilfe

Auf der Basis einer Zusammenschau von ausgewählten internationalen und nationalen Erkenntnissen zur Gestaltung der Suchthilfe (Planung, Steuerung, Leistungserbringung und Evaluation) wurde im Rahmen dieses Projekts ein «State of the Art»-Bericht (Lischer, Eder, Strem-low, Wyss, Knecht & Häfeli 2022) als theoretische Rahmung für die Gesamtanalyse erstellt. Der Bericht wurde von den Mitgliedern des Soundingboards II<sup>24</sup> validiert und war bei den Analysen dieses Schlussberichts und der Erarbeitung der Empfehlungen begleitend. In diesem Kapitel werden nun die Entwicklungsfragen und -potenziale vorgestellt,<sup>25</sup> die sich für die Gestaltung der Suchtpolitik in der Schweiz ableiten lassen. Sie können als Reflexionsangebote für fachliche und politische Entscheidungsträgerinnen und -träger verstanden werden.

Das analytische Rahmen für die Präsentation der Entwicklungspotenziale basiert auf dem von Strem-low, Riedweg und Bürgisser (2019) entwickelten Modell zur Systemgestaltung in der Sozialen Arbeit. Indem das auf den Suchtbereich adaptierte Modell das Schweizer Suchthilfe-system auf vier Ebenen darstellt, wird dessen Komplexität reduziert, was eine systematischere Betrachtung ermöglicht. Die vier in der nächsten Tabelle dargestellten Ebenen ergeben sich aus einem Kreuzen von *zwei in der Soziologie verankerten Analysedimensionen*:

1. Zum einen durch die systemtheoretisch begründete Unterscheidung von «*System*» und «*Umwelt*»: Der Begriff «*System*» bezeichnet im vorliegenden Anwendungsfall die Angebote und Leistungen der Suchthilfe sowie die Strukturen oder strukturellen Rahmenbedingungen, in denen diese Leistungen erbracht werden. «*Umwelt*» bezieht sich auf den gesellschaftlichen, politisch und rechtlich relevanten Kontext dieser Leistungserbringung.
2. Die zweite Analysedimension unterscheidet «*Funktionen*» und «*Strukturen*». Der Begriff «*Funktion*» fokussiert gesellschaftliche Phänomene (wie z. B. den Konsum psychoaktiver Substanzen) und damit einhergehende Aufgaben (z. B. zu deren Bearbeitung oder Bewältigung). «*Strukturen*» bezeichnen im Modell u. a. die politischen, gesetzlichen oder finanziellen Bedingungen, in deren Rahmen bestimmte Aufgaben wahrgenommen werden.

<sup>24</sup> Mitglieder: Stefanie Knocks (Fachverband Sucht), Roger Mäder (FOSUMOS), Romain Bach (GREA), Camille Robert (GREA), Irene Abderhalden (Infodrog), Silvia Steiner (GDK-CDS), Adrian Eichenberger (Leiter Soziale Einrichtungen Kanton Zürich), Toni Berthel (Präsident Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin), Aline Bernhardt-Keller (Suchtverantwortliche der Stadt Lausanne bis Ende 2022), Jann Schumacher (BAG), Joos Tarnutzer (Präsident KKBS), Tanja Iff (BAG).

<sup>25</sup> Der Text in diesem Kapitel entspricht im Wesentlichen dem sechsten Kapitel des «State of the Art»-Berichts (Lischer et al. 2022).

**Tabelle 5:** Die vier Entwicklungsbereiche der Suchthilfe in Anlehnung an StremLOW et al. (2019)

	<b>Problembefüge und professionelle Differenzierung der Suchthilfe</b>	<b>Alimentierung<sup>26</sup> und Strukturierung der Suchthilfe</b>
<b>Rahmenbedingungen und Steuerung der Suchthilfe (Umwelt)</b>	a) Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen und dessen soziale Folgen	b) Steuerung der Suchthilfe
<b>Leistungen und Strukturen der Suchthilfe (System)</b>	c) Angebot und Leistungen	d) Versorgungssysteme

Im nächsten Abschnitt wird dem Modell entsprechend «Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen und dessen soziale Folgen» beschrieben. Der *Abschnitt 4.2* widmet sich den Entwicklungspotenzialen der suchtpolitischen Steuerung in der Schweiz und der *Abschnitt 4.3* den entsprechenden Entwicklungspotenzialen bei den Angeboten und Leistungen. Gegenstand des letzten *Abschnitts 4.4* sind Entwicklungspotenziale in den Versorgungssystemen, wie z. B. in Bezug auf die inner- und interkantonale Koordination der Angebote, die Förderung von Kooperationen oder die Lenkung der Nutzenden.

## 4.1 Entwicklungspotenziale 1: Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen und dessen soziale Folgen

### Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen und dessen soziale Folgen

Die substanzbezogene Abhängigkeit bzw. die abhängige Verhaltensweise beruht auf einer komplexen dynamischen Interaktion zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Sie hat Auswirkungen auf die Physis und die Psyche der Menschen, ihr soziales Umfeld und ihre soziale Integration (Lischer, Eder, StremLOW, Wyss, Knecht & Häfeli 2022, 5–6). Der Kanton ist gemäss des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG, Art. 3) dazu verpflichtet, Einrichtungen zu schaffen oder private Organisationen zu unterstützen, um die *Behandlung und Wiedereingliederung* von Personen mit suchtbedingten Störungen gemäss den entsprechenden Qualitätsanforderungen zu gewährleisten (Lischer et al. 2022, 10). Dabei sind die somatischen, psychischen, sozialen und beruflichen Folgen der Sucht gleichermaßen zu berücksichtigen.

#### Reflexionsfragen zu Entwicklungspotenzialen:

- Bildet sich der Anspruch auf Multidisziplinarität und Kooperation in den Zielen sowie den Organisations- oder Umsetzungsformen der kantonalen Suchthilfe ab?
- Werden im Kanton die gemäss BetmG, Art. 3d nötigen Angebote zur Behandlung aller Auswirkungen (somatisch, psychisch, sozial, beruflich) einer Suchterkrankung der Kantonsbevölkerung zugänglich gemacht?
- Sucht ist auch ein soziales Problem. Wird die soziale Dimension angemessen berücksichtigt?

<sup>26</sup> Der Begriff «Alimentierung» bezeichnet v. a. die Finanzierung der Suchthilfe und die ihr zugrunde liegenden gesetzlichen Regelungen.

## 4.2 Entwicklungspotenziale 2: Suchtpolitische Gestaltung der Suchthilfe

### Umsetzung der Nationalen Strategie Sucht (2017–2024) in den Kantonen

Die Nationale Strategie Sucht (2017–2024) dient mit ihren acht Handlungsfeldern als Orientierungsrahmen für Akteurinnen und Akteure auf allen föderalen Ebenen, für Fachpersonen sowie für die Leistungserbringung in der Prävention und Suchthilfe. Sie bietet Anknüpfungspunkte für die Realisierung von verschiedensten suchtspezifischen Aktivitäten und Projekten.

*Reflexionsfragen zu Entwicklungspotenzialen:*

- Inwieweit und in welcher Form richten sich die Suchtpolitiken der Kantone an der Nationalen Strategie Sucht aus?
- Welche Gewichtung bekommen die unterschiedlichen Handlungsfelder der Nationalen Strategie Sucht in der kantonalen Suchtpolitik/Suchthilfe?

### Suchtpolitik als Querschnittsthema

Aus der Public-Health-Perspektive wird Suchtpolitik als ein *Querschnittsthema* definiert, das gesundheitliche, soziale und weitere gesellschaftliche Aspekte (z. B. rechtliche) umfasst.

*Reflexionsfragen zu Entwicklungspotenzialen:*

- Bildet sich dieser Querschnittsgedanke in den gesetzlichen Grundlagen, den Zielen sowie den Organisations- oder Umsetzungsformen der kantonalen Suchtpolitiken ab?
- Ist namentlich ein Zusammenspiel zwischen gesundheits- und sozialpolitischen kantonalen Strukturen und Massnahmen festzustellen (z. B. in der Verwaltung mit departementsübergreifenden Gremien)?

### Finanzierungsstrukturen als Querschnittsthema

Es ist die Aufgabe der in der Suchtpolitik und Suchthilfe tätigen Fachpersonen, auch in Zukunft sicherzustellen, dass suchtbetroffene Menschen bedingungslos die Möglichkeit haben, eine adäquate und chancengerechte Betreuung und Behandlung von allen Auswirkungen (somatisch, psychisch, sozial) ihrer Suchterkrankung zu erhalten, ohne dabei ein finanzielles Risiko zu tragen. Dies ist im heutigen System nur durch eine Kombination von Objekt- und Subjektfinanzierung möglich, die auch die Schnittstellen- und Vernetzungsarbeit zwischen den Angeboten abdeckt. Die Finanzierung sollte nach Tragbarkeitskriterien über Bund, Kanton, Gemeinden, Versicherern (z. B. IV, Krankenkassen) sowie gegebenenfalls der Justiz aufgeteilt werden (Lischer et al. 2022, 13).

*Reflexionsfragen zu Entwicklungspotenzialen:*

- Wo erweisen sich die nationalen und kantonalen Finanzierungsmodelle als zielführend, wo lassen sich Schwierigkeiten erkennen?

- Ist der indizierte Bedarf an niederschweligen sozialarbeiterischen, vernetzenden, sozial-  
edukativen und sozialtherapeutischen Massnahmen ausreichend finanziert (z. B. Massnah-  
men zur sozialen und beruflichen Integration, Arbeit an den Schnittstellen bzw. zur fachli-  
chen Vernetzung)?
- Sind die gegenwärtigen Finanzierungsstrukturen chancengerecht ausgerichtet? Können  
alle motivierten Hilfe- und Ratsuchenden alle Suchthilfeangebote nutzen, ohne dass sie  
der rechtliche Rahmen daran hindert, oder sie ein finanzielles Risiko tragen müssen?

### **Fehlanreize der Finanzierungsstrukturen**

Die zunehmende Subjektfinanzierung von Suchthilfeeinrichtungen ist gerade bei der chro-  
nischen und komplexen Suchterkrankung eine Herausforderung (Lischer et al. 2022, 11).  
Weisen Suchtbetroffene langandauernde oder grössere psychosoziale Probleme auf, werden  
sie von Leistungsfinanzierenden im Gesundheitssystem in die Sozialhilfe verschoben; um-  
gekehrt versuchen *Gemeinden* diese Personen im Gesundheitswesen unterzubringen, damit  
sie die Finanzierungslast nicht tragen müssen (Lischer et al. 2022, 12). Die Zuweisung der  
Klientinnen und Klienten zu einer Therapieeinrichtung sollte auf der Grundlage einer fachlich  
fundierte Indikation erfolgen. Eine differentielle Indikationsstellung sollte sich unabhängig  
der Hauptproblemsubstanz an der Phase der Erkrankung, deren Schweregrad, dem Vorlie-  
gen von Komorbiditäten, den vorhandenen Ressourcen sowie der sozialen und beruflichen  
Integration orientieren (Lischer et al. 2022, 12–13).

*Reflexionsfrage zu Entwicklungspotenzialen:*

- Welche Massnahmen ergreifen die Kantone, um ökonomische Fehlanreize bei den zustän-  
digen Indikationsstellen zu vermeiden bzw. eine fachlich orientierte Kostengutsprache zu  
fördern?

## **4.3 Entwicklungspotenziale 3: Angebote und Leistungen**

### **Angebotsspektrum der kantonalen Suchthilfe**

Zu den *Mindestanforderungen* eines Suchthilfesystems gehören laut WHO und UNODC wie  
folgt: Aufsuchende und niederschwellige Hilfsangebote, Behandlungsangebote in nicht-spe-  
zialisierten Einrichtungen, stationäre und ambulante Behandlungen, medizinische und psy-  
chosoziale Behandlungsangebote, Langzeitangebote in Wohneinrichtungen sowie Nachsor-  
geangebote (z. B. Tagesstruktur) (Lischer et al. 2022, 14–15).

*Reflexionsfrage zu Entwicklungspotenzialen:*

- Verfügen die Kantone über alle Grundangebote gemäss WHO und UNODC innerhalb der Kantons Grenzen bzw. gewähren sie ihrer Bevölkerung den Zugang zu ausserkantonalen Angeboten durch rechtsbindende Verhältnisse mit ausserkantonalen Leistungserbringenden?

### **Zugang und Erreichbarkeit von Suchthilfeangeboten**

Die Identifizierung und das Verständnis hinsichtlich der Barrieren und Zugangshürden der Suchthilfeangebote gilt als Voraussetzung für die erfolgreiche Planung von strategischen und operativen Massnahmen. Während einige Barrieren spezifisch bei bestimmten Zielgruppen vorkommen, sind andere als Barrieren allgemein bekannt, wobei die Überwindung dieser generellen Barrieren durch die bestehende Benachteiligung erschwert wird (Lischer et al. 2022, 16).

*Reflexionsfragen zu Entwicklungspotenzialen:*

- Bestehen Konzepte und Initiativen, um Barrieren der Inanspruchnahme der Angebote für vulnerable und sozial benachteiligte Suchtbetroffene zu identifizieren sowie abzubauen?
- Welche vulnerablen Zielgruppen können im gegenwärtigen kantonalen/regionalen Versorgungssystem noch nicht (genügend) erreicht werden?

### **Monitoring der kantonalen Suchthilfe**

Für die Gestaltung eines umfassenden Versorgungssystems können in der Schweiz unterschiedliche internationale, nationale und kantonale Monitoring- und Informationssysteme herbeigezogen werden. Es gibt verschiedene Indikatoren, die auf den Substanzkonsum und das Suchtverhalten in der Bevölkerung hinweisen und zu den selbstberichteten Angaben der Bevölkerungsbefragungen hinzugenommen werden können (Lischer et al. 2022, 17–18).

*Reflexionsfragen zu Entwicklungspotenzialen:*

- Sind in den Kantonen Systeme eingerichtet, die die fortwährenden Veränderungen im Suchtverhalten systematisch betrachten, reflektieren und dann einschlägige Massnahmen ableiten?
- Kennen die Kantone die Prävalenzen von Substanzkonsum und Verhaltenssüchten in der ansässigen Bevölkerung?
- Verfügen die Kantone über systematische Erfassungssysteme über die Nutzung von inner- und ausserkantonalen Suchthilfeangeboten durch ihre Bevölkerung?
- Inwiefern fliessen internationale und/oder nationale Monitoring- und Berichterstattungssysteme in die kantonale Steuerung und Gestaltung der Suchthilfe mit ein?

- Sind die kantonalen Suchtpolitiken mit ihren Programmen und Massnahmen darauf ausgerichtet, dass sie flexibel auf Trends und entsprechende Konsummuster sowie abhängige Verhaltensweisen reagieren können?
- Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, damit ein entsprechendes zielführendes Monitoring implementiert werden kann?

### **Weiterentwicklung der kantonalen Suchthilfe**

In jedem Kanton sollte eine unabhängige Person oder ein unabhängiges Gremium (kantons-externe Fachperson oder Kommission o. Ä.) das kantonale Suchthilfesystem analysieren und fachlich beurteilen. Mithilfe der fachlichen Evaluation können Grundlagen zur Steuerung aufgezeigt und auf das Verbesserungspotenzial der gegenwärtigen Versorgungssituation hingewiesen werden. Die Ergebnisse der fachlichen Dokumentation und Beurteilung fliessen in ein regelmässiges Reporting ein, das den Einrichtungen, der Politik und den Behörden, den Klientinnen und Klienten sowie ihren Angehörigen, den Medien und anderen Gruppen zur Verfügung gestellt wird (Lischer et al. 2022, 19).

#### *Reflexionsfrage zu Entwicklungspotenzialen:*

- Verfügen die Kantone über eine regelmässige fachliche Evaluation ihres Versorgungssystems, und wie werden neue Erkenntnisse über Verbesserungspotenziale in die kantonale Steuerung der Suchthilfe mit aufgenommen?

## **4.4 Entwicklungspotenziale 4: Versorgungssysteme**

### **Fallsteuerung im Versorgungssystem**

Durch die Vielzahl verschiedener medizinischer und sozialer Angebote im interdisziplinären Suchthilfesystem ist die einzelfallbezogene und strukturelle Vernetzung und Koordination eine anspruchsvolle Aufgabe und stellt die Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen vor eine Herausforderung (Lischer et al. 2022, 19). Eine gute Vernetzung und Koordination der verschiedenen Versorgungssektoren trägt dazu bei, dass nahtlose Übergänge in den verschiedenen Behandlungsphasen gewährleistet werden können. Die Arbeit in einem koordinierten Versorgungssystem kann dabei die nachfolgenden Schritte umfassen (Lischer et al. 2022, 20):

- Information von Erstanlaufstellen (Hausärzte und Hausärztinnen, Spitex, Sozialdienste, Unternehmen)
- Assessment der Suchtproblematik
- Case Management
- Überprüfung der Zielerreichung im Fallverlauf
- Evaluation/wissenschaftliche Begleitung

*Reflexionsfragen zu Entwicklungspotenzialen:*

- Wie gestaltet sich die einzelfallbezogene Koordination und Vernetzung unter den einzelnen Versorgungssektoren/Leistungserbringenden in den Kantonen? Werden systematische Verfahren der Fallsteuerung eingesetzt?
- Werden Erstanlaufstellen (Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex, Sozialdienste, Jugendarbeitende, Schulen, Arbeitgebende usw.) regelmässig und systematisch über Entwicklungen in Zusammenhang mit Sucht und über das Suchthilfesystem informiert?
- Wie gestaltet sich die Praxis der Fallsteuerung in den Kantonen?
- In welchem Ausmass werden entsprechende systematische Analysen auf der Ebene von Fallverläufen durchgeführt? Wer ist zuständig für die Überprüfung und Evaluation des Behandlungsprozesses auf Fallebene?

### **Kantonale Koordination und Kooperation der Leistungserbringenden**

Werden die Leistungen der Suchthilfe ungenügend koordiniert, können Einbussen bei der Behandlungsqualität oder bei der Erreichung der Behandlungsziele die Folge sein. Die systematische Zusammenarbeit der Leistungserbringenden, die sich am Behandlungspfad orientiert, ist daher zu unterstützen und zu fördern. In diesem Kontext bestehen zwei unterschiedliche Zugänge: (a) die Unterstützung der Zusammenarbeit der Leistungserbringenden durch kantonale Instanzen (kantonale Koordination; «Top-down-Ansatz») sowie (b) die Förderung selbstgesteuerter Kooperationen oder Vernetzung zwischen den Leistungserbringenden («Bottom-up-Ansatz»). Im Idealfall werden beide Ansätze miteinander kombiniert (Lischer et al. 2022, 22–23).

*Reflexionsfragen zu Entwicklungspotenzialen:*

- Haben die Kantone Massnahmen zur regelmässigen und systematischen Koordination der Leistungserbringenden ergriffen (z. B. Austauschplattformen oder Netzwerktreffen der Leistungserbringenden)? Besteht ein entsprechendes kantonales Gremium mit diesem Auftrag?
- Werden Modelle der interinstitutionellen Zusammenarbeit der Einrichtungen, der integrierten oder koordinierten Versorgung systematisch gefördert und unterstützt? Werden für diesen Zweck Ressourcen zur Verfügung gestellt?

### **Interkantonale Zusammenarbeit und Gestaltung regionaler Versorgungssysteme**

Die Versorgungsstrukturen im Suchthilfesystem sind historisch gewachsen und decken regionale Besonderheiten ab. Viele Suchthilfeorganisationen verfügen über Standorte in mehr als einem Kanton. Suchthilfeeinrichtungen mit (hoch)spezialisierten Angeboten sind häufig auch in kantonsübergreifenden Regionen tätig, weil das Einzugsgebiet eines einzelnen Kantons im Verhältnis zum Angebot zu klein wäre. Demgegenüber stehen Versorgungsstrukturen (inklusive Finanzierung), die an die Gebietskörperschaften der Kantone gebunden und in der Regel höchst unterschiedlich ausgestaltet sind (Lischer et al. 2022, 23–24).

*Reflexionsfragen zu Entwicklungspotenzialen:*

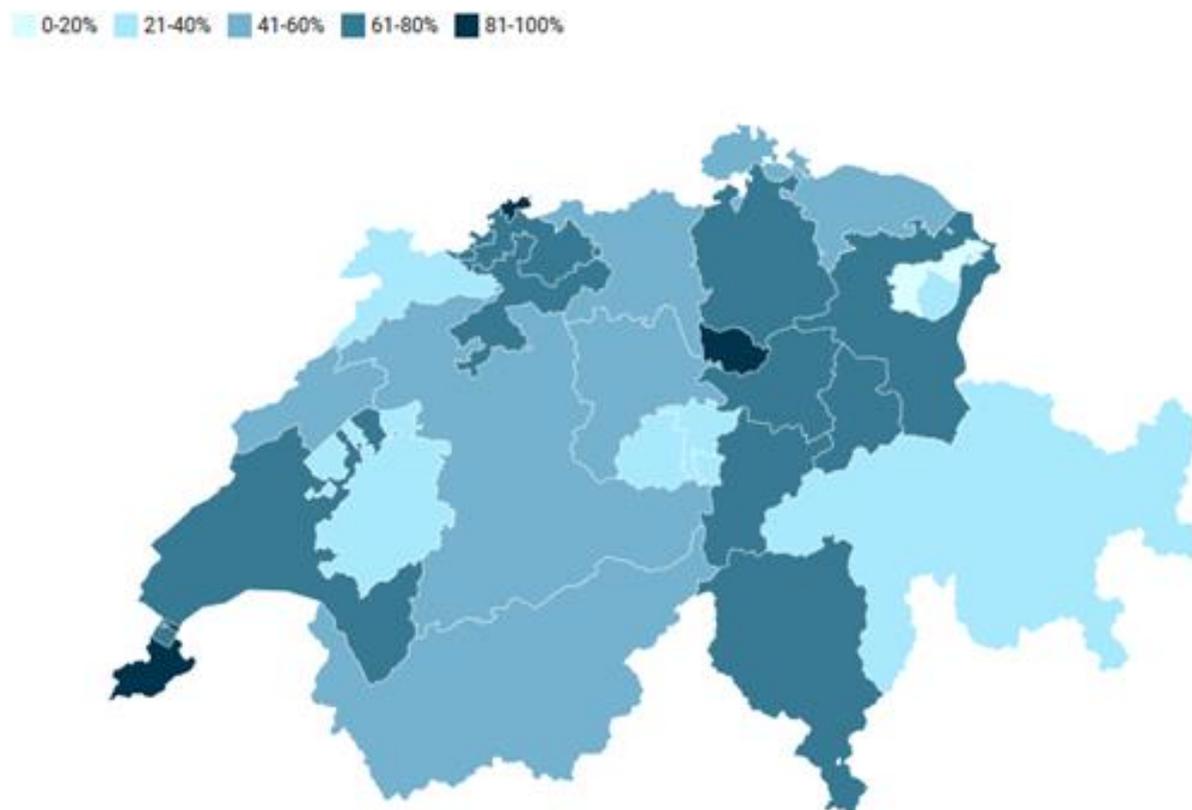
- Werden die kantonalen Unterschiede in der (a) *inhaltlichen* (z. B. Ziele, Angebotsplanungen, innovative Angebote) und der (b) *strukturellen* (z. B. Zuständigkeiten/Zusammenarbeit zwischen Kanton, Gemeinden und Leistungserbringenden) Gestaltung der Suchthilfe mithilfe von vergleichenden Ansätzen und/oder «Good Practice»-Ansätzen hinreichend genutzt, um die Suchtpolitiken (systematisch) weiterzuentwickeln?
- Wird die interkantonale Verflechtung im Rahmen der kantonalen Angebotsplanungen ausreichend berücksichtigt? Existieren Bereiche, in denen die Angebotsabstimmung nicht ausreichend ausgestaltet ist?
- Werden eine interkantonale Informationsstandardisierung und regelmässige Austauschformate aufgebaut und institutionalisiert?

## 5 Kontextbedingungen der Suchthilfe in den Kantonen

Die Suchthilfe und ihre Gestaltung durch die Kantone ist – wie in diesem Bericht noch gezeigt wird – sehr unterschiedlich, was unter anderem unterschiedlichen Kontextbedingungen geschuldet ist. Nachfolgend wird der Versuch unternommen, mittels weniger Indikatoren eine Sensibilität für diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu entwickeln, damit die in dieser Untersuchung erhobenen Daten der Kantone besser eingeordnet werden können. Die vorhandenen statistischen Daten lassen insbesondere einen interkantonalen Vergleich zur Urbanität und zur Problembelastung zu. Die Erhebungen in den Kantonen zeigen, dass sich die Problembelastung und die Suchthilfe in urbanen Zentren von ländlichen Regionen unterscheiden. Für die Gestaltung der Suchthilfe dürfte es daher von Interesse sein, wie stark oder wie wenig urbanisiert die Kantone sind. Für einen interkantonalen Vergleich der Problembelastung steht je ein Indikator zum Alkoholkonsum, zum Cannabiskonsum und zu suchtbedingten Spitalaufenthalten zur Verfügung.

### 5.1 Urbanität

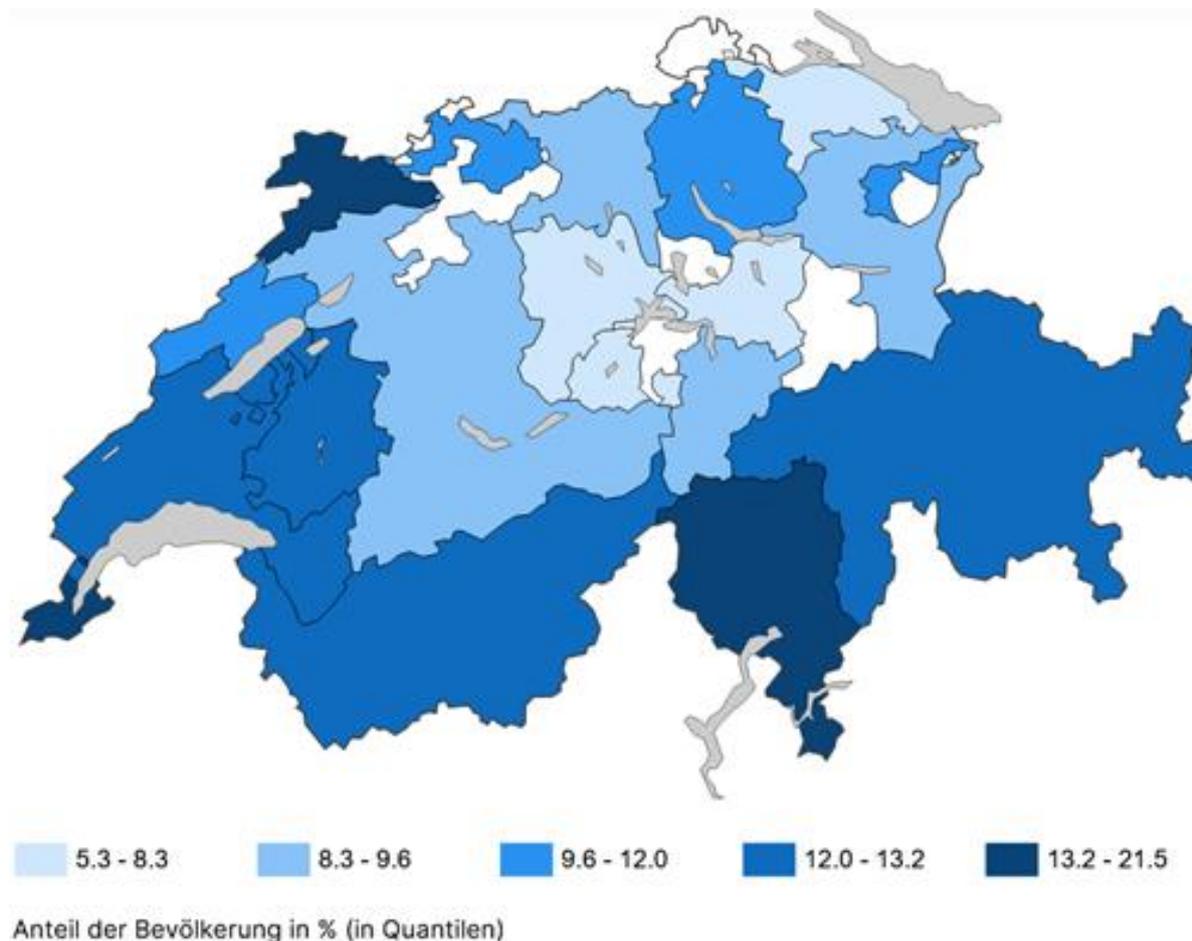
Die Urbanität eines Kantons kann gemessen werden am Anteil der ständigen Bevölkerung im städtischen Kernraum an der gesamten Bevölkerung. Gemäss Gemeindetypologie des Bundesamts für Statistik (BFS) gehören zum städtischen Kernraum die Agglomerationskerngemeinden und die Kerngemeinden ausserhalb von Agglomerationen (Gemeindetypologie mit neun Kategorien des Bundesamts für Statistik). Gemäss dieser Kategorisierung wohnen 63 % der ständigen Bevölkerung der Schweiz in Kerngemeinden. Die Kantone Basel-Stadt (100 %), Zug (92 %) und Genf (91 %) weisen den höchsten Bevölkerungsanteil auf, der im städtischen Kernraum wohnt. In den Kantonen Nidwalden (37 %), Freiburg (33 %), Graubünden (33 %), Jura (33 %), Appenzell Ausserrhoden (28 %) und Obwalden (28 %) ist der Bevölkerungsanteil im städtischen Kernraum tief. Gar keine Gemeinde im städtischen Kernraum weist der Kanton Appenzell Innerrhoden auf (BFS 2023).



**Abbildung 2:** Anteil der ständigen Bevölkerung im städtischen Kernraum im Jahr 2021 (Bundesamt für Statistik, 2023)

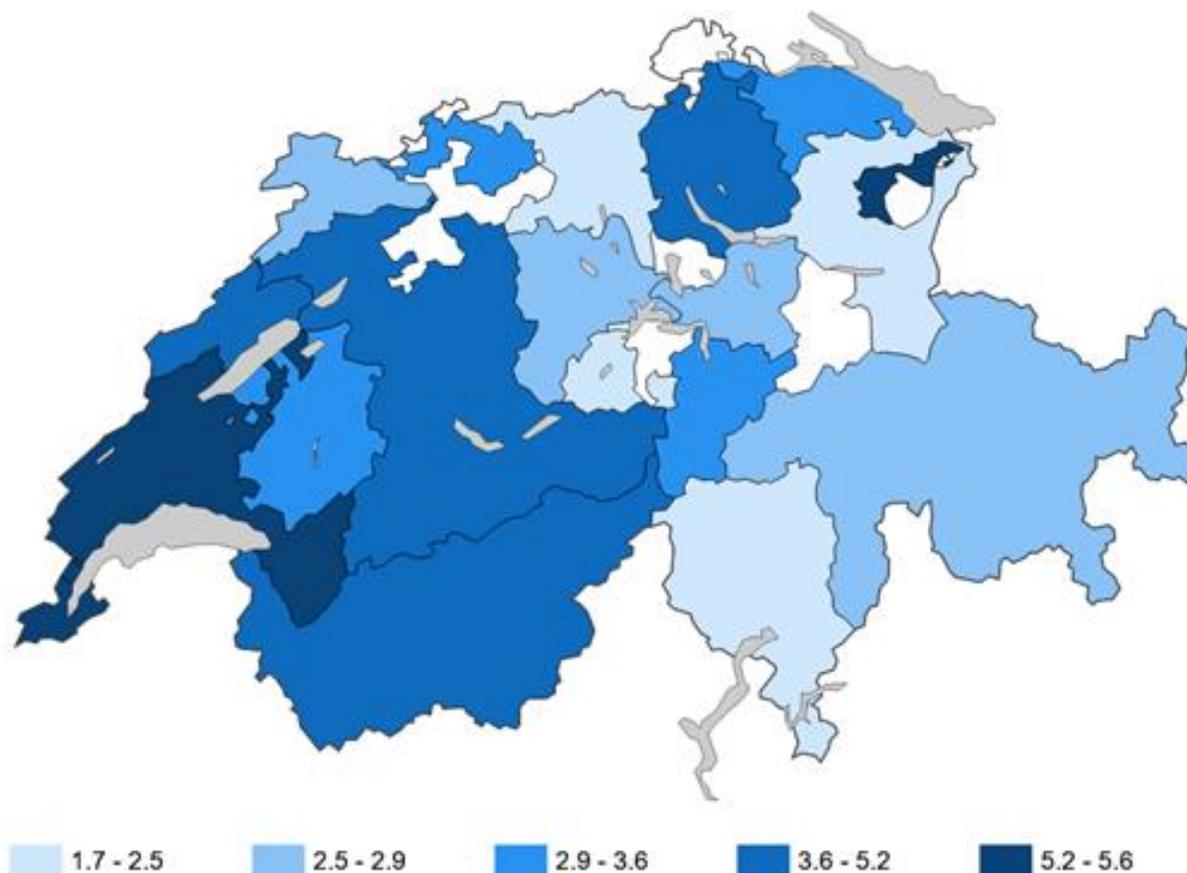
## 5.2 Problembelastung

Das «Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM)» stellt verschiedene Kennzahlen zur Verfügung, die über die Problembelastung im interkantonalen Vergleich Auskunft geben (OBSAN, 2023). Die **Häufigkeit des Alkoholkonsums** wird gemessen am Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten, der mindestens täglich Alkohol konsumiert. Die Daten basieren auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Für die Kantone Appenzell Innerrhoden, Basel-Stadt, Glarus, Nidwalden, Schaffhausen, Solothurn und Zug standen für das Jahr 2017 zu wenig Daten für eine Auswertung zur Verfügung. 2017 lag der Bevölkerungsanteil mit mindestens täglichem Alkoholkonsum gesamtschweizerisch bei 10,9 %. Die Kantone Tessin (21,5 %), Jura (15,3 %) und Genf (14,2 %) weisen die höchsten Anteile auf, die Kantone Thurgau (8,3 %), Schwyz (7,9 %), Luzern (7,6 %) und Obwalden (5,3 %) die tiefsten.



**Abbildung 3:** Häufigkeit des täglichen Alkoholkonsums im Jahr 2017

Die **Prävalenz des Cannabiskonsums** wird gemessen am Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 bis 64 Jahren, der mindestens einmal in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumierte. Die Daten basieren auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB). Für die Kantone Appenzell Innerrhoden, Basel-Stadt, Glarus, Nidwalden, Schaffhausen, Solothurn und Zug standen für das Jahr 2017 zu wenig Daten für eine Auswertung zur Verfügung. 2017 lag der Bevölkerungsanteil mit mindestens monatlichem Cannabiskonsum gesamtschweizerisch bei 4 %. Die Kantone Appenzell Ausserrhoden (5,6 %), Waadt (5,4 %) und Genf (5,2 %) weisen im interkantonalen Vergleich die höchsten Anteile auf, die Kantone St. Gallen (2,5 %), Tessin (2,1 %), Obwalden (1,7 %) und Aargau (1,7 %) die tiefsten.

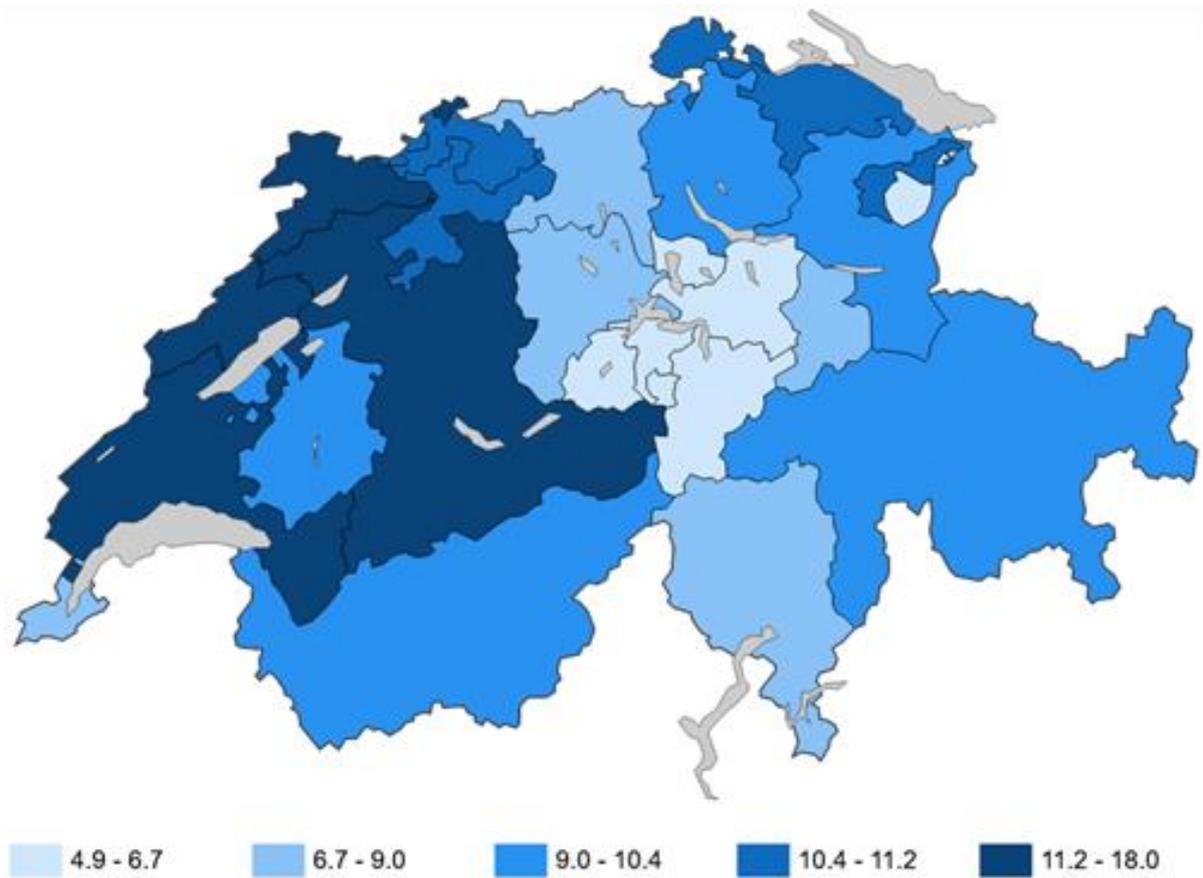


Anteil der Bevölkerung in % (in Quantilen)

Legende: Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten in % im Alter von 15 bis 64 Jahren, der mindestens einmal in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumierte (OBSAN 2023)

Abbildung 4: Prävalenz des Cannabiskonsums im Jahr 2017

Die **Rate der Spitalaufenthalte** pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung basiert auf der medizinischen Statistik der Krankenhäuser. 2021 lag die Rate der Spitalaufenthalte gesamtschweizerisch bei 9.8 pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Kantone Basel-Stadt (18), Neuenburg (12.9), Jura (11.6), Waadt (11.4) und Bern (11.2) weisen die höchsten Raten auf, die Kantone Schwyz (6.7), Uri (6.4), Zug (6.2), Appenzell Innerrhoden (5.6), Nidwalden (5.3) und Obwalden (4.9) die tiefsten.



Standardisierte Rate (in Quantilen)

Legende: standardisierte Rate pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner

**Abbildung 5:** Spitalaufenthalte mit Haupt-/Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung 2021 (OBSAN, 2023)

## 6 Angebote im Bereich der Suchthilfe

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analysen der kantonalen Angebotspaletten sowie der detaillierteren Angebots- und Nutzungsanalyse im Fokusbereich und der stationären Suchtmedizin (Typ 2b) dargestellt. Nachdem im vorangegangenen Kapitel einige Kontextbedingungen der Kantone vorgestellt wurden, gibt der nachfolgende Abschnitt eine Übersicht der kantonalen Angebotspaletten bzw. der Angebotsdifferenzierung. Zu den Angeboten im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» sowie zu Angeboten der stationären Suchtmedizin im Versorgungsbereich der Psychiatrie werden anschliessend nähere Aussagen über die Kapazität, Auslastung und regionale Verteilung der Angebote, die Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer, ihre Zuweisungs- und Anschlusswege in den stationären Suchttherapieangeboten (Typen 2a und 2b) sowie über die interkantonalen Nutzungsbewegungen in ausgewählten Angebotstypen gemacht.

### 6.1 Die Angebotspaletten der Suchthilfe der Kantone

Jeder Kanton verfügt über eine eigene Angebotspalette im Bereich der Suchthilfe. Ziel dieses Abschnitts ist es, die kantonalen Angebotspaletten hinsichtlich ihrer Ausdifferenzierung zu betrachten. Die Untersuchung der Angebotspaletten basiert auf der **gemeinsamen Angebotstypologie** der Suchthilfe (*Abschnitt 3.1*), die mit Mitgliedern der KKBS entwickelt wurde<sup>27</sup>. Die Typologie umfasst vier Angebotsbereiche, die sich an den Handlungsfeldern 1 bis 4 der Nationalen Strategie Sucht (Bundesamt für Gesundheit 2015a) orientieren<sup>28</sup>. Innerhalb der vier Angebotsbereiche wurden Angebote kategorisiert und zu Angebotstypen zusammengefasst. Zu jedem Angebotstyp wurde erhoben, ob der Kanton auf seinem Gebiet über ein solches Angebot verfügt oder ob er sich den Zugang zu einem ausserkantonalen Angebot mit einem Konkordat, mit einer Vereinbarung, mit Betriebsbeiträgen oder über die Spitalliste verbindlich sichert.

Als **suchtspezifisch** gilt ein Angebot, sofern das Suchthilfeangebot konzeptionell verankert ist, d. h. schriftlich festgehalten wurde, dass für die Zielgruppen der Suchthilfe bestimmte Leistungen zur Verfügung gestellt werden.

Die in den *Kantonportraits* erfassten Angebotspaletten geben Auskunft über diejenigen Angebotstypen, die durch ein Angebot abgedeckt sind. Die Zahl der leistungserbringenden Organisationen und deren Kapazität spielten dabei keine Rolle. Die folgende Analyse beschreibt deshalb die Ausdifferenzierung der Angebotspalette, nicht jedoch die Anzahl, die Kapazität

<sup>27</sup> In der Entwicklung der Angebotstypologie war die möglichst breite Akzeptanz der Differenzierungen ein Kernanliegen. Die einheitliche Erhebung und weitere Verwendung der Angebotstypologie in Steuerungsfragen setzt voraus, dass sie für die zuständigen Akteurinnen und Akteure gut verständlich und zweckmässig ist. Die Rolle des Teams der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit bestand darin, erstens die Vereinheitlichung der vorgeschlagenen Differenzierungen zu systematisieren, zweitens die Erfassung aller Angebote im Sinne des momentanen Wissensstands der Suchthilfe zu garantieren und drittens zu prüfen, inwiefern sich die erarbeitete Angebotstypologie als Datengrundlage für die Steuerung der Suchthilfe eignet. Als Informationsquellen dienten Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der KKBS, Typologien aus kantonalen (Arnaud et al., 2019; da Cunha et al., 2009; Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2019; Künzi et al., 2018) und schweizweiten (Bundesamt für Statistik, 2020b, 2020a; Gehrig et al., 2012; Infodrog, 2020, 2020; Künzi et al., 2019; Sucht Schweiz, 2020) Erhebungen im Suchtbereich, Unterlagen des Bundesamtes für Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit, 2015b, 2016) und der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (Bundesamt für Gesundheit, 2010), die Versorgungsanalyse der Hauptstelle für Suchtfragen in Deutschland (2019) sowie wissenschaftliche Grundlagenliteratur (u. a. Egger et al., 2017; Laging, 2018; Reynaud et al., 2016; Schmidt & Hurrelmann, 2000).

<sup>28</sup> Die Handlungsfelder 1 bis 4 entsprechen den ehemaligen vier Säulen der Schweizer Suchtpolitik.

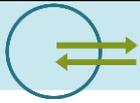
oder die Nutzung einzelner Angebote. Zur Angebotsdifferenzierung trägt auch die Angebotsverflechtung bei, also die Frage, ob der Kanton seine Angebotsbereiche inner- und/oder ausserkantonal abdeckt.

**Limitationen:** Die Analyse der Angebotspaletten basiert auf **der Selbstdeklaration der Kantone (Fragebogen A) per Ende 2021**. Es kann sein, dass die Zuordnung zu den Angebotstypen und zu den Trägerschaftsformen bzw. den Rechtsverhältnissen ausserkantonaler Angebote trotz gemeinsamer Entwicklung der Angebotstypologie nicht in jedem Fall einheitlich erfolgte.

Werden die einzelnen Angebotspaletten der Kantone miteinander verglichen, so finden sich Ähnlichkeiten und Unterschiede. Aufgrund der vorliegenden Daten lassen sich folgende Cluster bzw. Typen bilden:

**Tabelle 6:** Typen der Angebotsdifferenzierung der Suchthilfe (Datenbasis: Fragebogen A, vgl. [Tabelle 3](#))

	<p><b>Typ 1: «Anbieterkanton»</b></p>
<p>«Anbieterkantone» weisen eine stark ausdifferenzierte Angebotspalette auf. Alle oder fast alle Angebotsbereiche sind abgedeckt. Darüber hinaus hat das eigene Angebot in 5 bis 9 Angebotstypen eine Bedeutung für umliegende Kantone. Zu diesem Typ passen folgende Kantone:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Zürich:</b> umfassende Angebotspalette, Abdeckung der Angebotspalette umliegender Kantone in 5 Angebotstypen</li> <li>- <b>Luzern:</b> umfassende Angebotspalette, Abdeckung der Angebotspalette umliegender Kantone in 8 Angebotstypen</li> <li>- <b>Basel-Stadt:</b> umfassende Angebotspalette, rechtsverbindliche Nutzung von 9 Angebotstypen v. a. durch den Kanton Basel-Landschaft</li> </ul>	
	<p><b>Typ 2: «Umfassender Selbstversorger»</b></p>
<p>«Umfassende Selbstversorger» sind Kantone mit einer stark ausdifferenzierten Angebotspalette. Alle oder fast alle Angebotsbereiche sind abgedeckt. Im Gegensatz zum Typ 1 weisen Kantone des Typs 2 eine geringe Angebotsverflechtung mit anderen Kantonen auf. Weder hat das Angebot des eigenen Kantons eine verbindliche Bedeutung für andere Kantone noch sichern die «Selbstversorger» Angebote in anderen Kantonen. Zu diesem Typ passen folgende Kantone:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Waadt:</b> umfassende Angebotspalette, geringe Angebotsverflechtung</li> <li>- <b>Neuenburg:</b> umfassende Angebotspalette, geringe Angebotsverflechtung</li> <li>- <b>Freiburg:</b> umfassende Angebotspalette, geringe Angebotsverflechtung</li> <li>- <b>Solothurn:</b> umfassende Angebotspalette, geringe Angebotsverflechtung</li> <li>- <b>Bern:</b> umfassende Angebotspalette, geringe Angebotsverflechtung</li> <li>- <b>Aargau:</b> umfassende Angebotspalette, geringe Angebotsverflechtung</li> </ul>	



### Typ 3: «Vernetzungskanton»

Ein «Vernetzungskanton» weist eine mittlere bis starke Ausdifferenzierung seiner Angebotspalette auf. Eine mittlere Ausdifferenzierung bedeutet, dass der Kanton Grund- bzw. Pflichtangebote und weitere Angebote in mehreren Angebotsbereichen abdeckt. Eine stark ausdifferenzierte Angebotspalette meint wiederum, dass alle oder fast alle Angebotsbereiche abgedeckt sind. «Vernetzungskantone» weisen darüber hinaus eine Angebotsverflechtung mit anderen Kantonen in mehreren Angebotstypen auf. Das bedeutet, dass die eigene Angebotspalette auch ausserkantonale abgedeckt wird und/oder dass das eigene Angebot eine verbindliche Bedeutung für die Angebotspalette anderer Kantone hat. Zu diesem Typ passen folgende Kantone:

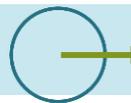
- **Basel-Landschaft:** umfassende Angebotspalette, Abdeckung der Angebotspalette in 9 Angebotstypen durch Basel-Stadt
- **St. Gallen:** umfassende Angebotspalette, Abdeckung der Angebotspalette in 9 Angebotstypen durch Nachbarkantone
- **Zug:** mittlere Angebotspalette, Angebotsverflechtung in 3 Angebotstypen mit umliegenden Kantonen
- **Appenzell Ausserrhoden:** mittlere Angebotspalette, Angebotsverflechtung in 6 Angebotstypen mit umliegenden Kantonen
- **Graubünden:** mittlere Angebotspalette, Angebotsverflechtung in 4 Angebotstypen mit umliegenden Kantonen
- **Thurgau:** mittlere Angebotspalette, Angebotsverflechtung in 4 Angebotstypen mit umliegenden Kantonen



### Typ 4: «Selbstversorger mit Grundangebot»

«Selbstversorger mit Grundangebot» weisen eine Angebotspalette mit mittlerer Ausdifferenzierung auf. Es werden Grund- bzw. Pflichtangebote plus weitere Angebote in mehreren Angebotsbereichen abgedeckt. Zudem weisen diese Kantone eine geringe Angebotsverflechtung mit anderen Kantonen auf. Das bedeutet, dass die eigene Angebotspalette kaum ausserkantonale abgedeckt wird und/oder dass das eigene Angebot kaum eine verbindliche Bedeutung für die Angebotspalette anderer Kantone hat. Zu diesem Typ passen folgende Kantone:

- **Schaffhausen:** Angebotspalette mittlerer Ausdifferenzierung, geringe Angebotsverflechtung
- **Wallis:** Angebotspalette mittlerer Ausdifferenzierung, geringe Angebotsverflechtung
- **Jura:** Angebotspalette mittlerer Ausdifferenzierung, geringe Angebotsverflechtung



### Typ 5: «Nachfragerkanton»

«Nachfragerkantone» weisen eine wenig ausdifferenzierte Angebotspalette auf. Ihre Angebotspalette deckt vorwiegend Grund- bzw. Pflichtangebote ab. Die eigene Angebotspalette wird in mehreren Angebotstypen ausserkantonale abgedeckt. Zu diesem Typ passen folgende Kantone:

- **Uri:** wenig ausdifferenzierte Angebotspalette, verbindliche Sicherung der Angebotspalette in 4 Angebotstypen durch umliegende Kantone. Zu diesem Typ passen folgende Kantone:
- **Schwyz:** wenig ausdifferenzierte Angebotspalette, verbindliche Sicherung der Angebotspalette in 5 Angebotstypen durch umliegende Kantone
- **Nidwalden:** wenig ausdifferenzierte Angebotspalette, verbindliche Sicherung der Angebotspalette in 10 Angebotstypen v.a. durch Luzern
- **Obwalden:** wenig ausdifferenzierte Angebotspalette, verbindliche Sicherung der Angebotspalette in 8 Angebotstypen durch Luzern

In Bezug auf die *interkantonale Zusammenarbeit* in der Suchthilfe kann festgestellt werden, dass diese bei den Typen 1 «Anbieterkanton», 3 «Vernetzungskanton» und 5 «Nachfragerkanton» unabdingbar ist. Die Angebote dieser drei Kantonstypen bedingen sich gegenseitig: So

wird beispielsweise das ergänzende Angebot von «Nachfragekantonen» durch «Anbieter- oder Vernetzungskantone» abgedeckt. Interkantonale Zusammenarbeit in verschiedenen Varianten ist also bei der Angebotsgestaltung weit verbreitet. Kantone der Typen 2 «Umfassender Selbstversorger» und 4 «Selbstversorger mit Grundangebot» scheinen bei der Angebotsgestaltung kaum mit anderen Kantonen verflochten zu sein. Möglicherweise wären sie aber interessante Partner für künftige Kooperationen.

Werden die im letzten Kapitel präsentierten Kontextbedingungen (Urbanität, Problembelastung) mit den hier dargestellten Angebotspaletten der Kantone verglichen, fällt auf, dass etwa in der Hälfte der untersuchten Kantone ein gewisser Zusammenhang besteht. So sind in den Kantonen Basel-Stadt, Waadt, Solothurn, Bern, Neuenburg, Basel-Landschaft und Zürich sowohl die Urbanität als auch die Problembelastung mittel bis hoch, und Ähnliches gilt für die Angebotsdifferenzierung. Ein vergleichbarer Zusammenhang kann in den Kantonen Thurgau, Graubünden, Nidwalden und Obwalden beobachtet werden: In diesen Kantonen weisen die Kontextbedingungen tiefe bis mittlere Ausprägungen auf und die Angebotspaletten dieser Kantone ebenfalls.

Die Kantone Schwyz, Uri, St. Gallen und Zug weisen dagegen trotz hoher Urbanität eine tiefe Problembelastung und eine tiefe bis mittlere Angebotsdifferenzierung auf. In den Kantonen Aargau, Luzern und Freiburg kann umgekehrt trotz tiefer bis mittlerer Urbanität und Problembelastung eine hohe Angebotsdifferenzierung festgestellt werden. Die Kantone Schaffhausen, Jura, Wallis und Appenzell Ausserrhoden schliesslich zeigen trotz tiefer Urbanität eine hohe Problembelastung bei tiefer bis mittlerer Angebotsdifferenzierung. Direkte Zusammenhänge zwischen Kontextbedingungen und der Angebotsdifferenzierung können mit den vorhandenen Daten somit nicht bestätigt werden.

## **6.2 Angebote und Nutzung im Fokusbereich «Beratung, Therapie und Wohnen»**

Im Fokusbereich «Beratung, Therapie und Wohnen» besteht aus Sicht der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen aktuell der grösste Steuerungsbedarf<sup>29</sup>. Das Ziel der folgenden Abschnitte ist es, die Versorgungssituation im Fokusbereich darzustellen. Es können Aussagen gemacht werden über...

- ... die Kapazitäten und Auslastungen innerhalb der Angebotstypen,
- ... die regionale Verteilung der Angebote,
- ... die Merkmale der Nutzenden,
- ... die Angebotsverflechtung im Bereich der stationären Suchttherapie und Suchtmedizin
- ... und über die interkantonale Nutzungsverflechtung.

Die detailliertere Angebots- und Nutzungsanalyse im Fokusbereich «Beratung, Therapie und Wohnen» kann als Ergänzung zu den jährlichen Erhebungen von Sucht Schweiz im Rahmen des Monitorings *act-info* gesehen werden<sup>30</sup>. Das Schweizer Monitoringsystem *act-info* erhebt ähnliche Kennzahlen zu den Merkmalen und zu den Zuweisungs- und Anschlusswegen der

<sup>29</sup> Der Jahresbericht 2019 zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024 bestätigt die Fokussierung auf das Handlungsfeld 2. Dieses Projekt ist einer der Schwerpunkte 2020 im Handlungsfeld Therapie und Beratung (Bundesamt für Gesundheit 2020, S. 8).

<sup>30</sup> Vergleiche hierzu den *act-info*-Jahresbericht 2021 von Balsiger, N., Gmel, G., Krizic, I., Labhart, F., Maffli, E., Vorlet, J. (2022)

Nutzerinnen und Nutzer. Aufgrund unterschiedlicher methodischer Zugänge sind die Daten des Monitoringsystems *act-info* jedoch nicht mit den vorliegenden Ergebnissen vergleichbar<sup>31</sup>. Dennoch können die Ergebnisse des Schweizer Monitoringsystems *act-info* ergänzend als Steuerungsgrundlage hinzugezogen werden.

**Datenbasis** der nachfolgenden Abschnitte ist die Einzelerfassung der Angebote im Fokusbereich mit der schriftlichen Befragung bei den kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (B1). Diese bildete die Grundlage für die Befragung bei den Anbieterinnen und Anbietern im Fokusbereich (B2). Im Fragebogen B2 hatten die Leistungserbringenden die Möglichkeit, die Zuteilung zum Angebotstyp zu prüfen sowie ihre Tätigkeit in weiteren Angebotstypen festzuhalten. Für die Bewertung der Versorgungssituation wurden zudem Daten aus der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (BFS 2020) im Angebotstyp «**Stationäre Suchtmedizin (Typ 2b)**» herangezogen. Mit den Auswertungen dieser Sekundärdaten wurde das OBSAN beauftragt<sup>32</sup>.

Als **suchtspezifisch** gilt ein Angebot, sofern das Suchthilfeangebot konzeptionell verankert ist, d. h. schriftlich festgehalten wurde, dass für die Zielgruppen der Suchthilfe bestimmte Leistungen zur Verfügung gestellt werden.

**Limitationen:** Bei der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» liegen Daten des Jahres 2020 vor, während die Erhebung im Rahmen dieser Studie den *Stichtag* auf den 31. Dezember 2021 setzte. Die direkte Vergleichbarkeit der Daten ist somit nicht gegeben. Dieser Sachverhalt ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen. Bei den stationären suchtmmedizinischen Angeboten existieren zudem keine Einschätzungen zur Fallbelastung und keine Angaben zum Vorhandensein von Wartelisten. Zudem berücksichtigte das OBSAN bei der Sekundäranalyse alle stationären Einrichtungen im Versorgungsbereich Psychiatrie. Somit wurden auch Angebote erfasst, die als nicht-suchtspezifisch gelten und im Fragebogen B1 nicht erfasst wurden. Umgekehrt wurden Angebote im Fragebogen B1 als stationäres Angebot der Suchtmedizin (Typ 2b) erfasst, die in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser nicht enthalten waren. Im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) kann es sein, dass einige Angebote aus der Behindertenhilfe, die unter anderem auch Suchtbetroffene behandeln, nicht bei der Erhebung berücksichtigt wurden. Entweder, weil sie bei den Kantonsverantwortlichen nicht als Suchthilfeangebot bekannt waren, oder weil sie nicht suchtspezifisch waren, das heisst, ihre Leistungen der Suchthilfe nicht konzeptionell verankert haben.

<sup>31</sup> Die vorliegende Studie berücksichtigte alle Angebote im Fokusbereich «Beratung, Therapie und Wohnen», die von den Kantonsverantwortlichen im Rahmen der B1-Erhebung angegeben wurden, sowie die medizinischen stationären Angebote aus dem Versorgungsbereich «Psychiatrie» der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser». *act-info* hingegen berücksichtigte alle Angebote gemäss Suchtindex (Infodrog; <https://www.infodrog.ch/de/hilfe-finden/suchtindex.html>). Für die Analyse dieses Projekts wurden die Daten auf Angebotsebene (laufende Fälle am Stichtag 31. Dezember 2021) berücksichtigt, während *act-info* über personenbezogene Daten (Eintritte am Stichtag 16. März) verfügt. An der vorliegenden Studie nahmen Leistungserbringende aus 22 Kantonen teil, bei *act-info* sind hingegen alle Kantone vertreten. Weitere Unterschiede ergeben sich darin, dass im Rahmen des jährlichen Monitorings von *act-info*, die Leistungserbringenden auch Schätzwerte angeben durften, wenn ihnen eine genaue Zuordnung zu den Merkmalen nicht möglich war. In dieser Studie wurde ausdrücklich darum gebeten, Schätzungen zu vermeiden und nur verlässliche Zahlen anzugeben. Die in dieser Studie befragten Leistungserbringenden hatten die Möglichkeit, «multiplen Substanzkonsum» als Hauptproblem der Suchterkrankung anzugeben, während dies im Monitoringsystem von *act-info* nicht möglich ist. Aufgrund dieser Unterschiede ergeben sich Abweichungen in den Daten zwischen den Studien- und Monitoringergebnissen. Doch inhaltlich zeigen die Ergebnisse dieser Studie in die gleiche Richtung wie das jährliche Monitoring von *act-info* (z. B. Nutzerinnen und Nutzer der Suchthilfe sind mehrheitlich Männer, im mittleren Erwachsenenalter und weisen vorwiegend Hauptproblematiken durch den Konsum von Alkohol, Cannabis, Kokain und Opioiden auf).

<sup>32</sup> Alle teilnehmenden Kantone haben der Sekundäranalyse durch das OBSAN zugestimmt.

### 6.2.1 Kapazität und Auslastung der Angebote

Die Kapazitäten und Auslastungen wurden in der Befragung bei den Suchthilfeanbieterinnen und -anbietern des Fokusbereichs mit mehreren Kennzahlen ermittelt. Nachfolgende Abschnitte stellen die Ergebnisse pro Angebotstyp dar. Darin zu finden sind Informationen zur Anzahl Trägerschaften und zur Anzahl Standorte<sup>33</sup>, zu den Kapazitäten innerhalb des Angebotstyps (Stellenprozentage/vorhandene bzw. bewilligte Plätze) und zur Auslastung (laufende Fälle/belegte Plätze).

**Datenbasis:** Die Angaben zur Kapazität und Auslastung wurden für den **Stichtag vom 31. Dezember 2021** im Rahmen der Anbieterinnen- und Anbieterbefragung (Fragebogen B2 vgl. [Tabelle 3](#)) erhoben.

**Tabelle 7:** Kapazität und Auslastung: «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)» (Datenbasis: Fragebögen B1 und B2, vgl. [Tabelle 3](#))

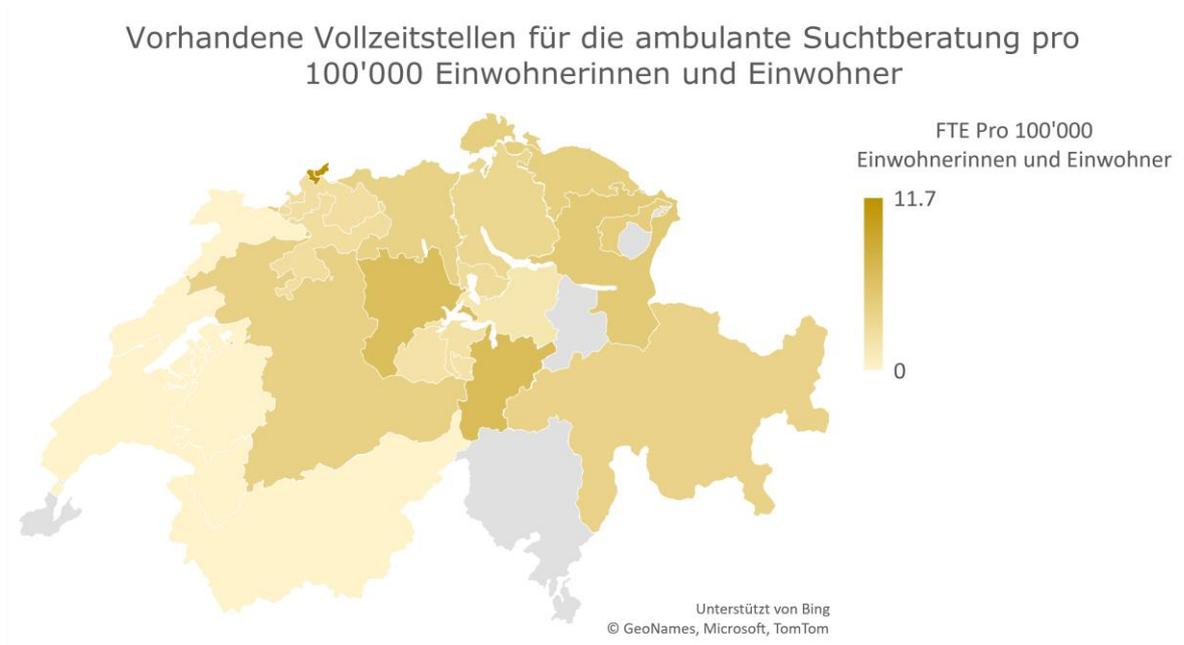
<b>Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)</b>	
Anzahl Trägerschaften	86
Anzahl Standorte	106
Anzahl Stellenprozentage (nur deutschsprachige Schweiz)	249 Vollzeitstellen
Laufende Fälle am Stichtag (Total)	20'272
Anzahl Trägerschaften mit einer Warteliste	12

Im Angebotstyp «**Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)**» wurden 86 Fragebögen verschickt<sup>34</sup>. 77 Fragebögen kamen ausgefüllt zurück. Die 86 Trägerschaften stellten ihr Angebot an 106 Standorten zur Verfügung. Am Stichtag (31. Dezember 2021) wurden schweizweit 20'272 laufende Fälle in diesem Angebotstyp gezählt und 12 leistungserbringende Organisationen (in den Kantonen: Freiburg, Jura, Luzern, Neuenburg, Thurgau, Waadt und Zürich) führten eine Warteliste. Die 62 Trägerschaften<sup>35</sup> in der *deutschsprachigen Schweiz* verfügten insgesamt über mehr als 249 Vollzeitäquivalente (FTE) für die ambulante Suchtberatung. Im Durchschnitt standen in der Deutschschweiz pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner 3,26 Vollzeitstellen der ambulanten Suchtberatung zur Verfügung.

<sup>33</sup> Mit Standorten ist die Anzahl Gemeinden gemeint. Angebote desselben Angebotstyps in derselben Gemeinde wurden als ein Standort erfasst.

<sup>34</sup> Alle in der B1-Befragung der Kantone angegebenen Einrichtungen wurden befragt (Abschnitt 3.3).

<sup>35</sup> Daten aus der Westschweiz konnten aufgrund eines Übersetzungsfehlers nicht berücksichtigt werden (15 Trägerschaften wurden deshalb von dieser Berechnung ausgeschlossen).



**Abbildung 6:** Vollzeitstellen pro 100'000 Einwohnende in der ambulanten Suchtberatung (Deutschschweiz; Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

Im Kanton Basel-Stadt standen der Bevölkerung pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz am meisten FTE (11,7) in der ambulanten Suchtberatung zur Verfügung. Im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung fanden sich im Gegensatz hierzu in den drei Zentralschweizer Kantonen Schwyz, Ob- und Nidwalden am wenigsten personelle Ressourcen für die ambulante Suchtberatung (1,6 bis 2,2 FTE/100'000 Einwohnende).

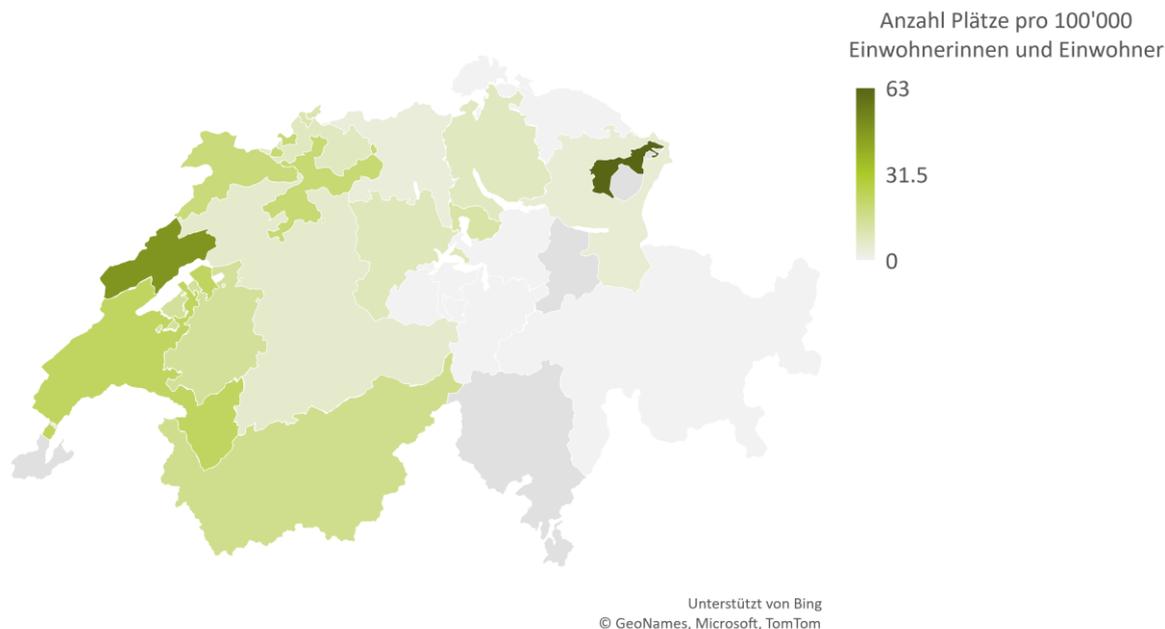
**Tabelle 8:** Kapazität und Auslastung: «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» (Datenbasis: Fragebögen B1 und B2, vgl. [Tabelle 3](#))

<b>Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)</b>	
Anzahl Trägerschaften	41
Anzahl Standorte	44
Bewilligte Plätze	812
Belegte Plätze am Stichtag (Total)	638
Anzahl Trägerschaften mit einer Warteliste	12

Im Angebotstyp «**Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)**» wurden Fragebögen an 41 Trägerschaften verschickt<sup>36</sup> und davon wurden 37 ausgefüllt retourniert. Die sozialtherapeutische stationäre Suchttherapie wurde an 44 Standorten angeboten und verfügte insgesamt über 812 bewilligte Plätze. In den 15 Kantonen, die über Angebote der stationären Suchttherapie verfügten, lag die durchschnittliche Anzahl vorhandener Plätze bei 54 (Median: 38 Plätze). Schweizweit standen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner rund 12 Plätze der stationären Suchttherapie zur Verfügung.

<sup>36</sup> Alle in der B1-Befragung der Kantone angegebenen Einrichtungen wurden befragt (Abschnitt 3.3).

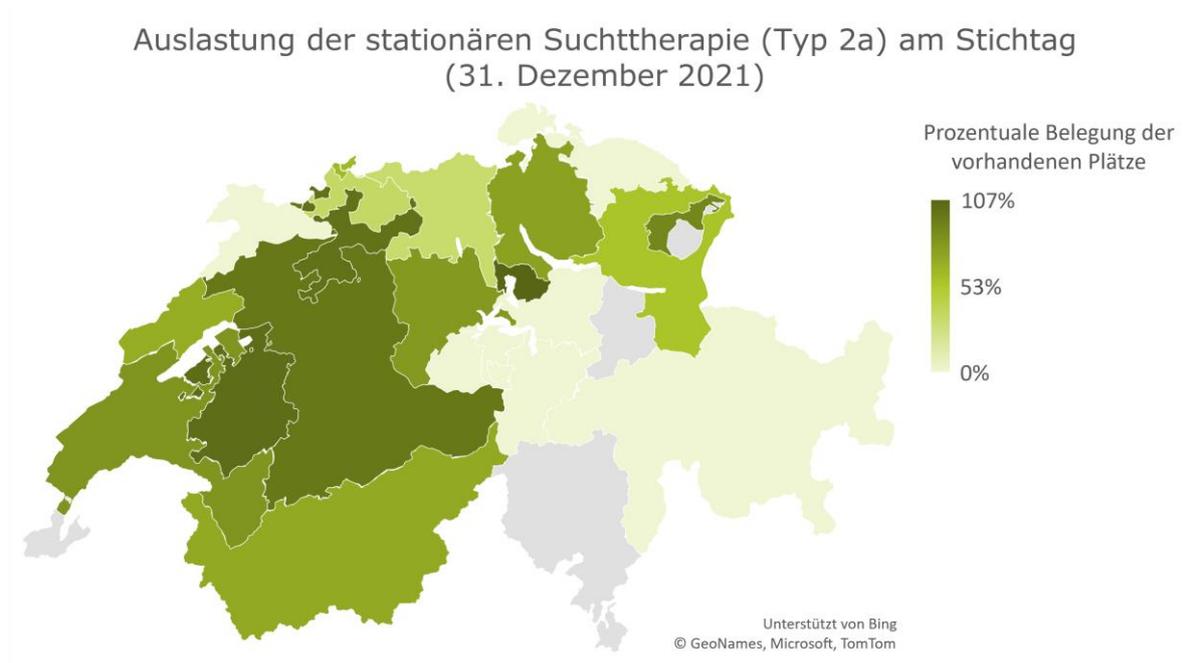
### Anzahl vorhandene/bewilligte Plätze der stationären Suchttherapie (Typ 2a) im Kanton pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner



**Abbildung 7:** Plätze der stationären Suchttherapie (Typ 2a) pro 100'000 Einwohnende (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

Am Stichtag (31. Dezember 2021) waren 638 Plätze der stationären Suchttherapie (Typ 2a) belegt. In diesem Angebotstyp wurden in den Kantonen Basel-Stadt, Freiburg, Neuenburg<sup>37</sup>, Waadt, Zug und Zürich insgesamt 12 Trägerschaften mit Wartelisten gezählt. Dabei zeigten sich in Bezug auf die Auslastung der stationären Suchttherapieangebote regionale Unterschiede. Während die vorhandenen Angebote in diesem Angebotstyp in den Kantonen Aargau (32 %) und Basel-Landschaft (35 %) am Stichtag nur zu einem Drittel belegt waren, verzeichneten die Kantone Bern (97 %) und Solothurn (100 %) eine (fast) vollständige Belegung ihrer Angebote. In den Kantonen Freiburg (102 %) und Zug (107 %) wurde am Stichtag eine Überbelegung in der sozialtherapeutischen Suchttherapie ausgewiesen. Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass die ausgewiesene Auslastung sich auf eine Stichtagesangabe bezieht. Eine Unter- oder Überlastung in einem Angebot kann verschiedene Ursachen haben, wie z.B. Neu- und Ausbau des Angebots, kantonale Indikationsprozesse und mögliche ökonomische Fehlanreize bei der Indikation, oder Spezialisierung des Angebots auf ein Teilbereich des Suchtphänomens (z.B. Kokainkonsum, abhängiges Verhalten).

<sup>37</sup> Eine abschliessende Validierung der Daten durch die Verantwortlichen im Kanton Neuenburg fand nicht mehr statt.



**Abbildung 8:** Platzauslastung in der stationären Suchttherapie am Stichtag (31. Dezember 2021)  
(Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

Das OBSAN berücksichtigte bei den Analysen zum Angebotstyp «**Stationäre Suchtmedizin (Typ 2b)**» 58 Einrichtungen aus dem Versorgungsbereich «Psychiatrie»<sup>38</sup>, die sich an 87 Standorten befanden. Dabei handelt es sich unter anderem auch um Einrichtungen, die als nicht-suchtspezifisch gelten, das heisst kein Angebot der Suchthilfe konzeptionell verankert haben. Im *Fragebogen B1* haben die kantonalen Beauftragten für Suchtfragen bzw. deren kantonale Vertretungen angegeben, dass insgesamt 25 Trägerschaften ihr Angebot der stationären Suchtmedizin an 51 Standorten zur Verfügung stellen. Es ist zu vermuten, dass die kantonalen Fachpersonen in ihren Nennungen auf die suchtspezifischen Einrichtungen fokussierten.

<sup>38</sup> Vgl. «Abgrenzung der Versorgungsbereiche» unter <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/abgrenzung-und-falldefinition-MS>.

**Tabelle 9:** Kapazität und Auslastung der stationären Suchtmedizin (Typ 2b) im Jahr 2020 (BFS, 2021)

<b>Stationäre Suchtmedizin (Typ 2b)<sup>39</sup></b>	
Anzahl Trägerschaften	58
Anzahl Standorte	87
Patientinnen und Patienten (Total im Jahr 2020)	52'773
Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose F10-19; F63.0	11'918
Fälle (Total)	63'900
Fälle mit Hauptdiagnose F10-19, F63.0 (Total im Jahr 2020)	14'704
Pflegetagevolumen (Total) <sup>40</sup>	433'074

Die Einrichtungen, die von OBSAN berücksichtigt wurden, behandelten während des Jahres 2020 insgesamt über 52'000 Patientinnen und Patienten. Davon waren rund 23 % Personen mit einer Hauptdiagnose aus der ICD-Gruppe F10-F19 «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» sowie Fälle mit einer Hauptdiagnose F63.0 «Pathologisches Spielen» in Behandlung. Je nach Art der berücksichtigten stationären Psychiatrie richtete sich ihr Behandlungsangebot ausschliesslich oder unter anderem an Suchtbetroffene. Dadurch ergaben sich kantonale Unterschiede in Bezug auf den Anteil aller Patientinnen und Patienten mit einer primären Suchtproblematik, die sich 2020 in den kantonalen stationären Einrichtungen des Versorgungsbereichs «Psychiatrie» befanden. In einigen Kantonen waren es lediglich 1 bis 2 % und in anderen Kantonen waren es 27 bis 32 % aller Nutzerinnen und Nutzer der entsprechenden Einrichtungen.

Da uns Daten des ganzen Jahres 2020 vorliegen, sind Mehrfachaufenthalte möglich. Deshalb zählten die stationären Einrichtungen der Psychiatrie etwas mehr Fälle als Patientinnen und Patienten. Von den insgesamt 63'900 Fällen<sup>41</sup> in den stationären Einrichtungen waren wiederum rund 23 % der Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Suchterkrankung in Behandlung. Für diese Fälle betrug das schweizweite Pflegetagevolumen 433'074 Tage. Im schweizweiten Durchschnitt bedeutet dies, dass ein Fall im Jahr 2020 rund 29 Pflegetage in Anspruch nahm. Auch hier lassen sich kantonale Unterschiede erkennen. Während in einigen Kantonen das durchschnittliche Pflegetagevolumen für Personen mit einer Suchterkrankung nur 16 Tage betrug, existieren Kantone, in denen im Durchschnitt 43 Pflegetage in Anspruch genommen wurden. Die Hintergründe für eine kurze oder lange Behandlungsdauer sind nicht bekannt, jedoch geben kurze Aufenthalte sowie häufige Mehrfachaufenthalte innert eines Jahres erste Hinweise auf mögliche «Drehtüreffekte» (*Abschnitt 8.2*).

<sup>39</sup> Das OBSAN zählte alle stationären Einrichtungen der Psychiatrie, die im Jahr 2020 Personen mit einer suchtbedingten Hauptproblematik behandelt haben. Darunter können sich auch Einrichtungen befinden, die ihr Angebot der Suchthilfe nicht konzeptionell verankert haben. Bei den Angeboten des Fokusbereichs wurden jedoch ausschliesslich Angebote gezählt, die als suchtspezifisch gelten.

<sup>40</sup> «Der in medizinischen Institutionen erbrachte Behandlungsaufwand lässt sich durch die Summe der geleisteten Pflegetage, d. h. das Pflegetagevolumen, innerhalb eines Jahres ausdrücken. Das Pflegetagevolumen setzt sich aus zwei Grössen zusammen: Die Anzahl stationärer psychiatrischer Behandlungen (Hospitalisierungen) und die Dauer der Behandlung pro Hospitalisierung (Aufenthaltsdauer).» (OBSAN: Rüesch, Manzoni 2003, S.39). Das Pflegetagevolumen bezieht sich nur auf Suchtpatientinnen und Suchtpatienten.

<sup>41</sup> Eingeschlossen wurden sämtliche Fälle mit Wohnsitz in einem der teilnehmenden Kantone sowie sämtliche Fälle, die in einer Klinik mit Standort in einem teilnehmenden Kanton behandelt wurden. Ein Fall entspricht grundsätzlich einer Hospitalisierung. Dabei werden alle Fälle berücksichtigt, die während eines Jahres aus dem Spital entlassen werden. In der Psychiatrie werden zusätzlich Fälle, die das gesamte Jahr in der Klinik verbringen, berücksichtigt. Fälle, die unter bestimmten Bedingungen innerhalb von 18 Tagen wieder hospitalisiert wurden, werden neu unter derselben Fallnummer zusammengeführt. Somit kann ein Fall auch aus mehreren einzelnen Hospitalisierungen bestehen (OBSAN 2022).

**Tabelle 10:** Kapazität und Auslastung: «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» (Datenbasis: Fragebögen B1 und B2, vgl. [Tabelle 3](#))

<b>Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)</b>	
Anzahl Trägerschaften	71
Anzahl Standorte	68
Bewilligte Plätze	1'950
Belegte Plätze am Stichtag (Total)	1'755
Anzahl Trägerschaften mit einer Warteliste	33

Im Angebotstyp «**Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)**» wurden insgesamt 71 Trägerschaften befragt<sup>42</sup>, die ihr Angebot an 68 Standorten zur Verfügung stellten. Insgesamt konnten 66 Fragebögen bei den Analysen berücksichtigt werden. Die 66 Trägerschaften verfügten im Total über 1'950 Plätze und davon waren am Stichtag 1'755 Plätze belegt. In diesem Angebotstyp wurden am meisten Wartelisten<sup>43</sup> gezählt: Fast jedes zweite Angebot führte am Stichtag eine Warteliste.

**Tabelle 11:** Kapazität und Auslastung: «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» (Datenbasis: Fragebögen B1 und B2, vgl. [Tabelle 3](#))

<b>Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)</b>	
Anzahl Trägerschaften	39
Anzahl Standorte	41
Bewilligte Plätze	1'155
Belegte Plätze am Stichtag (Total)	1'070
Anzahl Trägerschaften mit einer Warteliste	15

Im Angebotstyp «**Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)**» wurden insgesamt 39 Trägerschaften befragt<sup>44</sup>, davon konnten Fragebögen von 30 Anbieterinnen und Anbietern ausgewertet werden. Die Angebote fanden sich an 41 Standorten und sie verfügten insgesamt über 1'155 bewilligte Plätze. Am Stichtag waren 1'070 Plätze belegt und 15 Anbieterinnen und Anbieter führten eine Warteliste<sup>45</sup>.

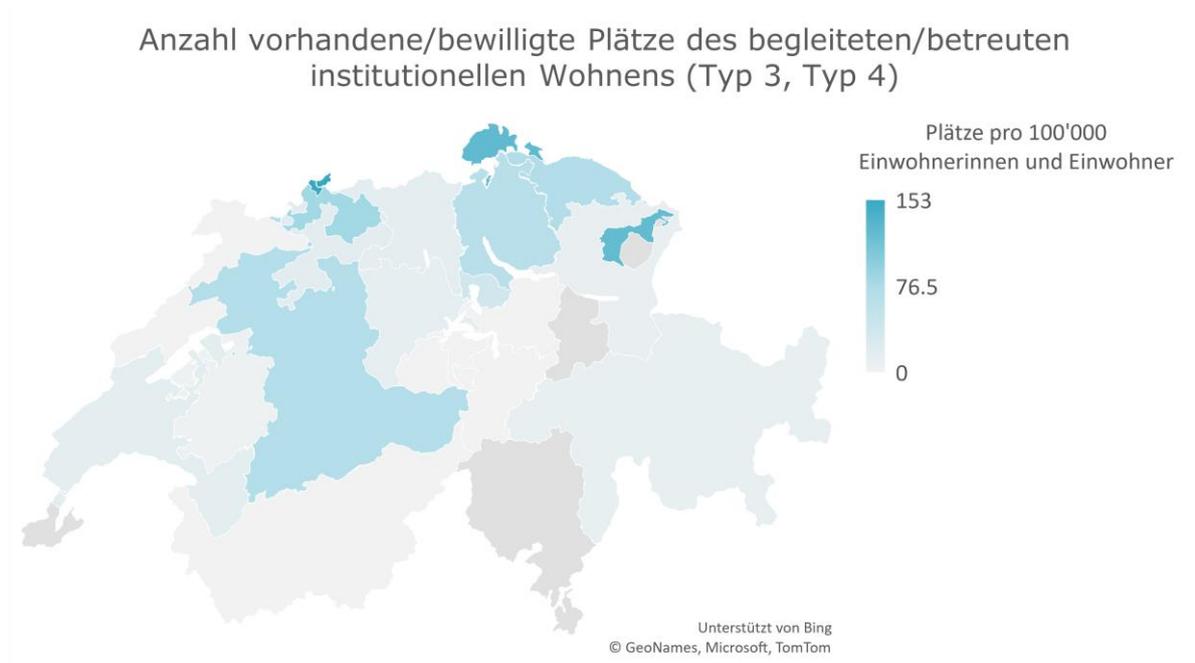
Nachfolgende Abbildung illustriert die Angebotskapazität im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) in den Kantonen. In 10 Kantonen stehen Angebote des institutionellen Wohnens mit ambulanter Begleitung (Typ 4) bereit und in 15 Kantonen finden sich Angebote des betreuten institutionellen Wohnens (Typ 3). In 7 Kantonen finden sich weder Angebote des Angebotstyps 3 noch des Angebotstyps 4. Da sich im Verlauf der Erhebungen zeigte, dass in der Praxis die Unterscheidung der Angebotstypen nicht immer einfach ist, wurden diese Angebote für die nachfolgenden Berechnungen zusammengelegt.

<sup>42</sup> Alle in der B1-Befragung der Kantone angegebenen Einrichtungen wurden befragt (Abschnitt 3.3).

<sup>43</sup> Die Trägerschaften, die am Stichtag eine Warteliste führten, waren in nachfolgenden Kantonen tätig: Aargau, Appenzell-Ausserrhoden, Bern, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Freiburg, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, Solothurn, Thurgau, Waadt, Zug und Zürich. Somit bestanden Wartelisten in allen Kantonen, bis auf St.Gallen, die über Angebote des betreuten institutionellen Wohnens verfügten.

<sup>44</sup> Alle in der B1-Befragung der Kantone angegebenen Einrichtungen wurden befragt (Abschnitt 3.3).

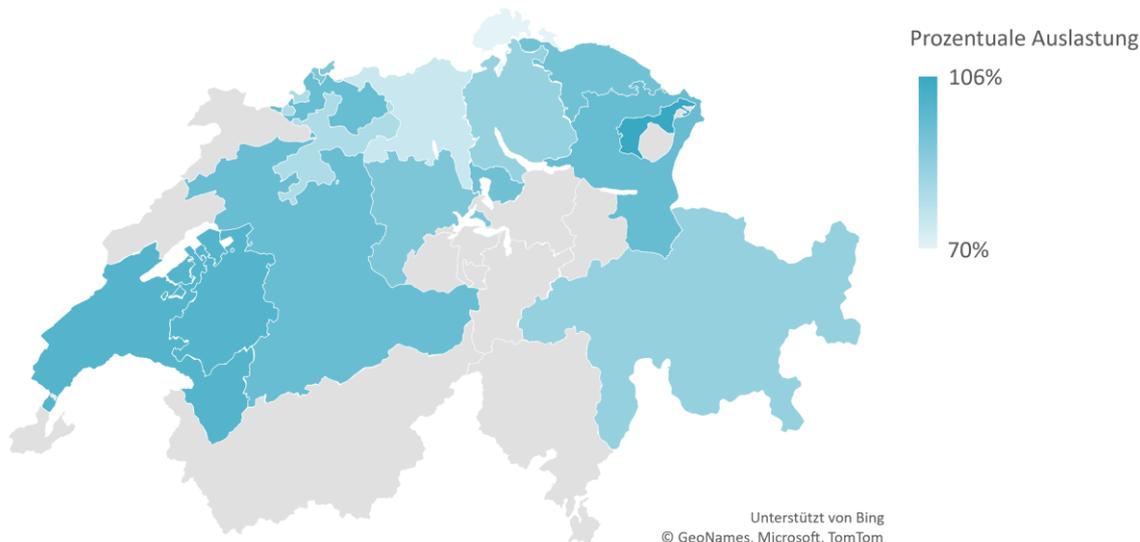
<sup>45</sup> Die Trägerschaften, die am Stichtag eine Warteliste führten, waren in nachfolgenden Kantonen tätig: Aargau, Bern, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Luzern, Schaffhausen, Solothurn, Thurgau, Waadt



**Abbildung 9:** Plätze im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) pro 100'000 Einwohnende (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

Verfügten die Kantone über Angebote des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4), so standen im Durchschnitt 57,6 Plätze für 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner bereit (Median: 51 Plätze). Im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung (pro 100'000 Einwohnende) verfügten die Kantone Basel-Stadt (153 Plätze), Schaffhausen (127 Plätze) und Appenzell-Ausserrhoden (124 Plätze) über die meisten Plätze des institutionellen Wohnens. Im Gegensatz hierzu stehen die Kantone Freiburg, Graubünden und Luzern, die zwischen 5 und 14 Plätze pro 100'000 Einwohnende zur Verfügung hatten.

Auslastung der vorhandenen/bewilligten Plätze im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) am Stichtag (31. Dezember 2021)



**Abbildung 10:** Platzauslastung im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

Im Vergleich zu den anderen Angebotstypen zeigte sich im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4), dass am Stichtag der Erhebung die verfügbaren Angebote (sehr) stark ausgelastet waren. Selbst in den Kantonen Aargau (76 %) und Solothurn (81 %), die im Vergleich zu den anderen Kantonen die niedrigste prozentuale Auslastung am Stichtag aufwiesen, waren die verfügbaren Angebote zu mehr als drei Viertel belegt. Eine Überbelegung (106 %) des vorhandenen Angebots wurde im Kanton Appenzell-Ausserrhoden beobachtet und auch in den Kantonen Freiburg und Waadt waren die vorhandenen Plätze im Bereich des institutionellen Wohnens vollständig belegt. Der Anteil freier Plätze war in den Kantonen Bern, Basel-Landschaft und St. Gallen mit je 4 % am Stichtag ebenfalls sehr gering.

**Tabelle 12:** Kapazität und Auslastung: «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» (Datenbasis: Fragebögen B1 und B2, vgl. [Tabelle 3](#))

<b>Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)</b>	
Anzahl Trägerschaften	36
Maximal wöchentliches Stundenbudget pro betreute Person (Durchschnitt aller Trägerschaften mit Angaben zum wöchentlichen Stundenkontingent)	4,4 Stunden
Laufende Fälle am Stichtag (Total)	1'302
Anzahl Wartelisten	13

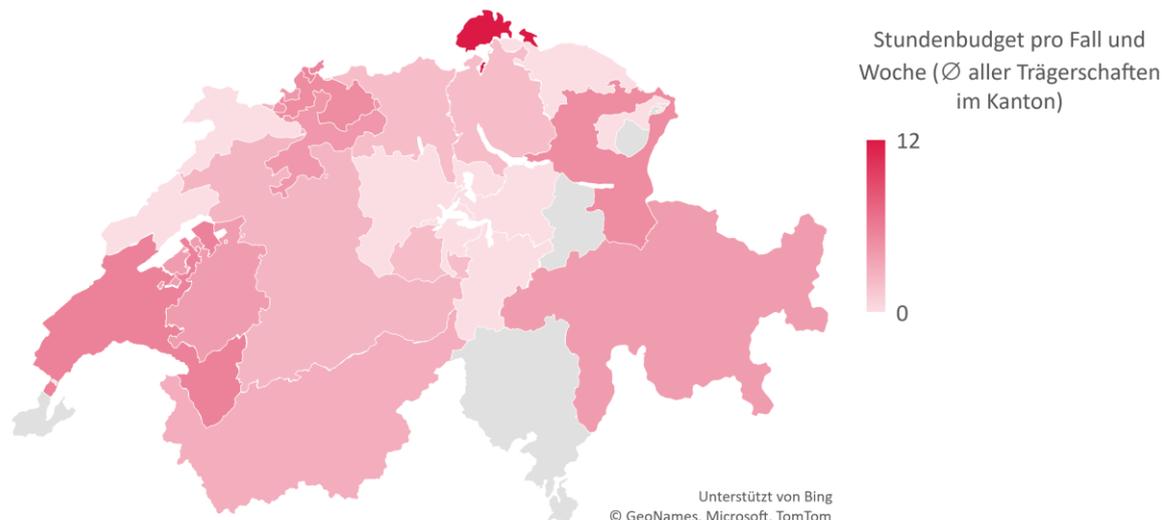
Im Angebotstyp «**Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)**» wurden 36 Anbieterinnen und Anbieter befragt<sup>46</sup>, davon sandten 33 den Fragebogen ausgefüllt zurück. Die 33 leistungserbringenden Organisationen betreuten am Stichtag insgesamt 1'302 Personen,

<sup>46</sup> Alle in der B1-Befragung der Kantone angegebenen Einrichtungen wurden befragt (Abschnitt 3.3).

wobei zwei Leistungserbringende an diesem Tag keine laufenden Fälle zählten. Am Stichtag führten Anbieterinnen und Anbieter aus den Kantonen Bern, Basel-Stadt, Luzern, Neuenburg<sup>47</sup>, Solothurn, Waadt und Wallis insgesamt 12 Wartelisten.

Für die ambulante Begleitung in Privatwohnungen stehen den meisten Organisationen ein maximales wöchentliches Stundenbudget pro betreute Person zur Verfügung. Bei 26 von 33 Anbieterinnen und Anbietern lagen Angaben zum wöchentlichen Stundenkontingent pro Fall vor. Bei fünf Leistungserbringenden fehlten Angaben zum wöchentlichen Stundenkontingent, oder sie wurden aufgrund mangelnder Nachvollziehbarkeit<sup>48</sup> von den Analysen ausgeschlossen. Zwei weitere Organisationen haben angegeben, über kein wöchentliches Stundenkontingent zu verfügen, da dies jeweils fallspezifisch festgelegt wird.

### Wöchentliches Stundenkontingent für die ambulante Betreuung eines Falles in Privatwohnung (Ø aller Trägerschaften im Kanton)



Legende: Maximales wöchentliche Stundenbudget, das den Leistungserbringenden für die ambulante Begleitung eines Falles in Privatwohnung (Typ 5) im Durchschnitt zur Verfügung steht. Die Angaben beziehen sich auf das durchschnittliche Stundenkontingent aller berücksichtigten Anbieterinnen und Anbieter im Kanton.

**Abbildung 11:** Wöchentliches Stundenbudget für ambulante Begleitung einer Person in Privatwohnung (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

Die 26 Anbieterinnen und Anbieter, bei denen Daten zum wöchentlichen Stundenkontingent berücksichtigt werden konnte, betreuten insgesamt 807 Fälle am Stichtag und hatten dabei im Durchschnitt 4,4 Stunden pro Woche für die Betreuung eines Falles zur Verfügung (Median: 3 Stunden). Hätten alle 807 Nutzerinnen und Nutzer in diesem Angebotstyp das maximale Stundenkontingent in einer Woche beansprucht, wären in dieser Woche insgesamt 4'206 Stunden<sup>49</sup> für die ambulante Begleitung von Suchtbetroffenen in Privatwohnungen geleistet worden. Die beiden leistungserbringenden Organisationen mit dem höchsten wöchentlichen Stundenkontingent pro Fall finden sich in den Kantonen Basel-Stadt (15 Stunden) und

<sup>47</sup> Eine abschliessende der Daten durch die Verantwortlichen im Kanton Neuenburg fand nicht mehr statt.

<sup>48</sup> Als Beispiel hierzu: Eine Trägerschaft gab ein wöchentliches Stundenkontingent von 48 Stunden pro Fall an.

<sup>49</sup> Für die Berechnung wurden die gültigen Angaben der einzelnen Trägerschaften gewichtet summiert (z. B. 2 Stunden pro Fall \* Anzahl Nutzerinnen und Nutzer im Angebot).

Schaffhausen (12 Stunden). Das tiefste wöchentliche Stundenkontingent (2 Stunden pro Fall) wurde von 9 Anbieterinnen und Anbietern aus den Kantonen Aargau, Bern, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Obwalden, Solothurn und Zürich angegeben.

**Tabelle 13:** Kapazität und Auslastung: «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

<b>Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)</b>	
Anzahl Trägerschaften	5
Anzahl Standorte	5
Bewilligte Plätze	87
Belegte Plätze am Stichtag (Total)	58
Anzahl Wartelisten	2

Im Angebotstyp «**Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)**» wurden fünf Trägerschaften befragt<sup>50</sup>, die an fünf Standorten ihr Angebot zur Verfügung stellten. Davon konnten vier Institutionen den Fragebogen ausgefüllt retournieren. Diese vier leistungserbringenden Organisationen finden sich in den drei Kantonen Bern, Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Gemeinsam verfügten sie über 87 Plätze, davon waren am Stichtag 58 Plätze belegt. Zwei von vier befragten Anbieterinnen und Anbietern, die in den Kantonen Bern und Basel-Landschaft tätig sind, führten am Stichtag eine Warteliste. Während die Angebote in den Kantonen beider Basel am Stichtag noch freie Kapazitäten aufwiesen (25 % (BL) bzw. 65 % (BS) Auslastung des vorhandenen Angebots) verzeichneten die Angebote im Kanton Bern eine sehr hohe Auslastung (86 % des verfügbaren Angebots).

**Tabelle 14:** Kapazität und Auslastung: «Notunterkünfte (Typ 7)» (Datenbasis: Fragebögen B1 und B2, vgl. [Tabelle 3](#))

<b>Notunterkünfte (Typ 7)</b>	
Anzahl Trägerschaften	15
Anzahl Standorte	13
Bewilligte Plätze	346
Belegte Plätze am Stichtag (Total)	259
Anzahl Wartelisten	1

Im Angebotstyp «**Notunterkünfte (Typ 7)**» sandten alle 15 befragten Anbieterinnen und Anbieter den Fragebogen zurück<sup>51</sup>. Insgesamt fanden sich Angebote dieses Angebotstyps in zehn Kantonen. Die 15 Trägerschaften boten ihr Angebot in 13 Gemeinden<sup>52</sup> an. Insgesamt zählte dieser Angebotstyp 346 bewilligte Plätze und davon waren 259 Plätze am Stichtag belegt. Zwischen den 10 Kantonen, die über Notunterkünfte verfügen, zeigten sich Unterschiede in Bezug auf das vorhandene Platzangebot und die Auslastung am Stichtag. Die Kantone Thurgau, Graubünden, Schaffhausen und Wallis wiesen sowohl die kleinste Anzahl Plätze (7 bis 10 Plätze) als auch eine geringe Auslastung am Stichtag (30 bis 60 %) auf. Das Angebot an Notunterkünften (13 bis 140 Plätze) verzeichnete am Stichtag in den Kantonen Aargau, Bern,

<sup>50</sup> Alle in der B1-Befragung der Kantone angegebenen Einrichtungen wurden befragt (Abschnitt 3.3).

<sup>51</sup> Alle in der B1-Befragung der Kantone angegebenen Einrichtungen wurden befragt (Abschnitt 3.3).

<sup>52</sup> Trägerschaften in der gleichen Gemeinde werden als ein Standort gezählt.

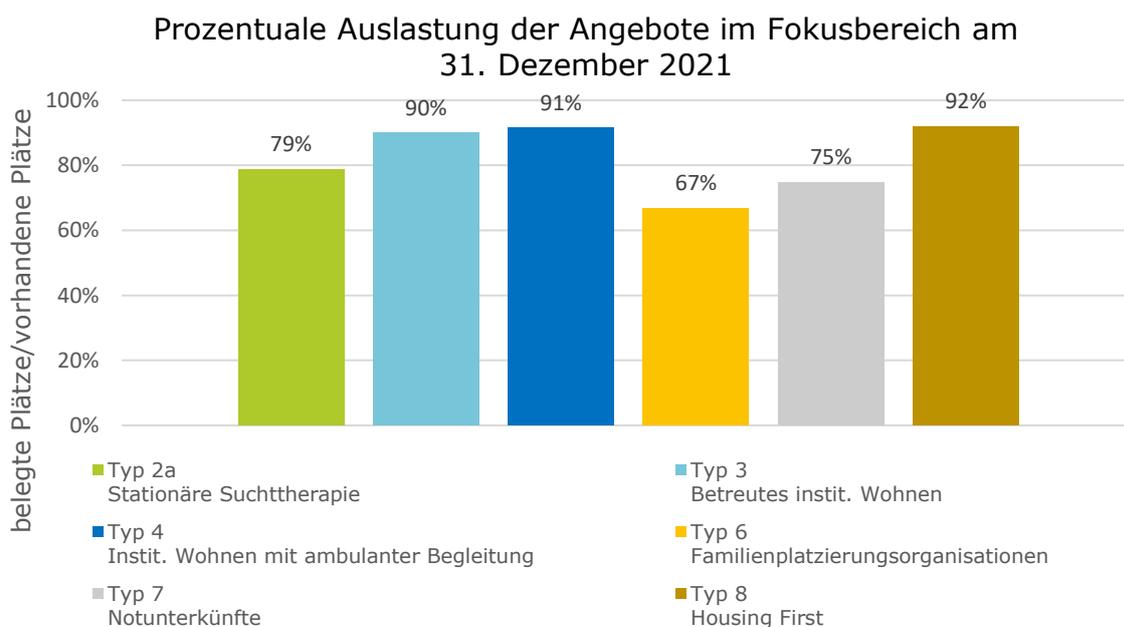
Freiburg und Neuenburg<sup>53</sup> die höchste Auslastung (77 bis 100 %). Ein Angebot aus dem Kanton Bern führte zum Zeitpunkt des Stichtages eine Warteliste.

**Tabelle 15:** Kapazität und Auslastung: «Housing First (Typ 8)» (Datenbasis: Fragebögen B1 und B2, vgl. [Tabelle 3](#))

<b>Housing First (Typ 8)</b>	
Anzahl Trägerschaften	8
Anzahl Standorte	6
Bewilligte Plätze	147
Belegte Plätze am Stichtag (Total)	135
Anzahl Wartelisten	4

Im Angebotstyp «**Housing First (Typ 8)**» wurden acht Anbieterinnen und Anbieter befragt und sechs davon haben den Fragebogen ausgefüllt zurückgesandt<sup>54</sup>. Die sechs leistungserbringenden Organisationen befanden sich in vier Kantonen und verfügten über 147 bewilligte Plätze. Am Stichtag wurde in diesem Angebotstyp 135 belegte Plätze und in den Kantonen Solothurn, Waadt und Zug insgesamt vier Wartelisten gezählt. In allen vier Kantonen war die Auslastung der Angebote sehr hoch. Die im Vergleich geringste Auslastung des vorhandenen Angebots verzeichnete der Kanton Waadt, da am Stichtag «nur» 87 % der vorhandenen Plätze belegt waren. Hingegen waren (fast) alle Plätze im Angebotstyp «Housing First» der Kantone Zug, Freiburg und Solothurn am Stichtag besetzt (96 bis 100 %).

Wie die nachfolgende Abbildung zeigt, waren die verschiedenen Angebotstypen am Stichtag im Bereich Sozialtherapie und Wohnen unterschiedlich stark ausgelastet. Für die Berechnung der prozentualen Auslastung der Angebotstypen am Stichtag wurde eruiert, wie viele der bewilligten/vorhandenen Plätze am 31. Dezember 2021 belegt waren.

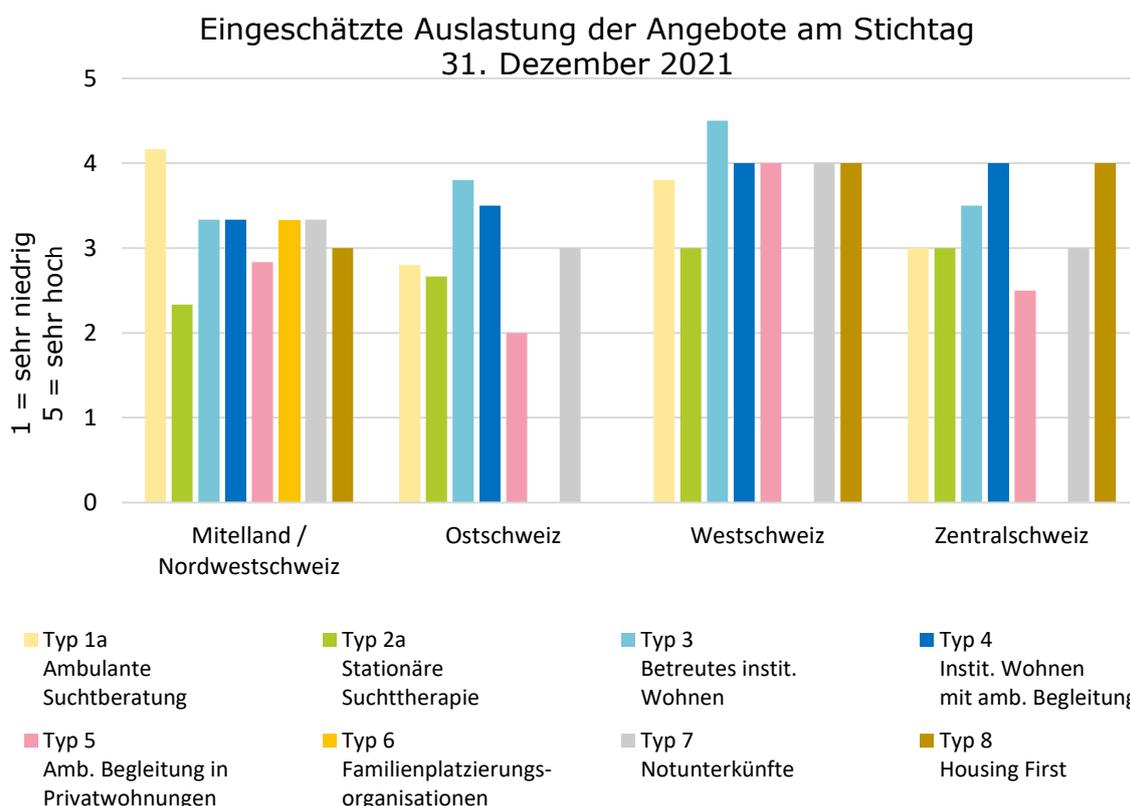


<sup>53</sup> Eine abschliessende Validierung der Daten durch die Verantwortlichen im Kanton Neuenburg fand nicht mehr statt.  
<sup>54</sup> Davon zählte eine Trägerschaft noch keine laufenden Fälle, da sich das Angebot zum Zeitpunkt der Erhebung erst im Aufbau befand.

**Abbildung 12:** Prozentuale Auslastung der Angebote im Fokusbereich am Stichtag (31. Dezember 2021) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

Die Angebotstypen «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» und «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» sowie «Housing First (Typ 8)» verzeichneten am Stichtag schweizweit die höchste prozentuale Auslastung, da von den bewilligten Plätzen 90 bis 92 % belegt waren. In den beiden Angebotstypen «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» und «Notunterkünfte (Typ 7)» waren die vorhandenen Plätze zu 75 bis 79 % belegt. Im Angebotstyp «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» findet sich die tiefste Auslastung am Stichtag.

Für die breitere Abstützung der Stichtagszahlen wurden die Anbieterinnen und Anbieter gebeten, die Fallbelastung am Stichtag sowie im letzten Jahr einzuschätzen. Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche Einschätzung der Auslastung (1 = sehr niedrig, 5 = sehr hoch) aller Anbieterinnen und Anbieter pro Angebotstyp in den vier Regionen: Mittelland/Nordwestschweiz<sup>55</sup>, Ostschweiz<sup>56</sup>, Westschweiz<sup>57</sup> und Zentralschweiz<sup>58</sup>. Die Anzahl Anbieterinnen und Anbieter, die Angaben zur Einschätzung der Auslastung am Stichtag machten, werden nachfolgend mit pro Angebotstyp und Region mit n = dargestellt.



**Abbildung 13:** Auslastungseinschätzung am Stichtag 31. Dezember 2021 durch Anbietende im Fokusbereich (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

<sup>55</sup> Dazu gehören die Kantone AG, BE, BL, BS, SO, ZH. Der Kanton Zürich wurde für diese Erhebung der Region Mittelland/Nordwestschweiz zugeordnet. Im Wissen, dass der Kanton Zürich sowohl der Region Nordwestschweiz als auch der Ostschweiz zugehören könnte (z. B. stellt der Kanton Zürich in beiden Regierungskonferenzen ORK und NWRK ein assoziiertes Mitglied dar).

<sup>56</sup> Dazu gehören die Kantone AR, GR, TG, SG, SH, (ohne GL).

<sup>57</sup> Dazu gehören die Kantone FR, JU, NE, VD, VS, (ohne TI, GE).

<sup>58</sup> Dazu gehören die Kantone LU, NW, OW, SZ, UR, ZG.

In der Region **Mittelland/Nordwestschweiz** wurde von den Anbieterinnen und Anbietern (n = 28) die höchste Auslastung am Stichtag (31. Dezember 2021) sowie im Jahr 2021 im Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)» ausgewiesen. Im Angebotstyp «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» (n = 17) schätzten die Anbieterinnen und Anbieter die Auslastung am Stichtag und im Jahr 2021 im Durchschnitt als (eher) niedrig ein. In den restlichen Angebotstypen «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» (n = 40), «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» (n = 25), «Notunterkünfte (Typ 7)» (n = 6) und «Housing First (Typ 8)» (n = 1) wurde die Auslastung am Stichtag sowie während des Jahres 2021 als mittelhoch eingestuft.

In der **Ostschweiz** waren die Angebote der «Ambulanten Suchtberatung (Typ 1a)» (n = 24) und der «Stationären Suchttherapie (Typ 2a)» (n = 2) sowie der «Notunterkünfte (Typ 7)» (n = 3) sowohl am Stichtag wie auch im Jahr 2021 gemäss den befragten Anbieterinnen und Anbietern mittelhoch ausgelastet. Eine leicht höhere Auslastung im Jahr 2021 und insbesondere am Stichtag wurde in den Angeboten «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» (n = 16) und «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» (n = 3) wahrgenommen. Im Angebotstyp «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» (n = 3) wurde die Auslastung sowohl am Stichtag als auch im Jahr 2021 als niedrig eingestuft. Angebote von «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» und «Housing First (Typ 8)» stehen nicht zur Verfügung.

In der **Westschweiz** wurde die Auslastung am Stichtag im Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung (Typ 1a)» (n = 11) im Durchschnitt als hoch eingeschätzt, die höchste Auslastung am Stichtag sowie im Jahr 2021 wurde von den Anbieterinnen und Anbietern (n = 7) in dieser Region allerdings im Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» wahrgenommen. Eine hohe Auslastung am Stichtag und, mit Ausnahme von Typ 4 und Typ 8, im Jahr 2021 wurde in der Westschweiz auch in den Angebotstypen «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» (n = 2), «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» (n = 9), «Notunterkünfte (Typ 7)» (n = 2) sowie «Housing First (Typ 8)» (n = 4) festgestellt. Die Auslastung im Angebotstyp «Housing First» wurde rückblickend auf das Jahr 2021 tendenziell als sehr hoch eingestuft, jene im Angebotstyp «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung» als mittelhoch. Einzig im Angebotstyp «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» (n = 14) wurde in der Westschweiz eine mittelhohe Auslastung sowohl am Stichtag als auch im Jahr 2021 von den Leistungserbringenden wahrgenommen.

In der **Zentralschweiz** waren die Angebote, gemäss der durchschnittlichen Einschätzung der Anbieterinnen und Anbieter, in den Angebotstypen «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)» (n = 14), «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» (n = 4), «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» (n = 2) sowie «Notunterkünfte (Typ 7)» (n = 1) sowohl am Stichtag als auch im Jahr 2021 mittelhoch ausgelastet. Die Auslastung am Stichtag und im Jahr 2021 in den Angebotstypen des «Betreuten institutionellen Wohnens (Typ 3)» (n = 5), dem «Institutionellen Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» (n = 1) sowie «Housing First (Typ 8)» (n = 1) wurde als hoch eingestuft.

Einschätzung der Auslastung des Angebots im Jahr (2021)

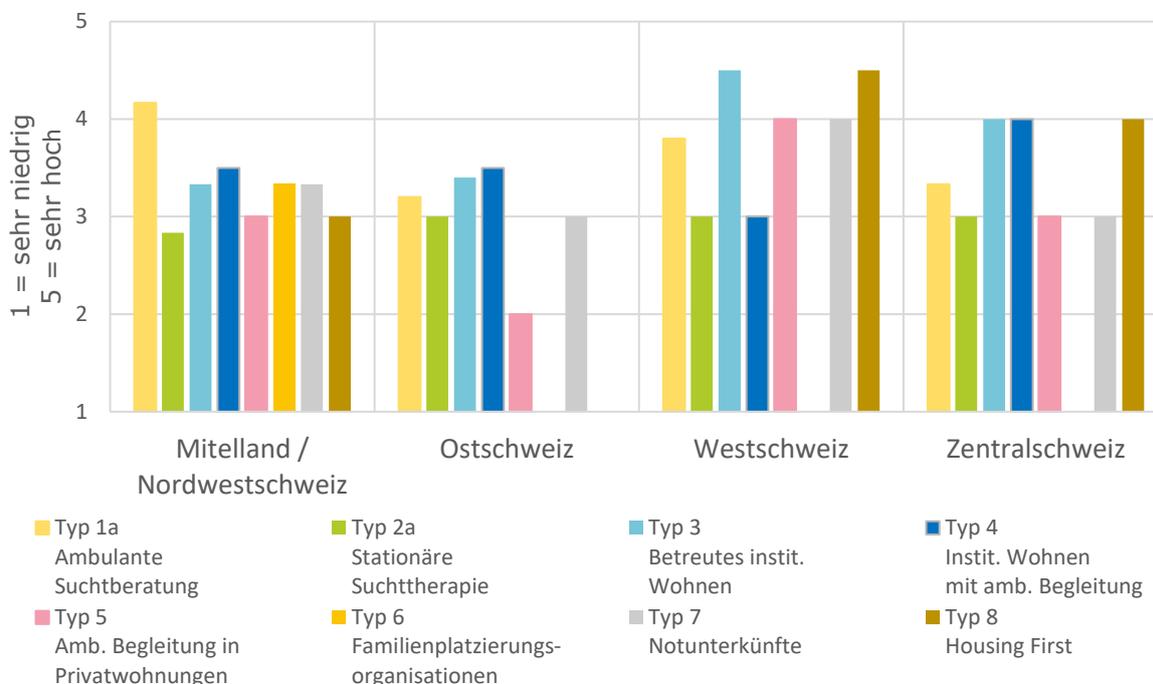


Abbildung 14: Auslastungseinschätzung durch Anbietende im Fokusbereich im letzten Jahr (2021) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3)

**Zwischenfazit: Kapazität und Auslastung der Angebote im Fokusbereich**

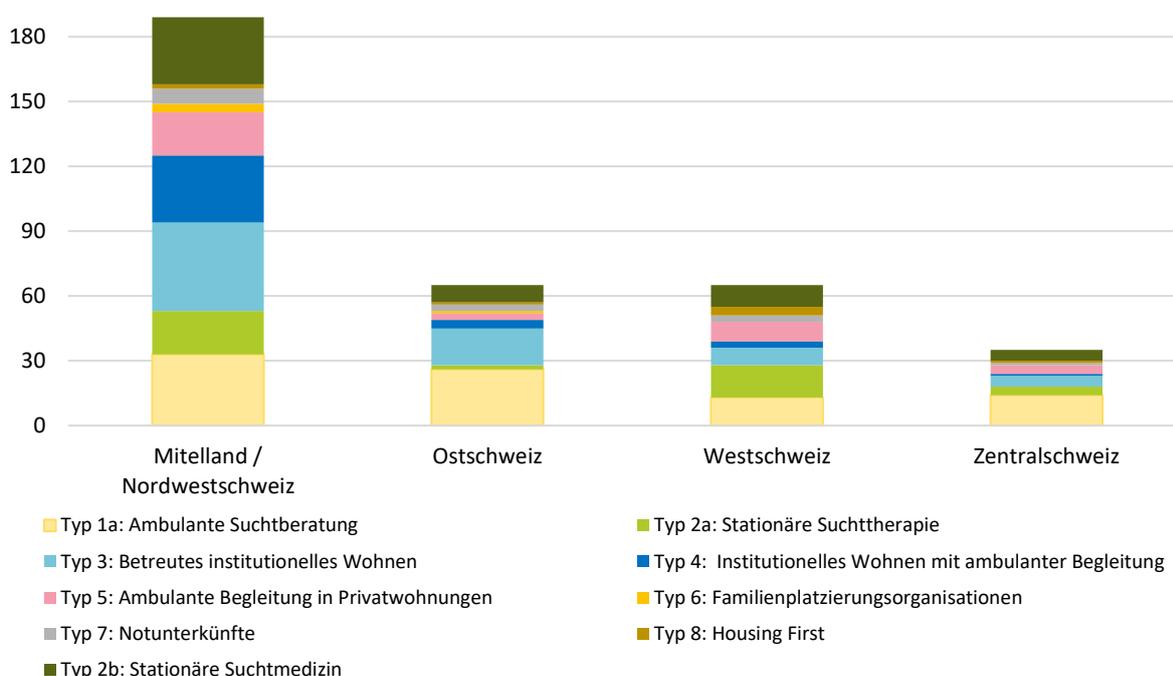
In Bezug auf die eingeschätzte Auslastung zeigen sich regionale Unterschiede. Im Unterschied zur deutschsprachigen Schweiz wurde in der Westschweiz bei den meisten Angebotstypen eine höhere Auslastung verzeichnet; dies gilt namentlich für betreute und begleitete Wohnformen. Zudem machen die Ergebnisse deutlich, dass die Auslastung am Stichtag als tendenziell höher eingestuft wurde als dies im Durchschnitt während des Jahres 2021 der Fall war. Dies ist bei der Interpretation der prozentualen Auslastung zu berücksichtigen. Am Stichtag war die prozentuale Auslastung in allen Angebotstypen, mit Ausnahme von «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)», höher als 75 %; in den institutionellen und bedingungslosen Wohnangeboten sogar über 90 %. Eine tendenziell höhere Auslastung der Angebote gegen Ende des Jahres 2021 könnte auch mit der Corona-Pandemie zusammenhängen.

### 6.2.2 Regionale Verteilung der Angebote im Fokusbereich und in der stationären Suchtmedizin

Die nächsten Abschnitte geben einen Überblick der regionalen Verteilung der Angebote im Fokusbereich. In einem ersten Schritt wird die Anzahl der befragten Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich pro Region (Mittelland/Nordwestschweiz, Ostschweiz, Westschweiz, Zentralschweiz) dargestellt. Im Weiteren wird die regionale Verteilung der suchtspezifischen Angebote aus den beiden Bereichen der «Stationären Sozialtherapie (Typ 2a)» und «Suchtmedizin (Typ 2b)» aufgezeigt. Im letzten Abschnitt wird die Abdeckung der vorhandenen Plätze auf 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in der «Stationären Sozialtherapie (Typ 2a)», des «Institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4)», der «Notunterkünfte (Typ 7)» und der Angebote im Angebotsbereich des «Housing First (Typ 8)» dargestellt. Da nur sehr wenige Angebote des Typs «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» vorhanden sind, wurde auf eine grafische Darstellung der vorhandenen Plätze verzichtet.

Im Fragebogen B1 wurden die kantonalen Beauftragten für Suchtfragen bzw. ihre Vertretungen gebeten, alle Angebote im Fokusbereich sowie die komplementären Angebote der Suchtmedizin aufzulisten, die innerhalb des Kantons vorhanden waren. Dies ermöglichte es in den Kantonsberichten, die Verteilung der Angebote des Fokusbereichs sowie der stationären und ambulanten Suchtmedizin aufzuzeigen. Nachfolgend wird zunächst dargelegt, über wie viele Angebote im Fokusbereich die vier Regionen verfügen und in einem weiteren Schritt wird die regionale Verteilung der stationären Angebote der «sozialtherapeutischen Suchttherapie (Typ 2a)» und «Suchtmedizin (Typ 2b)» grafisch dargestellt.

Anzahl Anbieterinnen und Anbieter in den Angebotstypen im Fokusbereich pro Region



**Abbildung 15:** Anzahl befragte Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich pro Region (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

In der Region **Mittelland/Nordwestschweiz** mit über vier Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern (47 % der Schweizer Bevölkerung 2020) wurden insgesamt 91 Anbieterinnen und Anbieter befragt, die 158 Angebote in allen Angebotstypen des Fokusbereichs zur Verfügung stellten. Im Bereich des komplementären Angebotstyps «Stationäre Suchtmedizin (Typ 2b)» wurden 31 Institutionen bei den Analysen der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» durch das OBSAN<sup>59</sup> berücksichtigt. Die meisten Anbieterinnen und Anbieter wurden im Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» befragt (n = 41). In den Angebotstypen der «Ambulanten Suchtberatung (Typ 1a)» und «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» wurden 33 bzw. 31 Leistungserbringende befragt. Je 20 Anbieterinnen und Anbieter zählten die beiden Angebotstypen «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» und «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)». In der Region Mittelland/Nordwestschweiz stellten sieben Leistungserbringende den Angebotstyp «Notunterkünfte (Typ 7)» bereit und im Angebotstyp «Housing First (Typ 8)» waren zwei Trägerschaften tätig. Schweizweit sind Angebote des Typs «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» wenig vertreten. In dieser Region befanden sich vier der insgesamt fünf befragten Anbieterinnen und Anbieter dieses Typs.

In der **Ostschweiz** mit knapp 1,14 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern (13 % der Schweizer Bevölkerung 2020, ohne die Kantone Glarus und Appenzell Innerrhoden) wurden insgesamt 44 Anbieterinnen und Anbieter befragt, die 57 Angebote in allen Angebotstypen des Fokusbereichs zur Verfügung stellten. Das OBSAN konnte acht Institutionen in dieser Region bei den Analysen der «Stationären Suchtmedizin (Typ 2b)» berücksichtigen. Am meisten Anbieterinnen und Anbieter zählten der Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung (Typ 1a)» (n = 26) sowie der Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» (n = 17). Im Angebotstyp «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» waren vier und in den Angebotstypen «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» sowie «Notunterkünfte (Typ 7)» jeweils zwei Leistungserbringende tätig. In der Ostschweiz wurden zudem zwei Leistungserbringende der «Stationären Suchttherapie (Typ 2a)» sowie jeweils eine leistungserbringende Institution in den Angebotstypen «Housing First (Typ 8)» und «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» befragt.

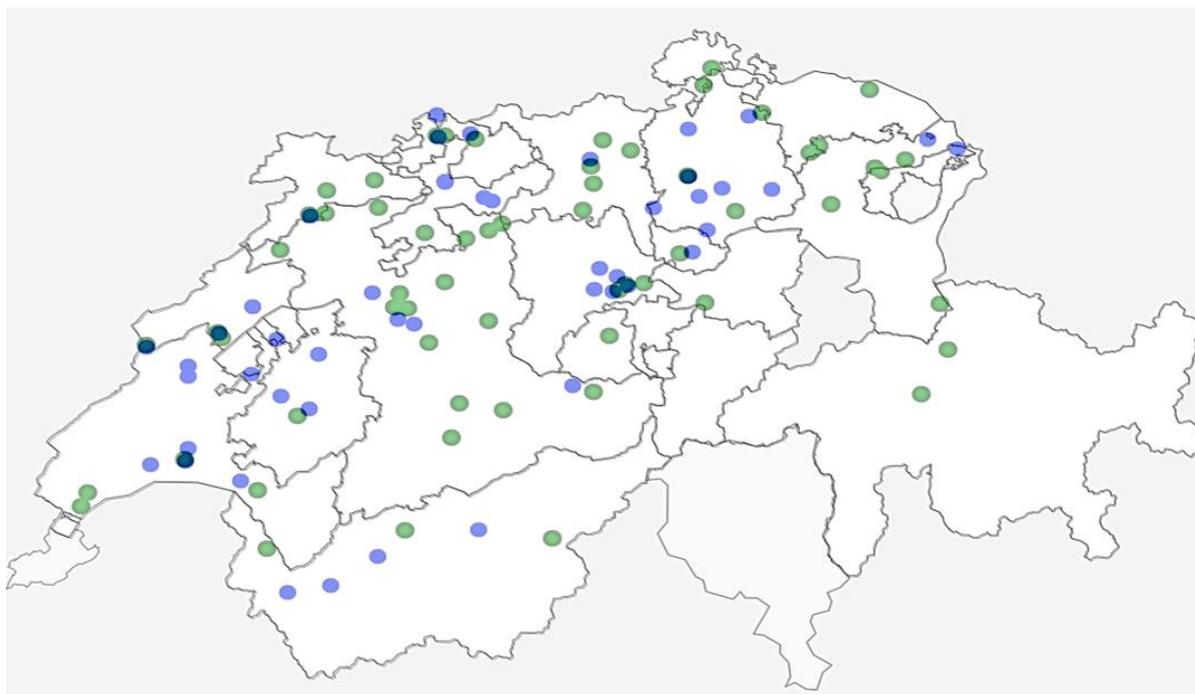
In der **Westschweiz** mit rund 1,74 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern (20 % der Schweizer Bevölkerung 2020, ohne den Kanton Genf) wurden insgesamt 28 Anbieterinnen und Anbieter befragt, die 53 Angebote in allen Angebotstypen des Fokusbereichs, mit Ausnahme des Typs «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)», zur Verfügung stellten. Das OBSAN konnte zehn Institutionen der «Stationären Suchtmedizin (Typ 2b)» in dieser Region bei den Analysen berücksichtigen. Die meisten Leistungserbringenden wurden im Angebotstyp «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» erfasst (n = 15), gefolgt vom Angebotstyp der «Ambulanten Suchtberatung (Typ 1a)» (n = 11). Im Angebotstyp der «Ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» wurden neun und im Typ «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» wurden acht Leistungserbringende befragt. Mit vier Anbieterinnen und Anbietern im Angebotstyp «Housing First (Typ 8)» zählte die Westschweiz die meisten Leistungserbringenden in diesem Angebotstyp. Jeweils drei leistungserbringende Institutionen stellten die beiden Angebotstypen «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» und «Notunterkünfte (Typ 7)» zur Verfügung.

In der **Zentralschweiz** mit etwa 828'000 Einwohnerinnen und Einwohnern (10 % der Schweizer Bevölkerung 2020) wurden insgesamt 26 Anbieterinnen und Anbieter befragt, die 30

<sup>59</sup> Abgrenzung des Versorgungsbereichs: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/abgrenzung-und-falldefinition-MS>.

Angebote in allen Angebotstypen des Fokusbereichs, mit Ausnahme des Typs «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)», zur Verfügung stellten. Im Bereich des komplementären Angebotstyps «Stationäre Suchtmedizin (Typ 2b)» wurden 5 Institutionen bei den Analysen der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» durch das OBSAN berücksichtigt. Die meisten Anbieterinnen und Anbieter wurden im Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung (Typ 1a)» gezählt (n = 14). Im Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» wurden 5 und in den beiden Angebotstypen «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» und «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» jeweils 2 Anbieterinnen und Anbieter befragt. Jeweils eine leistungserbringende Organisation war in den Angebotstypen «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)», «Notunterkünfte (Typ 7)» sowie «Housing First (Typ 8)» tätig.

Nachfolgende Abbildung illustriert die regionale Verteilung der Angebote im Angebotstyp «**Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)**» mit blauen sowie Angebote des komplementären Angebotstyps «**Stationäre Suchtmedizin (Typ 2b)**» mit grünen Punkten in den 22 Kantonen. Die Datenbasis dieser Darstellung bildet die Befragung B1 der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen bzw. deren kantonalen Vertretung. Für den Angebotstyp «Stationäre Suchtmedizin (Typ 2b)» bedeutet dies, dass nur suchtspezifische Einrichtungen und nicht alle Einrichtungen, die bei den Sekundäranalysen der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» durch das OBSAN berücksichtigt wurden, dargestellt werden.



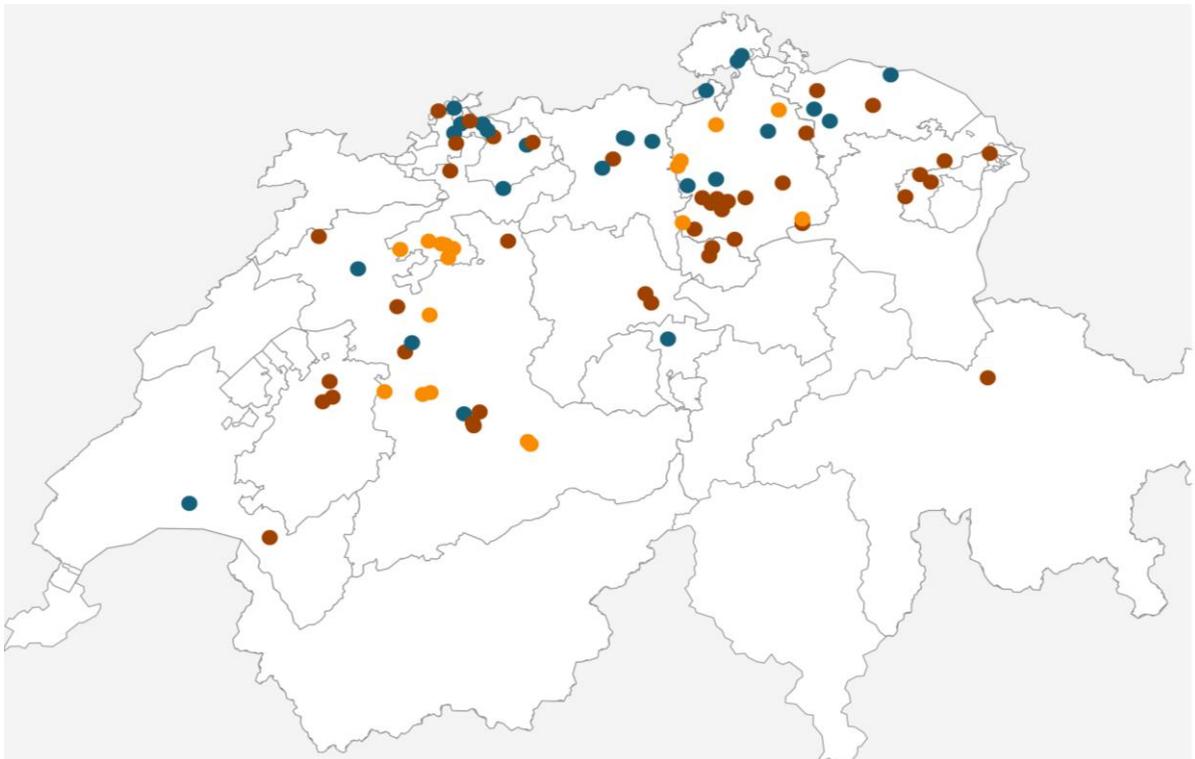
Legende: «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» (Typ 2a = blau); «Stationäre Suchtmedizin (Typ 2b)» (Typ 2b = grün)

**Abbildung 16:** Regionale Verteilung der Angebote am Stichtag (31. Dezember 2021) «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» und «Stationäre Suchtmedizin (Typ 2b)» (Datenbasis für beide Angebotstypen: Fragebogen B1, vgl. [Tabelle 3](#))

Stationäre Suchttherapien (Typ 2a) wurden von 41 Trägerschaften an 44 Standorten angeboten. Mit 51 Standorten sind Angebote der stationären Suchtmedizin (Typ 2b) etwas häufiger vertreten und verteilen sich gleichmässiger in der Schweiz. In der Region Ostschweiz waren Angebote der stationären Suchttherapie nur an zwei Standorten zu finden. In der Region Westschweiz sowie im Kanton Zürich zeigte sich hingegen eine eher höhere Angebotsdichte in

diesem Angebotstyp. In der Zentralschweiz finden sich die stationären Angebote der Sozialtherapie in den beiden grösseren Kantonen Luzern und Zug.

Nachfolgende Abbildung illustriert die regionale Verteilung der Angebote des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) auf Basis der B1-Erhebung in den Kantonen. Angebote des «Betreuten institutionellen Wohnens (Typ 3)» werden mit braunen Punkten und Angebote des «Institutionellen Wohnens mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» werden mit orangenen Punkten dargestellt. Standorte, die sowohl über Angebote des Angebotstyps 3 als auch des Angebotstyps 4 verfügen, werden mit blauen Punkten dargestellt.



**Abbildung 17:** Regionale Verteilung der Angebote im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4). (Datenbasis: Fragebogen B1, vgl. [Tabelle 3](#))

Die Abbildung zeigt, dass Angebote im Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» an deutlich mehr Standorten zu finden sind als Angebote des Angebotstyps «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)». In keinem Kanton gibt es ausschliesslich Angebote des Angebotstyps 4, und es scheint, dass solche Angebote häufig gemeinsam mit Angeboten des «Betreuten institutionellen Wohnens (Typ 3)» an einem Standort angeboten werden. Die regionale Angebotsabdeckung im Bereich des institutionellen Wohnens ist in den Regionen Zentralschweiz und Westschweiz deutlich geringer als in der Region Mittelland/Nordwestschweiz. Zudem fällt auf, dass sich die Standorte der Angebote des institutionellen Wohnens rund um die urbanen Zentren in den Kantonen sammeln, z. B. Bern, Lausanne, Basel, Zürich, Freiburg, Luzern, St. Gallen, Schaffhausen, Winterthur, Baden und Zug. In ländlichen Gegenden nimmt die Angebotsdichte ab.

**Zwischenfazit: Regionale Verteilung der Angebote im Fokusbereich**

Die vier untersuchten Regionen **Mittelland/Nordwestschweiz**, **Ostschweiz**, **Westschweiz** und **Zentralschweiz** sind unterschiedlich mit den Angebotstypen des Fokusbereichs ausgestattet. In der Region **Mittelland/Nordwestschweiz** wurden die meisten Anbieterinnen und Anbieter im Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» befragt. In der **Ostschweiz** und der **Zentralschweiz** zählte der Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung (Typ 1a)» am meisten befragte Anbieterinnen und Anbieter. In der **Westschweiz** waren die meisten der befragten Leistungserbringenden im Angebotstyp «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» tätig. Im Vergleich zeigte sich, dass Angebote der «Stationären Suchtmedizin (Typ 2b)» etwas häufiger als Angebote der «Stationären Suchttherapie (Typ 2a)» vorkamen und sich gleichmässiger innerhalb der Schweiz verteilen. Betrachtet man die Angebotstypen des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) fällt auf, dass Angebote im Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» an deutlich mehr Standorten zu finden waren als Angebote des Angebotstyps «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)». In keinem Kanton existieren ausschliesslich Angebote des Angebotstyps 4 und es scheint, dass solche Angebote häufig gemeinsam mit Angeboten des betreuten institutionellen Wohnens an einem Standort angeboten werden. Die regionale Angebotsabdeckung mit Angeboten des institutionellen Wohnens war in den Regionen **Zentralschweiz** und **Westschweiz** deutlich geringer als in der Region **Mittelland/Nordwestschweiz**. Zudem fällt auf, dass sich die Standorte der Angebote des institutionellen Wohnens rund um die urbanen Zentren in den Kantonen sammelten. Hingegen nahm die Angebotsdichte in ländlichen Gegenden ab.

### 6.2.3 Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich und in der stationären Suchtmedizin nach Wohnkanton

Die kantonalen Leistungserbringenden im Fokusbereich wurden gebeten, die Wohnkantone ihrer Nutzerinnen und Nutzer anzugeben. Dies gibt Hinweise darauf, ob und wie stark die kantonalen Angebote von ausserkantonalen Personen genutzt werden und wie sich die Nutzerinnen und Nutzer nach Wohnkanton verteilen. Die Ergebnisse der Angebote im Fokusbereich basieren auf einer Selbstdeklaration der Anbieterinnen und Anbieter. Bei der Verteilung nach Wohnkanton wurden auch die Ergebnisse der Sekundäranalyse der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (BFS, 2020)<sup>60</sup> berücksichtigt. Diese Daten beziehen sich auf Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 ein Angebot der stationären Suchtmedizin beanspruchten. Wenn eine Person mehrere Klinikaufenthalte hatte, wurde die Angabe des Wohnkantons des ersten Aufenthalts für die Berechnung genommen. Auf diese Weise wurden Doppelzählungen vermieden, falls eine Patientin oder ein Patient im Laufe des Jahres den Wohnkanton gewechselt hat.

**Limitationen:** Bei den Nutzerinnen und Nutzern im Fokusbereich liegt der Anteil Nutzende, bei denen keine Angaben zum Wohnkanton vorlagen, bei rund 6 %. Bei den Nutzerinnen und Nutzern der stationären Suchtmedizin (Typ 2b) lagen bei 14 Personen (< 1 %) keine Angaben zum Wohnkanton vor. Zudem wurden sowohl im Fokusbereich als auch in der stationären Suchtmedizin Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz behandelt. Diese Personen sowie Nutzerinnen und Nutzer, die in einem der vier Kantone (AI, GE, GL, TI), die nicht an der Erhebung teilnahmen, wohnhaft waren, werden in der nachfolgenden Tabelle in Form von absoluten Zahlen separat ausgewiesen. Bei den Ergebnissen des Fokusbereichs liegen uns Stichtagesdaten (31. Dezember 2021) vor und bei den Ergebnissen der Sekundäranalyse der

<sup>60</sup> Die Analyse wurde durch das OBSAN im Jahr 2022 durchgeführt.

«Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» durch das OBSAN handelt es sich um Jahresdaten (2020). Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist somit nicht gegeben. Das OBSAN berücksichtigte bei der Sekundäranalyse alle stationären Einrichtungen im Versorgungsbereich Psychiatrie. Somit wurden auch Angebote erfasst, die als nicht suchtspezifisch gelten und im Fragebogen B1 nicht erfasst wurden. Umgekehrt wurden Angebote im Fragebogen B1 als stationäres Angebot der Suchtmedizin (Typ 2b) erfasst, die in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser nicht enthalten waren. In einigen Kantonen, insbesondere in der Westschweiz, wurden demzufolge wichtige stationäre Suchthilfeinstitutionen, die ihre Leistungen über das KVG abrechnen, nicht in der Erhebung berücksichtigt. Im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) kann es sein, dass einige Angebote aus der Behindertenhilfe, die unter anderem auch Suchtbetroffene behandeln, nicht bei der Erhebung berücksichtigt wurden. Entweder, weil sie bei den Kantonsverantwortlichen nicht als Suchthilfeangebot bekannt waren, oder weil sie nicht suchtspezifisch waren, das heisst, ihre Leistungen der Suchthilfe nicht konzeptionell verankert haben.

Zudem lassen die Ergebnisse **keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Prävalenz von Suchterkrankungen in der kantonalen Bevölkerung** zu. Die Hintergründe für eine höhere Anzahl Nutzerinnen und Nutzer in einem Kanton können vielfältig sein. So kann eine höhere Sensibilisierung der Bevölkerung über Suchterkrankungen und über die Angebote der Suchthilfe zu einer steigenden Nachfrage führen, oder umgekehrt können fehlende Angebote oder strukturelle Zugangshürden zu einem geringeren Anteil von Suchthilfenutzerinnen und -nutzern in einem Kanton führen.

**Tabelle 16:** Datenbasis der Analysen zu der Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Wohnkanton (Fragebogen B2, vgl. [Tabelle 3](#))

	Im Fokusbereich (Total)	Typ 1a <sup>61</sup>	Typ 2a <sup>62</sup>	Typ 3 <sup>63</sup>	Typ 4 <sup>64</sup>	Typ 5 <sup>65</sup>	Typ 6 <sup>66</sup>	Typ 7 <sup>67</sup>	Typ 8 <sup>68</sup>	Typ 2b <sup>69</sup>
Anzahl Nutzerinnen und Nutzer, ohne Angaben zum Wohnkanton	1436	1282	2	54	37	37	0	24	0	14
Anzahl Nutzerinnen und Nutzer, ohne Wohnort in der Schweiz	270	62	1	190	0	0	0	17	0	182
Anzahl ausserkantonale Nutzerinnen und Nutzer, aus den Kantonen AI, GE, GL, TI	63	31	24	5	1	0	1	1	0	89
Anzahl Nutzerinnen und Nutzer (total)	25'489	20'272	624	1760	1062	1302	58	284	135	11'161

<sup>61</sup> Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie

<sup>62</sup> Typ 2a: Stationäre Suchttherapie

<sup>63</sup> Typ 3: Betreutes institutionelles Wohnen

<sup>64</sup> Typ 4: Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung

<sup>65</sup> Typ 5: Ambulante Begleitung in Privatwohnungen

<sup>66</sup> Typ 6: Familienplatzierungsorganisationen

<sup>67</sup> Typ 7: Notunterkünfte

<sup>68</sup> Typ 8: Housing First

<sup>69</sup> Typ 2b: Stationäre Suchtmedizin gemäss «Medizinische Statistik der Krankenhäuser» (BFS, 2020)

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich und der stationären Suchtmedizin (Typ 2b) (BFS, 2020b) nach Wohnkanton. Für die bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurde sowohl für den Fokusbereich als auch für die Angebote der stationären Suchtmedizin die Anzahl Nutzerinnen und Nutzer pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner<sup>70</sup> im Kanton gerechnet. Eine grafische Darstellung dieser Angaben folgt im Anschluss an diese Tabelle. Die Anzahl Nutzerinnen und Nutzer bezieht sich sowohl auf Personen, die ein Angebot innerhalb des eigenen Kantons, als auch auf diejenigen, die ein ausserkantonales Angebot beanspruchten.

---

<sup>70</sup> Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2020 gemäss Bundesamt für Statistik (BFS)

**Tabelle 17:** Nutzende nach Wohnkanton im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung (Datenbasis: «Medizinische Statistik der Krankenhäuser» (BFS 2020b))

Nutzerinnen und Nutzer pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner										
Wohnkanton	Im Fokusbereich (Total)	Typ 1a <sup>71</sup>	Typ 2a <sup>72</sup>	Typ 3 <sup>73</sup>	Typ 4 <sup>74</sup>	Typ 5 <sup>75</sup>	Typ 6 <sup>76</sup>	Typ 7 <sup>77</sup>	Typ 8 <sup>78</sup>	Typ 2b <sup>79</sup>
Aargau	204	187	2	10	3	< 1	< 1	2	< 1	144
Appenzell Ausser- rhoden	337	296	25	16	0	0	0	0	0	174
Basel-Landschaft	328	209	5	38	12	61	3	0	0	162
Basel-Stadt	1037	848	12	55	70	47	5	0	0	277
Bern	531	426	5	25	39	25	2	9	0	146
Freiburg	227	119	19	5	0	68	< 1	8	8	105
Graubünden	189	166	1	19	0	0	1	2	0	132
Jura	442	423	0	1	0	1	1	1	0	103
Luzern	155	121	12	12	3	4	1	2	0	116
Neuenburg	733	605	24	0	0	68	0	36	0	112
Nidwalden	279	273	2	2	0	2	0	0	0	100
Obwalden	284	263	0	5	0	16	0	0	0	89
Schaffhausen	282	232	1	6	0	35	1	7	0	163
Schwyz	106	97	1	7	0	0	1	0	0	98
Solothurn	284	220	11	4	16	16	3	1	13	207
St. Gallen	296	276	6	10	0	4	0	0	0	155
Thurgau	366	336	1	28	0	0	0	1	0	189
Uri	38	5	3	8	0	22	0	0	0	84
Waadt	147	123	5	1	0	18	0	< 1	0	83
Wallis	518	394	36	31	3	35	0	0	19	57
Zug	152	102	7	37	0	1	0	0	5	105
Zürich	191	132	5	30	23	<1	<1	1	0	163
<b>Ø Anzahl Nutzende pro 100'000 Einwohnende<sup>80</sup></b>	323	261	9	16	8	19	1	3	2	135
<b>Median Anzahl Nutzende pro 100'000 Einwohnende<sup>81</sup></b>	283	226	5	10	0	10	0	0.5	0	124

<sup>71</sup> Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie<sup>72</sup> Typ 2a: Stationäre Suchttherapie<sup>73</sup> Typ 3: Betreutes institutionelles Wohnen<sup>74</sup> Typ 4: Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung<sup>75</sup> Typ 5: Ambulante Begleitung in Privatwohnungen<sup>76</sup> Typ 6: Familienplatzierungsorganisationen<sup>77</sup> Typ 7: Notunterkünfte<sup>78</sup> Typ 8: Housing First<sup>79</sup> Typ 2b: Stationäre Suchtmedizin gemäss «Medizinische Statistik der Krankenhäuser» (BFS, 2020)<sup>80</sup> Die Angabe bezieht sich auf alle Nutzerinnen und Nutzer der teilnehmenden Kantone, exklusive Personen ohne Angaben zum Wohnkanton, ohne Wohnsitz in der Schweiz und mit Wohnsitz in den vier ausgeschlossenen Kantonen AI, GE, GL, TI.<sup>81</sup> Die Angabe bezieht sich auf alle Nutzerinnen und Nutzer der teilnehmenden Kantone, exklusive Personen ohne Angaben zum Wohnkanton, ohne Wohnsitz in der Schweiz und mit Wohnsitz in den vier ausgeschlossenen Kantonen AI, GE, GL, TI.

Pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner der teilnehmenden Kantone wurden durchschnittlich 323 Personen in Angeboten des Fokusbereichs am Stichtag (31. Dezember 2021) behandelt (Median = 283 Personen). Für das Jahr 2020 zeigte sich hingegen, dass pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in den teilnehmenden Kantonen durchschnittlich 135 Personen ein Angebot der stationären Suchtmedizin in Anspruch nahmen (Median = 124 Personen).

Die Tabelle zeigt, dass am Stichtag Angebote der «Ambulanten Suchtberatung (Typ 1a)» von Personen aus allen teilnehmenden Kantonen in Anspruch genommen wurden. Ähnlich sieht es in den Angebotstypen der «Stationären Suchttherapie (Typ 2a)» und des «Betreuten institutionellen Wohnens (Typ 3)» aus. Wobei sich keine im Kanton Obwalden wohnhafte Person in einem Angebot der stationären Suchttherapie befand, und die Angebote des betreuten institutionellen Wohnens wurden von keiner Person aus dem Kanton Neuenburg<sup>82</sup> beansprucht. In den Angeboten der «Stationären Suchttherapie (Typ 2a)» befanden sich, im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung, am meisten Personen aus den Kantonen Wallis (36 Nutzende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner), Appenzell Ausserrhodens (25 Nutzende) und Neuenburg (24 Nutzende).

Im Angebotstyp des «Betreuten institutionellen Wohnens (Typ 3)» wiesen die Kantone Basel-Stadt (55 Nutzende), Basel-Landschaft (38 Nutzende) und Zug (37 Nutzende) die höchste Anzahl Nutzerinnen und Nutzer pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Die Mehrheit der teilnehmenden Kantone (n = 14) zählte (fast)<sup>83</sup> keine Nutzerinnen und Nutzer aus ihrem Kanton im Angebotstyp des «Institutionellen Wohnens mit ambulanter Begleitung (Typ 4)». Von den acht Kantonen, aus denen Nutzerinnen und Nutzer ein solches Angebot am Stichtag in Anspruch nahmen, zählten die Kantone Basel-Stadt (70 Nutzende) und Bern (39 Nutzende) die meisten Personen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Angebotstyp der «Ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» zählten sechs Kantone (fast)<sup>84</sup> keine Nutzerinnen und Nutzer. Die beiden Westschweizer Kantone Freiburg und Neuenburg, mit jeweils 68 Personen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, verzeichneten den höchsten Anteil Nutzerinnen und Nutzer in diesem Angebotstyp.

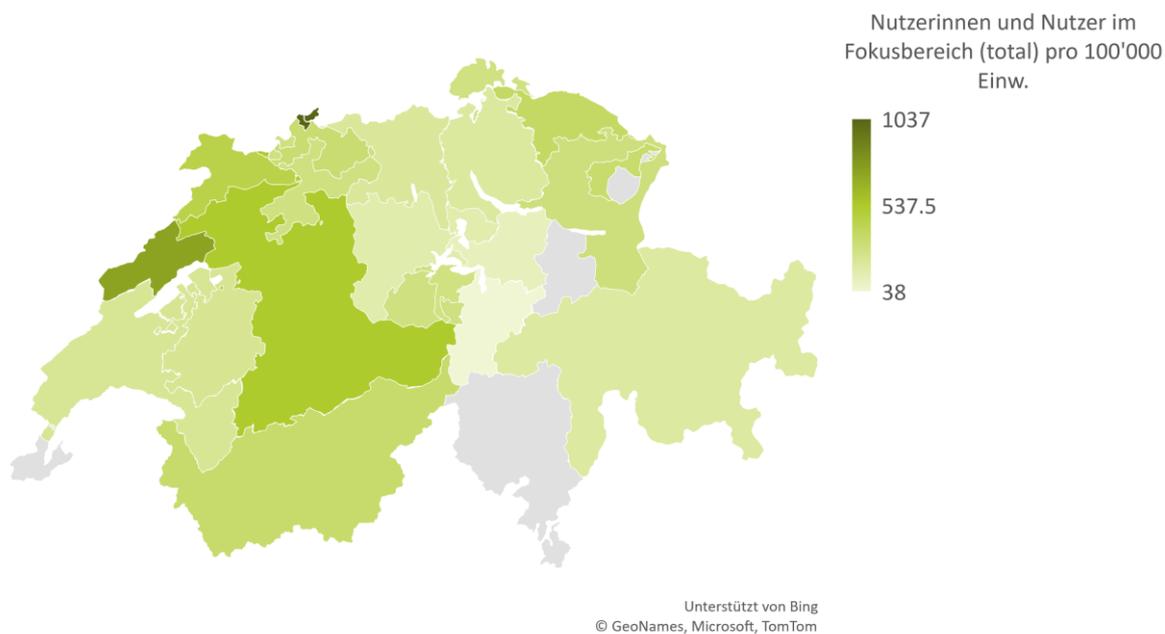
Obwohl nur vier Kantone über Angebote des Typs «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» verfügten, zählten Personen aus elf Kantonen zu den Nutzerinnen und Nutzern dieser Angebote. Generell ist die Anzahl Nutzerinnen und Nutzer in diesem Angebotstyp tief. Aber im Vergleich zeigte sich in den Kantonen Basel-Stadt (5 Nutzende), Basel-Landschaft (3 Nutzende) und Solothurn (3 Nutzende) die höchste Anzahl Nutzerinnen und Nutzer pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Aus der Hälfte der teilnehmenden Kantone (n = 11) nahmen Personen Angebote der «Notunterkünfte (Typ 7)» in Anspruch. Im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung nutzten diese Angebote am meisten Personen aus dem Kanton Neuenburg (36 Nutzende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner). Nutzerinnen und Nutzer im Angebotstyp «Housing First (Typ 8)» wohnten fast ausschliesslich in denjenigen Kantonen, in denen dieser Angebotstyp vorhanden war. Im Vergleich zu den anderen Kantonen waren im Kanton Waadt im Verhältnis zur Bevölkerung, mit 19 Nutzerinnen und Nutzern pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, die meisten Nutzerinnen und Nutzer in einem solchen Angebot.

<sup>82</sup> Eine abschliessende Validierung der Daten durch die Verantwortlichen im Kanton Neuenburg fand nicht mehr statt.

<sup>83</sup> Aufgrund der Hochrechnung auf 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner zählten zwei Kantone weniger als eine Person zu den Nutzerinnen und Nutzern.

<sup>84</sup> Aufgrund der Hochrechnung auf 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner zählten drei Kantone weniger als eine Person zu den Nutzerinnen und Nutzern.

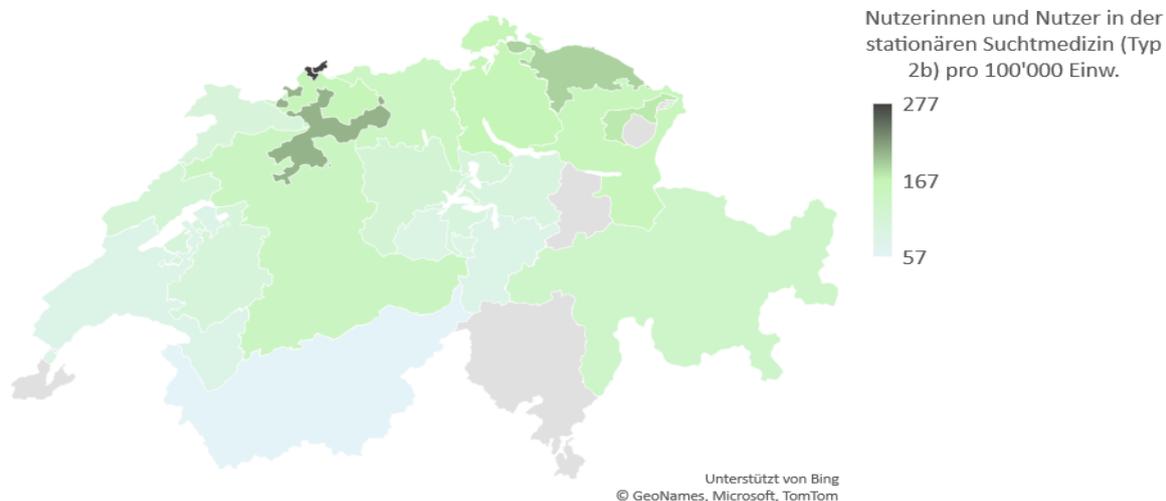
Anzahl Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich nach Wohnkanton  
 pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner  
 (Stichtag 31. Dezember 2021)



**Abbildung 18:** Anzahl Nutzende im Fokusbereich nach Wohnkanton pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2021)

Im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung zeigte sich am Stichtag, dass sich in den Kantonen Basel-Stadt (1'037 Nutzende pro 100'000 Einwohnende), Neuenburg (733 Nutzende), Bern (531 Nutzende) und Wallis (518 Nutzende) die meisten Personen in einem Angebot des Fokusbereichs befanden. Mit Abstand am wenigsten Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich wohnten im Kanton Uri (38 Nutzende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner). Auch die beiden anderen Zentralschweizer Kantone, Schwyz (106 Nutzende) und Zug (152 Nutzende), zählten am Stichtag, im Verhältnis zu ihren kantonalen Bevölkerungen, am wenigsten Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich.

### Anzahl Nutzerinnen und Nutzer pro 100'000 Einw. in der stationären Suchtmedizin im Jahr 2020 nach Wohnkanton (BFS, 2020)



**Abbildung 19:** Anzahl Nutzende in der stationären Suchtmedizin pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner (2020)

Die kantonalen Unterschiede sind in Bezug auf die Anzahl Nutzerinnen und Nutzer der stationären Suchtmedizin im Jahr 2020 nicht so stark ausgeprägt, wie in den sozialtherapeutischen Angeboten des Fokusbereichs. Aber auch hier zählte der Kanton Basel-Stadt mit 277 Personen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner die meisten Nutzerinnen und Nutzer. Daneben wiesen auch die beiden Kantone Solothurn (207 Nutzende) und Thurgau (189 Nutzende) eine, im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung, hohe Anzahl Nutzerinnen und Nutzer in der stationären Suchtmedizin auf. Im Kanton Wallis hingegen wurden pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner nur 57 Personen in einem Angebot der stationären Suchtmedizin gezählt. Auch die beiden Kantone Waadt (83 Nutzende) und Uri (84 Nutzende) wiesen im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung die niedrigste Anzahl Personen in diesem Angebotstyp auf.

### Zwischenfazit: Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich nach Wohnkanton

Die Ergebnisse zeigen, dass am Stichtag Personen aus allen teilnehmenden Kantonen Angebote der «Ambulanten Suchtberatung (Typ 1a)» in Anspruch genommen haben. Ein ähnliches Bild zeigte sich in den Angebotstypen der «Stationären Suchttherapie (Typ 2a)» und des «Betreuten institutionellen Wohnens (Typ 3)». Bei der Mehrheit der teilnehmenden Kantone (n = 14) nahmen (fast) keine im Kanton wohnhafte Personen Angebote des «Institutionellen Wohnens mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» in Anspruch und rund ein Drittel der Kantone zählte keine Nutzerinnen und Nutzer in Angeboten der «Ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)». Obwohl nur vier Kantone über Angebote des Typs «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» verfügten, zählten Personen aus elf Kantonen zu den Nutzerinnen und Nutzern dieser Angebote. Aus der Hälfte der teilnehmenden Kantone (n = 11) nahmen Personen Angebote der «Notunterkünfte (Typ 7)» in Anspruch und Nutzerinnen und Nutzer im Angebotstyp «Housing First (Typ 8)» wohnten fast ausschliesslich in denjenigen Kantonen, in denen dieser Angebotstyp vorhanden war. Im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung zeigte sich am Stichtag, dass sich in den Kantonen Basel-Stadt, Neuenburg, Bern und Wallis die meisten Personen in einem Angebot des Fokusbereichs befanden (518 bis 1'037 Nutzerinnen und Nutzer pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner). Mit Abstand am wenigsten Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich wohnten im Kanton Uri (38 Nutzende). Die kantonalen Unterschiede sind in Bezug auf die Anzahl Nutzerinnen und Nutzer der stationären Suchtmedizin im Jahr 2020 nicht so stark ausgeprägt, wie in den sozialtherapeutischen Angeboten des Fokusbereichs. Aber auch hier wies der Kanton Basel-Stadt die meisten Nutzerinnen und Nutzer auf, während im Kanton Wallis nur 57 Personen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in einem Angebot der stationären Suchtmedizin gezählt wurden.

#### 6.2.4 Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich und in der stationären Suchtmedizin

Für die Untersuchung der Merkmale der Nutzenden des Fokusbereichs wurden die Anbieterinnen und Anbieter gebeten, die laufenden Fälle am Stichtag in Bezug auf die Lebensphase, die Geschlechtsidentität, das Hauptproblem der Suchtproblematik und auf allfällige Komorbiditäten zuzuordnen. Bei der Erhebung stand die Plausibilität der Daten im Mittelpunkt. Um Schätzungen zu vermeiden, wurden die Anbieterinnen und Anbieter gebeten, nur dort Angaben zu machen, bei denen sie auf *verlässliche Zahlen* zurückgreifen konnten. Auch für die stationären, suchtmmedizinischen Angebote liegen aufgrund der Sekundäranalyse der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (BFS, 2020)<sup>85</sup> Daten zu den Merkmalen der Nutzenden vor. Für den Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)» wurde zudem die Verteilung der Beratungsfälle auf die Beratungskategorien und Beratungsform erfragt. Diese Verteilungen der Nutzenden werden in den folgenden Unterkapiteln ausgeführt.

**Limitationen:** Nicht alle Anbieterinnen und Anbieter erfassen die Kennzahlen zu den Merkmalen ihrer Nutzerinnen und Nutzer. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Datengrundlage zu den einzelnen Merkmalen. Die Gesamtzahl aller Anbieterinnen und Anbieter, die an der Erhebung teilgenommen haben, wird pro Angebotstyp mit n = dargestellt.

<sup>85</sup> Die Analyse der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (BFS, 2020) wurde durch das OBSAN im Jahr 2022 durchgeführt.

**Tabelle 18:** Datenbasis für die Analysen der Nutzerinnen- und Nutzermerkmalen

	Typ 1a <sup>86</sup>	Typ 2a <sup>87</sup>	Typ 3 <sup>88</sup>	Typ 4 <sup>89</sup>	Typ 5 <sup>90</sup>	Typ 6 <sup>91</sup>	Typ 7 <sup>92</sup>	Typ 8 <sup>93</sup>
<b>Anzahl Anbieterinnen und Anbieter, die an der Erhebung teilnahmen, mit Daten ...</b>	n = 77	n = 37	n = 66	n = 30	n = 33	n = 4	n = 15	n = 5
zur Lebensphase	92%	89%	89%	93%	88%	100%	79%	83%
zum Geschlecht	86%	95%	89%	93%	88%	100%	100%	83%
zur Hauptproblematik	82%	86%	56%	67%	48%	100%	43%	67%
zum Auftreten von Komorbiditäten	19%	70%	64%	53%	39%	50%	36%	67%

Die grosse Mehrheit der befragten Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich sammelte Daten zum Geschlecht und zur Lebensphase ihrer Nutzerinnen und Nutzer. Anders sah es im Hinblick auf die Erfassung der Hauptproblematik der Suchterkrankung und zum Auftreten allfälliger Komorbiditäten aus. Während die Anbieterinnen und Anbieter in den Angebotstypen der ambulanten und stationären Suchttherapie (Typ 1a, Typ 2a) sowie in Angeboten im Bereich Wohnen (Typ 3, Typ 4, Typ 6, Typ 8) häufiger Daten über die Hauptproblematik der Suchterkrankung ihrer Klientel erfassten, wurde dies in den Angeboten der ambulanten Begleitung in Privatwohnungen und der Notunterkünfte von weniger als der Hälfte aller Anbieterinnen und Anbieter gemacht. Über das Auftreten allfälliger *Komorbiditäten* wurde von den Anbieterinnen und Anbietern im Fokusbereich am wenigsten Daten gesammelt. Es zeigt sich, dass insbesondere leistungserbringende Institutionen in stationären Angeboten (Typ 2a, Typ 3, Typ 8) Daten über das Auftreten von Komorbiditäten sammeln. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass Komorbiditäten und sekundäre Abhängigkeiten oft erst im stationären Setting zum Vorschein kommen. Diese Annahme wurde in einigen Fokusgruppen-Interviews (D) bestätigt. So verwiesen kantonale Expertinnen und Experten darauf, dass in der sozialtherapeutischen Suchtberatung und -begleitung in der Regel keine systematischen Screenings für Komorbiditäten und sekundäre Abhängigkeiten verwendet werden.

Weitere Limitationen in den Daten entstanden dadurch, dass Angebote der *ambulanten Suchtmedizin* in vielen Kantonen einen zentralen Stellenwert im kantonalen Suchthilfesystem einnehmen. Da das komplementäre Angebot der KVG-finanzierten Suchtberatung für die Kapitel zu den Nutzerinnen- und Nutzermerkmalen sowie in den Nutzungsverflechtungen nicht berücksichtigt werden konnte, fehlen zahlreiche Nutzerinnen und Nutzer, die ausschliesslich Angebote der ambulanten Suchtmedizin in Anspruch nahmen. Zudem ist bei der Interpretation der Daten zu bedenken, dass die Erhebungsjahre und der Erhebungszeitraum der Daten aus der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (2020, *ganzes Jahr*) und der Daten, die im

<sup>86</sup> Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie

<sup>87</sup> Typ 2a: Stationäre Suchttherapie

<sup>88</sup> Typ 3: Betreutes institutionelles Wohnen

<sup>89</sup> Typ 4: Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung

<sup>90</sup> Typ 5: Ambulante Begleitung in Privatwohnungen

<sup>91</sup> Typ 6: Familienplatzierungsorganisationen

<sup>92</sup> Typ 7: Notunterkünfte

<sup>93</sup> Typ 8: Housing First

Rahmen dieses Projekts erhoben wurden (2021, Stichtag), unterschiedlich ist und die direkte Vergleichbarkeit der Daten deshalb nicht gegeben ist.

Die Gesamtzahlen aller Nutzenden werden jeweils mit  $n$  = pro Angebotstyp angegeben. Diese Anzahl bezieht sich auf die Gesamtzahl der Nutzenden, die bei den jeweiligen Analysen berücksichtigt werden konnten. Diejenigen Nutzerinnen und Nutzer aus Angeboten, in denen keine Daten über das Merkmal gesammelt werden, werden in den nachfolgenden Tabellen mit NA = dargestellt.

### A) Beratungskategorien und Beratungsform in der ambulanten Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)

Die leistungserbringenden Institutionen im Bereich der «**Ambulanten Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)**» bieten unterschiedliche Formen der Beratung (individuelle Angebote, Gruppenangebote) an und richten sich an unterschiedliche Personengruppen (Selbstbetroffene, Angehörige, Dritte). Die nachfolgende Tabelle zeigt die Verteilung nach Beratungskategorien und Beratungsformen der laufenden Fälle (Stichtag: 31. Dezember 2021) in der ambulanten Suchtberatung und Suchttherapie.

Von insgesamt 77 Anbieterinnen und Anbietern im Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)», die an der Erhebung teilnahmen, hatten sieben keine Daten zur Beratungskategorie und 27 keine Daten zur Beratungsform vorliegen. Insgesamt<sup>94</sup> war bei 441 Beratungsfällen nicht bekannt, ob es sich dabei um Selbstbetroffene, Angehörige oder Drittpersonen handelte und bei 8'273 Nutzerinnen und Nutzern lagen keine Angaben über die genutzte Beratungsform vor.

**Tabelle 19:** Nutzende der ambulanten Suchtberatung und Suchttherapie nach Beratungskategorie/-form

	<b>Typ 1a: Ambulante Sucht- beratung und Suchttherapie</b>		<b>Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Suchtthera- pie</b>
<b>Verteilung nach Beratungskategorie</b>	$n = 19'831$	<b>Beratungsform</b>	$n = 11'999$
Selbstbetroffene	80%	Einzelberatung	67%
Angehörige z. B. Familie, Kinder, Partnerin bzw. Partner	18%	Paar- und Familien- beratung	10%
Dritte z. B. Arbeit, Schule	1%	Gruppenangebote	3%
		Nutzung mehrerer Beratungsformen	16%
Anzahl Nutzende ohne Angaben (NA)	441	NA =	8273

Es zeigt sich deutlich, dass die grosse Mehrheit der Beratungen mit Selbstbetroffenen durchgeführt wurde. Beratungen von Angehörigen machten rund einen Fünftel aller Beratungsfälle aus. Nur ein Prozent der laufenden Beratungen am Stichtag fand mit Drittpersonen (Schule, Arbeitsstellen usw.) statt. In Bezug auf die genutzte Beratungsform zeigte sich, dass zwei von drei Beratungen in Form von Einzelberatungen durchgeführt wurden. Häufig (16 %) wurden

<sup>94</sup> Darunter sind auch Nutzerinnen und Nutzer, bei denen keine Angaben vorlagen, obwohl die Anbieterinnen und Anbieter Daten zum Merkmal gesammelt hätten.

auch mehrere Beratungsformen in Anspruch genommen und seltener wurden ausschliesslich Paar- und Familienberatungen (10 %) oder Gruppenangebote (3 %) durchgeführt.

## B) Lebensphase

Die Klientel der Angebote im Fokusbereich befindet sich in unterschiedlichen Lebensphasen. Doch nicht alle leistungserbringenden Organisationen sammelten Daten zur Lebensphase ihrer Nutzerinnen und Nutzer. Aus diesem Grund wird nachfolgend zuerst die Datenbasis pro Angebotstyp beschrieben, um in einem nächsten Schritt die Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer in den Angebotstypen des Fokusbereichs (am Stichtag 31. Dezember 2021) und der stationären Suchtmedizin (im Jahr 2020)<sup>95</sup> in den verschiedenen Lebensphasen darzustellen.

**Tabelle 20:** Datengrundlage der Analyse «Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Lebensphase»

	Typ 1a <sup>96</sup>	Typ 2a <sup>97</sup>	Typ 3 <sup>98</sup>	Typ 4 <sup>99</sup>	Typ 5 <sup>100</sup>	Typ 6 <sup>101</sup>	Typ 7 <sup>102</sup>	Typ 8 <sup>103</sup>
Anzahl Anbieterinnen und Anbieter (Total)	77	37	66	30	32	4	15	5
Anzahl Anbieterinnen und Anbieter ohne Daten zur Lebensphase	13	3	8	2	4	0	0	0
Anzahl Nutzende mit Angaben	17'045	600	1406	1027	1243	58	235	135
Anzahl Nutzende ohne Angaben <sup>104</sup> , NA =	3'227	38	294	29	59	0	0	0

Im Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)» konnten Daten von 64 der 77 Anbieterinnen und Anbieter bei den Analysen berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass bei 3'227 Nutzerinnen und Nutzern der ambulanten Suchtberatung keine Altersangaben gesammelt wurden, nicht bekannt waren oder diese aufgrund fehlerhafter Angaben bei den Analysen nicht berücksichtigt werden konnten<sup>105</sup>. Im Angebotstyp «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» sammelten 34 von insgesamt 37 Anbieterinnen und Anbietern Daten zum Alter ihrer Nutzerinnen und Nutzer. Die Gesamtzahl aller berücksichtigten Nutzerinnen und Nutzer in diesem Angebotstyp beträgt 600 Personen. Im Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» verfügten acht anbietende Einrichtungen über keine Altersdaten und beim «Institutionellen Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» konnten fast alle 30 Anbieterinnen und

<sup>95</sup> Auswertung der Sekundäranalyse der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» gemäss OBSAN (2022).

<sup>96</sup> Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie

<sup>97</sup> Typ 2a: Stationäre Suchttherapie

<sup>98</sup> Typ 3: Betreutes institutionelles Wohnen

<sup>99</sup> Typ 4: Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung

<sup>100</sup> Typ 5: Ambulante Begleitung in Privatwohnungen

<sup>101</sup> Typ 6: Familienplatzierungsorganisationen

<sup>102</sup> Typ 7: Notunterkünfte

<sup>103</sup> Typ 8: Housing First

<sup>104</sup> Darunter sind auch Nutzerinnen und Nutzer, bei denen keine Angaben vorlagen, obwohl die Anbieterinnen und Anbieter Daten zum Merkmal gesammelt hätten.

<sup>105</sup> Dies war der Fall, wenn beispielsweise nicht nur Suchtbetroffene unter den angegebenen Nutzenden waren.

Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Lebensphase

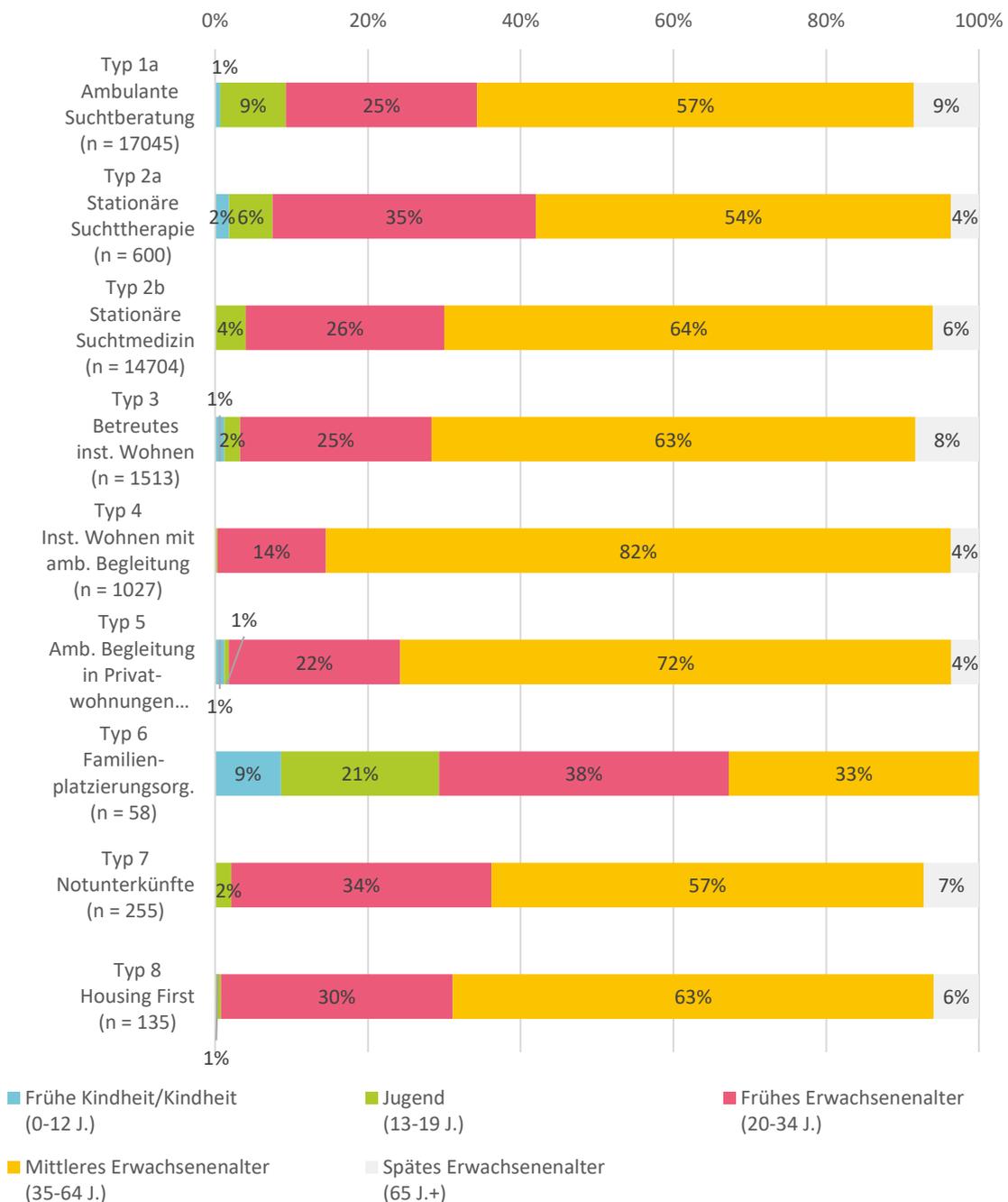


Abbildung 20: Nutzende im Fokusbereich (2021) und in der stationären Suchtmedizin (2020) nach Lebensphase

Anbieter entsprechende Daten zur Verfügung stellen. Dies gilt auch für die weiteren Angebote im Fokusbereich.

Die Angebote im Fokusbereich wurden mehrheitlich von Nutzerinnen und Nutzern im **jungen (20 bis 34 Jahre) und mittleren (35 bis 64 Jahre) Erwachsenenalter** in Anspruch genommen. Letztere Altersgruppe war in fast allen Angebotstypen des Fokusbereichs am

häufigsten vertreten (Ausnahmen: *Familienplatzierungsorganisationen* und *stationäre Suchtmedizin*). Junge Erwachsene machten je nach Angebotstyp 14 bis 38 % und Personen im mittleren Erwachsenenalter 33 bis 82 % aller Nutzerinnen und Nutzer aus.

**Kinder unter 12 Jahren:** Diese Altersgruppe war ausschliesslich in Angeboten der «Ambulante Suchtberatung (Typ 1a)» (1 %), «Stationären Suchttherapie (Typ 2b)» (2 %), der «Ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» (1 %) und in «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» (9 %) zu finden. **Jugendliche** (13 bis 19 Jahre) waren in allen Angebotstypen des Fokusbereichs sowie in der stationären Suchtmedizin mit Anteilen zwischen 1 bis 8 % vertreten. Einzig in den Angeboten von «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» machten Jugendliche einen Fünftel (21 %) aller Nutzerinnen und Nutzer aus.

Ähnlich wie die Altersgruppe der Jugendlichen gehörten auch **Personen im Rentenalter** seltener zu den Nutzerinnen und Nutzern im Fokusbereich und in der «Stationären Suchtmedizin (Typ 2b)». Der höchste Anteil an Personen im Rentenalter befand sich in den Angebotstypen «Ambulante Suchtberatung (Typ 1a)» (8 %), «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» (8 %) und «Notunterkünfte (Typ 7)» (7 %). In den Angeboten von «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» wurden am Stichtag keine Personen im Rentenalter betreut.

### C) Geschlecht

Die leistungserbringenden Institutionen der Suchthilfe im Fokusbereich wurden im Weiteren gefragt, wie sich die laufenden Fälle auf das Geschlecht (männlich, weiblich) bzw. die Geschlechtsidentität (non-binär) der Nutzerinnen und Nutzer verteilen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Erfassung von Geschlechtsidentitäten in allen Angebotstypen noch nicht etabliert ist. Da insgesamt nur sehr wenige Personen (< 1 %) mit einer non-binären Geschlechtsidentität erfasst wurden, wird in der nachfolgenden Tabelle auf deren Darstellung verzichtet. Einige leistungserbringenden Organisationen haben in der B2-Befragung jedoch angegeben, dass sie non-binäre Geschlechtsidentitäten ab 2023 erfassen werden.

**Tabelle 21:** Datengrundlage der Analyse «Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Geschlecht»

	Typ 1a <sup>106</sup>	Typ 2a <sup>107</sup>	Typ 3 <sup>108</sup>	Typ 4 <sup>109</sup>	Typ 5 <sup>110</sup>	Typ 6 <sup>111</sup>	Typ 7 <sup>112</sup>	Typ 8 <sup>113</sup>
Anzahl Anbieterinnen und Anbieter (Total)	77	37	66	30	32	4	15	5
Anzahl Anbieterinnen und Anbieter <i>ohne Daten</i> zum Geschlecht	7	2	7	2	3	0	0	0
Anzahl Nutzende mit Angaben	18'509	562	1541	1027	1259	58	259	135
Anzahl Nutzende ohne Angaben <sup>114</sup> , NA =	1763	76	214	29	38	0	0	0

<sup>106</sup> Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie

<sup>107</sup> Typ 2a: Stationäre Suchttherapie

<sup>108</sup> Typ 3: Betreutes institutionelles Wohnen

<sup>109</sup> Typ 4: Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung

<sup>110</sup> Typ 5: Ambulante Begleitung in Privatwohnungen

<sup>111</sup> Typ 6: Familienplatzierungsorganisationen

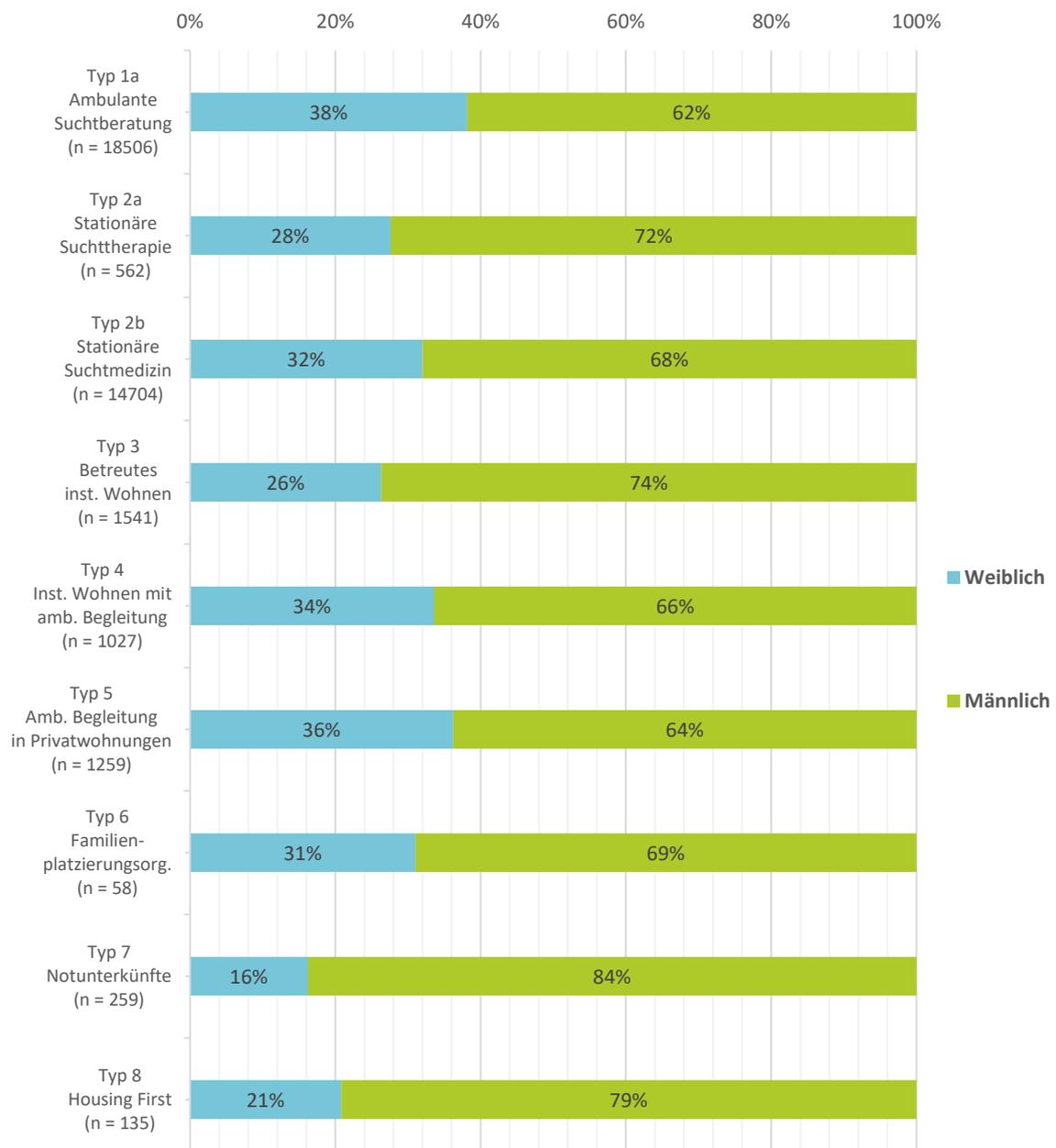
<sup>112</sup> Typ 7: Notunterkünfte

<sup>113</sup> Typ 8: Housing First

<sup>114</sup> Darunter sind auch Nutzerinnen und Nutzer, bei denen keine Angaben vorlagen, obwohl die Anbieterinnen und Anbieter Daten zum Merkmal gesammelt hätten.

Die Tabelle weist die Zahl der Anbieterinnen und Anbieter aus, die über keine Angaben zum Geschlecht der Nutzenden verfügen. Ausserdem wird die Zahl der Nutzenden ausgewiesen, zu denen keine Angaben zum Geschlecht vorliegen. Im Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)» fehlen diesbezüglich am meisten Angaben.

### Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Geschlecht



**Abbildung 21:** Nutzende im Fokusbereich (2021) und in der stationären Suchtmedizin (2020) nach Geschlecht

Wie die Abbildung zeigt, waren in allen Angebotstypen des Fokusbereichs und in der «Stationären Suchtmedizin (Typ 2b)» deutlich mehr Männer als Frauen vertreten. Bei rund zwei Drittel der Nutzenden handelt es sich um Männer. Am höchsten war der Männeranteil in «Notunterkünften (Typ 7)» mit 84 %, dem «Housing First (Typ 8)» mit 79 % sowie im «Betreuten institutionellen Wohnen (Typ 3)» mit 74 %. Die beiden Angebotstypen der «Ambulanten

Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)» (38 %) und der «Ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» (36 %) verzeichneten im Vergleich den höchsten Frauenanteil.

### **Regionale Unterschiede im Fokusbereich in Bezug auf das Geschlechterverhältnis**

Im Wissen, dass nicht alle Kantone über alle Angebotstypen im Fokusbereich verfügen und einige Anbieterinnen und Anbieter keine Daten<sup>115</sup> zum Geschlecht ihrer Klientel erfassten, werden nachfolgend einige regionale Auffälligkeiten in Bezug auf das Geschlechterverhältnis der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich aufgezeigt. Dafür wurden die Angaben von 23'347 Nutzerinnen und Nutzern, die am Stichtag ein Angebot des Fokusbereichs in Anspruch genommen haben und deren Geschlecht bekannt war, ausgewertet. Bei Stichtagsdaten handelt es sich um eine Momentaufnahme der sozialtherapeutischen Suchthilfe in den Kantonen.

Das vorab beschriebene Geschlechterverhältnis in den Angebotstypen des Fokusbereichs spiegelt sich auch mit Blick auf die Kantone wider. Die Angebote des Fokusbereichs wurden in allen Kantonen von deutlich mehr Männern als Frauen in Anspruch genommen. In den Kantonen Basel-Stadt (39 %), Aargau (42 %) und Bern (43 %) fand sich insgesamt der höchste Anteil Nutzerinnen im Fokusbereich. Hingegen war der Männeranteil im Fokusbereich in den Kantonen Nidwalden (74 %), Wallis (74 %) und Freiburg (78 %) am höchsten.

### **D) Hauptproblem**

Obwohl die Bestimmung der Hauptproblemsubstanz oder des hauptsächlichen Problemverhaltens oft schwierig ist, und die Realität damit in den meisten Fällen nicht korrekt abgebildet werden kann, wurden die leistungserbringenden Institutionen des Fokusbereichs zur Hauptproblematik der Suchterkrankung ihrer Klientinnen und Klienten befragt. Diese Form der Ergebnisdarstellung nach Hauptproblem findet sich auch in anderen nationalen und internationalen Monitoringsystemen<sup>116</sup> wieder. Bei Fällen von Mehrfachgebrauch wird grundsätzlich immer versucht, die subjektiv schwerwiegendste Problemsubstanz oder Verhaltensweise zu identifizieren. Als zusätzliche Information konnten die leistungserbringenden Institutionen vermerken, dass Störungen durch multiplen Substanzgebrauch vorlagen. In der folgenden Tabelle wird zum einen die Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer auf das Hauptproblem der Suchtproblematik pro Angebotstyp im Fokusbereich dargestellt. Zum anderen wird auch die Verteilung der Patientinnen und Patienten der stationären Suchtmedizin im Jahr 2020 aufgezeigt. In einem weiteren Schritt werden regionale Auffälligkeiten in den Behandlungen im Fokusbereich nach Hauptproblem beschrieben.

<sup>115</sup> Für den Kanton Uri lagen keine Daten zum Geschlecht der Nutzerinnen und Nutzer vor.

<sup>116</sup> Beispiele: «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (BFS), suchthilfestatistik.de (Deutschland); [www.datafiles.samhsa.gov/study-series/treatmentepisode-data-set-admissions-teds-nid13518](https://www.datafiles.samhsa.gov/study-series/treatmentepisode-data-set-admissions-teds-nid13518) (USA).

**Tabelle 22:** Datengrundlage der Analyse «Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Hauptproblem»

	Typ 1a <sup>117</sup>	Typ 2a <sup>118</sup>	Typ 3 <sup>119</sup>	Typ 4 <sup>120</sup>	Typ 5 <sup>121</sup>	Typ 6 <sup>122</sup>	Typ 7 <sup>123</sup>	Typ 8 <sup>124</sup>
Anzahl Anbieterinnen und Anbieter (Total)	77	37	66	30	32	4	15	5
Anzahl Anbieterinnen und Anbieter ohne Daten zum Hauptproblem	14	4	29	10	15	0	9	1
Anzahl Nutzende mit Angaben	17'045	510	641	385	614	57	59	95
Anzahl Nutzende ohne Angaben <sup>125</sup> , NA =	3227	128	981	698	775	1	203	40

Die Tabelle präsentiert die Zahl der Anbieterinnen und Anbieter, die über keine Angaben zum Hauptproblem der Nutzenden verfügen. Ausserdem wird die Zahl der Nutzenden ausgewiesen, zu denen keine Angaben zum Hauptproblem vorliegen. Wie zu erwarten war, präsentiert sich die Datengrundlage betreffend Hauptproblem ungünstiger als beim Alter und Geschlecht. In den *institutionellen Wohnangeboten, dem begleiteten privaten Wohnen* und in den *Notunterkünften* ist die Zahl der Nutzenden ohne entsprechende Angaben sogar höher als die Nutzerzahlen mit Angaben.

<sup>117</sup> Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie

<sup>118</sup> Typ 2a: Stationäre Suchttherapie

<sup>119</sup> Typ 3: Betreutes institutionelles Wohnen

<sup>120</sup> Typ 4: Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung

<sup>121</sup> Typ 5: Ambulante Begleitung in Privatwohnungen

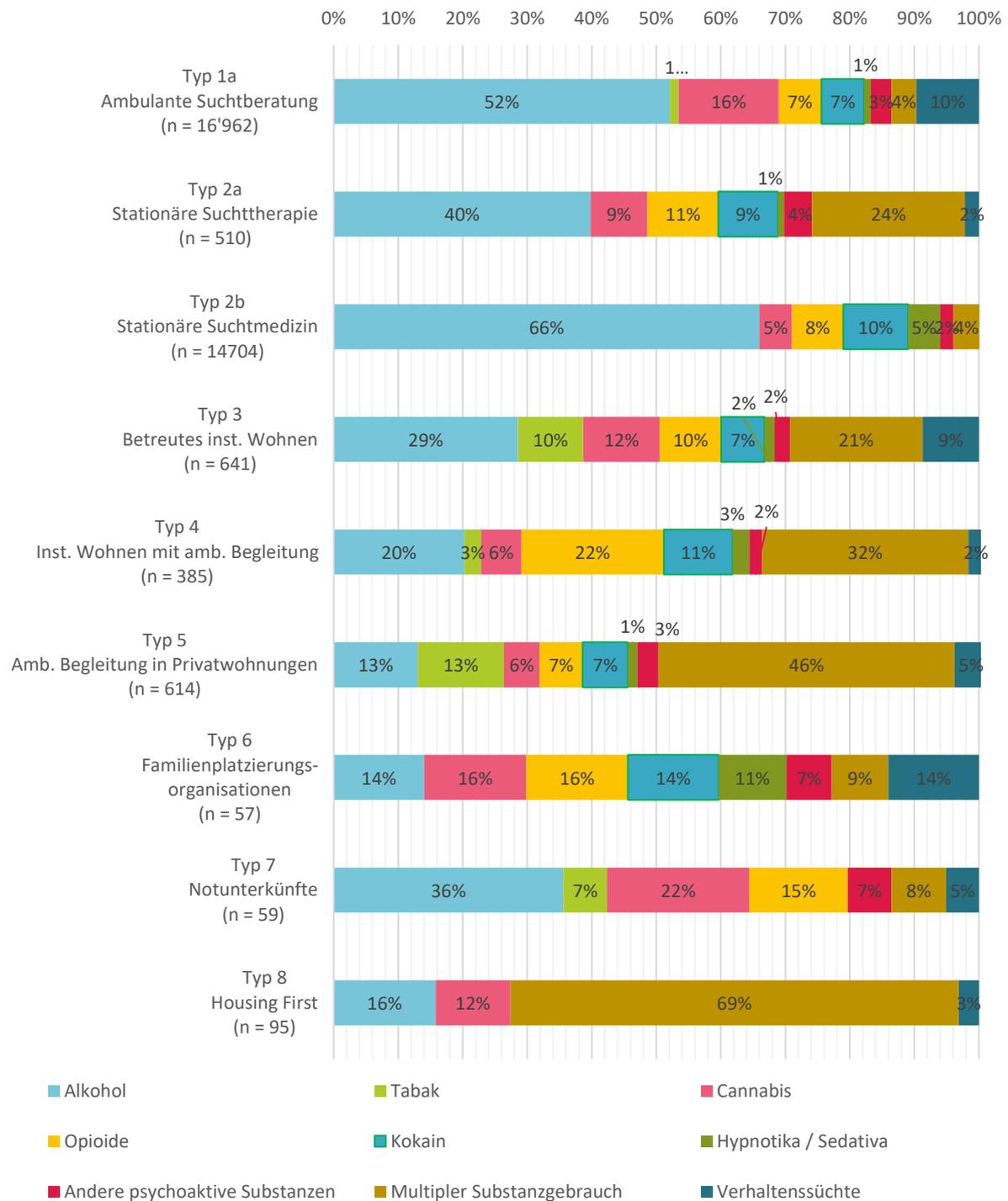
<sup>122</sup> Typ 6: Familienplatzierungsorganisationen

<sup>123</sup> Typ 7: Notunterkünfte

<sup>124</sup> Typ 8: Housing First

<sup>125</sup> Darunter sind auch Nutzerinnen und Nutzer, bei denen keine Angaben vorlagen, obwohl die Anbieterinnen und Anbieter Daten zum Merkmal gesammelt hätten.

### Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich und der stationären Suchtmedizin nach Hauptproblem



**Abbildung 22:** Nutzende im Fokusbereich (31. Dezember 2021) und in der stationären Suchtmedizin (Jahr, 2020) nach Hauptproblem

In den Einrichtungen der «Ambulanten Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)» war der Anteil der Personen, deren Hauptproblem im Alkoholkonsum lag, mit 52 % am höchsten. Bei 16 % der Nutzerinnen und Nutzer lag die Hauptproblemlast im Cannabiskonsum. Einige Nutzende der ambulanten Suchtberatung hatten die primäre Problemlast im Konsum anderer Substanzen, z. B. Kokain (7 %), Opiode (7 %), multipler Substanzgebrauch (4 %), Hypnotika/Sedativa<sup>126</sup> (1 %), Tabak (1 %), andere psychoaktive Substanzen<sup>127</sup> (3 %). Des Weiteren suchten einzelne Personen die *ambulante Suchtberatung und Suchttherapie* primär aufgrund von abhängigem Verhalten<sup>128</sup> (10 %) auf.

Bei der Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer der «Stationären Suchttherapie (Typ 2a)» lag die Hauptproblemlast ebenfalls im Konsum von Alkohol (40 %) und bei rund einem Viertel (24 %) aller Nutzerinnen und Nutzer war der Konsum multipler Substanzen die primäre Problemlast. Der Konsum von Opioiden (11 %), Kokain (9 %) oder Cannabis (9 %) stellte bei rund jeder zehnten Person in der stationären Suchttherapie die Hauptproblematik dar. Die problematische Einnahme von Hypnotika oder Sedativa war bei 1 % und der Konsum anderer psychoaktiven Substanzen bei 4 % der Nutzenden der Hauptgrund für die Inanspruchnahme einer *stationären Suchttherapie* und einzelne Personen (2 %) waren primär von abhängigem Verhalten betroffen.

Die Analysen der suchtmmedizinischen Einrichtungen der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (BFS, 2020) durch das OBSAN zeigten, dass bei einer deutlichen Mehrheit (66 %) aller Patientinnen und Patienten im Jahr 2020 die primäre Problemlast im Alkoholkonsum lag. Bei 8 % der Nutzenden der «Stationären Suchtmedizin (Typ 2b)» stellte der Konsum von Opioiden und bei weiteren Nutzerinnen und Nutzern der Konsum von Kokain (10 %), Cannabis (5 %), Hypnotika/Sedativa (5 %), mehrere (4 %) oder andere psychoaktive Substanzen (2 %) die Hauptproblemlast dar. Weniger als 1 % aller Nutzenden nahmen die stationäre Suchtmedizin aufgrund ihres pathologischen Glücksspiels in Anspruch.

In den Einrichtungen des «Betreuten institutionellen Wohnens (Typ 3)», die über Daten zur Hauptproblematik verfügten, wurde deutlich, dass die meisten Fälle eine Hauptproblemlast im Zusammenhang mit Alkohol (29 %) oder multiplem Substanzgebrauch (21 %) aufwiesen. Bei 12 % der Nutzerinnen und Nutzer war der Cannabiskonsum und bei jeweils 10 % der Konsum von Opioiden bzw. Tabak die primäre Suchtproblematik. Etwas weniger oft konsumierten Nutzende hauptsächlich Kokain (7 %). Vereinzelt lag die Hauptproblemlast im Konsum von anderen psychoaktiven Substanzen oder im problematischen Konsum von Hypnotika oder Sedativa (je 2 %). Einige Nutzerinnen und Nutzer (9 %) in diesem Angebotstyp waren hauptsächlich von abhängigem Verhalten betroffen.

Anbieterinnen und Anbieter des «Institutionellen Wohnens mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» betreuten mehrheitlich Nutzerinnen und Nutzer, deren Hauptproblemlast im multiplen Substanzgebrauch (32 %) lag. Häufig zählten auch Personen mit einer primären Problemlast durch den Konsum von Opioiden (22 %) und Alkohol (20 %) zu den Nutzerinnen und Nutzer in diesem Angebotstyp. Bei einigen Nutzenden lag die primäre Problemlast im Konsum anderer Substanzen: Kokain (11 %), Cannabis (6 %), Hypnotika/Sedativa<sup>129</sup> (3 %), andere psychoaktive Substanzen<sup>130</sup> (2 %). Des Weiteren nahmen einzelne Personen Angebote des

<sup>126</sup> Z. B. Benzodiazepine, GHB, GBL, andere Schlaf- und Beruhigungsmittel

<sup>127</sup> Darunter andere Stimulanzien, u. a. (Meth-)Amphetamine, Halluzinogene, MDMA, flüchtige Stoffe

<sup>128</sup> Darunter pathologisches Glücksspiel, problematische Nutzung digitaler Medien und Gaming-Sucht

<sup>129</sup> Z. B. Benzodiazepine, GHB, GBL, andere Schlaf- und Beruhigungsmittel

<sup>130</sup> Darunter andere Stimulanzien, u. a. (Meth-)Amphetamine, Halluzinogene, MDMA, flüchtige Stoffe

institutionellen Wohnens mit ambulanter Begleitung primär aufgrund von abhängigem Verhalten<sup>131</sup> (2 %) in Anspruch.

Fast die Hälfte (46 %) der Nutzerinnen und Nutzer im Angebotstyp der «Ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» war primär von Störungen durch multiplen Substanzgebrauch betroffen. Bei einigen Angebotsnutzenden stellte der Konsum von Alkohol (13 %), Tabak (13 %), Opioiden (7 %), Kokain (7 %) oder Cannabis (6 %) die Hauptproblemlast dar, während in Bezug auf einzelne Personen die primäre Problematik im problematischen Konsum von Hypnotika/Sedativa (1 %), im Konsum anderer psychoaktiven Substanzen (2 %) oder in abhängigem Verhalten (5 %) festgehalten wurde.

Als einer der wenigen Angebotstypen im Fokusbereich wurde im Angebotstyp «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» nicht mehrheitlich der Alkoholkonsum als primäre Problemlast bei den Nutzerinnen und Nutzern festgestellt. In diesem Angebotstyp wiesen «nur» 14 % der Nutzerinnen und Nutzer die Hauptproblemlast im Alkoholkonsum auf. Ebenso häufig stand die Hauptproblematik des Kokainkonsums oder des abhängigen Verhaltens im Zentrum. Etwas mehr Nutzerinnen und Nutzer in diesem Angebotstyp konsumierten primär Cannabis oder Opiode (je 16 %). Weitere Nutzerinnen und Nutzer in diesem Angebotstyp wiesen eine Hauptproblemlast im problematischen Konsum von Hypnotika oder Sedativa (11 %), oder im Konsum anderer psychoaktiver Substanzen (7 %) auf, oder waren von Störungen durch multiplen Substanzgebrauch betroffen (9 %).

Im Angebotstyp «Notunterkünfte (Typ 7)» zeigte sich bei denjenigen Anbieterinnen und Anbietern, die Daten zur Hauptproblemlast der Nutzerinnen und Nutzer sammelten, dass der Konsum von Alkohol (36 %) und Cannabis (22 %) am häufigsten als primäre Problemlast bei den Nutzenden festgestellt wurde. Die Hauptproblemlast lag bei einigen Nutzerinnen und Nutzern im Konsum von Opioiden (15 %), Tabak (7 %), von anderen psychoaktiven Substanzen (7 %) oder im multiplen Substanzgebrauch (8 %). Weitere 5 % der Klientel wiesen eine Hauptproblemlast durch abhängiges Verhalten auf.

In den Angeboten des Typs «Housing First (Typ 8)» zeigt sich deutlich, dass zwei Drittel (69 %) der Nutzerinnen und Nutzer primär Störungen durch multiplen Substanzgebrauch aufwiesen. Bei einzelnen Nutzenden in diesem Angebotstyp wurde die Hauptproblemlast durch den Konsum von Alkohol (16 %) und Cannabis (12 %) festgestellt und wenige Personen waren primär von abhängigem Verhalten (3 %) betroffen.

### **Regionale Unterschiede: Behandlungen im Fokusbereich nach Hauptproblem**

Es zeigte sich, dass je nach Angebotstyp im Fokusbereich die Nutzerinnen und Nutzer unterschiedliche Hauptproblematiken aufwiesen. Im Wissen, dass nicht alle Kantone über alle Angebotstypen im Fokusbereich verfügen, und viele Anbieterinnen und Anbieter keine Daten zum Hauptproblem ihrer Klientel erfassten, werden nachfolgend einige regionale Auffälligkeiten in Bezug auf die Hauptprobleme der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich aufgezeigt. Dafür wurden die Angaben von 19'305 Nutzerinnen und Nutzern, die am Stichtag ein Angebot des Fokusbereichs in Anspruch genommen haben, und deren Hauptproblematik bekannt war, ausgewertet. Bei diesen Stichtagsdaten handelt es sich um eine Momentaufnahme der sozialtherapeutischen Suchthilfe in den Kantonen. Dabei sind **keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Prävalenz der primären Problemlast in der kantonalen Bevölkerung** zulässig. Ein hoher Anteil Nutzerinnen und Nutzer mit einem bestimmten Hauptproblem in einem Kanton

<sup>131</sup> Darunter fallen pathologisches Glücksspiel, problematische Nutzung digitaler Medien und Gaming-Sucht.

kann unter anderem auch damit zusammenhängen, dass der Kanton über ein auf das Hauptproblem spezialisiertes Angebot verfügt. Die nachfolgenden Angaben sollen demnach einen Eindruck geben, mit welchen Suchtproblematiken sich die Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich in den jeweiligen Kantonen beschäftigten.

Über alle Angebotstypen hinweg zeigte sich der *Alkoholkonsum* als primäre Problemlast bei sehr vielen Nutzerinnen und Nutzern. Insbesondere in den Kantonen Waadt (68 %), Uri (65 %) und Schaffhausen (64 %) zeigte sich, dass rund zwei Drittel der Nutzerinnen und Nutzer die Angebote im Fokusbereich primär aufgrund ihres Alkoholproblems in Anspruch nahmen. Im Gegensatz hierzu stehen die Kantone Basel-Landschaft (19 %), Freiburg (26 %) und Graubünden (28 %), hier wiesen je ein Viertel bzw. ein Fünftel der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich dieser Kantone das Hauptproblem Alkohol auf.

Generell war der Anteil Nutzerinnen und Nutzer, die primär aufgrund ihres *Tabakkonsums* die sozialtherapeutische Suchthilfe in Anspruch nahmen, gering. In elf Kantonen wurde gar keine Klientel im Fokusbereich mit Tabak als primäre Problemlast identifiziert. Wenn Tabak als Hauptproblem festgestellt wurde, so geschah dies vor allem in den ambulanten Angeboten (Typ 1a, Typ 5). Aufgrund vieler Nutzerinnen und Nutzer in der ambulanten Suchtberatung (Typ 1a) bzw. der ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5) mit der primären Problemlast durch Tabak wiesen die Kantone Zug (10 %), Aargau (11 %) und Basel-Landschaft (23 %) einen vergleichsweise hohen Anteil an primär Tabakkonsumierenden im Fokusbereich auf. Diese relativ grossen Unterschiede zwischen den Kantonen könnten damit zusammenhängen, dass der Tabakkonsum von den Kantonen, aber auch von den Leistungserbringenden unterschiedlich stark als ein behandlungsbedürftiges Problem wahrgenommen wird. Im Kanton Basel-Landschaft bestehen z. B. explizite Leistungsaufträge, um Nikotinsucht zu behandeln.

Sowie Alkohol kam auch *Cannabis* als Hauptproblemlast in allen Angebotstypen des Fokusbereichs vor. Personen mit dem Hauptproblem Cannabis zählten ebenfalls in allen Kantonen zu den Nutzerinnen und Nutzern des Fokusbereichs. Im kantonalen Vergleich lag der Anteil dieser Personen im Durchschnitt bei 12 % aller Nutzerinnen und Nutzer des Fokusbereichs. Einzig im Kanton Luzern machten Personen mit der primären Problemlast durch Cannabiskonsum nur 1 % der Klientel aus. Dies hängt damit zusammen, dass im Kanton Luzern die ambulante Suchtmedizin (Typ 1b) für die Beratung und Behandlung von Personen mit einem Hauptproblem durch illegale Substanzen zuständig ist. Einen besonders hohen Anteil an Personen mit Cannabis als primäre Problemlast wurde in den Kantonen Aargau (20 %), Bern (23 %) und Basel-Stadt (24 %) festgestellt.

Mit Ausnahme des Kantons Uri zählten am Stichtag in allen Kantonen auch Personen mit der Hauptproblematik *Opioide oder Kokain* zu den Nutzerinnen und Nutzern im Fokusbereich. Im kantonalen Vergleich machten Personen mit einer primären Problemlast durch Opioide bzw. Kokain einen durchschnittlichen Anteil von 10 % bzw. 6 % aller behandelten Personen im Fokusbereich aus. Personen, deren Hauptproblemlast im Konsum von Opioiden liegt, nehmen häufig im Rahmen der Substitutionsbehandlung das Angebot der ambulanten Suchtberatung (Typ 1a) in Anspruch. Aufgrund der hohen Nutzerinnen- und Nutzerzahl mit Opioiden als Hauptproblem in der ambulanten Suchtberatung wiesen die Kantone Obwalden (39 %), Neuenburg (34 %) und Luzern (27 %) einen vergleichsweise hohen Anteil an primär Opioid-Konsumierenden im Fokusbereich auf. Obwohl auch im Kanton Graubünden Substitutionstherapien angeboten werden, wurde hier nur bei 1 % der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich Opioide als Hauptproblem identifiziert. Die Kantone Freiburg (1 %), Luzern (1 %) und

Graubünden (1 %) haben im kantonalen Vergleich auch den geringsten Anteil an Nutzerinnen und Nutzern im Fokusbereich mit dem Hauptproblem Kokain. Im Gegensatz hierzu wurden in den Kantonen St. Gallen (12 %), Basel-Stadt (15 %) und Zug (17 %) die meisten Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich mit der primären Problemlast durch Kokain gezählt.

Wie bereits in den vorangehenden Analysen deutlich wurde, ist insgesamt der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich, die primär aufgrund des Konsums *anderer Stimulanzien* (Ø Anteil in den Kantonen: 3 %), *andere psychoaktiven Substanzen* (Ø 1 %) oder aufgrund des problematischen Konsums von *Schlaf- und Beruhigungsmitteln* (Ø 2 %) die sozialtherapeutische Suchthilfe in Anspruch nahmen, sehr gering. Aufgrund des hohen Anteils an Nutzerinnen und Nutzern mit der primären Problemlast durch Hypnotika/Sedativa in der ambulanten Suchtberatung verzeichneten die drei Zentralschweizer Kantone Uri (5 %), Schwyz (7 %) und Nidwalden (14 %) überdurchschnittlich viele Personen mit dieser Hauptproblematik. In der ambulanten Suchtberatung im Kanton Jura wurde der mit Abstand der höchsten Anteil Nutzerinnen und Nutzer (21 %) beobachtet, die primär aufgrund des Konsums anderer Stimulanzien (z. B. Amphetamine) in sozialtherapeutischer Behandlung waren.

Während in vier Kantonen keine Nutzerinnen und Nutzer mit Störungen durch *multiplen Substanzkonsum* angegeben wurden, machten diese Personen mehr als die Hälfte aller Nutzerinnen und Nutzer<sup>132</sup> im Fokusbereich in den Kantonen Graubünden (54 %) und Freiburg (56 %) aus. Im kantonalen Vergleich liegt der Anteil Betroffene mit Störungen durch multiplen Substanzgebrauch bei durchschnittlich 10 % aller Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich. Auch in den Kantonen Waadt (16 %), Solothurn (16 %) und Basel-Landschaft (19 %) wies ein Grossteil der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich diese Hauptproblematik auf.

Mit Ausnahme der Kantone Waadt und Jura wurden in allen Kantonen Personen mit *Verhaltenssüchten*<sup>133</sup> zu den Nutzerinnen und Nutzern des Fokusbereichs gezählt. Während Personen, die primär von Verhaltenssüchten betroffen waren, im Durchschnitt einen Anteil von 8 % der Klientel im Fokusbereich darstellten, zeigte sich ein überdurchschnittlich hoher Anteil dieser Personen in den Kantonen Bern (12 %), Luzern (13 %), Uri (12 %) und Wallis (19 %).

## E) Komorbiditäten

Auf Anregung des *Soundingboards II* wurden die Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich auch gefragt, ob ihre Klientinnen und Klienten neben ihrer Suchterkrankung gleichzeitig noch andere psychische oder somatische Erkrankungen aufweisen.

**Tabelle 23:** Datengrundlage der Analyse «Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Komorbiditäten»

<sup>132</sup> Bezieht sich auf die Gesamtzahl aller Nutzerinnen und Nutzer des Fokusbereichs, bei denen eine Hauptproblematik bekannt war.

<sup>133</sup> Für diese Aussage wurden die Ergebnisse der Kategorien «Glücksspielsucht», «Gaming und problematische Internetnutzung» sowie «Andere Verhaltenssüchte» zusammengefasst.

	Typ 1a <sup>134</sup>	Typ 2a <sup>135</sup>	Typ 3 <sup>136</sup>	Typ 4 <sup>137</sup>	Typ 5 <sup>138</sup>	Typ 6 <sup>139</sup>	Typ 7 <sup>140</sup>	Typ 8 <sup>141</sup>
Anzahl Anbieterinnen und Anbieter (Total)	77	37	66	30	32	4	15	6
Anzahl Anbieterinnen und Anbieter ohne Daten zu Komorbiditäten	62	10	24	14	18	2	10	2
Anzahl Nutzende mit Angaben	2'400	408	930	440	626	25	32	101
Anzahl Nutzende ohne Angaben <sup>142</sup> , NA =	17'656	232	825	616	752	33	227	34

Aus der Tabelle geht hervor, dass die Datenlage zu Komorbiditäten als gering zu bezeichnen ist. In fünf der acht Angebotstypen des Fokusbereichs ist die Zahl der Nutzenden ohne Angaben zum Teil deutlich höher als die Nutzendenzahl mit entsprechenden Angaben. In den Angebotsbereichen der stationären Suchttherapie, des betreuten institutionellen Wohnens und in den Housing-First-Angeboten gestaltet sich die Datenlage am besten. In diesen Angeboten ist der Anteil der Nutzenden mit Angaben zu Komorbiditäten höher als die Nutzendenzahl ohne Angaben.

<sup>134</sup> Typ 1a: Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie

<sup>135</sup> Typ 2a: Stationäre Suchttherapie

<sup>136</sup> Typ 3: Betreutes institutionelles Wohnen

<sup>137</sup> Typ 4: Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung

<sup>138</sup> Typ 5: Ambulante Begleitung in Privatwohnungen

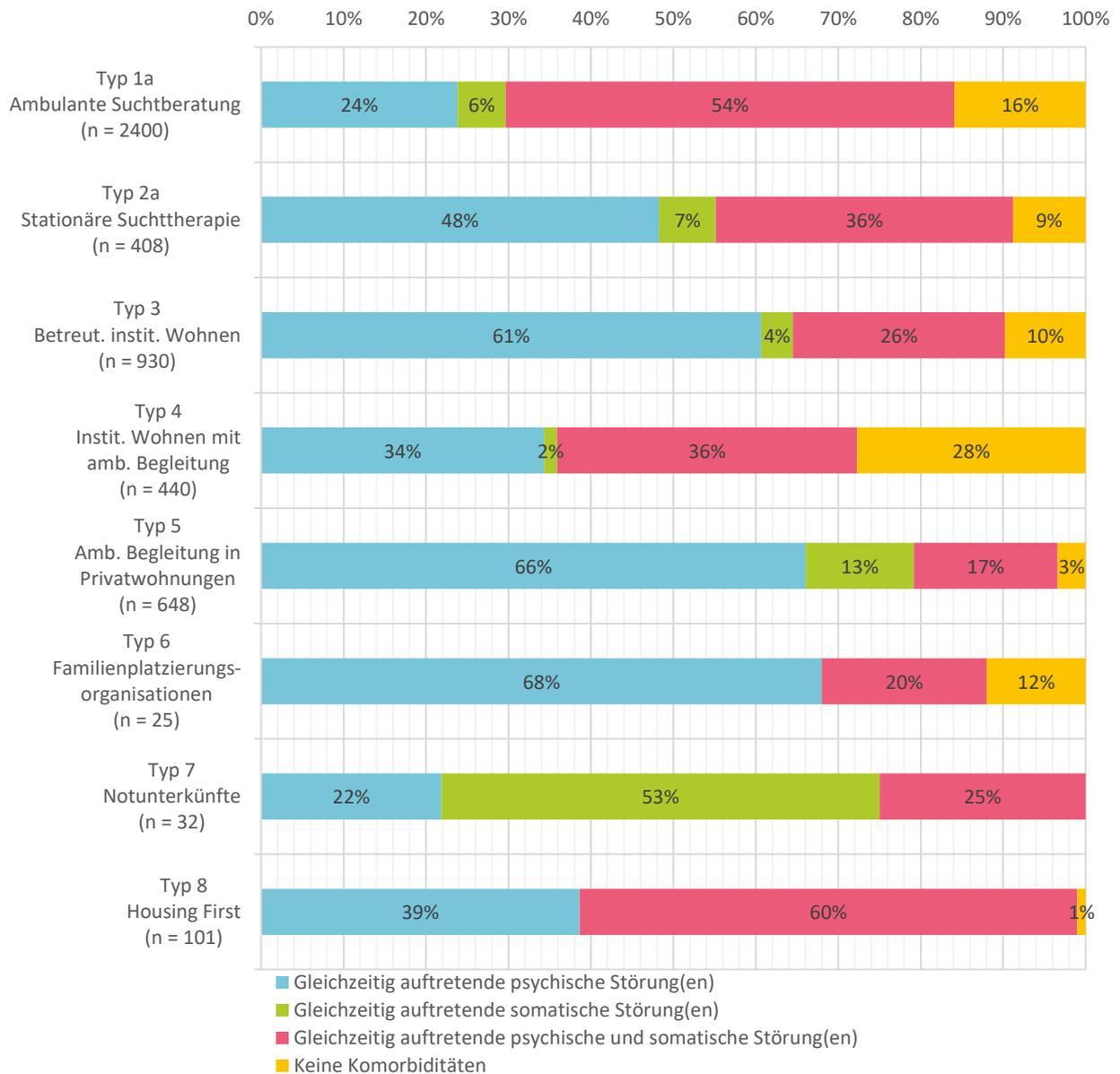
<sup>139</sup> Typ 6: Familienplatzierungsorganisationen

<sup>140</sup> Typ 7: Notunterkünfte

<sup>141</sup> Typ 8: Housing First

<sup>142</sup> Darunter sind auch Nutzerinnen und Nutzer, bei denen keine Angaben vorlagen, obwohl die Anbieterinnen und Anbieter Daten zum Merkmal gesammelt hätten.

### Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Auftreten allfälliger Komorbiditäten



**Abbildung 23:** Nutzende im Fokusbereich nach Auftreten allfälliger Komorbiditäten (Datenbasis: Fragebogen B2 vgl. Tabelle 3)

Über alle Angebotstypen hinweg zeigte sich, dass Personen mit einer Suchterkrankung häufig von psychischen oder sowohl psychischen als auch somatischen Komorbiditäten betroffen waren. In den Angeboten «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» (48 %), «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» (61 %), «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» (66 %) sowie «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» (68 %) waren die Nutzerinnen und Nutzer mehrheitlich neben der Suchterkrankung noch von **weiteren psychischen Störungen** betroffen.

Von sowohl **somatischen als auch psychischen Komorbiditäten** waren rund ein Drittel (je 36 %) der Nutzerinnen und Nutzer der *stationären Suchttherapie (Typ 2a)* und des *institutionellen Wohnens mit ambulanter Begleitung (Typ 4)* betroffen. Dies traf auch auf die Mehrheit der Nutzenden von Angeboten der «Ambulanten Suchtberatung (Typ 1a)» (54 %) und der Angebote des «Housing First (Typ 8)» (60 %) zu. Einzig im Angebotstyp «Notunterkünfte (Typ 7)» konnte ein hoher Anteil (53 %) Nutzerinnen und Nutzer mit **ausschliesslich somatischen Komorbiditäten** festgestellt werden.

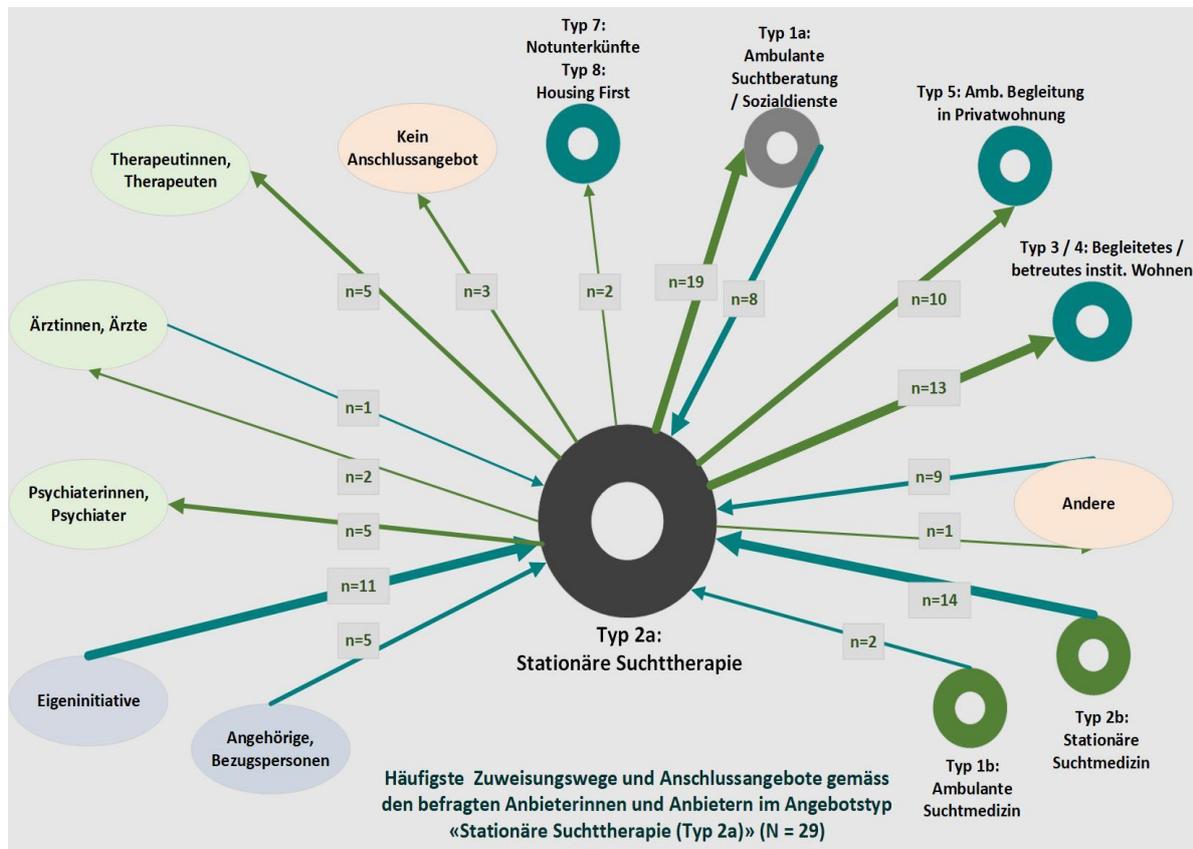
#### Zwischenfazit: Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich

Die Ergebnisse zu den Analysen der Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer im Fokusbereich (31. Dezember 2021) und in der stationären Suchtmedizin (Jahr, 2020) zeigen, dass die untersuchten Angebotstypen mehrheitlich von Männern im jungen (20 bis 34 Jahre) und mittleren (35 bis 64 Jahre) Erwachsenenalter, deren primäre Problemlast im Alkohol- oder im multiplen Substanzgebrauch liegt, in Anspruch genommen wurden. Je nach Angebotstyp wurde auch häufig der Konsum von Tabak, Cannabis, Opioiden oder Kokain als primäre Problematik der Nutzerinnen und Nutzer identifiziert; während der Konsum von anderen Stimulanzien oder psychoaktiven Substanzen, der problematische Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder abhängige Verhaltensweisen nur bei einem geringen Anteil der Nutzerinnen und Nutzer die Hauptproblemlast darstellte. Angesichts der lückenhaften Datenlage über das Auftreten allfälliger Komorbiditäten bei den Nutzerinnen und Nutzern im Fokusbereich sind keine belastbaren Aussagen zulässig. Doch bei den Angeboten, die Daten über allfällige Komorbiditäten sammelten, ergeben sich über alle Angebotstypen hinweg Hinweise, dass Personen mit einer Suchterkrankung häufig von psychischen oder sowohl psychischen als auch somatischen Komorbiditäten betroffen sind. Kantonale Expertinnen und Experten haben in den Fokusgruppengesprächen diese Hinweise bestätigt, da sie in den letzten Jahren zunehmend mehr Fälle mit Komorbiditäten und Mehrfachabhängigkeiten beobachteten (*Abschnitt 8.3*).

### 6.2.5 Analyse der Zuweisungswege und Anschlussangebote der stationären Suchttherapie und Suchtmedizin

Um Hinweise auf die Angebotsverflechtung im Fokusbereich zu erhalten, wurden die leistungserbringenden Institutionen nach den fünf häufigsten zuweisenden Stellen und fünf häufigsten Anschlussangeboten ihres Angebots befragt. Die Sekundäranalyse durch das OBSAN wies zudem die zuweisenden Instanzen und die in Anspruch genommene Behandlung nach dem stationären Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Jahr 2020 auf. Dadurch konnte die kantonale Angebotsverflechtung im Fokusbereich in den einzelnen Kantonsberichten dargestellt werden. Für den Schlussbericht wird die Angebotsverflechtung in den Angebotstypen der *stationären Suchttherapie (Typ 2a)* und der *stationären Suchtmedizin (Typ 2b)* aufgezeigt.

Die Anbieterinnen und Anbieter wurden gebeten, die fünf häufigsten zuweisenden Stellen bzw. Anschlussangebote aus vorgegebenen Kategorien auszuwählen oder zu ergänzen, und diese in eine Reihenfolge zu bringen (1 = häufigste zuweisende Stelle zu ihrem Angebot; 5 = fünfhäufigste zuweisende Stelle zu ihrem Angebot). Die nachfolgende Abbildung zeigt alle zuweisenden Stellen bzw. Anschlussangebote, die von den befragten Institutionen mit 1 oder 2 bewertet wurden. Die Gesamtzahl aller Anbieterinnen und Anbieter, die eine Kategorie zu den beiden häufigsten Stellen zählte, wird in der Abbildung mit  $n$  dargestellt.

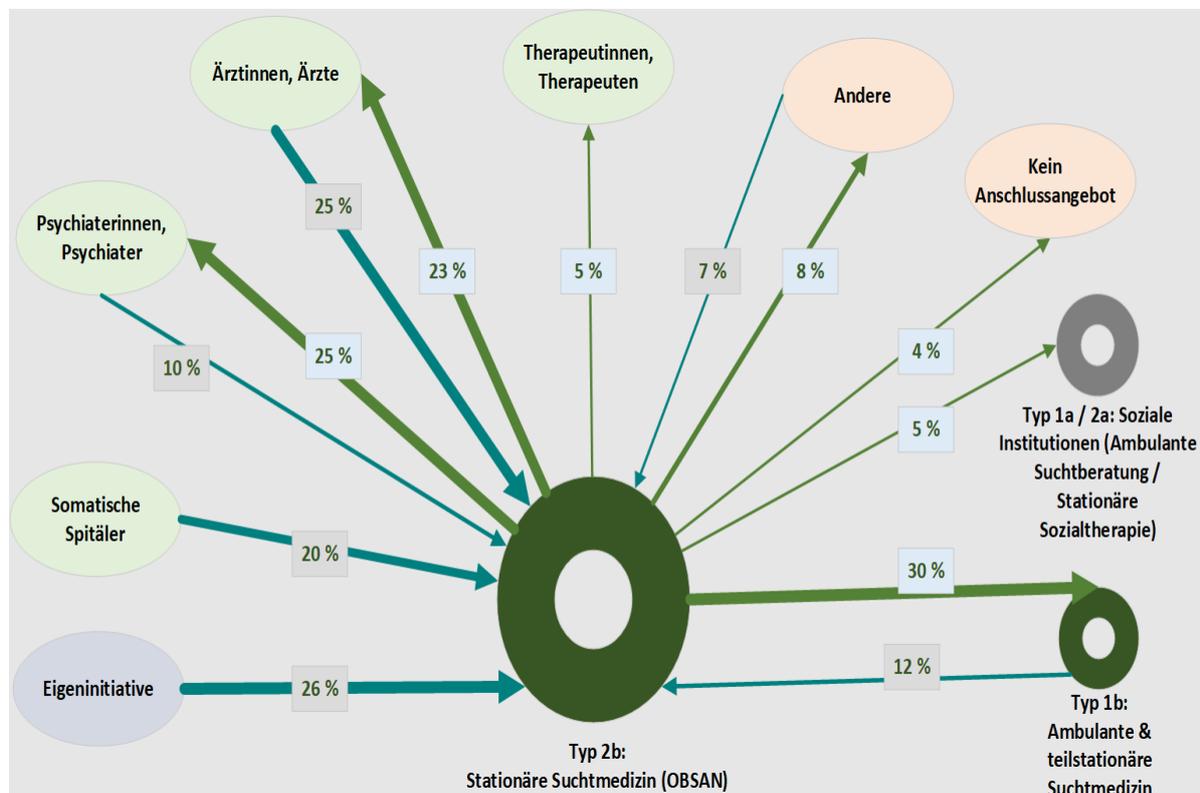


**Abbildung 24:** Häufigste Zuweisungswege und Anschlussangebote von Nutzenden der stationären Suchttherapie (Typ 2a) gemäss Einschätzung der Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3)

Gemäss den Einschätzungen der befragten Anbieterinnen und Anbieter der stationären Suchttherapie werden ihnen Nutzerinnen und Nutzer primär aus Angeboten der stationären Suchtmedizin zugewiesen (n = 14). Fast gleich viele Einrichtungen (n = 11) gaben an, dass ihre Nutzerinnen und Nutzer am häufigsten aus eigener Initiative eine stationäre Therapie in Anspruch nehmen. Zu den beiden häufigsten zuweisenden Stellen zählten einzelne Anbieterinnen und Anbieter neben Angebote der ambulanten Suchtberatung (n = 8), Angehörigen und Bezugspersonen (n = 5) auch andere Zuweisende, darunter verschiedene Behördenstellen oder Versicherungen (n = 9) und weitere medizinische Angebote (n = 3).

Die Mehrheit der befragten Einrichtungen der stationären Suchttherapie gab an, dass ihre Nutzerinnen und Nutzer nach der stationären Suchttherapie am häufigsten Angebote der ambulanten Suchtberatung (n = 19), institutionelle Wohnangebote (n = 13) oder Angebote der ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (n = 10) beanspruchen. Aber auch niederschwellige Wohnangebote, wie Notunterkünfte und Housing First, wurde vereinzelt zu den beiden häufigsten Anschlussangeboten gezählt (n = 2). Nach Angaben der Anbietenden wenden sich

die Nutzerinnen und Nutzer von jeder vierten Einrichtung im Anschluss am häufigsten an medizinische (n = 7) oder therapeutische (n = 5) Fachpersonen. Einzelne Einrichtungen gaben zudem an, dass ihre Nutzerinnen und Nutzer im Anschluss am häufigsten kein Anschlussangebot wahrnehmen (n = 3).



**Abbildung 25:** Häufigste Zuweisungswege und Anschlussangebote von Nutzenden der stationären Suchtmedizin (Typ 2b). Gemäss Sekundäranalyse der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» (BFS 2021) durch das OBSAN (2022).

In der «Medizinischen Statistik für Krankenhäuser» wurden ähnliche Kategorien<sup>143</sup> der zuweisenden Stellen und der Behandlung bzw. Aufenthalt im Anschluss an den stationären Aufenthalt in einer Psychiatrie befragt. Dies ermöglicht einen Vergleich zwischen den Angebotsverflechtungen der beiden Angebotstypen der stationären Therapien (KVG/nicht-KVG). Zu beachten ist jedoch, dass nachfolgende Darstellung nicht auf Einschätzungen der Institutionen, sondern auf absoluten Zahlen zu den Überweisungen und Zuweisungen der Patientinnen und Patienten<sup>144</sup> im Jahr 2020 beruht.

Trotz ähnlichen Kategorien in der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» zeigte sich, dass jede vierte Person, die im Jahr 2020 einen stationären Aufenthalt in einer Psychiatrie zur Behandlung ihrer Suchterkrankung absolvierte, dies aus eigener Initiative tat. Die Patientinnen und Patienten wurden, abgesehen von einem geringen Anteil Personen, die von Behördenstellen, Militär, Versicherungen oder dem Rettungsdienst eingewiesen wurden (insgesamt 7 %), ausschliesslich von medizinischen Fachpersonen in die stationäre Suchtmedizin zugewiesen (67 %). Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten der stationären Suchtmedizin im Jahr

<sup>143</sup> Einzelne Antwortmöglichkeiten wurden bei den Berechnungen zusammengefasst: z. B. ambulante Behandlung in eigener Institution und in anderer Psychiatrie; ambulante und teilstationäre Suchtmedizin.

<sup>144</sup> Patientinnen und Patienten, bei denen die zuweisende Stelle oder das Anschlussangebot unbekannt waren, wurden bei den Analysen nicht berücksichtigt.

2020 nutzte im Anschluss am häufigsten ambulante bzw. teilstationäre medizinische Angebote (30 %), oder setzte ihre Behandlung in Begleitung von medizinischen Fachpersonen (Psychiaterinnen, Psychiater = 25 %; Ärztinnen, Ärzte = 23 %) fort. Nur wenige Nutzerinnen und Nutzer dieser Angebote nahmen im Anschluss nicht-medizinische Angebote, wie die ambulante Suchtberatung bzw. die Begleitung durch Sozialdienste oder durch nicht-medizinische Therapeutinnen und Therapeuten wahr (jeweils 5 %). Fast bei einem gleich hohen Anteil fand keine Zuweisung in ein Anschlussangebot statt<sup>145</sup>.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein grosser Teil der Personen mit einer Suchterkrankung Angebote nutzen, die sich den Steuerungsmöglichkeiten der Kantone entziehen. Umso wichtiger erscheinen etablierte und gut funktionierende Kooperationen zwischen den medizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten. Ein Hinweis darauf, dass diese Kooperationen noch ausgebaut werden könnten, ergibt sich aus der Tatsache, dass jede dritte Person im Anschluss an die stationäre Suchtmedizin in ein ambulantes bzw. teilstationäres KVG-finanziertes Angebot und lediglich 5 % in ein sozialtherapeutisches Angebot verwiesen wurden. Insgesamt zeigt sich eine *geringe Angebotsverflechtung dieser beiden Systeme*.

#### **Zwischenfazit: Zuweisungs- und Anschlusswege der stationären Suchttherapie und Suchtmedizin**

Dieses Kapitel verdeutlicht, dass ein grosser Anteil von Personen mit einer Suchterkrankung Angebote im medizinischen Bereich nutzt, die sich den Steuerungsmöglichkeiten der Kantone entziehen. Umso wichtiger erscheinen etablierte und gut funktionierende Kooperationen zwischen den medizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten. Ein Hinweis darauf, dass diese Kooperationen noch ausgebaut werden könnten, ergibt sich aus der Tatsache, dass jede dritte Person im Anschluss an die stationäre Suchtmedizin in ein ambulantes bzw. teilstationäres KVG-finanziertes Angebot wechselte und lediglich 5 % ein Angebot der sozialtherapeutischen ambulanten Beratung in Anspruch nahmen. Insgesamt zeigt sich eine *geringe Angebotsverflechtung dieser beiden Systeme*.

### 6.2.6 Analyse der interkantonalen Nutzungsbewegungen

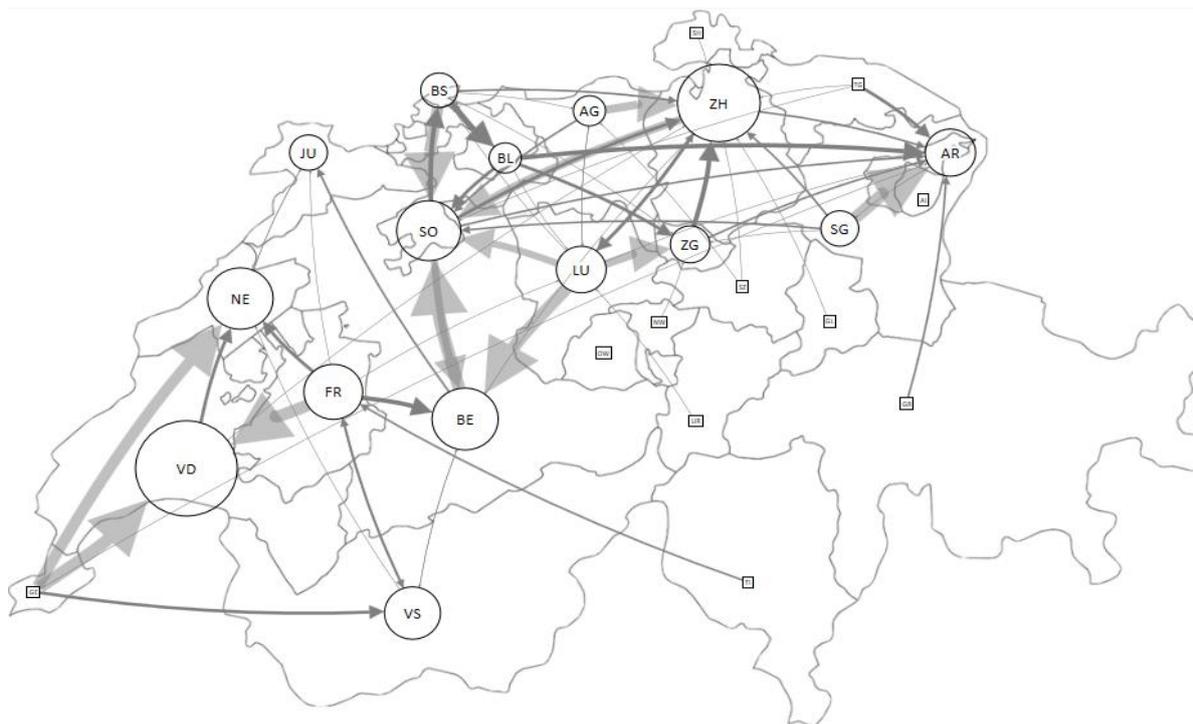
Nicht alle Kantone sind aufgrund ihrer Grösse und ihres Bedarfs in der Lage, ihrer Bevölkerung eigene Angebote in allen Angebotsbereichen der Suchthilfe zur Verfügung zu stellen. Insbesondere im stationären Bereich besuchen Betroffene darum auch Angebote, deren Standort in einem anderen Kanton liegt. Aufgrund der Erhebungen in den Kantonen können nachfolgend die interkantonalen Nutzungsbewegungen in den Angebotstypen 2a (stationäre Suchttherapie), 2b (stationäre Suchtmedizin) und 3 bzw. 4 (institutionelle Wohnformen) dargestellt werden. Für die Planung des stationären Angebots und die interkantonale Koordination bzw. Zusammenarbeit bilden diese Daten eine wichtige Grundlage. Für die Angebote der Kantone Genf, Tessin, Glarus und Appenzell Innerrhoden, die nicht an der Erhebung teilnahmen, liegen folglich keine Nutzendenzahlen vor.

Am Stichtag vom 31. Dezember 2021 befanden insgesamt 638 Personen in einer **stationären Suchttherapie** (Angebotstyp 2a, *Abbildung 20*). Eine Person stammte aus dem Ausland, neun

<sup>145</sup> In der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» wurde unterschieden zwischen: «Geheilt, keine Behandlung mehr nötig» (n = 52), «Gestorben» (n = 11), «Kein Anschlussangebot, wäre aber notwendig gewesen» (n = 431).

sind unbekannter Herkunft. In der Westschweiz war der grösste Teil der Personen im Kanton Waadt in Therapie, in der Zentralschweiz im Kanton Luzern, in der Ostschweiz im Kanton Appenzell Ausserrhoden und in der übrigen Deutschschweiz im Kanton Zürich. Die Kantone Uri, Schwyz, Nidwalden, Obwalden, Appenzell Innerrhoden, Graubünden und Thurgau verfügen über kein Angebot. Im Kanton Schaffhausen hat eine Einrichtung keine Daten zum Wohnsitz der 42 Nutzenden am Stichtag zur Verfügung gestellt. Es fällt auf, dass alle Westschweizer Kantone, im Gegensatz zu den Deutschschweizer Kantonen, im Bereich der stationären Suchttherapie hohe Nutzendenzahlen aufweisen. In der Deutschschweiz sind die Nutzendenzahlen unabhängig von der Grösse der Kantone unterschiedlich hoch.

Ein Drittel der Personen (205 bzw. 32 %) hielt sich für die stationäre Suchttherapie in einer Einrichtung ausserhalb des Wohnkantons auf. Es werden eher typische Anbieterkantone (z. B. Waadt, Neuenburg, Solothurn, Bern, Zürich, Appenzell Ausserrhoden) und eher Nachfragekantone (z. B. Freiburg, Luzern, Aargau, St. Gallen) sichtbar. Die Nutzungsverflechtung vollzieht sich weitgehend innerhalb der Sprachregionen. Das zweisprachige Bern ist ein Brückenkanton, der die West- mit der Deutschschweiz verbindet.



**Abbildung 26:** Interkantonale Nutzungsverflechtung in der stationären Suchttherapie (Typ 2a)

Wird die Zahl der ausserkantonalen Nutzenden in den innerkantonalen Angeboten («Import») mit der Zahl der innerkantonalen Nutzenden in ausserkantonalen Angeboten der stationären Suchttherapie («Export») verglichen, resultiert für jeden Kanton eine positive bzw. negative Nutzungsbilanz (Tabelle 24).

**Tabelle 24:** Interkantonale Nutzungsbilanz im Angebotstyp 2a (stationäre Suchttherapie)

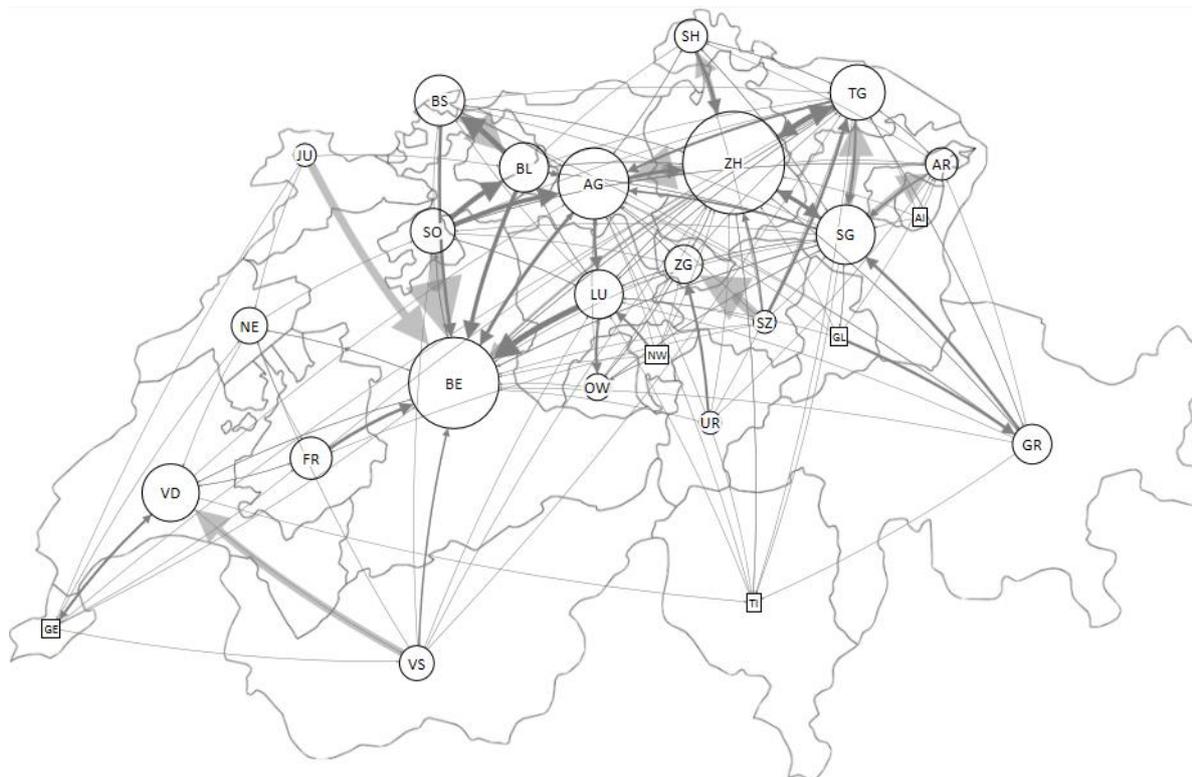
	AG	AR	BE	BL	BS	FR	GR	JU	LU	NE	NW
ausserkantonale Nutzende in innerkantonalen Angeboten («Import»)*	3	30	22	5	8	4	kA	4	7	17	kA
innerkantonale Nutzende in ausserkantonalen Angeboten («Export»)	10	1	13	13	18	21	2	1	28	1	1
«Importüberschuss» (+)	<b>-7</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>-8</b>	<b>-10</b>	<b>-17</b>	<b>-2</b>	<b>3</b>	<b>-21</b>	<b>16</b>	<b>-1</b>
«Exportüberschuss» (-)											
	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
ausserkantonale Nutzende in innerkantonalen Angeboten («Import»)*	kA	1	Nb	40	kA	kA	kA	29	6	13	26
innerkantonale Nutzende in ausserkantonalen Angeboten («Export»)	0	18	1	15	2	5	1	4	4	6	14
«Importüberschuss» (+)	<b>0</b>	<b>-17</b>	<b>-</b>	<b>25</b>	<b>-2</b>	<b>-5</b>	<b>-1</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
«Exportüberschuss» (-)											

\*ohne Nutzende aus dem Ausland oder unbekannter Herkunft

Legende: kA = kein Angebot, nb = nicht bekannt

Die vom Gesundheitsobservatorium ausgewerteten Daten der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» zeigen die Patientinnen- und Patienten-Ströme der **stationären Suchtmedizin** (Angebotstyp 2b) im Jahr 2020 (*Abbildung 21*). Insgesamt wurden 11'918 Suchtpatientinnen und -patienten in den Spitälern der untersuchten Kantone behandelt. Werden Personen, die sich in mehr als einem Kanton behandeln liessen, nur einmal gezählt, sind es 11'094 Personen. Davon stammen 182 Personen aus dem Ausland, bei 14 Personen ist der Wohnsitz nicht bekannt. Am meisten Patientinnen und Patienten hatten der Kanton Waadt in der Westschweiz, der Kanton Luzern in der Zentralschweiz, der Kanton St. Gallen in der Ostschweiz und der Kanton Zürich in der übrigen Deutschschweiz. Es fällt auf, dass die Westschweizer Kantone deutlich weniger Behandlungen im KVG-finanzierten suchtmmedizinischen Bereich aufweisen als die Deutschschweiz. Es zeigt sich in diesem Angebotsbereich ein gegenteiliges Bild zur vorangehenden Auswertung der nicht-KVG-finanzierten stationären Suchttherapie.

Insgesamt 2'002 Patientinnen und Patienten (18 %) stammten aus anderen Kantonen als den Standortkantonen der Kliniken. Die Nutzungsverflechtung ist in der Deutschschweiz wesentlich umfangreicher als in der Westschweiz. Auch in diesem Punkt werden Unterschiede zwischen den Sprachregionen sichtbar, die auf eine unterschiedliche Bedeutung der suchtmmedizinischen und der sozialtherapeutischen Behandlung und Therapie für die Suchthilfe hinweisen.



Legende: behandelte Suchtpatientinnen/-patienten von 1 (SZ/JU) bis 2489 (ZH)   
 ausserkantonale Hospitalisierungen von 1 (Minimum)  bis 132 (Maximum) 

**Abbildung 27:** Interkantonale Nutzungsverflechtung in der stationären Suchtmedizin (Typ 2b)

Wird die Zahl der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in den innerkantonalen Kliniken («Import») mit der Zahl der innerkantonalen Patientinnen und Patienten in ausserkantonalen Kliniken («Export») verglichen, resultiert für jeden Kanton eine positive bzw. negative Nutzungsbilanz.

**Tabelle 25:** Interkantonale Nutzungsbilanz im Angebotstyp 2b (stationäre Suchtmedizin)

	AG	AR	BE	BL	BS	FR	GR	JU	LU	NE	NW
ausserkant. Pat. in innerkant. Kliniken («Import»)*	258	73	473	128	73	7	44	0	104	9	kA
innerkant. Pat. in ausserkant. Kliniken («Export»)	121	39	65	116	120	34	55	75	115	10	44
«Importüberschuss» (+)	<b>137</b>	<b>34</b>	<b>408</b>	<b>12</b>	<b>-47</b>	<b>-27</b>	<b>-11</b>	<b>-75</b>	<b>-11</b>	<b>-1</b>	<b>-44</b>
«Exportüberschuss» (-)											
	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
ausserkant. Pat. in innerkant. Kliniken («Import»)*	38	130	56	30	0	194	kA	34	4	135	212
innerkant. Pat. in ausserkant. Kliniken («Export»)	23	202	45	235	159	97	31	29	31	38	263
«Importüberschuss» (+)	<b>15</b>	<b>-72</b>	<b>11</b>	<b>-205</b>	<b>-159</b>	<b>97</b>	<b>-31</b>	<b>5</b>	<b>-27</b>	<b>97</b>	<b>-51</b>
«Exportüberschuss» (-)											

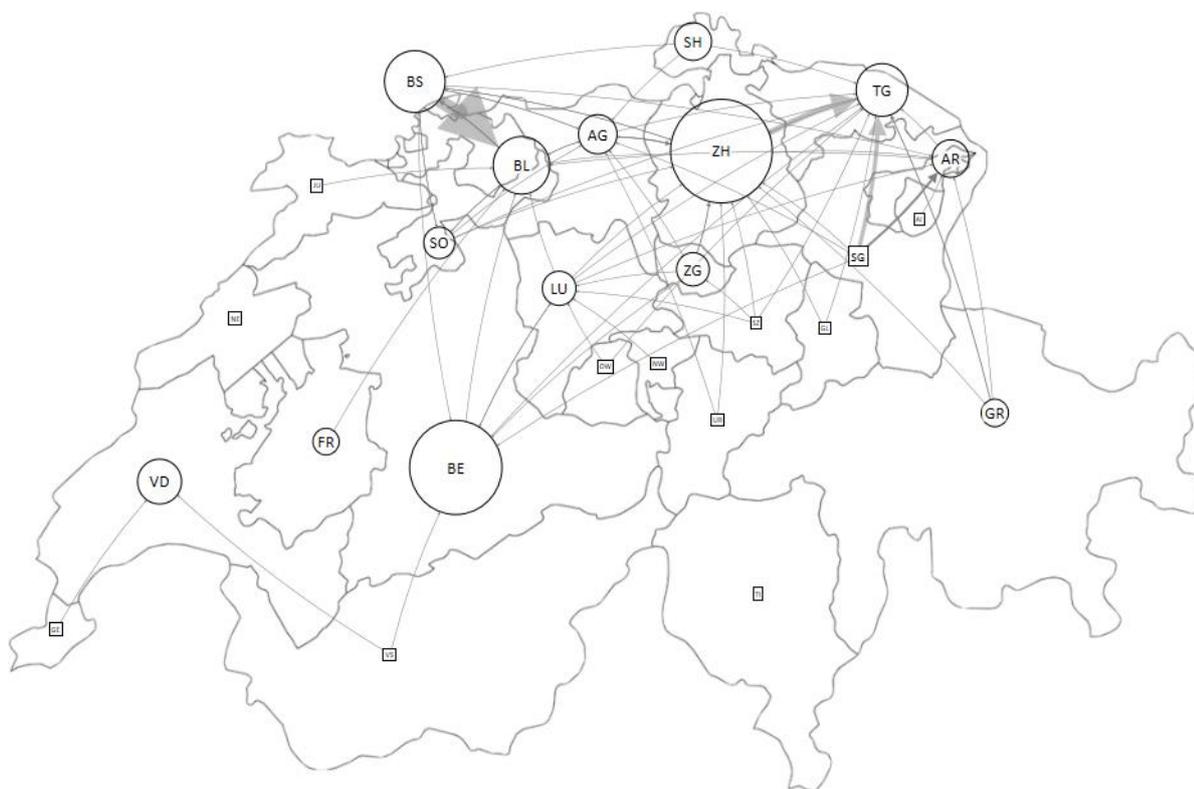
\*ohne Patientinnen und Patienten aus dem Ausland oder unbekannter Herkunft

Legende: kA = kein Angebot im Kanton

In den Angeboten des **institutionellen Wohnens** (Angebotstypen 3 und 4) schliesslich waren Ende 2021 insgesamt 2'811 Personen untergebracht (*Abbildung 22*). Die Kantone Uri, Schwyz, Nidwalden, Obwalden, Wallis, Neuenburg und Jura verfügen über kein Angebot des institutionellen Wohnens. Die grössten Nutzendenzahlen haben die Waadt in der Westschweiz, der

Kanton Luzern in der Zentralschweiz, der Kanton Thurgau in der Ostschweiz und der Kanton Zürich in der übrigen Deutschschweiz. Die Kantone der West-, Zentral- und Ostschweiz verfügen eher über tiefere Nutzendenzahlen als die übrigen Kantone der Deutschschweiz. Die Westschweizer Kantone setzen dafür mehr auf ambulante Wohnformen (Typen 5 und 8).

Der Wohnsitzkanton von 325 Personen (12 %) ist nicht bekannt, vier Personen sind aus dem Ausland zugezogen. Vom Rest stammen 2'142 Person (76 %) aus dem Standortkanton des Angebots, 340 Personen (12 %) aus anderen Kantonen. Die Nutzungsverflechtung ist somit vermutlich eher klein. Meist sind es einzelne Personen, die ein ausserkantoniales Angebot nutzen. Ausnahme sind die Angebote im Kanton Basel-Landschaft, die 83 Personen aus dem Kanton Basel-Stadt beherbergten, und im Kanton Thurgau, in dessen Wohnangeboten 40 Personen aus dem Kanton Zürich und 30 Personen aus dem Kanton St. Gallen lebten. In der Westschweiz ist praktisch keine Nutzungsverflechtung feststellbar.



**Abbildung 28:** Interkantonale Nutzungsverflechtung bei Angeboten im institutionellen Wohnen (Typ 3, Typ 4)  
 Legende: besetzte Plätze von 15 (FR) bis 848 (ZH) ausserkantonale Platzierungen von 1 (Minimum) bis 83 (Maximum)

Wird die Zahl der ausserkantonalen Nutzenden in den innerkantonalen Angeboten («Import») mit der Zahl der innerkantonalen Nutzenden in ausserkantonalen Angeboten des institutionellen Wohnens («Export») verglichen, resultiert für jeden Kanton eine positive bzw. negative Nutzungsbilanz.

**Tabelle 26:** Interkantonale Nutzungsbilanz in den Typen des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4)

	AG	AR	BE	BL	BS	FR	GR	JU	LU	NE	NW
ausserkantonale Nutzende in innerkantonalen Angeboten («Import»)*	17	27	9	100	20	0	0	kA	5	kA	kA
innerkantonale Nutzende in ausserkantonalen Angeboten («Export»)	21	2	3	15	90	1	18	1	15	0	1
«Importüberschuss» (+) «Exportüberschuss» (-)	<b>-4</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>85</b>	<b>-70</b>	<b>-1</b>	<b>-18</b>	<b>-1</b>	<b>-10</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>
	OW	SG	SH	SO	SZ	TG	UR	VD	VS	ZG	ZH
ausserkantonale Nutzende in innerkantonalen Angeboten («Import»)*	kA	0	0	2	kA	100	kA	5	kA	1	54
innerkantonale Nutzende in ausserkantonalen Angeboten («Export»)	2	55	5	19	11	2	3	0	5	14	51
«Importüberschuss» (+) «Exportüberschuss» (-)	<b>-2</b>	<b>-55</b>	<b>-5</b>	<b>-17</b>	<b>-11</b>	<b>98</b>	<b>-3</b>	<b>5</b>	<b>-5</b>	<b>-13</b>	<b>3</b>

\*ohne Nutzende aus dem Ausland oder unbekannter Herkunft

Legende: kA=kein Angebot

### Zwischenfazit: Interkantonale Nutzerinnen- und Nutzerbewegungen

Aufgrund der Erhebungen in den Kantonen konnten interkantonale Nutzungsbewegungen in der stationären Suchttherapie und Suchtmedizin sowie bei den institutionellen Wohnformen dargestellt werden. Für die Planung des stationären Angebots und die interkantonale Koordination bzw. Zusammenarbeit bilden diese Daten eine wichtige Grundlage. Ein Drittel der Personen (32 %) hielt sich für die stationäre Suchttherapie in einer Einrichtung ausserhalb des Wohnkantons auf. Die Nutzungsverflechtung vollzieht sich weitgehend innerhalb der Sprachregionen. Im Bereich der stationären Suchtmedizin befanden sich im Jahr 2020 20 % der Klientel in einer ausserkantonalen Klinik. Auch in diesem Punkt werden Unterschiede zwischen den Sprachregionen sichtbar, die auf eine unterschiedliche Bedeutung der suchtmmedizinischen und der sozialtherapeutischen Behandlung und Therapie für die Suchthilfe hinweisen. Die Nutzungsverflechtung im Bereich des institutionellen Wohnens ist eher gering. Meist sind es einzelne Personen (insgesamt 12 %), die ein ausserkantonales Angebot nutzten.

## 7 Steuerung der Suchthilfe durch die Kantone

Aufgrund der föderalistischen Organisation in der Schweiz können sich unterschiedliche Formen der Steuerung in den Kantonen etablieren. Im Rahmen dieses Projekts wurde untersucht, *wie der Bereich der Suchthilfe von den einzelnen Kantonen gesteuert wird*. Die Analysen zeigen, dass die Steuerung der Suchthilfe in den Kantonen sehr unterschiedlich ausgestaltet ist. Für die interkantonale Zusammenarbeit und die Steuerbarkeit der Suchthilfe auf nationaler Ebene ist diese Diversität eine Herausforderung. Um die Komplexität der kantonalen Unterschiede zu reduzieren und die Vergleichbarkeit zu erhöhen, wurden die Steuerungsformen der 22 untersuchten Kantone zu Typen zusammengefasst. In den nächsten Abschnitten werden die zentralen Charakteristika der **fünf «Typen kantonalen Steuerung»** vorgestellt. Im Zentrum steht das Anliegen, Grundlagen für eine professionelle Reflexion der bestehenden Steuerung im Bereich der Suchthilfe und -politik zur Verfügung zu stellen und damit *Weiterentwicklungsprozesse* zu unterstützen.

**Datenbasis und Vergleichsdimensionen:** Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beruhen auf den Analysen aus drei Erhebungen: Mit einer schriftlichen Befragung (Fragebogen C1, vgl. [Tabelle 3](#)) wurden zentrale Merkmale der Steuerung der Suchtpolitik bei der oder dem kantonalen Beauftragten für Suchtfragen erhoben. Die oder der Beauftragte stellte zudem steuerungsrelevante Dokumente (C2) zur Verfügung, die anschliessend analysiert wurden. Auf Basis dieser beiden Erhebungen wurde drittens ein leitfadengestütztes Telefoninterview (C3, ca. 1,5 Stunden) mit der oder dem kantonalen Beauftragten für Suchtfragen durchgeführt. Im Kantonsportrait jedes teilnehmenden Kantons wurde diese Information zu einer verdichteten Darstellung der Steuerung auf der Ebene der *kantonalen Gesamtsteuerung*, der *Ebene der Leistungssteuerung und -koordination* sowie auf der *Fallebene* in standardisierter Form aufgearbeitet. Die Darstellungen finden sich jeweils im fünften Kapitel der Kantonsportraits. Diese verdichteten Beschreibungen bildeten die Grundlage für die nachfolgende Analyse und Typenbildung der kantonalen Steuerung.

Im Rahmen von vergleichenden Analysen wurden – auf der Basis definierter Vergleichsdimensionen – Gemeinsamkeiten und Unterschiede der untersuchten Steuerungsformen herausgearbeitet. Dieses Vorgehen führt zu einer verdichteten Darstellung wesentlicher Eigenschaften oder Charakteristika der untersuchten Einheiten, die sich zu Typen zusammenfassen lassen. Als Bezugspunkt für die Klassifizierung diente in erster Linie der *Grad der Institutionalisierung der Steuerung durch die Kantone* auf drei Steuerungsebenen:

**Ebene des Gesamtsystems (Makro-Ebene):** Auf der Ebene der kantonalen Gesamtsteuerung und Planung zeichnet sich der Institutionalisierungsgrad zum einen durch das Vorhandensein und die Differenziertheit inhaltlicher Grundlagen der Suchtpolitik aus wie z. B. suchtspezifische gesetzliche Grundlagen, kantonale Suchtstrategien, regelmässige Bedarfsanalysen oder Angebotsplanungen sowie Monitoringsysteme oder Evaluationen zu spezifischen Fragen. Zum anderen werden die strukturellen Aspekte auf der Makro-Ebene durch die Organisation der Steuerungsaufgaben innerhalb der kantonalen Verwaltung (z. B. Höhe der personellen Ressourcen, Vorhandensein von Fachgremien und Kommissionen oder Differenzierungsgrad der Organisationseinheiten zur Steuerung der Suchtpolitik) repräsentiert.

**Koordination der Leistungserbringung (Meso-Ebene):** Auch auf Ebene der Zusammenarbeit mit den leistungserbringenden Organisationen lässt sich der Institutionalierungsgrad der kantonalen Steuerung an zwei Dimensionen festmachen: *Erstens* am Vorhandensein und der Differenziertheit von Austausch- und Vernetzungsanlässen mit und unter den Leistungserbringenden, die vom Kanton organisiert werden. *Zweitens* am Vorhandensein und der Differenziertheit von selbstorganisierten Austausch- und Vernetzungsanlässen unter den Leistungserbringenden, die den Beauftragten für Suchtfragen bekannt sind.

**Ebene der Fallsteuerung (Mikro-Ebene):** Auf der Ebene der Lenkung der Einzelfälle wurde der Institutionalierungsgrad anhand des Vorhandenseins und dem Differenzierungsgrad von strategischen Instrumenten zur Fallsteuerung auf Ebene des Kantons eruiert. Folgende Beispiele sollen der Veranschaulichung dienen:

- *Tiefer Institutionalierungsgrad:* Die Einschätzung des Betreuungs- und Behandlungsbedarfs wird den Primärversorgern und den Leistungserbringenden überlassen.
- *Mittlerer Institutionalierungsgrad:* Den Leistungserbringenden werden seitens des Kantons Vorgaben für die Abklärungen gemacht, z. B. Verwendung eines bestimmten Assessment-Instrumentes.
- *Hoher Institutionalierungsgrad:* Für ausgewählte Zielgruppen, z. B. für Nutzerinnen und Nutzer von stationären Suchttherapien oder für komplexe Fälle, besteht ein etabliertes Verfahren der Fallsteuerung durch festgelegte Abklärungsstellen, die mit einem einheitlichen Assessment-Instrument arbeiten und die anschliessende Fallkoordination übernehmen. Die Fallkoordination umfasst die verbindliche Zuweisung von Leistungen durch die Abklärungsstelle an Leistungserbringende. In gewissen Fällen schliesst ein weiterführendes Case Management daran an.

Im Weiteren interessiert auf der Ebene der Fallsteuerung oder -koordination, in welcher Form potenzielle primärversorgende Fachstellen oder Instanzen (z. B. Hausärzte, Sozialdienste, Fachberatungsstellen des Sozial- und Gesundheitswesens, Schulen) über Angebote der «Suchthilfe» informiert und für die Thematik sensibilisiert werden. Die suchthilfebezogenen Fachkompetenzen der Erstversorgerinnen und -versorger sind für adäquate Zuweisungsprozesse an die entsprechenden Fachstellen von zentraler Bedeutung.

Die nächste Tabelle gibt einen Überblick über die Steuerungselemente, die für den Vergleich der Kantone ausgewählt wurden (Vergleichsdimensionen).

**Tabelle 27:** Übersicht über die Vergleichsdimensionen der kantonalen Steuerung

<p><b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b></p> <p>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.) gesetzliche und strategische Grundlagen auf der Ebene des Kantons (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislaturplanung)</li> <li>b.) Bedarfsanalysen/Angebotsplanungen</li> <li>c.) systematische Beobachtung der Entwicklungen im Suchtbereich (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte)</li> <li>d.) Organisation der Steuerungsaufgaben innerhalb des Kantons</li> <li>e.) Anzahl angewandte strategische Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)</li> </ul>
<p><b>Innerkantonale Koordination der Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b></p> <p>Innerkantonale Koordination:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.) Gestaltung der Vernetzung der leistungserbringenden Organisationen durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe)</li> <li>b.) selbstgesteuerter Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringenden</li> </ul>
<p><b>Fallkoordination/-steuerung (Mikro-Ebene)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.) zentrale Abklärungsklärungsstellen</li> <li>b.) Information der Primärversorgenden</li> </ul>

**Limitationen:** Eine vergleichende Analyse, die mit einer Typenbildung arbeitet, bringt bei der Zuordnung der Einzelfälle eine gewisse Unschärfe mit sich, d. h. möglicherweise kann bei gewissen Vergleichskriterien nicht jede Untersuchungseinheit in ihrer Eigentümlichkeit vollumfänglich abgebildet werden. Demgegenüber steht der Vorteil, gewisse gemeinsame Charakteristika hervorheben und fokussieren zu können. Das Analyseverfahren ist auf deskriptive Aspekte ausgerichtet und kann dementsprechend keine tiefergehende Analyse zur Qualität und Wirkung der einzelnen Steuerungsformen bieten. Ausserdem ist zu erwähnen, dass sich die Typenbildung auf die Gestaltung der Suchthilfe *durch die Kantone* bezieht und dabei Selbststeuerungsmechanismen des Suchthilfesystems, z. B. durch die leistungserbringenden Einrichtungen, unbeachtet blieben. Ausserdem werden keine Zusammenhänge zur Ausstattung mit Suchthilfeangeboten untersucht; Angaben zu den Angeboten finden sich im *Abschnitt 6.1*.

## 7.1 Typ 1: Kantone mit Basissteuerung

**Kantonale Gesamtsteuerung:** Von den zehn befragten Elementen, die als *strategische Grundlagen* dienen können, wenden diese Kantone eine oder zwei Elemente an. In der Regel handelt es sich dabei um die Orientierung an der Nationalen Strategie Sucht; gegebenenfalls wird noch ein strategisches Controlling erwähnt. Es liegen in der Regel keine weiteren spezifischen strategischen Grundlagen für die Steuerung der Suchtpolitik des Kantons vor, wie z. B. eine kantonale Suchtstrategie, ein Leitbild, Legislaturziele oder eine Massnahmenplanung (z. B. zur Umsetzung der kantonalen Strategie). Dasselbe gilt für Angebots- und Bedarfsanalysen. Auch diesbezüglich sind in diesen Kantonen keine entsprechenden Aktivitäten zu beobachten und die systematische Beobachtung der Entwicklungen im Suchtbereich ist unspezifisch in das generelle Aufgabenpaket der bzw. des kantonalen Beauftragten für Suchtfragen integriert.

Die *Organisation der suchthilfebezogenen Steuerungsaufgaben* in der kantonalen Verwaltung ist in der Regel in die generellen Aufgaben eines Amtes, zum Beispiel des kantonalen Sozialamtes oder des Gesundheitsamtes, integriert. Konkret werden die Aufgaben in einem Teilpensum der kantonalen Suchtbeauftragten oder des Suchtbeauftragten wahrgenommen, da diese Verantwortlichen in der Regel noch weitere Aufgaben ausüben (z. B. ambulante Suchtberatung).

**Koordination der Leistungserbringung:** Die innerkantonale Koordination seitens des Kantons geschieht in der Regel durch bilaterale Absprachen mit den Leistungserbringenden oder durch einen fallbezogenen Austausch. Der Austausch unter den Leistungserbringenden wird in diesen Kantonen häufig durch das regionale Forum für Suchtmedizin wahrgenommen. Weitere Austausch- und Vernetzungsbemühungen seitens des Kantons existieren in der Regel nicht.

**Fallsteuerung/-koordination:** In Bezug auf die Lenkung der Fälle besteht keine zentrale Abklärungsstelle oder eine spezifische Form der Fallkoordination. Die Information der Primärversorgenden wie Hausärzte, Sozialdienste oder andere Fachberatungsstellen des Sozial- oder Gesundheitswesens erfolgt in der Regel über Aktivitäten des regionalen Forums für Suchtmedizin.

Die nächste Tabelle zeigt diejenigen Kantone, die dem Typ der «Basissteuerung» zugeordnet werden können. In der Zentralschweiz handelt es sich um die Kantone Uri, Schwyz, Nidwalden und Obwalden, in der Ostschweiz um die Kantone Appenzell Ausserrhoden und Schaffhausen. Der Kanton Zürich wird ebenfalls diesem Typ zugeordnet.

**Hinweise auf Entwicklungspotenzial:** Bei fünf der sieben Kantone mit einer Basissteuerung handelt es sich um kleine Kantone<sup>146</sup> mit bis zu 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Um die Steuerung im Bereich der Suchthilfe in diesen Kantonen weiterzuentwickeln, empfiehlt sich eine *verstärkte regionale Zusammenarbeit*. Auf regionaler Ebene können durch die interkantonale Zusammenarbeit strategische Grundlagen gemeinsam erarbeitet, der Austausch und die Abstimmung mit und unter den Leistungserbringenden intensiviert oder es kann eine gemeinsame Fallkoordination implementiert werden.

Nach mehreren Jahren der Vakanz auf der Ebene der kantonalen Steuerung sollte im *Kanton Zürich* die Wiedereinführung einer kantonalen Organisationsform für die Gestaltung der Suchthilfe geprüft werden.

---

<sup>146</sup> Kantone unter 100'000 Einwohnerinnen/Einwohnern: kleine Kantone; 100'001 bis 300'000 Einwohnerinnen/Einwohner: mittelgrosse Kantone; 300'001 bis 1 Million Einwohnerinnen/Einwohner: grosse Kantone; über 1 Million Einwohnerinnen/Einwohner: sehr grosse Kantone.

<b>Merkmale der kantonalen Steuerung</b>	<b>Nidwalden</b>	<b>Obwalden</b>
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>Basisgrundlagen und -organisation</b>	<b>Basisgrundlagen und -organisation</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislatur-Planung) b) Bedarfsanalysen / Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandter strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) keine spezifischen strategischen Grundlagen im Kanton, Ausrichtung an der nationalen Strategie Sucht b) keine regelmässigen Angebots-/Massnahmenplanungen c) Aufgabe des Beauftragten für Suchtfragen, keine weiteren Instrumente d) 1 Instrument (Nationale Strategie Sucht)	a) keine spezifischen strategischen Grundlagen im Kanton, Ausrichtung an der nationalen Strategie Sucht b) keine regelmässigen Angebots-/Massnahmenplanungen c) Aufgabe des Beauftragten für Suchtfragen, keine weiteren Instrumente d) 1 Instrument (Nationale Strategie Sucht)
<b>Organisation in kantonaler Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Personelle Ressourcen	a) keine Fachgremien/Kommissionen des Kantons; keine spezifische Organisationseinheit; Suchthilfe in generelle Aufgaben des Sozialamtes integriert (Abt. «Jugend, Familie, Sucht») b) Beauftragter für Suchtfragen, der in der Abteilung «Jugend, Familie und Sucht» ambulante Beratungen durchführt	a) keine Fachgremien/Kommissionen des Kantons; keine spezifische Organisationseinheit; Prävention und Beratung in generelle Aufgaben des Sozialamtes integriert (Abt. «Gesellschaftsfragen») b) Beauftragte für Suchtfragen, welche die kantonale Beratungsstelle «Jugend, Sucht und Opferberatung» leitet
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>Basiskoordination</b>	<b>Basiskoordination</b>
<b>Innerkantonale Koordination:</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe) b) Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringern	a) geringe Anbieterzahl: bilateraler oder fallbezogener Austausch b) Veranstaltungen des Forums für Suchtmedizin	a) geringe Anbieterzahl: bilateraler oder fallbezogener Austausch; bei Bedarf Tagungen zu ausgewählten Themen b) Veranstaltungen des Forums für Suchtmedizin
<b>Fallsteuerung/-koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>
a) zentrale Abklärungsstellen b) Information der Primärversorgenden	a) keine Abklärungsstelle, Abklärungen durch kantonale Suchtberatungsstelle b) In Austausch mit kantonaler Suchtberatungsstelle integriert	a) keine Abklärungsstelle, Abklärungen werden von Anbietern übernommen b) Im Austausch mit dem kantonalen Sozialamt und Gesundheitsamt integriert
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>Basissteuerung</b>	<b>Basissteuerung</b>

<b>Merkmale der kantonalen Steuerung</b>	<b>Uri</b>	<b>Schwyz</b>
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>Basisgrundlagen und -organisation</b>	<b>Basisgrundlagen und -organisation</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislaturplanung) b) Bedarfsanalysen/Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandte strategische Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) keine spezifischen strategischen Grundlagen im Kanton, Ausrichtung an der nationalen Strategie Sucht	a) keine spezifischen strategischen Grundlagen im Kanton, Ausrichtung an der nationalen Strategie Sucht
	b) keine regelmässigen Angebots-/Massnahmenplanungen	b) keine regelmässigen Angebots-/Massnahmenplanungen
	c) Aufgabe des Beauftragten für Suchtfragen, keine weiteren Instrumente	c) Aufgabe des Beauftragten für Suchtfragen, keine weiteren Instrumente
	d) 2 Instrumente (nationale Strategie Sucht, strategisches Controlling)	d) 1 Instrument (Nationale Strategie Sucht)
<b>Organisation in kantonaler Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Personelle Ressourcen	a) keine Fachgremien/Kommissionen des Kantons; keine spezifische Organisationseinheit; Suchthilfe in generelle Aufgaben des Amts für Gesundheit und des Amts für Soziales integriert	a) keine Fachgremien/Kommissionen des Kantons; keine spezifische Organisationseinheit; Leistungsauftrag an Triaplust AG
	b) Beauftragter für Suchtfragen	b) Beauftragte für Suchtfragen, Aufgabenfokus: interkantonale und nationale Vernetzung
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>Basiskoordination</b>	<b>Basiskoordination</b>
<b>Innerkantonale Koordination</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe) b) Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringenden	a) Austauschmöglichkeiten sind in Planung.	a) kein Anbieter im Kanton, bilateraler oder fallbezogener Austausch durch externen Auftragnehmer (Triaplust AG)
	b) Veranstaltungen des Forums für Suchtmedizin	b) Veranstaltungen des Forums für Suchtmedizin und Triaplust
<b>Fallsteuerung/-koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>
a.) zentrale Abklärungsklärungsstellen	a) keine Abklärungsstelle, Abklärungen werden von Anbietern übernommen	a) keine Abklärungsstelle, Abklärungen werden von Anbietern übernommen
b.) Information der Primärversorgenden	b) Im Austausch mit dem Amt für Gesundheit und dem Amt für Soziales integriert	b) Leistungsauftrag an Triaplust AG (psychiatrische Klinik)
<b>Typ der kantonalen Suchthilfestaltung</b>	<b>Basissteuerung</b>	<b>Basissteuerung</b>

<b>Merkmale der kantonalen Steuerung</b>	<b>Appenzell-Ausserroden</b>	<b>Schaffhausen</b>
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>Basisgrundlagen und -organisation</b>	<b>Basisgrundlagen und -organisation</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislaturplanung) b) Bedarfsanalysen/Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandte strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) keine spezifischen strategischen Grundlagen im Kanton, Ausrichtung an der nationalen Strategie Sucht	a) kantonales Aktionsprogramm Gesundheitsförderung und Prävention, Ausrichtung an der nationalen Strategie Sucht
	b) keine regelmässigen Angebots-/ Massnahmenplanungen	b) keine regelmässigen Angebots-/Massnahmenplanungen
	c) Aufgabe des Beauftragten für Suchtfragen	c) Aufgabe des Beauftragten für Suchtfragen
	d) 2 Instrumente (Nationale Strategie Sucht; strategisches Controlling)	d) 2 Instrumente (Nationale Strategie Sucht; kantonales Aktionsprogramm)
<b>Organisation in kantonalen Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Personelle Ressourcen	a) zentrale Koordination durch Beratungsstelle für Suchtfragen im Gesundheitsamt (Departement für Gesundheit & Soziales); Regierungsrätliche Kommission für Suchtfragen	a.) keine Fachgremien / Kommissionen des Kantons; keine spezifische Organisationseinheit; Leistungsvereinbarung mit Beauftragter für Suchtfragen; Steuergruppe Gesundheitsförderung und Prävention
	b) Beauftragter für Suchtfragen; Leiter der Beratungsstelle für Suchtfragen	b) Beauftragter für Suchtfragen
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>Basiskoordination</b>	<b>Basiskoordination</b>
<b>Innerkantonale Koordination:</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z.B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe) b) Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringenden	a) Schulungen und Weiterbildungen für Arbeitgebende (1-2x), Austausch und Netzwerkveranstaltungen (3-4x), Veranstaltungen des Forums für Suchtmedizin, Expertengruppen (2x)	a) Austausch und Netzwerkveranstaltungen der Kommission für Sozialbelange und Suchtmittel (Politik, Verwaltung und Anbieter) (2x), Expertengruppen (2x)
	b) Fachverband Sucht; Regional-konferenz Ost (1x)	b) Fachgruppe Sucht Schaffhausen: Anbieter (4x), Informationsaustausch und Fachthemenvertiefung
<b>Fallsteuerung/-koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>
c) zentrale Abklärungsklärungsstellen d) Information der Primärversorgenden	a) keine Abklärungsstelle, Abklärungen werden von Anbietern übernommen, teilweise Fallbeurteilung durch kantonale Beratungsstelle für Suchtfragen	a) keine Abklärungsstelle, Abklärungen werden von Anbietern übernommen
	b) Vernetzung, Information und Weiterbildung von Primärversorgern erfolgt v. a. über das Forum Suchtmedizin Ostschweiz.	b) keine Daten
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>Basissteuerung</b>	<b>Basissteuerung</b>

Merkmale der kantonalen Steuerung	Zürich
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>Basisgrundlagen und -organisation</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislatur-Planung) b) Bedarfsanalysen / Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandte strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) keine gesetzlichen Grundlagen; Suchtpräventionskonzept 1991; Basisversorgung durch Städte und Gemeinden b) Bedarfsanalysen durch Zentrum für Abhängigkeits-erkrankungen PUK und Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung c) Beobachtung der Angebotsentwicklung durch die Leistungserbringer d) 2 Instrumente (Bedarfsanalyse, Suchtpräventionskonzept 1991)
<b>Organisation in kantonaler Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Personelle Ressourcen	a) seit 2013 keine Suchtbeauftragten, seit 2011 keine Kommission für Suchtmittelfragen; Zuständigkeiten: kantonales Sozialamt für suchttherapeutische Einrichtungen und Alkoholfonds und Gesundheitsdirektion: Prävention und Suchtmedizin b) Stelle Suchtbeauftragte/r vakant
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>keine Koordination</b>
<b>Innerkantonale Koordination:</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe) b) Austausch oder Leistungscoordination unter den Leistungserbringenden	a) bilateraler Austausch mit Anbietenden; Austausch und Netzwerkveranstaltungen der suchttherapeutischen Einrichtungen mit Leistungsvereinbarungen «Netzwerk Suchtausstieg» (ca. alle 3 Jahre) b) regelm. Treffen regionale Suchtpräventionsstellen und des Netzes Suchtausstieg; Veranstaltungen der Zürcher Fachstelle für Suchtmittel-missbrauch; regelm. Treffen ambulante Fachstellen für Alkohol und andere Suchtprobleme (FSKZ)
<b>Fallsteuerung/-koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>
a) zentrale Abklärungsklärungsstellen b) Information der Primärversorgenden	a) keine Abklärungsstelle, Abklärungen werden von Anbietern übernommen b) keine Daten
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>Basissteuerung</b>

## 7.2 Typ 2: Kantone mit erweiterter Basissteuerung ohne Fallsteuerung

Die Kantone mit einer erweiterter Basissteuerung zeichnen sich auf den drei Beobachtungsebenen durch folgende Merkmale aus:

**Kantonale Gesamtsteuerung:** Kantone mit einer erweiterter Basissteuerung orientieren sich an der Nationalen Strategie Sucht **und** ergänzen die Gesamtsteuerung der kantonalen Suchtpolitik durch ausgewählte strategische Grundlagen, wie beispielsweise eine kantonale Suchtstrategie oder Leitsätze für die Suchtpolitik. Vereinzelt finden sich in diesen Kantonen auch Bedarfsanalysen, Angebotsplanungen oder generelle Analyseberichte zur Umsetzung der kantonalen Suchtpolitik. Wie bei den Kantonen mit einer «Basissteuerung» ist die regelmässige Beobachtung der Entwicklungen im Suchtbereich in das generelle Aufgabenpaket der bzw. des kantonalen Beauftragten für Suchtfragen integriert. Von den zehn befragten Elementen, die als strategische Grundlagen für die kantonale Steuerung dienen können, wenden diese Kantone drei bis fünf Elemente an.

Die *Organisation der suchthilfebezogenen Steuerungsaufgaben* in der kantonalen Verwaltung ist in die allgemeinen Aufgaben des kantonalen Sozialamts oder des Gesundheitsamtes integriert. Wie beim Typ «Kantone mit Basissteuerung» werden die Aufgaben in der Regel in einem Teilpensum der kantonalen Suchtbeauftragten oder des Suchtbeauftragten ausgeübt.

**Koordination der Leistungserbringung:** Die innerkantonale Koordination seitens des Kantons geschieht in der Regel durch bilaterale Absprachen mit den Leistungserbringenden. Einzelne Kantone dieses Typus ergänzen den Austausch unter den Leistungserbringenden durch weitere Informations-, Austausch- oder Vernetzungsanlässe für ausgewählte Zielgruppen. Das regionale Forum für Suchtmedizin übernimmt ebenfalls Vernetzungsaufgaben.

**Fallsteuerung/-koordination:** In Bezug auf die Fälle besteht keine zentrale Abklärungsstelle oder eine spezifische Form der Fallkoordination. Die Information der Primärversorgenden, wie Hausärztinnen bzw. -ärzte, Sozialdienste oder andere Fachberatungsstellen des Sozial- oder Gesundheitswesens, erfolgt – vergleichbar mit dem Typus der Basissteuerung – über Aktivitäten des regionalen Forums für Suchtmedizin.

**Fazit:** Die Kantone vom Typus der *erweiterten* Basissteuerung unterscheiden sich von den Kantonen mit einer Basissteuerung vor allem durch die Existenz verschiedener kantonaler strategischer Grundlagen und etwas ausgeprägteren Bemühungen für einen Austausch und eine Vernetzung der leistungserbringenden Einrichtungen.

**Hinweise auf Entwicklungspotenzial:** Möglichkeiten zur Weiterentwicklung bestehen im gezielten Ausbau strategischer Grundlagen (Makro-Ebene) und der dafür zuständigen Organisationseinheiten bzw. -strukturen in der kantonalen Verwaltung sowie bei einer verstärkten Abstimmung und Koordination auf der Ebene der Leistungserbringung (Meso-Ebene). Prüfenswert ist auch die Einführung von Modellen der systematischen Fallsteuerung oder -koordination (Mikro-Ebene) in komplexen Fallsituation (z. B. bei stationären Angeboten).

Die nächste Tabelle zeigt diejenigen Kantone, die dem Typ der «erweiterten Basissteuerung» zugeordnet werden können. In der Ostschweiz handelt es sich um die Kantone St. Gallen und Thurgau. In der Region Mittelland/Nordwestschweiz werden die Kantone Solothurn und Bern ebenfalls diesem Typ zugeordnet.

Merkmale der kantonalen Steuerung	Thurgau	St. Gallen
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>Strategiegrundlagen und Basisorganisation</b>	<b>Strategiegrundlagen und Basisorganisation</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislatur-Planung) b) Bedarfsanalysen / Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandter strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) strategische Grundlagen: nationale Suchtstrategie, Strategie und Programm Gesundheitsförderung & Prävention b) keine Angebots-/Massnahmenplanungen c) Studie Büro BASS zur Finanzierung d) 4 Instrumente (Nationale Strategie Sucht, Strategie (2017-2025) und Programm (2021-2024) Gesundheitsförderung & Prävention, BASS-Studie)	a) Der Kanton verfügt über ein spezifisches Suchtgesetz. b) Bedarfs- und Angebotsanalyse c) keine Angaben d) 3 Instrumente (Nationale Strategie Sucht; Bedarfs- und Angebotsanalyse, Strategie Gesundheitsdepartement)
<b>Organisation in kantonaler Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Personelle Ressourcen	a) keine zentrale Koordinationsstelle; Beauftragte für Suchtfragen: Information und Abstimmung unter Akteuren; Kommission für GF, Prävention und Sucht b) Beauftragte für Suchtfragen in kleinem Pensum: keine Koordination, v. a. Information und Vernetzung	a) Fachbereich «Sucht» im Kantonsarztamt als zentrale Koordinationsstelle; Kanton ist in verschiedenen strategischen Organen von privaten/öffentlichen Organisationen (Fachkommission Psychiatrie, VSGP, regionale Zweckverbände, Stiftung Suchthilfe SG und Mühlhof, Fachkommission Blaues Kreuz) vertreten durch Fachbereich Sucht (kantonale Suchtbeauftragte) im Kantonsarztamt
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>Basiskoordination und einzelne Austausch-/Vernetzungsanlässe</b>	<b>Basiskoordination und einzelne Austausch-/Vernetzungsanlässe</b>
<b>Innerkantonale Koordination:</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe) b) Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringern	a) Austausch und Netzwerkveranstaltungen von Suchtfachpersonen und Akteuren der Tabakprävention; Fachtagungen Gesundheitsförderung & Prävention, Schulungen und Weiterbildungen für Suchtpersonen b) Suchberater-Treffen der Suchtprävention, ambulanten und stationären Suchtmedizin, des Strafvollzugs und der Bewährungshilfe; Fachverband Sucht, Regionalkonferenz Ost	a) Schulungen und Weiterbildungen für Suchtfachpersonen und Ärzteschaft (1-2x Jahr), Veranstaltungen des Forums für Suchtmedizin (pro Region 3-4x Jahr) b) Fachverband Sucht; Regionalkonferenz Ost b) Fachverband Sucht; Regionalkonferenz Ost
<b>Fallsteuerung / -koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>
a) zentrale Abklärungsstellen b) Information der Primärversorgenden	a) keine zentralen Abklärungsstellen, Abklärungen werden von Anbietern übernommen b) Vernetzung, Information und Weiterbildung von Primärversorgern erfolgt v. a. über Forum Suchtmedizin Ostschweiz.	a) keine zentrale Abklärungsstellen, Abklärungen werden von Anbietern übernommen b) Die Vernetzung, Information und Weiterbildung von Primärversorgern erfolgt vor allem über das Forum Suchtmedizin Ostschweiz
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>erweiterte Basissteuerung</b>	<b>erweiterte Basissteuerung</b>

Merkmale der kantonalen Steuerung	Solothurn	Bern
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>Strategiegrundlagen und Basisorganisation</b>	<b>Strategiegrundlagen und Basisorganisation</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislatur-Planung) b) Bedarfsanalysen / Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandte strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) Strategische Grundlage: Nationale Strategie, Leitsätze Suchtpolitik, Bericht zur Standortbestimmung Suchthilfe b) Bericht «Suchthilfe und Suchtprävention im Kanton Solothurn; Grundlagen, Strategie und Massnahmen» c) Aufgabe der/des Suchtbeauftragten d) 4 Instrumente (Nationale Strategie Sucht, Leitsätze Suchtpolitik, Standortbericht Suchthilfe, Leistungskatalog ambulante Suchthilfe)	a) Sozialhilfegesetz: GF (Suchtprävention und Suchthilfe) (Kanton und Gemeinden); Spitalversorgungsgesetz; Suchthilfebericht (2012) (Therapie und Schadensminderung), inkl. Zusatzbericht (2014) (Repression und Prävention); Gesundheitsstrategie mit Teilstrategie Suchthilfe b) Bedarfsanalysen durch regionale Plattformen Sucht c) Beobachtung durch regionale Plattformen Sucht d) 5 Instrumente (Nat. Strategie Sucht, strategisches Controlling, Suchthilfekonzept mit Zusatzbericht, Kantonale Gesundheitsstrategie (2020-2030), Spitalliste Psychiatrie)
<b>Organisation in kantonaler Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Personelle Ressourcen	a) ab 1. Januar 2022: kantonale Beauftragte für Suchtfragen im Gesundheitsamt (Fachstelle Alter, Pflege und Suchthilfe); Kantonale Fachkommission Prävention  b) Teilpensum der Fachstelle «Alter, Pflege und Suchthilfe»	a) Die Abteilung «Soziale Einrichtungen» ist zuständig für ambulante und stationäre Suchthilfe sowie Wohnen (inkl. Obdach). Gesundheitsamt Abteilung «Versorgungsplanung» und Abteilung «Aufsicht und Bewilligung» sind zuständig für Suchtprävention und Suchtmedizin; keine zentrale Koordinationsstelle; keine koordinierte Zusammenarbeit zwischen den Ämtern b) Beauftragter für Suchtfragen
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>Basiskoordination und einzelne Austausch-/Vernetzungsanlässe</b>	<b>Basiskoordination und einzelne Austausch-/Vernetzungsanlässe</b>
<b>Innerkantonale Koordination:</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations- / Austauschmöglichkeiten)  b) Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringenden	a) bilateraler Austausch mit Anbietenden und Veranstaltungen des Forums für Suchtmedizin  b) Austausch Institutionsleitungen	a) Kant. Kommission für Gesundheitsförderung & Suchtfragen sowie regionale Plattformen Sucht; Netzwerkveranstaltungen in den 5 «Suchtregionen»; bilateraler Austausch mit Anbietenden; Austausche relevanter Fachgremien  b) Austausche relevanter Akteure der Suchthilfe, Suchthilfe, Suchtmedizin und Psychiatrie sowie weitere Fachdienste
<b>Fallsteuerung/ -koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Delegation an die beiden ambulanten Suchtberatungsstellen</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>
a) zentrale Abklärungsklärungsstellen  b) Information der Primärversorgenden	a) Abklärungen und ggf. Case Management durch die beiden ambulanten Suchtberatungsstellen im Kanton (Perspektive Solothurn und Suchthilfe Ost)  b) Die Vernetzung, Information und Weiterbildung von Primärversorgern erfolgt vor allem über das Forum Suchtmedizin Nordwestschweiz	a) keine zentralen Abklärungsstellen, Abklärungen werden von Anbietern übernommen  b) Vernetzung, Information und Weiterbildung von Primärversorgern erfolgt v.a. über das Forum Suchtmedizin Nordwestschweiz.
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>erweiterte Basissteuerung</b>	<b>erweiterte Basissteuerung</b>

### 7.3 Typ 3: Kantone mit erweiterter Basissteuerung und Ansätzen der Fallsteuerung

**Kantonale Gesamtsteuerung:** Diese Kantone orientieren sich an der Nationalen Strategie Sucht *und* ergänzen die Gesamtsteuerung der kantonalen Suchtpolitik durch ausgewählte strategische Grundlagen wie beispielsweise eine kantonale Suchtstrategie oder Leitsätze für die Suchtpolitik. Bei der Hälfte dieser Kantone finden sich auch Bedarfsanalysen, Angebotsplanungen oder generelle Analyseberichte zur Umsetzung der kantonalen Suchtpolitik (z. B. in den Kantonen Solothurn und Aargau). Von den zehn befragten Elementen, die als strategische Grundlagen dienen können, wenden diese Kantone zwei bis sechs Elemente an; am häufigsten handelt es sich um vier Elemente (zwei Kantone). Zur *Organisation der suchthilfebezogenen Steuerungsaufgaben*: In den Kantonen Solothurn und Jura werden die Aufgaben in einem Teilpensum der kantonalen Suchtbeauftragten oder des Suchtbeauftragten ausgeübt. Im Kanton Basel-Landschaft steht eine 100-%-Stelle zur Verfügung und im Kanton Aargau sind mehrere Organisationseinheiten zuständig.

**Koordination der Leistungserbringung:** Die innerkantonale Koordination seitens des Kantons geschieht oft durch bilaterale Absprachen mit den Leistungserbringenden. Im Weiteren sind unter den Anbietenden in diesen Kantonen Informations-, Austausch- oder Vernetzungsanlässe für ausgewählte Zielgruppen zu beobachten (z. B. Kantone Aargau oder Basel-Landschaft). Das *Ein-Trägerschaftsmodell* des Kantons Jura stellt eine spezifische Form der Organisation und der Leistungserbringung im Kanton dar. Im Rahmen dieses Modells der Trägerschaft werden in der gleichen Organisation verschiedene Leistungsbereiche der Suchthilfe unter dem Dach eines Trägers zusammengefasst, so z. B. die ambulante und stationäre Suchtberatung und die Suchtprävention. Die Kantone Wallis und Neuenburg arbeiten mit einer vergleichbaren Organisationsform. Eine weitere Besonderheit des Ein-Trägerschaftsmodells ist der Sachverhalt, dass gewisse Aufgaben des Kantons einem privaten Träger übertragen werden können. Gerade in einem kleinen Kanton wie dem Kanton Jura bietet der direkte Zugang zu einer Einrichtung, die verschiedene Leistungsbereiche der Suchthilfe integriert, und gewisse kantonale Steuerungsaufgaben übernimmt, Vorteile in der Steuerung durch den Kanton. Beispielsweise erübrigen sich weiterführende Austausch- und Vernetzungsaktivitäten durch den Kanton. Die «Stiftung Sucht Jura» arbeitet eng mit der psychiatrischen Abteilung des Kantonsospitals zusammen.

**Fallsteuerungskoordination:** In diesen Kantonen lassen sich verschiedene Ansätze sowie eine gewisse Vereinheitlichung der Fallsteuerung und -koordination beobachten: Im Kanton Basel-Landschaft existiert für stationäre Drogentherapien eine zentrale Indikationsstelle durch das Ambulatorium der Psychiatrie Baselland mit dem Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen. Der Kanton Aargau macht der ambulanten Suchtberatung teilweise Vorgaben für Abklärungen (Instrument der sozialen Diagnostik). Aufgrund des Ein-Trägerschaftsmodells im Kanton Jura gewährleistet die «Stiftung Sucht Jura» eine einheitliche Umsetzung der Erstabklärungen.

Die Information der Primärversorgenden wie Hausärzte, Sozialdienste oder andere Fachberatungsstellen des Sozial- oder Gesundheitswesens erfolgt über verschiedene Aktivitäten: z. B. über die ambulanten Suchtberatungsstellen, das regionale Forum für Suchtmedizin, durch Vernetzungsaktivitäten des/der kantonalen Suchtbeauftragten oder über das Ein-Trägerschaftsmodell des Kantons Jura.

**Fazit:** Diese Kantone unterscheiden sich vom Typus der erweiterten Basissteuerung durch verschiedene Ansätze einer einheitlichen Abklärung der Fälle und der anschliessenden Fallkoordination. Dabei muss die Umsetzung nicht in jedem Fall beim Kanton liegen: Im Fall der

Kantone Jura (Ein-Trägerschaftsmodell) und Solothurn (Fallkoordination durch die ambulanten Suchtberatungsstellen) sind die kantonalen Instanzen sekundär involviert.

**Hinweise auf Entwicklungspotenzial:** Weiterentwicklungspotenziale existieren im gezielten Ausbau strategischer Grundlagen (Makro-Ebene) und der entsprechenden Organisationseinheiten oder -strukturen in der kantonalen Verwaltung sowie bei einer verstärkten Koordination auf der Ebene der Leistungserbringung (Meso-Ebene). Möglicherweise liessen sich auch die bereits verwendeten Modellansätze der systematischen Fallsteuerung oder -koordination (Mikro-Ebene) weiterentwickeln.

<b>Merkmale der kantonalen Steuerung</b>	<b>Aargau</b>	<b>Basel-Landschaft</b>
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>Strategiegrundlagen und Basisorganisation</b>	<b>Strategiegrundlagen und Basisorganisation</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislatur-Planung) b) Bedarfsanalysen / Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandte strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) Gesundheitsgesetz 2009: Suchtprävention, ambulante Suchtberatung & Zugang zu stationärer Suchtberatung; Strategie: neue gesundheitspolitische Gesamtplanung 2023 (GGpl) b) regelmässige Bedarfsanalysen c) Evaluation integrierte Suchtbehandlung d) 6 Instrumente (Nationale Strategie Sucht, strategisches Controlling, Massnahmenplan, Bedarfsanalysen, Evaluation, Gesamtplanung (GGpl))	a) Gesundheitsgesetz: Gesundheitsförderung, Prävention, Alkoholprävention & Drogentherapie; Drogentherapien mittels Sozialhilfegesetzgebung geregelt; strategische Grundlagen: nationale Strategie, Leitprinzipien Sucht (2018) b) keine c) Aufgabe der/des Suchtbeauftragten d) 2 Instrumente (Nationale Strategie Sucht; Leitprinzipien Sucht)
<b>Organisation in kantonaler Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Personelle Ressourcen	a) Departement «Gesundheit und Soziales», Fachstelle Sucht: Suchtprävention und ambulante Suchtberatung; Abteilung Spitalversorgung/ -entwicklung: ambulante und stationäre Suchthilfe; Departement «Bildung, Kultur und Sport»: Wohnangebote b) Stelle Suchtbeauftragte; Fachstellen	a) Im Amt für Gesundheit (Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion) ist der Kantonale Beauftragte für Suchtfragen für die Koordination zuständig; in enger Zusammenarbeit mit der Kommission für stationäre Drogentherapien b) Stelle Suchtbeauftragter (100%-Stelle)
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>Basiskoordination und einzelne Austausch-/Vernetzungsanlässe</b>	<b>Basiskoordination und einzelne Austausch-/Vernetzungsanlässe</b>
<b>Innerkantonale Koordination:</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z.B. regelmässige Informations- / Austauschmöglichkeiten) b) Austausch oder Leistungs-koordination unter den Leistungserbringern	a) bilateraler Austausch mit ambulanter Suchtberatung und -prävention b) Vernetzungstreffen ambulante u stationäre Suchthilfe (TASS); Fachveranstaltung ambulante Suchthilfe; Fachveranstaltung PDAG und Klinik Hasel; Veranstaltungen integrierte Suchtbehandlung	a) bilaterale Austausche des Suchtbeauftragten mit den Anbietern b) Austausch Netzwerkveranstaltungen der meisten Anbieter (alle 2 Jahre); niederschwellige Plattformen der Psychiatrie Basel-Landschaft (alle 2-3 Jahre)
<b>Fallsteuerung/-koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Delegation mit z. T. kantonalen Vorgaben</b>	<b>zentrale Abklärung für stationäre Suchttherapien</b>
a) zentrale Abklärungsstellen b) Information der Primärversorgenden	a) teilweise Vorgaben für bestimmte Fälle (Instrument der sozialen Diagnostik durch die ambulante Suchtberatung), inkl. Fallführung bei bestimmten Zielgruppen b) Trägerschaften der ambulanten Suchtberatung investieren in eine systematisch geplante Vernetzung mit Erst-Anlaufstellen bzw. Primärversorgenden	a) Indikationsstelle durch Ambulatorium Schwerpunkt Abhängigkeits-erkrankungen (SAE) der Psychiatrie BL für stat. Drogentherapien b) regelmässige und systematische Vernetzung mit dem kantonalen Suchtbeauftragten
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>erweiterte Basissteuerung</b>	<b>erweiterte Basissteuerung</b>

<b>Merkmale der kantonalen Steuerung</b>	<b>Jura (Ein-Trägerschaftsmodell)</b>
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>Strategiegrundlagen und Basisorganisation</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislatur-Planung) b) Bedarfsanalysen / Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandte strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) Sozialhilfegesetz (Art. 64); kantonales Sozialamt und Amt für öffentliche Gesundheit für Suchthilfe zuständig; kantonaler Aktionsplan «Sucht - Strategien und Massnahmen 2014-2024» b) jährliche Angebotsplanung mit Stiftung «Sucht Jura» c) Keine Angaben d) 4 Instrumente (nationale Strategie Sucht, strategisches Controlling, Kantonale Strategie, Angebotsplanung)
<b>Organisation in kantonaler Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Personelle Ressourcen	a) keine Fachgremien/Kommissionen; keine spezifische Organisationseinheit; Suchthilfe in Aufgaben des Amts für Gesundheit und des Amts für Soziales integriert b) Teilpensum im Amt für Soziales, Kooperation mit Amt für öffentliche Gesundheit
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>Basiskoordination und Koordination durch Ein-Trägerschaftsmodell</b>
<b>Innerkantonale Koordination</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe) b) Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringern	a) Ein-Trägerschaftsmodell b) Ein-Trägerschaftsmodell, Absprachen mit psychiatrischer Klinik des Kantonsspitals (mehrmals im Jahr)
<b>Fallsteuerung / -koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Abklärung durch einen Anbieter (Stiftung Sucht Jura)</b>
a) zentrale Abklärungsstellen b) Information der Primärversorgenden	a) Abklärungen werden von der Stiftung «Sucht Jura» einheitlich wahrgenommen, Stiftung ist einziger Anbieter im Kanton b) Information und Vernetzung liegen im Aufgabenbereich von «Sucht Jura»
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>erweiterte Basissteuerung</b>

## 7.4 Typ 4: Kantone mit ausgebauter System- und Leistungssteuerung

**Kantonale Gesamtsteuerung:** Kantone mit einer ausgebauten System- und Leistungscoordination verfügen in der Regel über suchtspezifische gesetzliche Grundlagen und über mehrere strategische Grundlagen. Es lässt sich in diesen Kantonen von einer programm-basierten Steuerung der Suchtpolitik sprechen, zu der entsprechende strategische Ziele gehören und die sich beispielsweise durch regelmässige Bedarfsanalysen, Angebotsplanungen, Berichterstattungen über die Umsetzung der kantonalen Suchtpolitik (strategische Controllings) auszeichnen. Von den zehn befragten Elementen, die als strategische Grundlagen dienen können, wenden diese Kantone drei bis acht Elemente an; im Durchschnitt handelt es sich um etwa fünf Elemente.

Mit der *Organisation der suchthilfebezogenen Steuerungsaufgaben* in der kantonalen Verwaltung ist der oder die kantonale Beauftragte für Suchtfragen mit einem festgelegten Pensum beauftragt (z. B. 60%-Stelle). In der Regel besteht auch eine (departementsübergreifende) Steuergruppe in der Verwaltung. Ausserdem können mehrere Ämter in die Steuerung der Suchthilfe durch den Kanton involviert sein (z. B. das Sozial- und Gesundheitsamt). In diesen Kantonen werden substanzielle personelle Ressourcen für die Steuerung der Suchthilfe eingesetzt, die auf verschiedene Dienststellen oder Ämter verteilt sein können.

**Leistungserbringung:** Die innerkantonale Koordination seitens des Kantons geschieht durch verschiedene Austausch- und Netzwerk-gremien, in die ein substanzieller Teil der Leistungserbringenden eingebunden ist. Die Austausch-gremien können spezifischen Fragestellungen gewidmet sein, z. B. «Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien» (Kanton Graubünden), oder in Form von verschiedenen Arbeitsgruppen organisiert sein. Aufgrund des Ein-Trägerschaftsmodells gestaltet sich im Kanton Neuenburg die Koordination auf der Ebene der Leistungserbringung etwas einfacher.

**Fallsteuerung/-koordination:** In Bezug auf die Fallführung besteht keine zentrale Abklärung oder eine spezifische Form der Fallkoordination. Unter Umständen werden seitens des Kantons einzelne Vorgaben gemacht, z. B. im Kontext eines Qualitätsmanagementsystems.

Die Information der Primärversorgenden wie Hausärztinnen und -ärzte, Sozialdienste oder andere Fachberatungsstellen des Sozial- oder Gesundheitswesens erfolgt über verschiedene Aktivitäten: z. B. über das regionale Forum für Suchtmedizin, durch Vernetzungsaktivitäten der/des kantonalen Suchtbeauftragten oder über weiterführende Aktivitäten wie die neue Informationsplattform für Prävention im Praxisalltag ([www.pepra.ch](http://www.pepra.ch)) mit ihren Beratungs-, Kommunikations- und Fortbildungsangeboten. Der Kanton Luzern ist beispielsweise Pilotkanton<sup>147</sup> von PEPrä.

**Fazit:** Im Unterschied zu den bisherigen Typen zeichnen sich diese Kantone durch eine programm-basierte Steuerung der Suchthilfe im Kanton aus. Diese beruht in unterschiedlichen Ausprägungsformen auf spezifischen kantonalen gesetzlichen und/oder strategischen Grundlagen, die mit verschiedenen Massnahmen systematisch umgesetzt werden. Es lässt sich eine gezielte Weiterentwicklung der kantonalen Suchtpolitik erkennen. Die organisatorische Umsetzung in den kantonalen Verwaltungen erfolgt in der Regel über mehrstufig gegliederte Organisationseinheiten, z. T. auch departementsübergreifend. Es stehen definierte Stellenressourcen in substanziellem Umfang zur Verfügung.

**Hinweise auf Entwicklungspotenzial:** Da in diesen Kantonen die kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene) und die Koordination auf der Ebene der Leistungserbringung (Meso-

<sup>147</sup> Die Kantone Freiburg, Basel-Stadt und St. Gallen sind weitere Pilotkantone von PEPrä.

Ebene) ausgebaut sind, gilt es zu prüfen, ob und inwiefern Verfahren der Fallsteuerung und -koordination eingeführt werden könnten.

Die nächste Tabelle zeigt diejenigen Kantone, die dem Typ «Ausgebaute System- und Leistungskoordination» zugeordnet wurden. In der Zentralschweiz handelt es sich um die Kantone Luzern und Zug; in der Ostschweiz um den Kanton Graubünden und in der Westschweiz um den Kanton Neuenburg.

<b>Merkmale der kantonalen Steuerung</b>	<b>Luzern</b>	<b>Zug</b>
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>ausgebaute Systemsteuerung</b>	<b>ausgebaute Systemsteuerung</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislatur-Planung) b) Bedarfsanalysen/Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandter strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) Gesetz über soziale Einrichtungen (SEG): ambulante und stationäre Sozialtherapie verankert b) Angebotsplanungen/ Planungsberichte c) durch interdepartementale Gremienstruktur d) 8 Instrumente (nationale Strategie Sucht und Prävention nicht übertragbarer Krankheiten, Leitbild, Angebotsplanung, Evaluation, Suchtbericht, Controlling-Gespräch inkl. Reporting)	a) Einführungsgesetz zum BetmG: Vollzug Suchthilfe (Zuständigkeiten Kanton/ Gemeinden); strategische Grundlage: kantonaler Suchtbericht (2019) b) Bedarfsabstimmung im Netzwerk Suchthilfe mit allen Anbietenden c) Suchtbeauftragter; Austausch mit Netzwerk Suchthilfe Zug (alle Anbietenden) d) 3 Instrumente (nationale und kantonale Strategie Sucht, Suchtbericht (2019))
<b>Organisation in kantonaler Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Ressourcen	a) mehrstufige interdepartementale Gremienstruktur (ab 2017): kantonales Führungs- und Koordinationsgremium Sucht, kantonale Fachgruppen, Suchtbeauftragte zuständig für Koordination der Gremien b) Ressourcen der genannten Gremien und der kantonalen Suchtbeauftragten	a) Koordination durch Stelle des kantonalen Suchtbeauftragten, Sekretär der Drogenkonferenz und Leiter Netzwerk Suchthilfe (Anbieter-Netzwerk) b) Beauftragter für Suchtfragen im Amt für Gesundheit des Kantons
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>ausgebaute Leistungs-koordination</b>	<b>ausgebaute Leistungs-koordination</b>
<b>Innerkantonale Koordination</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe) b) Austausch oder Leistungs-koordination unter den Leistungserbringern	a) Austausch- / Netzwerkveranstaltungen Fachpersonen Sucht, Forum für Suchtmedizin Innerschweiz (1x – 3x im Jahr) b) Netzwerktreffen (z. B. Fachpersonen Schadensminderung), 3x im Jahr	a) Netzwerk Suchthilfe (Leitungspersonen der Suchthilfeinstitutionen), Schulungen & Weiterbildungen für (med.) Fachpersonen im Suchtbereich, Veranstaltungen des Forums für Suchtmedizin b) Arbeitsgruppe Suchtarbeitende (informeller Austausch)
<b>Fallsteuerung /-koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>	<b>Delegation an Anbieterinnen und Anbieter</b>
a) zentrale Abklärungsstellen b) Information der Primärversorgenden	a) keine Abklärungsstelle, Abklärungen werden von Anbietern übernommen b) Vernetzung, Information und Weiterbildung über das Forum Suchtmedizin Innerschweiz. Luzern ist Pilotkanton PEPrä	a) keine Abklärungsstelle, Abklärungen werden von Anbietern übernommen b) Regelmässiger Austausch mit dem kantonalen Beauftragten
<b>Typ der kantonalen Suchthilfe-gestaltung</b>	<b>ausgebaute System- und Leistungs-koordination</b>	<b>ausgebaute System- und Leistungs-koordination</b>

Merkmale der kantonalen Steuerung	Graubünden	Neuenburg (Ein-Träger-schaftsmodell)
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>ausgebaute Systemsteuerung</b>	<b>ausgebaute Systemsteuerung</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislatur-Planung) b) Bedarfsanalysen / Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistiken, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandte strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) Gesetz über die Suchthilfe, Vollziehungsverordnung BetmG; strategische Grundlagen: Bündner Programm Sucht b) Bedarfsabklärungen für Suchtbetroffene; Angebotsplanung im Bereich Schadensminderung c) im Rahmen Bündner Programm Sucht d) 5 Instrumente (kantonale Strategie Sucht, Bedarfsabklärungen, Angebotsplanungen, Konzept Bündner Programm Sucht, Qualitätsrichtlinien)	a) Gesetz über Inklusion und Begleitung ab 1. Januar 2022 in Kraft: Pflicht zur Bedarfsermittlung und Angebotskoordination b) Angebots-/Massnahmenplanungen c) Gutachten mit Zwischenbilanz zur Reorganisation «Stiftung Sucht NE» d) 7 Instrumente (nationale und kantonale Strategie Sucht, Legislativziele, Leitbild, Angebots- und Massnahmenplanung, Evaluationen)
<b>Organisation in kantonaler Verwaltung</b> a) Organisationsstruktur b) Ressourcen	a) Koordination: Suchtbeauftragte im Sozialamt, departementsübergreifende Steuer- und Kerngruppe Bündner Programm Sucht 2021-24, runder Tisch Sucht (Kantons-/ Stadtpolizei, kant. Sozialamt, Stadtgärtnerei Chur, Verein Überlebenshilfe, Dienst. Gesells. Chur) b) runder Tisch «Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien» (Gesundheitsamt, kant. Sozialdienst, KESB, Blaues Kreuz GR, Heilpädagog. Dienst, Famur, jugend., PDGR, Schulsozialarbeit)	a) Koordination: durch den Dienst für die Betreuung und Unterbringung von Erwachsenen; Amt für öffentliche Gesundheit (Substitutionsbehandlungen., Gesundheitsförderung); kantonale Suchtkommission b) Stellen in den genannten Ämtern, kantonale Suchtbeauftragte bei Sucht NE, kantonale Suchtkommission
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>ausgebaute Leistungskoordination</b>	<b>ausgebaute Leistungskoordination</b>
<b>Innerkantonale Koordination:</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe) b) Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringern	a) Tagungen und Weiterbildungen für Suchtberatende der reg. Sozialdienste; Expertengruppen für Bedarfsanalysen, Evaluationen und Planungen; Kerngruppensitzungen des Bündner Programm Sucht; runder Tisch «Kinder & Jugendliche aus suchtbelasteten Familien» b) Forum Suchtmedizin (1x J.); Austauschtreffen Anbieter (Sozialdienste und Suchtmedizin) (1x)	a) Bilaterale Austausch, Experten/-innen-Gespräche, Austauschplattformen (2x bis 10x im Jahr) b) monatliche them. Sitzungen durch Sucht NE, Stiftung «Resource und FADS» mit Leistungserbringenden und Ämtern
<b>Fallsteuerung/-koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>Delegation mit z. T. kantonalen Vorgaben</b>	<b>zentrale Abklärungsstelle in Planung</b>
a) zentrale Abklärungsstellen b) Information der Primärversorgenden	a) keine Abklärungsstelle, teilw. kantonale Vorgaben für Abklärungen (Qualitätsmanagementsysteme) b) Die Vernetzung, Information und Weiterbildung von Primärversorgern erfolgt v. a. über das Forum Suchtmedizin Ostschweiz.	a) gesetzliche Grundlage besteht, Aufbau einer zentralen Indikationsstelle in Planung, aktuell: Abklärungen Anbieter b) Psychiater/-innen des Neuenburger Psychiatriezentrums sind in Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin tätig
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>ausgebaute System- und Leistungskoordination</b>	<b>ausgebaute System- und Leistungskoordination</b>

## 7.5 Typ 5: Kantone mit umfassender Steuerung

**Kantonale Gesamtsteuerung:** Kantone mit einer umfassenden Steuerung verfügen über suchtspezifische gesetzliche Grundlagen und/oder über eine ganze Reihe strategischer Grundlagen. Wie in den Kantonen mit einer ausgebauten Systemsteuerung und Leistungskoordination findet sich eine programm-basierte Steuerung der Suchtpolitik, die vom Regierungsrat in Auftrag gegeben wurde und systematisch überprüft wird. Diese Kantone wenden gleichzeitig mehrere Instrumente der strategischen Umsetzung an: z. B. regelmässige Bedarfsanalysen, Angebotsplanungen, Massnahmenplanungen, Legislaturziele (inklusive strategische Controlings), datengestützte Monitorings der Entwicklungen oder Evaluationen zu spezifischen Fragen der kantonalen Suchtpolitik. Von den zehn befragten Elementen, die als strategische Grundlagen dienen können, verwenden diese Kantone sieben bis neun Elemente. Diese Kantone verfügen somit über eine umfassende Palette an strategischen Grundlagen, die regelmässig angewandt werden.

Die *Organisation der suchthilfebezogenen Steuerungsaufgaben* in der kantonalen Verwaltung zeichnet sich durch eine mehrstufige, differenzierte Organisationsstruktur mit mehreren Dienststellen aus. Diese können zudem verschiedenen Departementen oder Ämtern unterstellt sein, z. B. dem Gesundheits- oder Sozialamt, und somit eine interdepartementale Vernetzung aufweisen. In dieser ausgearbeiteten Organisationsstruktur stehen substantielle personelle Ressourcen zur Verfügung.

**Leistungserbringung:** Die Dienststellen der kantonalen Verwaltung setzen eine systematische Vernetzung der Leistungserbringer in zahlreichen Formen und Gremien um: Informationsplattformen, Konferenzen, Netzwerktreffen, Arbeitsgruppen usw. und fördern den Austausch unter den Leistungserbringenden systematisch. Die leistungserbringenden Einrichtungen können als Interessenverbände oder Fachnetzwerke organisiert sein.

**Fallsteuerung/-koordination:** Für bestimmte Zielgruppen ist eine zentrale Abklärung mit anschliessender Fallkoordination eingerichtet. Die Abklärung erfolgt mit einem standardisierten Assessment-Instrument, das in der Regel internationalen Standards entspricht. Im Weiteren bieten einzelne Kantone dieses Typs in ausgewählten Fällen ein fallbegleitendes Case Management an. Die Information der Primärversorgenden, wie Hausärztinnen und -ärzte, Sozialdienste oder andere Fachberatungsstellen des Sozial- oder Gesundheitswesens, erfolgt über verschiedene Aktivitäten: z. B. durch Vernetzungsaktivitäten der kantonalen Dienststellen, über das regionale Forum für Suchtmedizin oder über Fachstellen, die einen spezifischen Informations-, Beratungs- oder Bildungsauftrag erhielten (wie z. B. im Kanton Waadt das Kompetenzzentrum REL'IER).

**Fazit:** Diese Kantone zeichnen sich durch eine programm-basierte Steuerung der kantonalen Suchtpolitik aus, die auf zahlreichen gesetzlichen und/oder strategischen Grundlagen beruht. Die Steuerung wurde in der Regel vom Regierungsrat in Auftrag gegeben und die Umsetzung wird regelmässig überprüft. Somit lässt sich eine dauernde institutionalisierte Weiterentwicklung der kantonalen Suchtpolitik erkennen. Die organisatorische Umsetzung in den kantonalen Verwaltungen erfolgt in der Regel über eine differenzierte Organisationsstruktur mit mehreren Ämtern bzw. Dienststellen, zum Teil auch departementsübergreifend. Es stehen definierte, substantielle Stellenressourcen zur Verfügung. Im Unterschied zu den Kantonen mit einer ausgebauten System- und Leistungskoordination finden sich in diesen Kantonen auf der Fallebene für bestimmte Fallsituationen eine zentrale Abklärung mit einem standardisierten Assessment-Instrument und einer anschliessenden Fallkoordination. Mit dem Ein-Trägerschaftsmodell nimmt der Kanton Wallis bei diesem Typ eine gewisse Sonderstellung ein, da im

Rahmen dieses Organisationsmodells verschiedene Aufgaben des Kantons einem privaten Träger übertragen werden.

**Hinweise auf Entwicklungspotenzial:** Aufgrund ihres Institutionalierungsgrades in der Steuerung der Suchthilfe auf allen drei Ebenen können diese Kantone als *Innovationsgeber* bezeichnet werden. Unter Umständen können die von diesen Kantonen entwickelten Modelle – im Sinn einer «Guten Praxis» – für andere Kantone als Impulse für Weiterentwicklungen fungieren. Auch bei diesen Kantonen besteht Entwicklungspotenzial: So beispielsweise auf der Ebene von Case-Management-Systemen; und bei den Kantonen mit einem Ein-Trägerschaftsmodell empfiehlt sich eine regelmässige Reflexion der Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Instanzen des Kantons und den weiteren leistungserbringenden Einrichtungen im Kanton.

In der Region Nordwestschweiz/Mittelland kann der Kanton Basel-Stadt und in der Westschweiz können die Kantone Freiburg, Waadt und Wallis diesem Typ zugeordnet werden. Im Fall des Kantons Wallis handelt es sich um ein Ein-Trägerschaftsmodell.

<b>Merkmale der kantonalen Steuerung</b>	<b>Freiburg</b>	<b>Waadt</b>
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>sehr ausgebaute Systemsteuerung</b>	<b>ausgebaute Systemsteuerung</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislaturplanung) b) Bedarfsanalysen / Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandte strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) RR lancierte 2012 Koordinationsprojekt für Betreuung Suchtkranker und umfassende strategische Grundlagen; systematischer Umsetzung/ Massnahmenplanungen b) Bedarfsanalysen und Planungsberichte c) Monitoring- und Evaluationsberichte d) 9 Instrumente (nationale und kantonale Strategie, Leitbild, strat. Controlling, Massnahmenplan, Bedarfsanalysen, Angebotsplanung, Evaluation, Legislaturziele)	a) Staatsrat verabschiedete 2021 Aktionsplan «Suchthilfe» 2022-2026, der alle 4 Säulen der Suchtpolitik umfasst. b) Bedarfsanalysen und Planungsberichte c) Evaluationsberichte und Monitorings durch Unisanté d) 8 Instrumente (nationale und kantonale Strategie, Leitbild, strat. Controlling, Bedarfsanalysen, Evaluation, Wirkungsberichte, Monitoring laufende Projekte)
<b>Organisation in der Kantonsverwaltung:</b> a) Organisationsstruktur b) Ressourcen	a) Mit dem kantonalen Dispositiv für die Koordination Suchtkranker existiert eine differenzierte Organisationsstruktur mit verschiedenen Fachstellen in der kantonalen Verwaltung und kantonalen Kommission für Suchtfragen b) kant. Steuerungsstelle «Suchthilfe», Steuergruppe, Arbeitsgruppen und Kommission Suchtfragen	a) mehrgliedrige Organisationsstruktur im Departement «Gesundheit und Soziales», Steuerung durch die beiden Beauftragten im Gesundheits- und Sozialamt b) vers. Fachstellen im Gesundheits- und Sozialamt; Projektorganisation des Aktionsplans «Suchthilfe 2022-2026»
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>sehr ausgebaute Leistungskoordination</b>	<b>ausgebaute Leistungskoordination</b>
<b>Innerkantonale Koordination:</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z.B. regelmässige Informations- / Austauschmöglichkeiten) b) Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringern	a) Aufgabe des kantonalen Dispositivs ist auch die systematische Vernetzung aller Akteure (zahlreiche Anlässe, Arbeitsgruppen usw.) b) regelmässige Informationen und jährliche Konferenz des «Suchtforums» (Träger: Leistungserbringer und öffentliche Dienste); Kantonsarztamt: Weiterbildungsangebote	a) kantonale Fachstellen setzen systematische Vernetzung der Leistungserbringer in zahlreichen Formen und Gremien um: Informationsplattformen, Konferenzen, Netzwerktreffen, Arbeitsgruppen usw. b) verschiedene Vernetzungsangebote des Waadtländer Verbandes der privaten Organisationen für Personen in Schwierigkeiten und des Verbandes der psychosozialen Einrichtungen
<b>Fallsteuerung / -koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>zentrale Abklärung und Koordination</b>	<b>zentrale Abklärung und Koordination</b>
a) zentrale Abklärungsstellen b) Information der Primärversorgenden	a) Bedarfsabklärungsstelle «Sucht» für drei Zielgruppen (Jugendliche, Erwachsene und Personen im Strafvollzug) b) zahlreiche Informations- und Schulungsangebote (z. B. Suchtforum), in Planung: mobile Beratungsteams	a) kantonale Stelle für Indikation und Begleitung in der Suchttherapie (DCISA) b) zahlreiche Informations- und Schulungsangebote, v. a. durch das Kompetenzzentrum REL'IER
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>umfassende Steuerung</b>	<b>umfassende Steuerung</b>

Merkmale der kantonalen Steuerung	Wallis (Ein-Trägerschaftsmodell)	Basel-Stadt
<b>Kantonale Gesamtsteuerung (Makro-Ebene)</b>	<b>ausgebaute Systemsteuerung</b>	<b>sehr ausgebaute Systemsteuerung</b>
<b>Gesetzliche und strategische Grundlagen:</b> a) Strategische Grundlagen auf der Ebene der Regierung (z. B. Leitbild, Strategie oder Legislaturplanung) b) Bedarfsanalysen / Angebotsplanungen c) Systematische Beobachtung der Entwicklungen (z. B. Statistikberichte, Monitorings, Evaluationen, Wirkungsberichte) d) Anzahl angewandter strategischer Instrumente (von 10 befragten Instrumenten)	a) Gesetz über die Eingliederung behinderter Menschen, Interventionskonzept Suchthilfe mit Leitbild b) Planungsberichte alle vier Jahre c) externe Gutachten zur Umsetzung der Suchtpolitik, Statistikbericht d) 7 Instrumente (Nationale Strategie, Leitbild, Legislaturziele, Massnahmenplan, Angebotsplanung, Evaluation und Wirkungsbericht)	a) Alkohol- und Drogengesetz: Einrichtung Koordinationsstelle; Abteilung Sucht im Gesundheitsdepart. (Planung, Koordination und Angebotssteuerung, Abklärung und Beratung, Vollzug) b) Bedarfsanalysen und Angebotsplanung c) Suchtmonitoring-Bericht; Evaluationen d) 9 Instrumente (Nationale Strategie Sucht, Leitbild, Legislaturziele, strategisches Controlling, Abteilungsstrategie, Bedarfsanalyse, Angebotsplanung, Evaluation)
<b>Organisation in der Kantonsverwaltung:</b> a) Organisationsstruktur b) Ressourcen	a) Dienststelle für Sozialwesen im Dep. «Gesundheit, Soziales und Kultur», seit 2012 Delegation an eine Trägerschaft mit breitem Leistungsauftrag «Stiftung Sucht Wallis» (Zusammenführung von 5 Einrichtungen)  b) Dienststelle für Sozialwesen, teilweise Planungsstellen «Stiftung Sucht Wallis»	a) Steuerung d. Abteilung Sucht und Abteilung Prävention im Gesundheitsdepartement, Nahtstellen zur Abteilung Behindertenhilfe & Sozialhilfe; interdepartementales Führungsgremium Sucht mit 5 Fachgruppen und Steuergruppe öffent. Raum  b) Fachstellen der Führungsstrukturen im Suchtbereich (Auftrag Regierungsrat)
<b>Leistungserbringung (Meso-Ebene)</b>	<b>ausgebaute Leistungskoordination</b>	<b>sehr ausgebaute Leistungskoordination</b>
<b>Innerkantonale Koordination:</b> a) Gestaltung der Vernetzung durch den Kanton (z. B. regelmässige Informations-/Austauschanlässe) b) Austausch oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringern	a) Ein-Trägerschaftsmodell, d. h. geringer externer Koordinationsbedarf, v. a. mit Spital Wallis und Stiftung «Chez Paou» b) Ein-Trägerschaftsmodell, d. h. intraorganisationale Abstimmung (z. B. zwischen ambulanten & stationären Angeboten)	a) Austausch Leitungspersonen Sucht-Einrichtungen (2x J.); Weiterbildungen für Fachpersonen Suchthilfe (2x J.); Forum für Suchtmedizin (unregelm.); bilateraler Austausch mit Anbietenden; Expertengruppen; Tagungen für Fachpersonen und Betroffene (1x); Austausch und Veranstaltungen für Öffentlichkeit  b) Fachtagungen, Netzwerkveranstaltungen der Anbietenden nach Bedarf
<b>Fallsteuerung/ -koordination (Mikro-Ebene)</b>	<b>zentrale Abklärung und Koordination</b>	<b>zentrale Abklärung und Koordination</b>
a) zentrale Abklärungsstellen b) Information der Primärversorgenden	a) Interventionskonzept: systematisches Abklärungstool, Definition Zuweisungsprozess und Nachsorge  b) Weiterb. von «Sucht Wallis» bietet im Bereich Bildung, Sozialmedizin und für Unternehmen Informationen	a) Abklärungen mit individueller Bedarfs-ermittlung (IHP), Abteilung Sucht: bei KESB-Abklärungen ein Case-Management  b) Die Vernetzung, Information und Schulung von Primärversorgern erfolgt v. a. über Forum Suchtmedizin Nordwestschweiz
<b>Typ der kantonalen Suchthilfegestaltung</b>	<b>umfassende Steuerung</b>	<b>umfassende Steuerung</b>

## 7.6 Zusammenfassung: Steuerung der Suchthilfe durch die Kantone

In der Schweiz haben sich unterschiedliche Formen etabliert, wie der Bereich der Suchthilfe durch die Kantone gesteuert wird. Durch die vergleichende Analyse der Steuerungsinstrumente und -praktiken auf Ebene des Gesamtsystems, der Leistungserbringung und der Fallsteuerung wurde sichtbar, dass sich die Kantone insbesondere im *Grad der Institutionalisierung der Steuerung* unterscheiden. Es wurden fünf Typen kantonalen Steuerung identifiziert.

**Typ 1: Kantone mit Basissteuerung:** Auf Ebene des *kantonalen Gesamtsystems* orientieren sich diese Kantone vornehmlich an nationalen Grundlagen wie dem Betäubungsmittelgesetz und der Nationalen Strategie Sucht und führen vereinzelt oder unregelmässig Bedarfs- und Angebotsanalysen durch. Die Beobachtung von Veränderungen im Suchtbereich erfolgt durch die kantonalen Beauftragten für Suchtfragen, sofern diese Stelle besetzt ist und – soweit es das Teilpensum zulässt – mit dieser Funktion ausgestattet ist. Die *innerkantonale Koordination und Vernetzung der Leistungserbringung* spielt sich im Rahmen des bilateralen Austauschs zwischen den kantonalen Beauftragten für Suchtfragen und den leistungserbringenden Organisationen ab sowie in selbstgesteuerten Kooperationen und Vernetzungsanlässen der Leistungserbringung. Die Fallkoordination und -steuerung wird an die leistungserbringenden Organisationen delegiert.

**Typ 2: Kantone mit erweiterter Basissteuerung ohne Fallsteuerung:** Auf Ebene des *kantonalen Gesamtsystems* sind in diesen Kantonen strategische Grundlagen vorhanden, es werden unregelmässig oder themenbezogen Bedarfs- und Angebotsanalysen durchgeführt und die kantonalen Beauftragten für Suchtfragen setzen in ihrem Zuständigkeitsbereich eigene Controlling- und Evaluationsinstrumente ein. Die Suchthilfe ist in diesen Kantonen an mehrere Ämter bzw. Fachstellen angegliedert und die interdepartementale Koordination gehört meist zum Aufgabenbereich der Beauftragten für Suchtfragen. Die *innerkantonale Koordination und Vernetzung der Leistungserbringung* wird mit einzelnen vom Kanton organisierten Anlässen gefördert und es finden selbstorganisierte Kooperationen und Vernetzungsanlässe der leistungserbringenden statt. Die Fallkoordination und -steuerung wird an die leistungserbringenden Organisationen delegiert.

**Typ 3: Kantone mit erweiterter Basissteuerung und Ansätzen der Fallsteuerung:** Auf Ebene des *kantonalen Gesamtsystems* und auf Ebene der *innerkantonalen Koordination und Vernetzung der Leistungserbringung* werden dieselben Steuerungsformen wie in Typ 2 beobachtet. In diesen Kantonen ist jedoch der Institutionalisierungsgrad der Steuerung durch den Kanton auf Ebene der Fallsteuerung höher, da verschiedene Ansätze sowie eine gewisse Vereinheitlichung der *Fallkoordination und -steuerung* stattfinden.

**Typ 4: Kantone mit ausgebauter System- und Leistungssteuerung:** Auf Ebene des *kantonalen Gesamtsystems* sind in diesen Kantonen spezifische strategische und gesetzliche Grundlagen für die Suchthilfe vorhanden, es finden beispielsweise regelmässig Bedarfs- und Angebotsanalysen statt und der Suchtbereich wird systematisch beobachtet. Die Organisation der suchthilfebezogenen Aufgaben in der kantonalen Verwaltung zeichnet sich durch eine mehrstufige, differenzierte Organisationsstruktur mit mehreren Dienststellen aus. Die *innerkantonale Koordination und Vernetzung der Leistungserbringung* wird vom Kanton durch Anlässe und Treffen gefördert und es finden selbstgesteuerte Kooperationen sowie Vernetzungs-

anlässe der Leistungserbringenden statt. Die *Fallkoordination und -steuerung* wird in diesen Kantonen an die leistungserbringenden Organisationen delegiert.

**Typ 5: Kantone mit umfassender Steuerung:** Der Institutionalierungsgrad der Steuerung dieser Kantone entspricht auf Ebene des *kantonalen Gesamtsystems* und auf Ebene der *innerkantonalen Koordination und Vernetzung der Leistungserbringung* dem Typ 4. Auf Ebene der *Fallkoordination und -steuerung* ist in diesen Kantonen jedoch für bestimmte Zielgruppen und vor allem im stationären Kontext eine zentrale Abklärung mit anschliessender Fallkoordination eingerichtet. Zudem sind verschiedene Instrumente zur Information angrenzender oder komplementärer Leistungserbringer implementiert.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die fünf Typen der kantonalen Steuerung der Suchthilfe.

Merkmale der kantonalen Steuerung	Basissteuerung (UR, SZ, NW, OW, SH, AR, ZH)	Erweiterte Basissteuerung ohne Fallsteuerung (TG, SG, BE)	Erweiterte Basissteuerung mit Ansätzen der Fallsteuerung (AG, SO, BL, JU)	Ausgebaute System- & Leistungssteuerung (LU, ZG, GR, NE)	Umfassende Steuerung (FR, VD, VS, BS)
<b>Kantonale Gesamtsteuerung</b>	kaum strategische Grundlagen, grundlegende Organisationsstruktur	strategische Grundlagen, grundlegende Organisationsstruktur	strategische Grundlagen, grundlegende Organisationsstruktur	ausgebaute Systemsteuerung	ausgebaute Systemsteuerung
a) Gesetzliche und strategische Grundlagen	Primär an nationalen Grundlagen orientiert, kaum kantonale Grundlagen	ausgewählte kantonale strategischen Grundlagen vorhanden	ausgewählte kantonale strategischen Grundlagen vorhanden	spezifische gesetzliche und/oder strategische Grundlagen	spezifische gesetzliche und/oder strategische Grundlagen
b) Bedarfsanalysen und Angebotsplanungen	vereinzelte und unregelmässig	unregelmässig	unregelmässig	regelmässige Angebots- und Massnahmenplanungen	regelmässige Bedarfsanalysen, Angebots- und Massnahmenplanungen
c) Systematische Beobachtung	Aufgabe des Beauftragten für Suchtfragen, keine standardisierten Instrumente	Aufgabe des Beauftragten für Suchtfragen, strategisches Controlling oder Evaluationen	Aufgabe des Beauftragten für Suchtfragen, strategisches Controlling und Evaluationen	Monitoring der Entwicklungen & spezifische Evaluationen, Daten gestützte Entscheidungen	Monitoring der Entwicklungen & spezifische Evaluationen, Daten gestützte Entscheidungen
d) Organisation der Steuerungsaufgaben	Beauftragte/r für Suchtfragen max. in Teilpensum	Auf mehrere Ämter/Fachstellen verteilt, Koordination primär durch Suchtbeauftragte	Auf mehrere Ämter/Fachstellen verteilt, Koordination primär durch Suchtbeauftragte	Interdepartementale Zuständigkeiten und Koordination	Interdepartementale Zuständigkeiten und Koordination
<b>Innerkantonale Koordination und Vernetzung der Leistungserbringung</b>	<b>Basiskoordination</b>	<b>Basiskoordination und einzelne Vernetzungsanlässe</b>	<b>Basiskoordination und einzelne Vernetzungsanlässe</b>	<b>ausgebaute Leistungssteuerung</b>	<b>ausgebaute Leistungssteuerung</b>
a) Förderung der Vernetzung durch den Kanton	Im Rahmen von bilateralem oder fallbezogenem Austausch	Förderung der Vernetzung mit einzelnen Anlässen	Förderung der Vernetzung mit einzelnen Anlässen	Förderung der Vernetzung durch zahlreiche Anlässe	Förderung der Vernetzung mit zahlreichen Anlässen
b) Selbstgesteuerte Austausch- oder Leistungskoordination unter den Leistungserbringern	Selbstgesteuerte Vernetzung mit einzelnen Anlässen	Selbstgesteuerte Vernetzung mit einzelnen Anlässen	Selbstgesteuerte Vernetzung mit einzelnen Anlässen	Selbstgesteuerte Vernetzung mit zahlreichen Anlässen	Selbstgesteuerte Vernetzung mit zahlreichen Anlässen
<b>Fallkoordination/-steuerung</b>	<b>Delegation an Anbieter</b>	<b>Delegation an Anbieter</b>	<b>Ansätze der Fallsteuerung</b>	<b>Delegation an Anbieter</b>	<b>zentrale Fallkoordination</b>
a) zentrale Abklärungsstellen	Delegation an Anbieter	keine zentrale Abklärung, Delegation an Anbieter	Ansätze der Fallsteuerung	Delegation an Anbieter	zentrale Abklärung
b) Information der Primärversorgenden	in der Regel über regionales Forum Suchtmedizin	in der Regel über regionales Forum Suchtmedizin sowie teilweise zusätzliche Förderung / Massnahmen	in der Regel über regionales Forum Suchtmedizin sowie teilweise zusätzliche Förderung / Massnahmen	verschiedene Massnahmen, z.T. über regionales Forum Suchtmedizin	verschiedene Massnahmen, z.T. über regionales Forum Suchtmedizin

## 8 Angebotslücken und bedarfsrelevante Entwicklungstrends

In den *Kapiteln 6 und 7* wurde deutlich, dass die Schweiz über ein ausdifferenziertes, vielfältiges und professionelles Versorgungssystem der Suchthilfe verfügt. Es wurde jedoch auch sichtbar, dass die Angebotslandschaften je nach Kanton ungleich ausdifferenziert und die Steuerungen der Versorgung durch die Kantone unterschiedlich institutionalisiert sind. Um mögliche *gemeinsame Entwicklungspfade* zu identifizieren, werden im Folgenden Angebotslücken und bedarfsrelevante Entwicklungstrends vorgestellt, die im Rahmen der Kantonsvergleiche am häufigsten hervortraten.

Zunächst werden für den Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» die Angebotslücken und die prognostizierte Bedarfsentwicklung innerhalb der einzelnen Angebotstypen dargestellt (*Absatz 8.1*). Die Datenbasis hierfür bilden die schriftlichen Befragungen bei den Anbieterinnen und Anbietern des Fokusbereichs in Form von Selbstdeklarationen. In einem weiteren Schritt wird auf die *Angebotslücken* innerhalb des gesamten Suchthilfesystems eingegangen, auf die die Expertinnen und Experten in den 20 Fokusgruppengesprächen hingewiesen haben (*Abschnitt 8.2*). In den letzten Abschnitten dieses Kapitels werden *bedarfsrelevante Entwicklungstrends* vorgestellt, die von den Expertinnen und Experten in den Fokusgruppen diskutiert wurden. Es wird zwischen *inhaltlichen Trends* (*Abschnitt 8.3*) und *strukturellen Trends* (*Abschnitt 8.4*) unterschieden.

**Limitationen:** Die Ergebnisse des vorliegenden Kapitels basieren auf *der fachlichen Einschätzung* der Verantwortlichen in den Kantonen, der befragten leistungserbringenden Organisationen im Fokusbereich sowie den kantonalen Expertinnen und Experten der Suchthilfe. Die Befragung der Leistungserbringenden im Fokusbereich sowie die Fokusgruppengespräche fanden zwischen Herbst 2021 und Frühling 2022 statt. In diesem Zeitraum war die Corona-Pandemie noch deutlich spürbar. Verzerrungen durch Corona-Effekte gilt es insbesondere bei den Ergebnissen zur Auslastung, der eingeschätzten Bedarfsentwicklung und bei den wahrgenommenen Trends – insbesondere im Hinblick auf die Altersgruppen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – zu berücksichtigen. Ausserdem beruhen die Analysen und Ergebnisse für den Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» auf den Selbstdeklarationen der befragten Anbieterinnen und Anbieter.

## 8.1 Angebotslücken und Bedarfseinschätzung im Fokusbereich

### 8.1.1 Einschätzung der Angebotslücken

Die Suchthilfeanbieterinnen und -anbieter des Fokusbereichs konnten im Rahmen der Befragung (B2) festhalten, ob sie in ihrem Angebotstyp Angebotslücken wahrnehmen und um welche Angebotslücken es sich dabei handelt. Dabei konnten die leistungserbringenden Institutionen die folgenden drei Aussagen zu den Angebotslücken oder die Option «andere Angebotslücken» wählen. Mehrfachantworten waren möglich.

- Nachfrage höher als Angebot
- Bedürfnisse und Wünsche von Nutzerinnen und Nutzern können nicht erfüllt werden
- Erwartungen und Wünsche von zuweisenden Stellen können nicht erfüllt werden

Die Anbieterinnen und Anbieter erhielten zudem die Möglichkeit, ihre wahrgenommenen Angebotslücken in einem freien Textfeld zu beschreiben. Zur besseren Interpretation der nachfolgenden quantitativen Auswertungen wurden die Kommentare in Bezug auf wahrgenommenen Angebotslücken auch gemäss qualitativer Inhaltsanalyse<sup>148</sup> mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet. Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse der Anbieterinnen- und Anbieterbefragung zusammen. In der ersten Spalte wird pro Angebotstyp die Gesamtzahl aller Anbieterinnen und Anbieter, die an der Erhebung teilgenommen haben, dargestellt. Die zweite Spalte weist aus, wie viele der befragten Anbieterinnen und Anbieter in ihrem Angebotstyp Versorgungslücken beobachtet haben. Die Spalten drei bis sechs zeigen, wie häufig die drei verschiedenen Antwortoptionen von den Anbieterinnen und Anbietern genannt wurden, die Angebotslücken konstatierten. Es wird an dieser Stelle darauf verwiesen, dass es sich bei den folgenden Angaben um eine Selbstdeklaration der anbietenden Einrichtungen handelt.

<sup>148</sup> Die qualitative Inhaltsanalyse wurde im Hinblick auf die Interrater-Reliabilität von drei Personen des Forschungsteams in getrennten Arbeitsprozessen durchgeführt.

**Tabelle 28:** Wahrgenommene Angebotslücken der Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich

<b>Angebotstyp</b> <i>(n = Total Anzahl Anbieterinnen und Anbieter im Angebotstyp, die an der Erhebung teilnahmen)</i>	<b>Anteil Anbieterinnen und Anbieter, die Angebotslücken wahrnehmen</b>	<b>Anteil Anbieterinnen und Anbieter, die folgende Antwortoption gewählt haben</b>			
		<b>Nachfrage höher als Angebot</b>	<b>Bedürfnisse und Wünsche der Klientel können nicht erfüllt werden</b>	<b>Erwartungen und Wünsche von zuweisenden Stellen können nicht erfüllt werden</b>	<b>Andere</b>
<b>Typ 1a</b> Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie n = 77	<b>62%</b> n = 48	31%	60%	31%	35%
<b>Typ 2a</b> Stationäre Suchttherapie n = 37	<b>70%</b> n = 26	27%	65%	46%	31%
<b>Typ 3</b> Betreutes institutionelles Wohnen n = 66	<b>71%</b> n = 47	40%	64%	47%	21%
<b>Typ 4</b> Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung n = 30	<b>53%</b> n = 16	56%	63%	44%	19%
<b>Typ 5</b> Ambulante Begleitung in Privatwohnungen n = 32	<b>56%</b> n = 18	44%	72%	44%	11%
<b>Typ 6</b> Familienplatzierungsorganisationen n = 4	<b>75%</b> n = 3	67%	33%	33%	33%
<b>Typ 7</b> Notunterkünfte n = 14	<b>79%</b> n = 11	36%	64%	36%	18%
<b>Typ 8</b> Housing First n = 6	<b>67%</b> n = 4	75%	75%	50%	25%

Im Angebotstyp «Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie (Typ 1a)» nahmen knapp zwei Drittel der Anbieterinnen und Anbieter Angebotslücken wahr. Von diesen 48 leistungserbringenden Organisationen gaben mehr als die Hälfte an, dass sie die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Klientel nicht immer erfüllen können. Seitens dieser Anbieterinnen und Anbieter wurde beispielsweise die anspruchsvolle Vermittlung älterer Suchtbetroffener in stationäre Angebote genannt. Dass die Nachfrage höher als das Angebot ist, und die Bedürfnisse und Erwartungen von zuweisenden Stellen nicht immer erfüllt werden können, wurde von je einem Drittel der Anbieterinnen und Anbieter beobachtet. Aus den schriftlichen Anmerkungen für die gestiegene bzw. hohe Nachfrage, die mit den verfügbaren Angeboten nicht gedeckt werden kann, gingen folgende Gründe hervor: erhöhte psychische Belastung bei Jugendlichen während der Coronapandemie, Öffnung der Online-Casinos und zu wenig personelle Ressourcen in den Beratungsstellen aufgrund des Fachkräftemangels. Ein Drittel der Anbieterinnen und Anbieter (35 %) beobachtete weitere Angebotslücken im Bereich der ambulanten Suchtberatung wie

beispielsweise fehlende Gruppenangebote oder niederschwellige Beratungsstellen, die auch Beratungen im Bereich «Wohnen und Finanzen» übernehmen könnten.

In der «Stationären Suchttherapie (Typ 2a)» beobachteten 70 % der insgesamt 37 Anbieterinnen und Anbieter Versorgungslücken. Dabei schien es oft nicht möglich zu sein, die Bedürfnisse bzw. Erwartungen der Klientel sowie der zuweisenden Stellen zu erfüllen. Im Hinblick auf unerfüllte Wünsche und Bedürfnisse der Klientel wurde seitens der befragten Anbieterinnen und Anbieter angemerkt, dass viele *Jugendliche und junge Erwachsene* zwar Hilfe benötigten, sich jedoch nicht in einem zu engen oder «starren» Rahmen aufhalten möchten. Es sei daher wichtig, möglichst flexible Strukturen zu schaffen und gleichzeitig ausreichend Schutz und Halt sowie eine positive Verlaufsentwicklung zu ermöglichen. Dieser Zugang wurde in den schriftlichen Anmerkungen als zentrales und gleichzeitig herausforderndes Bedürfnis der jüngeren Klientel identifiziert. Je ein Drittel der leistungserbringenden Organisationen beobachtete eine zu hohe Nachfrage in ihrem Angebotstyp oder weitere Angebotslücken bzw. Entwicklungen; beispielsweise wurde auf einen Anstieg von Klinikaufenthalten während der sozialtherapeutischen Therapie verwiesen, da Komorbiditäten zunehmen würden.

Auch im Angebotstyp «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» wies die Mehrheit (71 %) der insgesamt 66 Anbieterinnen und Anbieter auf Angebotslücken hin. Auch in diesem Angebotstyp wurden unerfüllte Erwartungen und Bedürfnisse der Klientel und der zuweisenden Stellen konstatiert. Als Beispiel wurde erwähnt, dass Anfragen von suchtbetroffenen Müttern mit Säuglingen nicht berücksichtigt werden konnten. Von den 47 leistungserbringenden Organisationen, die Angebotslücken feststellten, nahmen 40 % eine höhere Nachfrage als das verfügbare Angebot wahr und 21 % beobachteten weitere Versorgungslücken. Dabei wurde in den schriftlichen Anmerkungen verschiedentlich auf fehlende adäquate Plätze für ältere, eingeschränkte und (teil-)pflegebedürftige Personen mit Suchtthematik verwiesen. Ausserdem wurde der erschwerte Zugang zu psychiatrischen und therapeutischen Angeboten für konsumierende Jugendliche als Herausforderung beschrieben.

Rund die Hälfte (53 %) der insgesamt 30 befragten Leistungserbringenden im Angebotstyp «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» nahmen Angebotslücken in ihrem Angebotstyp wahr. Davon stellten knapp zwei Drittel (63 %) der Anbieterinnen und Anbieter fest, dass die Bedürfnisse und Wünsche der Nutzerinnen und Nutzer nicht immer erfüllt werden könnten und 56 % vermerkten, dass die Nachfrage höher als das gegenwärtige Angebot sei. Etwas weniger häufig (44 %) beobachteten die Leistungserbringenden, dass Erwartungen von zuweisenden Stellen nicht erfüllt werden konnten und ein Fünftel (19 %) stellte weitere Angebotslücken fest. Gemäss mehreren Anbieterinnen und Anbietern fehlt es beispielsweise an finanzierbaren Angeboten für Rentenbezügerinnen und -bezüger, da die Ergänzungsleistungen lediglich einen geringen Beitrag an die Wohnbegleitung leisteten.

18 der 32 Leistungserbringenden im Angebotstyp «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» formulierten Versorgungslücken in ihrem Angebotstyp. Am häufigsten (72 %) wurden dabei Lücken in Bezug auf die Bedürfnisse und Wünsche der Klientel beobachtet. Angebotslücken aufgrund einer zu hohen Nachfrage und aufgrund unerfüllter Erwartungen von zuweisenden Stellen wurden mit je 44 % gleich häufig genannt. Aus den schriftlichen Anmerkungen geht hervor, dass bei der Begleitung von Personen mit Ergänzungsleistungen Finanzierungsschwierigkeiten existieren.

Drei der vier leistungserbringenden Organisationen im Angebotstyp «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» vermerkten Angebotslücken. Zwei Institutionen nahmen eine höhere

Nachfrage als das verfügbare Angebot wahr. Unter anderem wurde angemerkt, dass Angebote für Jugendliche ab dem zwölften Lebensjahr fehlten.

Die Mehrheit (79 %) der insgesamt 14 Anbieterinnen und Anbieter im Angebotstyp «Notunterkünfte (Typ 7)» nahm Angebotslücken wahr. Die befragten Anbieterinnen und Anbieter wiesen darauf hin, dass tagsüber ein Aufenthaltsort drinnen, Angebote für obdachlose Menschen mit Tieren (v. a. Hunde) und Angebote für renitente, gewaltbereite Klientel fehlen würden.

Im Angebotstyp «Housing First (Typ 8)» nahmen insgesamt sechs Leistungserbringende an der Erhebung teil. Vier beobachteten Angebotslücken. In Bezug auf die hohe Nachfrage wurde von den befragten Anbieterinnen und Anbieter v. a. angemerkt, dass generell bezahlbare und bedingungslose Wohnmöglichkeiten für Suchtbetroffene (ohne Veränderungsbereitschaft) fehlen würden.

### 8.1.2 Einschätzung der Bedarfsentwicklung bis 2024

Zur Ermittlung der Bedarfsentwicklung in den Angebotstypen des Fokusbereichs «Therapie, Beratung und Wohnen» wurden die leistungserbringenden Institutionen (Erhebung B2) gefragt, wie sie die Entwicklung der Anzahl Fälle bzw. Plätze in ihrem Angebot in den nächsten drei Jahren einschätzen. Dabei hatten die Anbieterinnen und Anbieter die Möglichkeit, zu deklarieren, ob die Auslastung in ihrem Angebotstyp zunehmen (Pfeil nach oben), abnehmen (Pfeil nach unten) oder gleichbleiben wird (Pfeil in beide Richtungen). Nachfolgende Tabellen zeigen die durchschnittliche Einschätzung der zukünftigen Auslastung pro Angebotstyp und Region (Mittelland/Nordwestschweiz, Ostschweiz, Westschweiz, Zentralschweiz). Die Gesamtzahl aller befragten Anbieterinnen und Anbieter, die eine Einschätzung über die Auslastung im entsprechenden Jahr gemacht haben, wird mit  $n$  = dargestellt. Bei den folgenden Angaben ist zu beachten, dass es sich um eine Selbstdeklaration der leistungserbringenden Einrichtungen handelt. Für deren bessere Einordnung wurden die offenen Kommentarfelder, bei denen die befragten Leistungserbringenden ihre Einschätzung begründen durften, mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

**Tabelle 29:** Einschätzung zukünftiger Auslastung in den Regionen Mittelland/Nordwestschweiz und Westschweiz

Angebotstyp	Ø Einschätzung der zukünftigen Auslastung der Angebote					
	Mittelland/Nordwestschweiz			Westschweiz		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
<b>Typ 1a</b> Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie Mittelland/Nordwestschweiz; 2022: n = 29; 2023: n = 24; 2024: n = 21 Westschweiz: 2022: n = 15; 2023: n = 15; 2024: n = 13	↑	↑	↑	↑	↑	↑
<b>Typ 2a</b> Stationäre Suchttherapie Mittelland/Nordwestschweiz; 2022: n = 16; 2023: n = 12; 2024: n = 9 Westschweiz: 2022: n = 12; 2023: n = 12; 2024: n = 7	↑	↑	↑	↑	↑	↔
<b>Typ 3</b> Betreutes institutionelles Wohnen Mittelland/Nordwestschweiz; 2022: n = 39; 2023: n = 33; 2024: n = 28 Westschweiz: 2022: n = 6; 2023: n = 6; 2024: n = 6	↑	↑	↑	↑	↑	↑
<b>Typ 4</b> Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung Mittelland/Nordwestschweiz; 2022: n = 25; 2023: n = 23; 2024: n = 18 Westschweiz: 2022: n = 1; 2023: n = 1; 2024: n = 1	↔	↑	↑	↑	↑	↑
<b>Typ 5</b> Ambulante Begleitung in Privatwohnungen Mittelland/Nordwestschweiz; 2022: n = 25; 2023: n = 23; 2024: n = 18 Westschweiz: 2022: n = 1; 2023: n = 1; 2024: n = 1	↑	↑	↑	↑	↑	↑
<b>Typ 6</b> Familienplatzierungsorganisationen Mittelland/Nordwestschweiz; 2022: n = 4; 2023: n = 4; 2024: n = 2 Westschweiz: 2022: n = 0; 2023: n = 0; 2024: n = 0	↑	↑	↑	kein Angebot	kein Angebot	kein Angebot
<b>Typ 7</b> Notunterkünfte Mittelland/Nordwestschweiz; 2022: n = 8; 2023: n = 8; 2024: n = 6 Westschweiz: 2022: n = 3; 2023: n = 3; 2024: n = 3	↔	↑	↔	↑	↑	↑
<b>Typ 8</b> Housing First Mittelland/Nordwestschweiz; 2022: n = 2; 2023: n = 1; 2024: n = 0 Westschweiz: 2022: n = 3; 2023: n = 3; 2024: n = 3	↔	↑	keine Angaben	↑	↑	↑

**Tabelle 30:** Einschätzung zukünftiger Auslastung pro Angebotstyp in den Regionen Ostschweiz und Zentralschweiz

Ø Einschätzung der zukünftigen Auslastung der Angebote						
Angebotstyp	Ostschweiz			Zentralschweiz		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
<b>Typ 1a</b> Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie Ostschweiz; 2022: n = 22; 2023: n = 21; 2024: n = 15 Zentralschweiz; 2022: n = 14; 2023: n = 14; 2024: n = 12	↑	↑	↑	↑	↑	↑
<b>Typ 2a</b> Stationäre Suchttherapie Ostschweiz; 2022: n = 2; 2023: n = 2; 2024: n = 1 Zentralschweiz; 2022: n = 4; 2023: n = 4; 2024: n = 4	↑	↑	↔	↑	↔	↔
<b>Typ 3</b> Betreutes institutionelles Wohnen Ostschweiz; 2022: n = 16; 2023: n = 16; 2024: n = 15 Zentralschweiz; 2022: n = 4; 2023: n = 4; 2024: n = 4	↑	↑	↑	↑	↑	↑
<b>Typ 4</b> Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung Ostschweiz; 2022: n = 3; 2023: n = 3; 2024: n = 3 Zentralschweiz; 2022: n = 1; 2023: n = 1; 2024: n = 1	↑	↑	↑	↔	↔	↔
<b>Typ 5</b> Ambulante Begleitung in Privatwohnungen Ostschweiz; 2022: n = 1; 2023: n = 1; 2024: n = 1 Zentralschweiz; 2022: n = 3; 2023: n = 3; 2024: n = 2	↑	↑	↑	↑	↑	↑
<b>Typ 6</b> Familienplatzierungsorganisationen Ostschweiz; 2022: n = 0; 2023: n = 0; 2024: n = 0 Zentralschweiz; 2022: n = 0; 2023: n = 0; 2024: n = 0	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	kein Angebot	kein Angebot	kein Angebot
<b>Typ 7</b> Notunterkünfte Ostschweiz; 2022: n = 2; 2023: n = 1; 2024: n = 1 Zentralschweiz; 2022: n = 0; 2023: n = 0; 2024: n = 0	↑	↔	↔	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
<b>Typ 8</b> Housing First Ostschweiz; 2022: n = 0; 2023: n = 0; 2024: n = 0 Zentralschweiz; 2022: n = 0; 2023: n = 1; 2024: n = 0	↔	kein Angebot	kein Angebot	keine Angaben	↑	keine Angaben

In der Region Mittelland/Nordwestschweiz wurde in den Angebotstypen «Notunterkünfte (Typ 7)» und «Housing First (Typ 8)» am ehesten eine gleichbleibende Auslastung prognostiziert. Bei allen anderen Angeboten wurde für die nächsten Jahre eine höhere Auslastung vorhergesagt. Auch in der Ostschweiz und in der Zentralschweiz nahmen die Anbietenden in den

meisten Angebotstypen eine zunehmende Auslastung der Angebote an. In beiden Regionen wurde die Auslastung im Angebotstyp «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» spätestens ab 2023 als gleichbleibend eingeschätzt. In der Ostschweiz wurde zudem im Angebot der «Notunterkünfte (Typ 7)» und in der Zentralschweiz im Angebotstyp «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» in den kommenden Jahren ein Status quo vorhergesagt. Nicht alle der befragten leistungserbringenden Organisationen kommentierten ihre Einschätzungen bezüglich der zukünftigen Bedarfsentwicklung. Unabhängig vom Angebotstyp wurde häufig auf die sinkende Nachfrage während der Jahre 2020/2021 (Corona-Pandemie) verwiesen. Daher werde für die folgenden Jahre eine Zunahme auf das Niveau von vor Corona erwartet. Eine Steigerung der Nachfrage wurde auch in fast allen Angebotstypen mit der generell zunehmenden psychischen Belastung (v. a. bei jungen Menschen) in der Gesellschaft begründet. Einige leistungserbringende verwiesen in diesem Zusammenhang wiederum auf die Corona-Pandemie, während der die psychische Belastung zugenommen habe. Für die zusätzliche Einordnung der Ergebnisse werden in der nächsten Tabelle einzelne Bemerkungen der Leistungserbringenden nach Angebotstyp aufgeführt.

**Tabelle 31:** Beschreibung aktueller bedarfsrelevanter Entwicklungen

Angebotstyp	Beschreibung aktueller Entwicklungen durch die befragten Anbietenden
<b>Typ 1a</b> Ambulante Suchtberatung und Suchttherapie	Es sei eine fortschreitende «Ambulantisierung» festzustellen. Dies führe zu einer hohen Nachfrage und zur Ausweitung des Angebots: Es müssten vermehrt Aufgaben von der Sozialhilfe oder von andern Suchthilfeangeboten übernommen werden wie z. B. bei der Wohnungssuche, der Finanzverwaltung oder im Kontext der Arbeitstätigkeit. Ausserdem seien Zunahmen bei abhängigen Verhaltensweisen im Bereich des Glücksspiels sowie bei der Anzahl Elternberatungen in Bezug auf die problematische Nutzung digitaler Medien/Gaming zu beobachten.
<b>Typ 2a</b> Stationäre Suchttherapie	Durch die Abhängigkeit von der Finanzierungsbereitschaft der Kostenträgenden sei die zukünftige Nachfrage grundsätzlich schwierig einzuschätzen. Tendenziell sei eine sinkende Bereitschaft der Kostenträger zu beobachten, sozialtherapeutische Therapien zu finanzieren. Bedingt durch kürzere Aufenthalte in KVG-finanzierten Therapien zeigten sich ausserdem fehlende Stabilisierungsphasen, die die Nachfrage nach stationären Suchthilfeleistungen erhöhen würden.
<b>Typ 3 und 4</b> Betreutes institutionelles Wohnen und Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung	Tendenziell wiesen die Fälle einen höheren Betreuungsbedarf (Komorbiditäten) auf. Diese Situation würde mehr Ressourcen erfordern. Aufgrund der Finanzierungsmodelle bestimmter Kantone könnten nicht alle Betroffenen ein Angebot des institutionellen Wohnens nutzen. Die tatsächliche Nachfrage wäre höher, wenn für die Klientel nicht die Gefahr einer Verschuldung bestünde.
<b>Typ 5</b> Ambulante Begleitung in Privatwohnungen	Der Bedarf dürfte sich aufgrund der zunehmenden Orientierung an der Subjektfinanzierung erhöhen. Es sei eine fortschreitende Ambulantisierung zu beobachten; einerseits aus Kostengründen, andererseits gäbe es immer mehr Betroffene, die eine Begleitung und Behandlung in ihrem gewohnten Umfeld (Familie, Wohnort usw.) wünschten.
<b>Typ 6</b> Familienplatzierungsorganisationen	In den Angeboten zeige sich ein zunehmender Anteil Minderjähriger.
<b>Typ 7</b> Notunterkünfte	Die Auslastung unterläge Schwankungen, punktuell werde auch eine Überlastung des Angebots wahrgenommen.
<b>Typ 8</b> Housing First	Der Bedarf würde zunehmen, sobald auch ein Angebot für jüngere Klientinnen und Klienten konzipiert werde. Die Nachfrage steige aufgrund der soziodemografischen und epidemiologischen Entwicklungen schneller als die gegenwärtigen Suchthilfeinstitutionen reagieren könnten. Angebote wie Housing First würden demnach in Zukunft umso wichtiger werden. Die sehr hohe Nachfrage äussere sich in langen Wartelisten.

**Zwischenfazit: Angebotslücken und Bedarfsentwicklung im Fokusbereich**

Im Fokusbereich «Therapie, Beratung und Wohnen» identifizierte die Mehrheit der leistungserbringenden Organisationen zum Befragungszeitpunkt Angebotslücken und erwartete eine Steigerung des Bedarfs bis ins Jahr 2024. 53 % bis 70 % der befragten anbietenden Einrichtungen nahmen *Angebotslücken in dem Angebotstyp* wahr, in dem sie tätig sind. In allen Angebotstypen wurde von mindestens einem Viertel der befragten Organisationen angegeben, dass die Nachfrage höher als das Angebot sei. Mit 75 % war dieser Wert im Typ 8 «Housing First» am höchsten. Zudem gaben 60 % bis 75 % der leistungserbringenden Organisationen an, dass Bedürfnisse und Wünsche der Klientel im Rahmen ihres Angebots nicht erfüllt werden könnten. Bezüglich der *zukünftigen Auslastung* der Angebote erwarten die meisten befragten Leistungserbringer tendenziell eine steigende Auslastung ihrer Angebote bis 2024. Schweizweit wurde insbesondere in den Angebotstypen «Ambulante Suchttherapie (Typ 1a)», «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» und «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» ein gesteigerter Bedarf vermerkt.

**8.2 Angebotslücken im Suchthilfesystem**

Im Rahmen der 20 Fokusgruppengespräche (Erhebung Teil D) wurden die Expertinnen und Experten (n = 181) dazu befragt, wie sie die Versorgungssituation in ihrem Kanton einschätzen und ob sie Angebotslücken wahrnehmen würden. Diese Fokusgruppengespräche wurden mit einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die nachfolgenden Tabellen zeigen, welche Versorgungslücken in den Kantonen am häufigsten festgestellt wurden.

**Tabelle 32:** In den Fokusgruppen-Interviews genannte, nicht-zielgruppenspezifischen Angebotslücken

Angebotsbereich	häufigste genannte Angebotslücken (N = 20 Fokusgruppen mit kantonalen Expertinnen/Experten der Suchthilfe)
<b>Prävention und Sensibilisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilisierungskampagnen und (innovative) Angebote der Prävention (n = 11)</li> </ul>
<b>Beratung und Therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nachsorgestrukturen und intermediäre Angebote (n = 18)</li> <li>aufsuchende, niederschwellige und mobile Angebote (n = 15)</li> </ul>
<b>(Sucht-)Medizin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fachkräfte (n = 11)</li> <li>stationäres/ambulantes Angebot (n = 6)</li> </ul>
<b>Wohnen und Arbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>institutionelle Wohnangebote für Suchtbetroffene (n = 9)</li> <li>ambulante Begleitung (institutionelles Wohnen und Privatwohnungen) (n = 8)</li> <li>bedingungslose Wohnangebote/Housing First (n = 8)</li> <li>Angebote der Arbeitsintegration (n = 5)</li> </ul>
<b>Schadensminderung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Drug Checking, Notunterkünfte, Kontakt- und Anlaufstellen mit und ohne Konsummöglichkeiten (n = 9)</li> </ul>

Im Angebotsbereich der «**Prävention, Aufklärung und Sensibilisierung**» wurde in mehr als der Hälfte aller Fokusgruppen Entwicklungsbedarf identifiziert (n = 11). Dieser richtet sich je nach Fokusgruppe auf generelle oder zielgruppenspezifische Angebote der Prävention und Sensibilisierung, z. B. für Jugendliche oder ältere Menschen, oder auf trendspezifische Sensibilisierungskampagnen, z. B. Medikamentenmischkonsum bei Jugendlichen oder bei in Pflegeheimen lebenden Menschen. Häufig äusserten die Expertinnen und Experten auch den Wunsch nach innovativeren Angeboten in der Prävention, wie beispielsweise die Einbindung von Peers

in zielgruppenspezifische Präventionsprogramme, die am Lebensort der suchtgefährdeten/suchtbetroffenen Personen stattfinden (z. B. in Lehrlingsbetrieben).

Im Bereich der sozialtherapeutischen «**Beratung und Therapie**» konnten zwei zentrale Themenbereiche identifiziert werden. Erstens wurde in zwei Drittel der Fokusgruppen darauf verwiesen, dass mehr **aufsuchende, mobile und niederschwellige Angebote** implementiert oder ausgebaut werden müssten, um suchtgefährdete und suchtbetroffene Personen besser zu erreichen und um die kantonalen bzw. regionalen Suchthilfeangebote bekannter zu machen (n = 15). Zu den bisher nur ungenügend erreichten Zielgruppen zählen, laut den befragten Fachpersonen, nicht nur besonders vulnerable Gruppen, wie z. B. Personen ohne gültigen Aufenthaltsstatus, sondern auch Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung, die gesellschaftlich noch «gut funktionieren» und sich von den gegenwärtigen Suchthilfeangeboten nicht angesprochen fühlen würden. In einzelnen Kantonen wurden in diesem Zusammenhang konkrete Beispiele diskutiert, wo mobile und aufsuchende Angebote verstärkt eingesetzt werden könnten, darunter:

- Notfallstationen
- Freizeitveranstaltungen
- Alters- und Pflegeheime
- Gastronomiebetriebe

Im Weiteren wurde im Bereich «Beratung und Therapie» in fast allen Fokusgruppen deutlich gemacht, dass **Nachsorgestrukturen** und intermediäre Angebote schweizweit implementiert und ausgebaut werden müssten (n = 18). Insbesondere fehle es häufig an Anschlusslösungen nach einer stationären Suchttherapie (n = 9). Angesichts der hohen Auslastung der Psychiatrien bestünde die Notwendigkeit, ein ambulantes Betreuungsangebot für Klientinnen und Klienten zu entwickeln, die in einer Einrichtung arbeiten oder beschäftigt sind und zu Hause wohnen. Diese Betreuung sei wichtig, um in Krisensituationen erneuten stationären Eintritten vorzubeugen («Drehtür-Effekte»).

In rund jeder zweiten Fokusgruppe wurde der **Fachkräftemangel** in der **Suchtmedizin** thematisiert. Zum einen sei der generelle, schweizweite Fachkräftemangel in der Medizin besonders im Bereich der (Jugend-)Psychiatrie spürbar (n = 10). Der Fachkräftemangel in der Psychiatrie führe zu einer Überlastung von stationären Einrichtungen und Ambulatorien und dementsprechend lang seien die Wartezeiten. Zum anderen wurde in den Fokusgruppen ebenfalls deutlich, dass der **Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten** auch im Suchthilfesystem spürbar sei. Die Angebotslücke äussere sich beispielsweise in der erschwerten Suche nach einer ärztlichen Begleitung von OAT-Behandlungen (n = 7). In sieben Fokusgruppengesprächen wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass bei einigen medizinischen Fachkräften eine fehlende Bereitschaft und/oder fehlende Kompetenzen für die Betreuung und Behandlung von Suchtbetroffenen mit komplexeren Krankheitsbildern festzustellen sei. In drei Fokusgruppengesprächen wurde der Mangel an einer Tagesklinik bzw. die geringe Kapazität in den Tageskliniken im Kanton thematisiert.

Weitere Lücken wurden bei intermediären Angeboten identifiziert und beziehen sich auf den Angebotsbereich «**Wohnen, Arbeit und Beschäftigung**». Die befragten Expertinnen und Experten nehmen eine hohe Nachfrage nach institutionellen Wohnangeboten wahr. In fast jedem zweiten Fokusgruppengespräch wurde ein Mangel an geeigneten (betreuten) institutionellen Wohnformen geäußert. Daneben sei auch die ambulante Begleitung und Betreuung von suchtbetroffenen Menschen in Privatwohnungen und/oder institutionellen Wohnformen ein

wichtiges Nachsorgeangebot, das in vielen Regionen noch ungenügend vorhanden sei (n = 8). Für Personen mit einer Suchterkrankung, die eine geringere Veränderungsbereitschaft oder eine komplexere Erkrankung aufweisen, sei es oft schwierig, selbstständig eine eigene Wohnung zu finden und diese zu halten. Aus diesem Grund wurde in rund jedem dritten Fokusgruppengespräch gefordert, dieser Zielgruppe einen bedingungslosen Wohnraum (d. h. ohne Auflagen zur Therapie, Abstinenz usw.), wie Angebote des Housing First, zur Verfügung zu stellen (n = 8). In fünf Fokusgruppengesprächen verwiesen die Expertinnen und Experten auf fehlende bzw. ungenügend vorhandene Angebote der Arbeitsintegration für Suchtbetroffene. Die berufliche Wiedereingliederung sei elementar für eine erfolgreiche Stabilisierungsphase.

Im Angebotsbereich «**Schadensminderung**» wurden in den Fokusgruppen-Interviews Angebotslücken in Bezug auf Angebote zur Eindämmung des risikoreichen (Freizeit-)Konsums (z. B. Drug Checkings), Notunterkünfte sowie niederschwellige Angebote der Schadensminderung (z. B. Kontakt- und Anlaufstellen mit und ohne Konsummöglichkeit, Angebote der «Gassenküche») beobachtet (n = 9). Zum einen fehlten solche Angebote gänzlich in einigen Kantonen oder der Regionen. Zum anderen sollten die bestehenden Angebote niederschwelliger und erreichbarer ausgestaltet werden (z. B. ortsnah, anonym, altersunabhängig).

Die kantonalen Expertinnen und Experten nannten zudem Angebotslücken für bestimmte Zielgruppen. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die in den Fokusgruppen am häufigsten genannten zielgruppenspezifischen Angebotslücken.

**Tabelle 33:** Wahrgenommene zielgruppenspezifische Angebotslücken

Zielgruppe	häufigste genannte Angebotslücken (N = 20 Fokusgruppen mit kantonalen Expertinnen/Experten der Suchthilfe)
<b>Kinder und Jugendliche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• generelle Versorgungslücke (n = 14)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ suchtmedizinische Angebote (n = 3)</li> <li>○ Prävention und sozialtherapeutische Beratung (n = 8)</li> <li>○ aufsuchende und niederschwellige Angebote (n = 3)</li> <li>○ Wohnangebote (n = 4)</li> <li>○ Schadensminderung (n = 2)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Menschen im Rentenalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• generelle Versorgungslücke (n = 14)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ spezialisierte Betreuungs- und Wohnangebote (n = 12)</li> <li>○ aufsuchende Angebote, Sensibilisierungsprogramme in Bezug auf Alkoholkonsum und/oder Medikamentenmissbrauch (n = 8)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Menschen ohne Kenntnisse einer Landessprache/ohne Aufenthaltserlaubnis; Menschen im Asylverfahren, Flüchtlinge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fremdsprachige Angebote und auf die Bedürfnisse von Flüchtlingen und Asylsuchenden spezialisierte Angebote (n = 5)</li> </ul>
<b>Menschen mit abhängigem Verhalten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• auf Verhaltenssuchte spezialisierte Angebote (n = 5)</li> </ul>
<b>Mütter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierungsangebote (n = 2)</li> <li>• Therapieangebote (stationäre Therapie, Wohnangebote) (n = 2)</li> </ul>

Die am häufigsten genannten zielgruppenspezifischen Versorgungslücken wurden im Hinblick auf die beiden Altersgruppen «**Kinder und Jugendliche**» sowie «**Menschen im Rentenalter**» festgestellt. Lücken bei diesen beiden Altersgruppen adressieren je 14 Fokusgruppen. In einzelnen Fokusgruppen wurden gezielte Angebotsbereiche genannt, in denen die Expertinnen und Experten Handlungsbedarf identifizierten. Für die Gruppe der *Kinder und Jugendlichen* sind dies in erster Linie auf sie ausgerichtete Präventionsangebote und sozialtherapeutische Beratungsangebote mit dem Ziel der Frühintervention und der Risikoaufklärung, wie z. B. in Bezug auf den Mischkonsum oder den Konsum von E-Zigaretten, Schnupf- oder Kautabak. Aber auch mehr aufsuchende und niederschwellige Angebote, die sich an den Lebensorten (z.

B. Schule, Berufsbildung, Social Media) und Lebensformen (z. B. öffentliche Freizeitveranstaltungen, Orte, an denen öffentlich konsumiert wird) der Jugendlichen orientierten, wurden in einzelnen Fokusgruppen gefordert (n = 3). Als Nachtrag hierzu wurde von Seiten der Expertinnen und Experten des Soundingboards II darauf hingewiesen, dass auch die Prävention eine Spezialisierung bzw. eine Differenzierung in der Kommunikation zwischen Jugendlichen und Erwachsenen anstreben sollte. In vier Fokusgruppen wurde eine gesteigerte Nachfrage nach Wohnangeboten für Jugendliche beobachtet. Diese seien insbesondere dann wichtig, wenn Jugendliche in prekären Familiensituationen aufwachsen würden, die eine erfolgreiche Therapie bzw. Stabilisierungsphase gefährden würden. In zwei Fokusgruppen wurde darauf hingewiesen, dass die gegenwärtigen Angebote der Schadensminderung (z. B. Drug Checking) nur für Erwachsene zugänglich seien und dadurch eine Versorgungslücke bei den Jugendlichen verursacht werde. Dabei wären die Angebote der Schadens- und Risikominimierung besonders wichtig für diese Zielgruppe, da zwar häufig noch keine Suchterkrankung vorhanden, der risikohaftere Freizeitkonsum jedoch verbreitet sei. Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Hemmschwelle bei Jugendlichen in Bezug auf die Inanspruchnahme von professioneller Beratung und Unterstützung höher ausfällt als bei suchtbetroffenen Erwachsenen. Umso wichtiger sei die niederschwellige Ausgestaltung (z. B. ortsnah, anonym) der Angebote im Bereich Schadens- und Risikominimierung.

Für *Menschen im Rentenalter* wurde Handlungsbedarf in Bezug auf die Sensibilisierung dieser Zielgruppe im Hinblick auf den risikoreichen Alkohol- und Medikamenten(misch)konsum festgestellt. Wobei auch mehr Schulungen für involvierte Akteurinnen und Akteure (z. B. Mitarbeitende im Pflegeheim, von Pro Senectute, Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex-Fachpersonen usw.) gefordert wurden. In der Mehrheit der Fokusgruppen wurde auf die grosse Versorgungslücke im Hinblick auf geeignete Wohnmöglichkeiten für suchtbetroffene ältere Menschen verwiesen. Gegenwärtig seien die Alters- und Pflegeheime in der Regel nicht auf Menschen mit einer Suchterkrankung ausgerichtet, und Wohnangebote der Suchthilfe seien nicht in der Lage, ältere Menschen, die häufig altersbedingte Komorbiditäten aufweisen würden, bis ins hohe Alter zu betreuen (u. a. aufgrund fehlender finanzieller Grundlagen oder fachlicher Ressourcen).

In je fünf Fokusgruppengesprächen identifizierten die Expertinnen und Experten zudem Angebotslücken in Bezug auf **fremdsprachige Angebote** und **spezifische Angebote für Verhaltensüchte**. Migrantinnen und Migranten ohne Kenntnisse einer Landessprache, Menschen ohne Aufenthaltsbewilligung oder Asylsuchende und Flüchtlinge zählten häufig zu den besonders vulnerablen Gruppen in der Gesellschaft. Häufig seien diese Gruppen von Mehrfachstigmatisierung betroffen und würden vom gegenwärtigen Suchthilfesystem nur ungenügend erreicht. Zudem gäbe es kaum fremdsprachige Suchthilfeangebote in der Schweiz. Im Weiteren wurde in einzelnen Fokusgruppen auch darauf verwiesen, dass Personen mit einer substanzungebundenen Sucht spezifische (stationäre) Therapieangebote benötigen würden.

Im Zusammenhang mit **geschlechtsspezifischen Angeboten** wurden ausschliesslich Angebotslücken bei der Versorgung von Müttern beobachtet. In insgesamt vier Fokusgruppengesprächen wurde festgestellt, dass frauenspezifische Sensibilisierungskampagnen (z. B. Substanzkonsum während der Schwangerschaft/Stillzeit) und allgemein Angebote für Mütter mit Kindern fehlten.

### **Zwischenfazit: Versorgungslücken im Suchthilfesystem**

Die in den Fokusgruppen befragten Expertinnen und Experten identifizierten Versorgungslücken in drei Handlungsfeldern der Suchthilfe. Im *Handlungsfeld 1 Prävention und Gesundheitsförderung* sahen sie insbesondere einen Entwicklungsbedarf hinsichtlich von Angeboten zur gezielten Sensibilisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen. In *Handlungsfeld 2 Beratung und Therapie* wurde schweizweit auf den Mangel an Nachsorgestrukturen für Wohnen und Arbeit sowie aufsuchenden, mobilen oder anderen Formen an niederschweligen Angeboten hingewiesen. Auch im *Handlungsfeld 3 Schadensminderung und Risikominimierung* wurde in der Mehrzahl der Fokusgruppeninterviews auf fehlende Wohnangebote (Housing First und Notunterkünfte), fehlende Drug Checkings und fehlende Kontakt- und Anlaufstellen hingewiesen. Das *Handlungsfeld 4 Regulierung und Vollzug* kam in den Fokusgruppen kaum zur Sprache. Die am häufigsten genannten zielgruppenspezifischen Versorgungslücken wurden bei den Altersgruppen «Kinder und Jugendliche» sowie «Menschen im Rentenalter» festgestellt.

## **8.3 Inhaltliche Entwicklungstrends**

Die inhaltliche Gestaltung der Angebote der Suchthilfe ist von vielfältigen Kontextbedingungen abhängig, weshalb sich die Angebote fortlaufend weiterentwickeln. Für die Steuerung der Suchthilfe durch die Kantone ist die Berücksichtigung von sich abzeichnenden Veränderungen eine wichtige Grundlage. Im Projekt wurden deshalb im Rahmen der 20 Fokusgruppengespräche die 181 Expertinnen und Experten gefragt, welche inhaltlichen Trends sie in ihren Institutionen und in ihrem Kanton beobachten. In den Kantonsportraits wurden die lokalen inhaltlichen Entwicklungstrends für jeden Kanton separat dargestellt. Die vergleichende inhaltsanalytische Auswertung der Fokusgruppen<sup>149</sup> machte deutlich, dass sich gewisse Veränderungen unabhängig vom lokalen bzw. kantonalen Kontext zeigen. Diese inhaltlichen Entwicklungstrends werden im Folgenden erläutert und sind in der nachfolgenden Tabelle zusammenfassend dargestellt. Sie umfassen die zunehmende Komplexität der Problemlasten der Nutzerinnen und Nutzer, die Erweiterung der Klientel bezüglich Lebensphasen und Identitäten sowie Veränderungen in den Konsumformen und Konsumprävalenzen der Nutzerinnen und Nutzer. Die Berücksichtigung dieser generellen Entwicklungstrends eröffnet für die Steuerung der Suchthilfe Möglichkeiten für interkantonale Kooperationen. In der nächsten Tabelle sind die am häufigsten genannten Entwicklungstrends zusammengefasst.

<sup>149</sup> Interrater-Reliabilität: Die qualitativen Inhaltsanalysen wurden in getrennten Arbeitsgängen von mehreren Personen des Forschungsteams in MAXQDA durchgeführt.

**Tabelle 34:** Inhaltliche Entwicklungstrends (Zielgruppen, Konsumformen, Substanzen, Verhalten)

<b>wahrgenommene Veränderungen und erwartete Entwicklungstrends</b>	<b>häufig genannte Entwicklungstrends</b> (N = 20 Fokusgruppen mit kantonalen Expertinnen/Experten der Suchthilfe)
<b>Problemlasten</b>	
<b>zunehmende Komplexität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mehr Suchtbetroffene mit Komorbiditäten, multiplen Abhängigkeiten und Mehrfachbelastungen (n = 17)</li> </ul>
<b>Individualisierung der Angebote</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gesteigerte Ansprüche und Erwartungen der Klientel fördern eine Individualisierung der Angebote (n = 13)</li> </ul>
<b>Lebensphasen und Geschlecht</b>	
<b>Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zunehmender Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen als Ausdruck einer zunehmenden psychischen Belastung (n = 7)</li> <li>• Verharmlosung des Konsums/«Experimenteller» Mischkonsum (n = 10)</li> </ul>
<b>Personen im Rentenalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zunehmende Anzahl suchtbetroffener Personen im fortgeschrittenen Alter (n = 11)</li> </ul>
<b>Frauen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil der Frauen in Suchthilfeangeboten wächst langsam, aber kontinuierlich (n = 4)</li> </ul>
<b>Konsumformen und Prävalenzen</b>	
<b>Konsumformen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zunehmender multipler Substanzgebrauch (n = 14)</li> <li>• zunehmende Verbreitung des Substanzkonsums im Zusammenhang mit dem Sexualverhalten («Chemsex») (n = 3)</li> </ul>
<b>zunehmende Prävalenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• substanzungebundene Abhängigkeiten (n = 16)</li> <li>• Missbrauch von psychoaktiven Medikamenten (n = 12)</li> <li>• Kokain (n = 6)</li> <li>• Cannabis (n = 5)</li> <li>• Tabak (n = 4)</li> <li>• Methamphetamin/Crystal Meth (n = 2)</li> </ul>
<b>rückgängige Prävalenzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heroin (n = 7)</li> </ul>
<b>höchste Problemlast, höchste Konsumprävalenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkohol (n = 11)</li> </ul>

Gemäss den befragten Fachpersonen aus 17 Fokusgruppengesprächen kann seit einigen Jahren eine *kontinuierliche Steigerung der Komplexität der Fälle* festgestellt werden. Dies ist insbesondere damit verbunden, dass Suchtbetroffene immer häufiger (psychische) Komorbiditäten aufweisen oder von Mehrfachproblematiken (z. B. multiple Abhängigkeiten, Gewalterfahrungen, prekäre Lebensverhältnisse) betroffen sind. Auch das Spektrum an aktiv konsumierten Substanzen bzw. problematischen Verhaltensweisen, insbesondere im digitalen Bereich, vergrösserte sich seit der Entstehung des Suchthilfesystems. Die Behandlung der Betroffenen sei dadurch komplexer, wobei sich gleichzeitig auch die Ansprüche der Klientel an das Suchthilfeangebot erhöht hätten (n = 13). Die Bereitschaft der Suchtbetroffenen, sich an gegebene institutionelle Strukturen anzupassen, sei in den letzten Jahren gesunken. Diese Entwicklungen erforderten eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Fallebene. Einige Expertinnen und Experten verwiesen darauf, dass gegenwärtig oft doppelt so viele Fachpersonen in das Versorgungsnetzwerk (medizinische Stellen, therapeutische Versorgung, Sozialdienste und Justiz) eines Falles involviert seien als noch vor zehn Jahren. Problematisch sei diese Entwicklung deshalb, so einzelne Expertinnen und Experten, weil die Steigerung des Betreuungs- und Versorgungsbedarfs kaum Einfluss auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen hätte. Die Folge sei, dass Fachpersonen bei gleichbleibenden oder sogar abnehmenden Ressourcen auf die gesteigerten Ansprüche reagieren müssten.

Im *Abschnitt 8.2.* wurde die schweizweite Versorgungslücke in Bezug auf zielgruppenspezifische Angebote für *Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene* aufgezeigt. In den Fokusgruppengesprächen wurden zwei Veränderungen identifiziert, die den gesteigerten Bedarf an Suchthilfeangeboten für junge Menschen erklären. Einerseits beobachteten die Expertinnen und Experten, dass Kinder und Jugendliche immer häufiger und stärker psychisch belastet sind ( $n = 7$ ). Es wurden diesbezüglich insbesondere die gegenwärtige Multioptionalität bei gleichzeitig steigendem Druck seitens der Gesellschaft (z. B. Ziel der Selbstverwirklichung, Status und Geld) und der Schul- und Arbeitsintegration sowie die gestiegenen Ansprüche und Anforderungen an die Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Kontext der Digitalisierung hervorgehoben, dies vor allem in den Bereichen Bildung, Arbeit und Freizeit. Diese Entwicklung hat sich seit Ausbruch der Corona-Pandemie nochmals deutlich verstärkt. Andererseits gab es Fokusgruppen, in denen die Fachpersonen noch andere Hintergründe für den zunehmenden Trend von suchtgefährdeten und suchtbetroffenen Jugendlichen deutlich machten: Im Vergleich zu den älteren Kohorten hätten Jugendliche heute mehr Möglichkeiten, sich zu vernetzen, inspirieren zu lassen sowie ihre Experimentierfreude auszuleben. Durch neue Beschaffungswege, z. B. über verschlüsselte Telekommunikationskanäle oder das Darknet, erhielten Jugendliche einen potenziell «einfacheren» Zugang zu illegalen Substanzen. Ausserdem seien ein noch schwach ausgeprägtes Risikobewusstsein, d. h. die Unterschätzung der Gefahren, bzw. Selbstüberschätzung wichtige, *entwicklungsbedingte Faktoren*, die zum zunehmenden (experimentellen) Substanz(misch)konsum bei jungen Menschen führen würden ( $n = 10$ ).

In Bezug auf die Altersgruppe der *Rentnerinnen und Rentner* lassen sich zwei Entwicklungstrends feststellen ( $n = 16$ ): Zum einen leben immer mehr Personen mit einer (chronifizierten) Suchterkrankung, die das höhere Alter erreichen und spezifische Betreuungs- und Behandlungsbedürfnisse aufweisen. Diese Entwicklung liesse sich insbesondere bei Personen erkennen, die in den 1980er- und 1990er-Jahren mit dem Heroinkonsum begonnen haben und mittlerweile, häufig dank Substitutionstherapien, ein höheres Alter erreichen. Zum anderen geraten gemäss den befragten Expertinnen und Experten in den letzten Jahren vermehrt suchtgefährdete oder suchtbetroffene Personen im Rentenalter in den Fokus der Prävention und Suchthilfe, weil diese Altersgruppe besonders gefährdet sei, erstmalig eine Suchterkrankung zu entwickeln (z. B. aufgrund fehlender Tagesstruktur, sozialer Isolation). Einige Expertinnen und Experten verwiesen zudem auf die schwierige Situation der Fachpersonen in Alters- und Pflegeheimen, die Personen mit rezeptpflichtigen Beruhigungs- und Schlafmitteln und/oder mit einem problematischem Alkoholkonsum zu betreuen haben. In diesen Institutionen komme häufig die Frage auf, ab wann und bis zu welchem Zeitpunkt in die persönliche Freiheit der Bewohnenden bei der Gestaltung ihres Lebensabends eingegriffen werden solle.

In der Mehrheit der Fokusgruppen ( $n = 14$ ) diskutierten die Expertinnen und Experten darüber, dass seit einigen Jahren Personen, die mehrere Substanzen konsumieren, keine Ausnahme mehr darstellen. Dies trifft insbesondere auch auf Jugendliche und junge Erwachsene zu. Während früher «klassische» Alkohol- oder Heroinabhängige nur diese Substanzen konsumierten, würden heute viel häufiger verschiedene Substanzen je nach erstrebter Wirkung konsumiert. Dieser Trend habe auch Auswirkungen auf die therapeutischen Ansätze. Vielfach würden heute mit den Klientinnen und Klienten, je nach konsumierter Substanz oder abhängigem Verhalten, individuelle Behandlungsziele festgelegt (z. B. Substitution bei Heroin, Abstinenz bei Alkohol, Konsumreduktion bei Nikotin). Dabei sei es zentral, gemäss einigen kantonalen Fachpersonen, in der Therapie darauf zu achten, dass es nicht zu einer Suchtverlagerung komme, bei der die Betroffenen beispielsweise das Hauptproblem Alkohol mit Cannabis ersetzen. Die

entsprechende Individualisierung der Behandlung stützt sich daneben auch auf die individuelle Lebenslage, die Motivation und weiteren persönlichen Faktoren.

In vier Fokusgruppen wurde von den Expertinnen und Experten in den letzten Jahren eine *Steigerung des Frauenanteils* in Suchthilfeangeboten beobachtet. In Bezug auf Veränderungen im Konsumverhalten wurde in drei Fokusgruppen erwähnt, dass eine Zunahme von «Chemsex» (= Sex unter Einfluss von psychoaktiven Substanzen) beobachtbar sei.

Bei den Entwicklungstrends in Bezug auf verschiedene Prävalenzen zeigte sich, dass in jeder zweiten Fokusgruppe die Expertinnen und Experten nochmals betonten, dass Alkohol, im Vergleich zu anderen psychoaktiven Substanzen, nach wie vor die grösste gesellschaftliche Problemlast und das häufigste Hauptproblem bei Suchthilfenutzerinnen und -nutzern darstelle. In einigen Fokusgruppen wurde zwar beobachtet, dass Jugendliche und junge Erwachsene weniger häufig regelmässig risikohaft Alkohol konsumieren würden, dafür jedoch eine tendenzielle Steigerung des regelmässigen risikohaften Konsums bei den älteren Generationen festzustellen sei. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sei hingegen der episodisch risikohaft Alkoholkonsum zunehmend, d. h. die Konsumation von mindestens einmal im Monat innerhalb von wenigen Stunden mehr als fünf (Männer) oder vier (Frauen) Standardgläser<sup>150</sup> zu trinken. Gemäss den kantonalen Fachpersonen ist die gesellschaftliche Toleranz des Alkoholkonsums nach wie vor sehr hoch und die negativen Folgen würden in allen Altersgruppen immer noch zu häufig unterschätzt. Nur bei Heroin stellten die Expertinnen und Experten in einigen Fokusgruppen seit einigen Jahren einen Rückgang in der Prävalenz fest (n = 7). Die Zahl der Erstkonsumierenden stagniere seit Jahren auf einem sehr tiefen Niveau und es werde eine Alterung der Gruppe der Heroinkonsumierenden beobachtet. Gemäss einigen Fachpersonen ist bei konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Abneigung gegen Heroin spürbar. In diesem Zusammenhang wurde in einzelnen Fokusgruppengesprächen auch darauf verwiesen, dass zwar Heroin «nicht mehr im Trend sei», doch stark Opioid-haltige Medikamente sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel immer häufiger problematisch konsumiert würden. In zwölf Fokusgruppen wurde darauf verwiesen, dass immer mehr Menschen rezeptpflichtige, psychoaktive Medikamente missbräuchlich konsumieren und dadurch eine Abhängigkeit entwickeln könnten. Von medizinischen Fachpersonen, aber auch seitens der Krankenkassen, wird erwartet, die kontrollierte Abgabe von risikoreichen Psychopharmaka einzuhalten und zu beobachten. Auf die Abgabe von Grosspackungen sollte verzichtet werden, insbesondere bei Medikamenten mit sehr hohem Abhängigkeitspotenzial. Als besonders gefährdete Zielgruppen wurden in diesem Zusammenhang Jugendliche, Frauen im mittleren Alter und Personen im Rentenalter identifiziert.

In sechs Fokusgruppen wurde von einer (starken) *Zunahme des Kokainkonsums* gesprochen, der in vielen Kantonen eine grosse Belastung des öffentlichen Lebens darstelle. In zwei Fokusgruppen wurde davon gesprochen, dass Jugendliche und junge Erwachsene beim Rauchen von Kokain im öffentlichen Raum beobachtet wurden. Die Verbreitung des Kokainkonsums bedarf nach Einschätzung der kantonalen Fachpersonen besonderer Aufmerksamkeit. Eine Zunahme bei der *Cannabisprävalenz* wurde in fünf Fokusgruppen diskutiert. Die steigende Tendenz trifft insbesondere auf die Altersgruppe der Jugendlichen zu. Aber auch generell wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass Cannabis in der Gesellschaft immer weniger als «illegale und gefährliche» Substanz angesehen wird und auch die Toleranz des öffentlichen Konsums sehr hoch sei. In vier Fokusgruppen wurden auch Trends in Bezug auf den *Tabakkonsum* diskutiert. Einerseits sei die Entwicklung mit immer neueren (auf Jugendliche

<sup>150</sup> Als Beispiel für Standardgläser, die zwischen 10 bis 23 g reinen Alkohol umfassen: 1 dl Wein, 3 dl Bier

abgestimmte) Tabakprodukten problematisch, die oft ohne Regulierung eingeführt würden. Zwar sei der Konsum der herkömmlichen Zigarette bei Jugendlichen rückläufig, dieser Konsum würde von ihnen aber immer häufiger durch E-Zigaretten, Kau- und/oder Schnupftabak ersetzt. Insbesondere in kleineren Bergkantonen sei die Schnupfkultur in der Bevölkerung so stark etabliert und toleriert, dass der Schnupftabak auch von Kindern und Jugendlichen öffentlich konsumiert werde. Seitens der Leistungserbringenden aus dem Bereich der ambulanten Suchtmedizin wurde diesbezüglich auch angemerkt, dass sie bei den meisten Patientinnen und Patienten den Tabakkonsum nicht proaktiv als Problem thematisieren. Es sei zwar ein Bewusstsein für die hohe Problemlast da, dennoch zähle Tabak häufig nicht zu einer der Substanzen mit hohem Interventionsbedarf. Angesichts der Ergebnisse aus dem Abschnitt 6.2.4, könnte diese Aussage auch für die Mehrheit der Leistungserbringenden im Fokusbereich zutreffen. In zwei Fokusgruppen verwiesen die Expertinnen und Experten auch auf eine Zunahme der Prävalenz bei *Methamphetamin/Crystal Meth*.

### **Zwischenfazit: Inhaltliche Entwicklungstrends**

In Bezug auf die *inhaltliche Gestaltung der Angebote* konnten bei der Analyse aller Fokusgruppen-Interviews *inhaltliche Entwicklungstrends* in drei Themenfeldern identifiziert werden: *Ers- tens* werden die Fälle komplexer aufgrund von Komorbiditäten, Mehrfachbelastungen, Mehrfachanbindung an Hilfesysteme und weil sich die Klientel immer mehr individualisiert und auf sie zugeschnittene Angebote wünscht. *Zweitens* treffen Fachpersonen vermehrt auf Zielgruppen, für die entsprechend spezialisierte Angebote fehlen, dazu gehören Kinder/Jugendliche und junge Erwachsene, Personen im Rentenalter und Mütter bzw. Schwangere. *Drittens* verändern sich die Konsumformen und Prävalenzen: Insbesondere wird eine Zunahme von Mischkonsum und multiplem Substanzmissbrauch wahrgenommen sowie steigende Prävalenzen bei substanzungebundenen Abhängigkeiten. Trotz dieser Veränderungen wird darauf hingewiesen, dass beim Alkohol nach wie vor die höchste Problemlast besteht und der Heroinkonsum tendenziell rückläufig ist.

## **8.4 Strukturelle Entwicklungstrends und Handlungsbedarf**

Die Angebote der Suchthilfe sind auch von strukturellen Rahmenbedingungen (Politik, Finanzierung, Steuerung, Kooperation) abhängig. Für die Steuerung der Suchthilfe durch die Kantone ist die Berücksichtigung von sich abzeichnenden Veränderungen dieser Rahmenbedingungen eine wichtige Grundlage. Im Rahmen der 20 Fokusgruppengespräche mit Expertinnen und Experten wurde deshalb auch gefragt, welche strukturellen Veränderungen sie auf Ebene des Gesamtsystems, der Leistungserbringung und der Fallsteuerung beobachten, was das für ihre Arbeit bedeutet und welche Handlungsfelder sich aus ihrer Sicht eröffnen. In den Kantonsportraits wurden die lokalen strukturellen Entwicklungstrends für jeden Kanton separat dargestellt. Die vergleichende inhaltsanalytische Auswertung der Fokusgruppen<sup>151</sup> machte deutlich, dass sich gewisse Veränderungen unabhängig vom lokalen Kontext zeigen. Diese geteilten strukturellen Entwicklungstrends und Handlungsfelder werden im Folgenden erläutert, um Möglichkeiten für die interkantonale Zusammenarbeit zu eröffnen.

<sup>151</sup> Interrater-Reliabilität: Die qualitativen Inhaltsanalysen wurden in getrennten Arbeitsgängen von mehreren Personen des Forschungsteams in MAXQDA durchgeführt.

### 8.4.1 Entwicklungstrends im Bereich «Finanzierung»

In den Fokusgruppen wurden Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen diskutiert (Politik, Finanzierungsstrukturen, Steuerung). Dabei hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, aktuelle Entwicklungen oder zukünftige Veränderungsmöglichkeiten einzuschätzen und zu diskutieren. Die nachfolgenden Tabellen fassen die am häufigsten genannten strukturellen Veränderungen der Fokusgruppen-Interviews in den Themenbereichen «Finanzierung», «Suchtpolitik/kantonale Steuerung» sowie «Kooperation und Koordination» zusammen.

**Tabelle 35:** Strukturelle Entwicklungstrends im Bereich «Finanzierung»

Entwicklungsthema	häufig genannte Trends (N = 20 Fokusgruppen mit kantonalen Expertinnen/Experten der Suchthilfe)
<b>Finanzierungslücken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zeitaufwändige Schnittstellenarbeit und Vernetzungstätigkeiten (n = 15)</li> <li>• kantonale Sparprogramme und mangelnde Ressourcenbereitstellung durch den Kanton (n = 8)</li> <li>• fehlende Förderung innovativer Ansätze/Pilotprojekte (n = 6)</li> </ul>
<b>Medizinalisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ökonomische Fehlanreize bei der Indikation einer stationären Therapie (n = 11)</li> <li>• Auslastungs- und Finanzierungsprobleme bei stationären Sozialtherapien (n = 14)</li> </ul>
<b>Herausforderungen durch Finanzierungsstrukturen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungleichbehandlung von Zielgruppen (n = 14)</li> <li>• hoher administrativer Aufwand (n = 7)</li> </ul>

In der Mehrheit (n = 15) der durchgeführten Fokusgruppen-Interviews machten die Expertinnen und Experten auf die *fehlende Finanzierung der Schnittstellen- und Vernetzungsarbeit* unter den Leistungserbringenden aufmerksam. Die fehlende Schnittstellenfinanzierung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich der Suchthilfe stelle die mehrheitlich subjektfinanzierten Suchthilfeinstitutionen vor grossen Herausforderungen. Es wurde der Wunsch geäussert, die Schnittstellenfinanzierung längerfristig in allen Tarifsystemen zu regeln. In acht Fokusgruppen wurde die kantonale Verwaltung für die eingeführten *Sparmassnahmen* oder für die mangelhafte Ressourcenbereitstellung für notwendige Weiterentwicklungen im Suchthilfe-system kritisiert. Häufig wurde in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass zu wenig innovative Ansätze und Pilotprojekte durch den Kanton gefördert würden (n = 6).

Der Entwicklungstrend der «*Medizinalisierung*», d. h. der *Verlagerung des Suchthilfeangebots in den von Krankenkassen finanzierten (KVG) Bereich*, wurde in den Fokusgruppen aus mehreren Perspektiven diskutiert. Fachpersonen aus elf Fokusgruppen bemängelten, dass über die Zuweisung in stationäre Therapieeinrichtungen vor allem aufgrund des Finanzierungsmechanismus und der Kostenbeteiligung der Kostenträger entschieden werde als aufgrund der fachlichen Indikation. Dies sei insbesondere dann zu beobachten, wenn Gemeinden sowohl Indikationsstellen als auch Kostenträgerinnen seien. Die Expertinnen und Experten forderten, dass die Finanzierungsmechanismen der Suchthilfe so ausgestaltet werden müssten, dass für die Wahl der Angebote nicht finanzielle Anreize, sondern die fachliche Indikation wegleitend sei.

Die Expertinnen und Experten konstatierten in jüngster Zeit tendenziell eine *Bevorzugung KVG-finanzierter Therapieangebote* und sprechen in diesem Kontext von einer zunehmenden Ökonomisierung der Suchthilfe. In der Folge stünden stationäre sozialtherapeutische Angebote unter hohem wirtschaftlichem Druck und hätten unter Umständen mit Auslastungs- und mit Finanzierungsproblemen (n = 14) zu kämpfen. Die Fachpersonen kritisierten das mangelnde

Bewusstsein seitens gewisser Kostenträgerinnen und -träger für den fachlich indizierten Ressourcenbedarf einer erfolgreichen Suchttherapie und einer nachhaltigen sozialen Integration. Weitere Befürchtungen in diesem Zusammenhang waren, dass eine Verlagerung der Finanzierung der Suchthilfeangebote in den KVG-Bereich die kantonalen Steuerungsmöglichkeiten stark einschränken und steigende Krankenkassenprämien verursachen würden.

Im Zusammenhang mit der Medizinalisierung, aber auch unabhängig davon, diskutierten die Fachpersonen in der Mehrheit der Fokusgruppengespräche (n = 14) die *Ungleichbehandlung verschiedener Zielgruppen* durch die komplexen Finanzierungsstrukturen. Die Finanzierungsmechanismen einer Beratung oder Behandlung variierten je nach gesetzlichen Bestimmungen des Wohnkantons aufgrund folgender personenbezogener Faktoren:

- Alter
- sozioökonomischer Status
- Wohnort (Gemeinde)
- Aufenthaltsbewilligung
- Hauptproblematik des Suchtproblems

Durch diese Faktoren werde einzelnen Zielgruppen der Zugang zu gewissen Suchthilfeangeboten erschwert bzw. verunmöglicht. Um dieser *strukturellen Ungleichbehandlung der Zielgruppen* zu begegnen, forderten die Expertinnen und Experten die Entwicklung nachhaltiger Finanzierungsmodelle, die allen Rat- und Hilfesuchenden einen gleichberechtigten und möglichst kostenfreien Zugang zu medizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten der Suchthilfe gewährleisten. Aufgrund der komplexen Finanzierungsstrukturen und der zunehmenden Ökonomisierung der Suchthilfe stellten Fachpersonen aus sieben Fokusgruppen-Interviews in den letzten Jahren eine starke Zunahme des administrativen Aufwands fest. Dieser äussere sich beispielsweise in grösseren administrativen Hürden bei Kostengutsprachen oder im steigenden Legitimationsdruck gegenüber den Kostenträgerinnen und -trägern. Die Expertinnen und Experten bedauerten, dass aufgrund des hohen administrativen Aufwands immer weniger Zeit für die Arbeit mit den Nutzenden zur Verfügung steht.

#### 8.4.2 Handlungsbedarf bei der kantonalen Steuerung

Im Rahmen der Fokusgruppengespräche diskutierten die Expertinnen und Experten der Suchthilfe unterschiedliche Handlungsfelder, die bei der zukünftigen Versorgungsgestaltung der Suchthilfe berücksichtigt werden sollten.

**Tabelle 36:** Handlungsbedarf bei der kantonalen Versorgungsgestaltung

Handlungsfeld	Handlungsbedarf
	(N = 20 Fokusgruppen mit kantonalen Expertinnen/Experten der Suchthilfe)
<b>kantonale Suchtpolitik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung der interdepartementalen Zusammenarbeit zum Thema «Sucht» (n = 11)</li> <li>• Entwicklung/Umsetzung einer bedarfsorientierten kantonalen Suchtstrategie (n = 8)</li> <li>• Positionierung der kantonalen Suchtpolitik zum Thema «Regulierung von Cannabis» (n = 3)</li> </ul>
<b>Einbezug relevanter Akteurinnen und Akteure in die Gestaltung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbezug des Fachwissens aus der Praxis sowie den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen bei der Gestaltung des Versorgungssystems, institutionalisierter Austausch (n = 13)</li> <li>• Einbezug der Gemeinden bei der Gestaltung des kantonalen Versorgungssystems (n = 8)</li> </ul>
<b>Weiterentwicklung des Versorgungssystems</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stagnierende Angebotsentwicklung und Weiterentwicklung des kantonalen Versorgungssystems (n = 5)</li> </ul>
<b>regionale Unterschiede</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• regionale Unterschiede in der Angebotsabdeckung (n = 6)</li> </ul>
<b>«Ambulantisierung»</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Ambulantisierung» in der gesamten Versorgung (Suchtbereich, Psychiatrie, Jugendhilfe) (n = 7)</li> </ul>

Im Bereich der Gestaltung des Versorgungssystems durch den Kanton wurde in rund jeder zweiten Fokusgruppe die *fehlende interdepartementale Zusammenarbeit* zum Thema «Sucht» in der kantonalen Verwaltung diskutiert (n = 11). Es ist gemäss den befragten Expertinnen und Experten wichtig, die Schnittstellen innerhalb der kantonalen und gegebenenfalls kommunalen Verwaltung zu identifizieren und aktiv zu bearbeiten. «Sucht» sei ein komplexes Phänomen und könne nicht durch eine einzige kantonale Stelle abgedeckt werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sei auch in der Verwaltung nötig. Im Weiteren wurde häufig der *Wunsch nach einer kantonalen Suchtstrategie* genannt (n = 8). Einige Fachpersonen sprachen auch von einer übergeordneten Gesundheits- und Sozialstrategie, die auch den Bereich der Prävention und Suchthilfe miteinschliessen würde. Eine bedarfsorientierte Strategie im Kanton ver helfe nicht nur zu einer kohärenten Suchtpolitik, sondern helfe auch den Leistungserbringenden bei der bedarfsgerechten Angebotsplanung und Weiterentwicklung ihrer Angebote. In Bezug auf eine kohärente Suchtpolitik kam in drei Fokusgruppen auch der Wunsch nach einer klaren und in allen Bereichen (Strafverfolgung, Strassenverkehr usw.) einheitlichen Positionierung des Kantons gegenüber dem Cannabiskonsum zum Ausdruck. Es darf gemäss den befragten Fachpersonen nicht sein, dass Cannabis je nach Thema als «fast legal» angesehen werde und in anderen Bereichen mit hohen Strafen zu rechnen sei. Dies erschwere insbesondere die Präventionsarbeit bei Jugendlichen.

Einen *stärkeren Einbezug in die kantonale Gestaltung der Suchthilfe* wünschten sich sowohl die Vertreterinnen und Vertreter von Suchthilfeangeboten (n = 13) als auch die Exponentinnen und Exponenten der kommunalen Verwaltungen (n = 8). Dabei sei ein *institutionalisierter Austausch* wichtig und hilfreich für die gemeinsame Angebotsreflexion und gemeinsame Weiterentwicklung der Suchthilfe. In fünf Fokusgruppen wurde die kantonale Weiterentwicklung und Angebotsreflexion der Suchthilfe bemängelt. Diese würde seit einigen Jahren stagnieren, da diese Thematik keinen Stellenwert in der kantonalen Politik einnehmen würde. Aus diesem Grund sei es auch wichtig, dass sich die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der kantonalen und nationalen Suchthilfe an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiere.

Fachpersonen aus fünf Fokusgruppen bemängelten die kantonale Gestaltung der Versorgung auch in Bezug auf die *regional unterschiedliche Angebotsabdeckung und Ressourcenverteilung*.

Dies betrifft flächenmässig grössere Kantone, die zwar über Suchthilfeangebote in (der Nähe von) urbanen Zentren verfügen, in ländlicheren Gebieten jedoch keinen ortsnahen Zugang zu Suchthilfeangeboten ermöglichen. Gemäss den Expertinnen und Experten ist es Aufgabe des Kantons, auch diejenigen Gemeinden bei der Suchthilfeversorgung zu unterstützen, die über weniger Ressourcen verfügen und keine eigenständigen Angebote bereitstellen könnten. Es sei wichtig, dass die Erreichbarkeit und der Zugang zur Suchthilfe für alle Rat- und Hilfesuchenden, unabhängig ihres Wohnorts, gewährleistet sei. Eine regionale Über- und Unterversorgung sollte vermieden werden. In sieben Fokusgruppengesprächen kam das Thema der Ambulantisierung in der gesamten Versorgung (Suchtbereich, Psychiatrie, Jugendhilfe) auf. Fachpersonen bemängelten diesbezüglich, dass als Folge des Ausbaus ambulanter Angebote gewisse Zielgruppen nicht die notwendige Unterstützung erhalten würden. Wie im Bereich der Behindertenhilfe wurden auch im Gesundheits- und Suchthilfebereich in den letzten Jahren Leistungen entwickelt, um Personen bevorzugt ambulant zu behandeln. Was bei einem Teil der Klientel von Vorteil sein kann (z. B. wegen Wunsch nach Behandlung am Lebensort, mehr Selbstverantwortung), kann bei einem anderen Teil dazu führen, dass fachlich indizierte stationäre Behandlungen nicht, oder erst sehr spät in Anspruch genommen werden können. Bei diesem Teil der Klientel zeigen sich, gemäss den befragten Expertinnen und Experten, die eher negativen Auswirkungen der Ambulantisierung. Die Leistungserbringenden berichteten in diesem Zusammenhang davon, dass viele Betroffene, die in einer stationären Einrichtung (KVG-/nicht-KVG-finanziert) behandelt werden, in einer deutlich problematischeren oder komplexeren Situation seien als früher (Identität, Beziehungen, somatische und psychische Komorbiditäten). Zudem wurde an der Entwicklung der ambulanten Angebote, wie Drug Checking, Konsumationsräume oder OAT-Behandlungen, wiederum die Versorgungsgerechtigkeit in Bezug auf die unterschiedlichen Zielgruppen und Versorgungsregionen bemängelt.

### 8.4.3 Handlungsfelder bei der inner- und interkantonalen Kooperation

Im Rahmen der Fokusgruppengespräche diskutierten die Expertinnen und Experten der Suchthilfe unterschiedliche Handlungsfelder, die bei der zukünftigen Gestaltung der inner- und interkantonalen Kooperation in der Suchthilfe berücksichtigt werden sollten.

**Tabelle 37:** Handlungsfelder bei der inner- und interkantonalen Kooperation

Handlungsfeld	Handlungsbedarf (N = 20 Fokusgruppen mit kantonalen Expertinnen/Experten der Suchthilfe)
<b>innerkantonale Koordination und Kooperation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation unter den Leistungserbringenden der Suchthilfe (n = 13)</li> <li>• Kooperation zwischen den Leistungserbringenden der Suchthilfe und Akteurinnen und Akteuren aus angrenzenden Bereichen (n = 7)</li> <li>• Ausbau/Verbesserung der fallbezogenen Koordination und Zusammenarbeit (n = 12)</li> <li>• zentrale Anlaufstelle/Indikationsstelle (n = 5)</li> </ul>
<b>interkantonale Koordination und Kooperation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• interkantonale Kooperation und Koordination unter den Leistungserbringenden (n = 8)</li> <li>• gemeinsame Angebotsplanung und -entwicklung (n = 8)</li> </ul>

In der Mehrheit der Fokusgruppen (n = 14) wünschten sich Vertreterinnen und Vertreter von Suchthilfeangeboten eine stärkere *Zusammenarbeit und Vernetzung unter den einzelnen Leistungserbringenden*. Dass dieser Wunsch in den jeweiligen Kantonen nur bedingt umgesetzt werden könne, sei häufig in den mangelnden Ressourcen begründet. Eine innerkantonale und überregionale Zusammenarbeitskultur würde gemäss den befragten Fachpersonen die

Behandlungs- und Betreuungsqualität auf Fallebene steigern (n = 12). In einem Drittel der Fokusgruppen wurde in diesem Zusammenhang auch eine stärkere *Zusammenarbeit mit angrenzenden Bereichen* (z. B. Justiz, Polizei, Behindertenhilfe, Schulen, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden) gefordert (n = 7). Der *Aufbau einer zentralen Anlauf- und/oder Koordinationsstelle* im Kanton für alle Hilfe- und Ratsuchenden wurde in fünf Fokusgruppen gewünscht. Insbesondere in Kantonen, die über mehrere verschiedene Suchthilfeangebote verfügen würden, sei es angebracht, eine Stelle zu schaffen, die betroffene Personen an ein geeignetes Angebot vermitteln würde. Die Indikation sollte von Fachpersonen, die unabhängig von den Kostenträgerinnen und -trägern entscheiden, in Zusammenarbeit mit den Hilfesuchenden durchgeführt werden. In acht Fokusgruppen wurden seitens der Fachpersonen auch der *Ausbau und die Verstärkung der interkantonalen Zusammenarbeit* unter den Leistungserbringenden sowie eine gemeinsame überregionale Angebotsplanung zwischen den Kantonen gewünscht.

### **Zwischenfazit: Strukturelle Entwicklungstrends und Handlungsbedarf**

In den Fokusgruppen wurden schweizweit *strukturelle Entwicklungstrends* und *Handlungsfelder* identifiziert. Auf struktureller Ebene sind die leistungserbringenden Organisationen zunehmend mit Finanzierungslücken konfrontiert, die sich aus dem Anstieg der Schnittstellenarbeit und der Vernetzungstätigkeiten, Sparprogrammen oder der mangelnden Förderung von innovativen Ansätzen ergeben. Zweitens verlagere sich das Suchthilfesystem zunehmend in den krankenkassenfinanzierten Bereich (Medizinalisierung). Aufgrund der veränderten und kantonal unterschiedlich gestalteten Finanzierungsmechanismen wird drittens die Zunahme der Chancenungleichheit im Zugang zu den Hilfsangeboten beobachtet. Für die Weiterentwicklung der Suchthilfe eröffnen sich aus Sicht der Expertinnen und Experten Handlungsfelder sowohl bezüglich der kantonalen Versorgungsgestaltung (z. B. Verbesserung der interdepartementalen Zusammenarbeit, Einbezug von Fachwissen aus der Praxis, den Einrichtungen und den Gemeinden) sowie in der Stärkung der inner- und interkantonalen Kooperation.

## 9 Fazit und Empfehlungen

Im Folgenden werden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Steuerung der Suchthilfe formuliert. Der Aufbau des Kapitels richtet sich an den vier Themenfeldern des Syntheseberichtes (Lischer et al. 2022) aus, dessen Erkenntnisse in *Kapitel 4* zusammengefasst sind: (a) Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen und dessen soziale Folgen; (b) Steuerung der Suchthilfe; (c) Angebote und Leistungen sowie (d) Versorgungssysteme. In jedem Themenfeld werden den Empfehlungen zunächst korrespondierende Ergebnisse dieser Studie und nationale bzw. internationale Standards in zusammengefasster Form vorangestellt. Die Empfehlungen basieren auf folgenden Grundlagen:

- dem Synthesebericht «Ausgewählte internationale und nationale Erkenntnisse für die Analyse der Steuerung der Suchthilfeangebote in den Kantonen» (Lischer et al. 2022) und zusätzlichen Literaturanalysen (siehe dazu vor allem das *Kapitel 4*);
- den Ergebnissen der kantonalen Analysen, der Gesamtanalyse und dem Vergleich der Kantonsportraits;
- den Ergebnissen aus den KKBS-Workshops, namentlich dem KKBS-Seminar vom 13. und 14. Juni 2022, und den KKBS-Sitzungen vom 15. September und 6. Dezember 2022 sowie
- den Rückmeldungen aus der Sitzung mit dem Soundingboard II<sup>152</sup> mit Expertinnen und Experten im Bereich der Suchthilfe vom 22. Mai 2023.

### 9.1 Themenfeld A – Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen

In dieser Studie wird Sucht als ein bio-psycho-soziales Phänomen verstanden, dessen Entstehung und Auswirkungen auf drei Ebenen zu verorten sind, d. h. Sucht als biologisches, psychisches und soziales bzw. gesellschaftliches Phänomen. Eine substanzbezogene Abhängigkeit oder eine abhängige Verhaltensweise beruht dabei auf einer komplexen dynamischen Interaktion zwischen diesen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren (Skewes & Gonzalez 2013). Das Themenfeld A adressiert im Modell von Stremmlow, Riedweg & Bürgisser (2019) die generelle «Problemartikulation» oder «Problembeschreibung» von Sucht in der Gesellschaft. Das Verständnis von Sucht als ein bio-psycho-soziales Phänomen nimmt generelle gesellschaftliche, ökonomische oder rechtliche Fragen weniger stark in den Fokus, z. B. Sucht als ökonomische Grösse auf einem (illegalen) Markt suchterzeugender Substanzen.

Die Empfehlungen in diesem ersten Themenfeld streben an, eine *verbesserte Evidenz* zu den unterschiedlichen Aspekten der Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen und der Suchthilfe zu schaffen und diese der Bevölkerung, der Fachwelt und Politik zugänglich zu machen. Bei der Formulierung der Empfehlungen wird von drei Thesen ausgegangen:

<sup>152</sup> Mitglieder des Soundingboards II: Stefanie Knocks (Fachverband Sucht), Roger Mäder (FOSUMOS), Romain Bach (GREA), Camille Robert (GREA), Irene Abderhalden (Infodrog), Silvia Steiner (GDK-CDS), Adrian Eichenberger (Leiter Soziale Einrichtungen Kanton Zürich), Toni Berthel (Präsident Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin), Aline Bernhardt-Keller (Suchtverantwortliche der Stadt Lausanne bis Ende 2022), Jann Schumacher (BAG), Joos Tarnutzer (Präsident KKBS), Tanja Iff (BAG)

- (1) Für eine evidenzbasierte und bedarfsorientierte Suchthilfe sind wissenschaftliche Studien, Wirkungsevaluationen und schweizweite Monitoringsysteme erforderlich.
- (2) Die Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung und der Fachpersonen über Suchterkrankungen, risikohaften Konsum oder abhängige Verhaltensweisen sind insbesondere im Hinblick auf Prävention, Frühintervention, Risikominimierung und Antistigmatisierung zu optimieren.
- (3) Die Erarbeitung wissenschaftlicher Erkenntnisse und die Vermittlung von Fachwissen fördern u. a. auch die Versorgungsgerechtigkeit, die Qualität der Leistungen sowie trans- und interdisziplinäre Kooperationen.

### 9.1.1 Ergebnisse dieser Studie

#### **Datengrundlagen und Monitoringsysteme**

Der Vergleich der Kantonsberichte zeigt, dass die epidemiologische Datenlage zum Substanzkonsum, dem abhängigen Verhalten und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesellschaft kantonal unterschiedlich sind. Die meisten Kantone stützen sich bei den Prävalenzdaten auf die Auswertungen der schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) (*Kapitel 5*). Diese findet alle vier Jahre statt und basiert auf einer Selbstdeklaration der befragten Personen. In einigen Kantonen fehlen für gewisse Jahre kantonale Prävalenzangaben, da zu wenige Personen befragt wurden. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen zudem, dass zwischen den Kantonen, aber auch zwischen den Institutionen, bei der Erfassung der Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer grosse Unterschiede bestehen (*Abschnitte 6.2 und 6.2.4*). Während für den medizinischen Bereich nationale Monitoringsysteme basierend auf den Abrechnungssystemen der Krankenkassen entwickelt wurden, zeigt sich für den sozialtherapeutischen Bereich ein grosses Entwicklungspotenzial. Die Ergebnisse dieser Studie legen im Weiteren nahe, dass es für verschiedene Kantone schwierig sein dürfte, Aussagen über die Problembelastung in der Bevölkerung, zum tatsächlichen Bedarf und der Nutzung von Suchthilfeangeboten zu formulieren, da die notwendige Datengrundlage fehlt.

#### **Sensibilisierung und Aufklärung in der Bevölkerung**

In den Fokusgruppengesprächen wurden von den befragten Expertinnen und Experten vermehrte Aufklärungsarbeit und Sensibilisierungskampagnen für bestimmte Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen im Rentenalter) gefordert. Vergleichbare Einschätzungen wurden auch im Hinblick auf das Risiko bestimmter Konsumformen und psychoaktiver Substanzen (z. B. Mischkonsum, risikohafter Freizeitkonsum, Konsum während der Schwangerschaft, Medikamentenmissbrauch, Tabakprodukte) und abhängigem Verhalten (z. B. Online-Gaming und -Gambling) geäußert (*Abschnitt 8.2*). Die befragten Fachpersonen empfahlen ausserdem die Entwicklung von neuen Formen der Sensibilisierung und Prävention, die vor allem bislang unerreichte Zielgruppen adressieren. Als Beispiel hierzu wurde in den Fokusgruppengesprächen eine Einbindung von Peers in Präventionsprojekte genannt, die am Lebensort der suchtgefährdeten oder suchtbetroffenen Person stattfinden (z. B. Lehrlingsbetriebe).

#### **Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen**

Die Ergebnisse der Fokusgruppengespräche und der Befragung der Leistungserbringenden machen die zunehmende Belastung des Suchthilfesystems durch den Fachkräftemangel deutlich (*Abschnitte 8.1.1 und 8.4.1*). Dieser äussert sich gemäss den befragten Fachpersonen vor

allem in den Angebotsbereichen der sozialtherapeutischen und medizinischen Beratung, der stationären Suchttherapie und Suchtmedizin sowie in den Angeboten des institutionellen Wohnens. Dieser Fachkräftemangel stellt insbesondere die Weiterbildung der Fachpersonen vor grosse Herausforderungen.

## 9.1.2 Erkenntnisse aus dem «State of the Art»-Bericht

### **Evidenzbasierte und bedarfsorientierte Gestaltung der Suchthilfe**

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt in ihren Standards zu einer strategischen Steuerung der Suchthilfe eine systematische Planung, Entwicklung und Evaluation der Leistungserbringung und des Feldes (WHO & UNODC 2020a). Eine zielgerichtete Entwicklung des Angebots- und Leistungsspektrums der Suchthilfe setzt differenzierte epidemiologische Daten zur Häufigkeit, der sozialstrukturellen Verteilung und zeitlichen Entwicklung der Suchtproblematik in der Bevölkerung voraus (StremLOW et al. 2019). Dafür könnten in der Schweiz unterschiedliche internationale, nationale und kantonale Monitoring- und Statistiksysteme herbeigezogen werden. Ausserdem sei, so einige befragte Expertinnen und Experten, die Daten- und Erkenntnislage zu den volkswirtschaftlichen Kosten von Sucht in der Schweiz aus methodischen Gründen (Reichweite und Qualität der Studien) kritisch zu betrachten.

### **Sensibilisierung und Aufklärung in der Bevölkerung**

Im Rahmen der Nationalen Strategie Sucht 2017 bis 2024 wurde das Ziel formuliert, die Bevölkerung über die aktuellen Erkenntnisse zu suchtrelevanten Themen, Risiko- und Schutzfaktoren sowie über das gegenwärtige Hilfsangebot zu informieren (BAG 2015). Das BAG entwickelt in erster Linie Massnahmen, die sich an die Umsetzungspartner wendet. Diese haben zum Ziel, die Partner in ihrer Kommunikationsarbeit zu stärken und zu unterstützen. Mit dieser Unterstützung sensibilisieren und informieren die Partner Betroffene und Bevölkerung zu Risiko- und Schutzfaktoren von Sucht und NCD (sog. Kaskadenprinzip). In Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren, wie z.B. Infodrog, richtet das BAG spezifische Kommunikationsmassnahmen auch direkt an die Bevölkerung und bestimmte Zielgruppen. Suchterkrankungen stellen nach wie vor häufig Ursachen für gesellschaftliche Ausschlussprozesse dar, die wiederum einen Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Sucht haben (Krebs et al. 2021). In diesem Kontext ist darauf zu verweisen, dass bis heute die Ansichten und Bedürfnisse von Betroffenen und deren Angehörigen im öffentlichen Diskurs noch kaum vertreten sind. Anders als etwa bei den Menschen mit Behinderung existiert gegenwärtig keine Vereinigung von (ehemaligen) suchtbetroffenen Personen, die sich für ihre Anliegen auf politischer Ebene engagieren.

### **Sensibilisierung, Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen**

Gemäss dem BetmG (Art. 3k) liegt es im Zuständigkeitsbereich des Bundes, die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen in den Bereichen der Prävention, Beratung und Therapie sowie der Wiedereingliederung und Risikominimierung zu fördern. Das Bundesamt für Gesundheit stellt darauf basierend finanzielle Mittel für spezifische Weiterbildungsangebote bereit und bietet zudem selbst Weiterbildungsmodule und -angebote an (Amberg, Stamm, Bieri 2020). Die Studie «Situationsanalyse Weiterbildung im Bereich Sucht» analysierte die gegenwärtigen Weiterbildungsangebote und verglich die Situation der Schweiz mit derjenigen in Deutschland und Kanada (Amberg et al. 2020). Sie kam zum Schluss, dass die gegenwärtigen

Weiterbildungsangebote grundsätzlich ausreichend sind, in gewissen Bereichen jedoch Entwicklungspotenzial besteht. Anders als in Deutschland (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) existiert in der Schweiz beispielsweise keine nationale und übergeordnete Stelle, die für die Koordination und Bekanntmachung aller Weiterbildungsangebote zuständig ist (Stand 2020). Im Weiteren empfehlen die Studienautorinnen und -autoren die Förderung von E-Learning-Komponenten in der Weiterbildung und eine verstärkte Thematisierung in der Grundausbildung von relevanten Berufsgruppen (z. B. medizinische, psychologische Fachpersonen, Sozialarbeitende und Polizei). Auch für Personen in angrenzenden Fachbereichen und bei Primärversorgenden ist es gemäss den internationalen Standards der WHO und UNODC (2020a) zentral, regelmässige Weiterbildungsangebote anzubieten. Die systematische Information über Suchtthemen und die Suchthilfe für Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex-Dienste, Sozialdienste, Fachberatungsstellen des Sozial- und Gesundheitswesens, Schulen, Jugendanimationsstellen, der Polizei, für Unternehmen usw. bilden den ersten Baustein in der Behandlungskette. Die WHO und das UNODC (2020a) empfehlen in ihren Standards zu Behandlungssettings, mit dem Modell SBIRT (**S**creening, **b**rief **i**nterventions, **r**eferrals **t**o other relevant services) zu arbeiten.

### 9.1.3 Empfehlungen

#### **Förderung wissenschaftlicher Studien und Evaluationen**

Um eine umfassende Angebots-, Bedarfs- und Zielgruppenanalyse im Bereich der Suchthilfe durchzuführen, müssen Daten verschiedener Monitoringsysteme herangezogen werden. Gemäss BetmG Art. 3i ist es unter anderem die Aufgabe des Bundes, die Kantone mit wissenschaftlichen Erkenntnissen bei der Planung und Steuerung der Suchthilfe zu unterstützen. Aus diesem Grund sollte ein Ausbau des nationalen Suchtmonitorings erfolgen, z. B. mit einer Erweiterung des Leistungsauftrags an *act-info*<sup>153</sup>, in dem die suchthilfebezogenen Daten zusammenführt und durch Sekundärdaten (z. B. der Polizei, der Gesundheitsversorgung oder durch Abwasseranalysen) ergänzt sowie Entwicklungen im Feld systematisch erhoben, ausgewertet und veröffentlicht werden (Lischer et al. 2022).

Die Wiederaufnahme einer nationalen Berichterstattungsplattform wie das ehemalige Suchtmonitoring Schweiz entspräche auch den internationalen Standards der WHO und des UNODC. Gemäss diesen beiden internationalen Organisationen erfordert die Entwicklung eines nationalen Suchtinformationssystems die Unterstützung aller politischen Ebenen und verschiedener Sektoren (z. B. der Leistungserbringung, Medizin, Sozialen Arbeit, Behörden, Justiz), da es sowohl einer technischen Komponente als auch eines partizipativen Prozesses bedarf, um die Rahmenbedingungen für ein nationales Suchtinformationssystem festzulegen (WHO & UNODC 2020a).

Es müssten ebenso belastbare Studien über die gesamtgesellschaftlichen Kosten von Suchtphänomenen gefördert werden, die unter anderem sowohl die sozialen Ursachen als auch die sozialen Auswirkungen von Suchtkrankheiten bei den Kostenrechnungen mitberücksichtigen. In diesem Kontext ist darauf zu verweisen, dass die Erfassung der Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer sowie die zuweisenden Stellen und allfällige Anschlussangebote unerlässlich sind. Von besonderem Untersuchungsinteresse ist dabei die Frage der Inanspruchnahme und des

<sup>153</sup> *Act-info* ist ein gesamtschweizerisches Monitoringsystem im Bereich der Suchthilfe, das Klientinnen und Klienten aus ambulanten und stationären, psychosozialen und medizinischen Angeboten erfasst. Seit 2018 ist Sucht Schweiz für die Datenerhebung verantwortlich. Das Monitoringsystem *act-info* wird durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert, das auch die Verantwortung für das Gesamtprojekt trägt (*act-info*, 2021).

Zusammenspiels von KVG-finanzierten Angeboten der Suchtmedizin und nicht-KVG-finanzierten Angeboten des Sozialbereichs. Mit diesen Untersuchungsansätzen können die Auswirkungen der Finanzierungsstrukturen auf die Zuweisungspraxis und mögliche Ungleichbehandlungen der Zielgruppen identifiziert werden. Diese Studien dienen den Fachpersonen und den politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern bei der Legitimation von Investitionen in ein nachhaltiges Suchthilfesystem, das ebenfalls die Behandlung der sozialen Folgen einer Suchterkrankung berücksichtigt.

Im Weiteren könnte mit einer regelmässigen Evaluation der Leistungserbringung das kantonale Suchthilfesystem analysiert und fachlich beurteilt werden. Die Ergebnisse der fachlichen Dokumentation und Beurteilung sollten dabei in ein regelmässiges Reporting einfließen, das den Einrichtungen, der Politik, den Behörden, den Klientinnen und Klienten sowie ihren Angehörigen, den Medien und weiteren Gruppen zur Verfügung gestellt wird (Fachverband Sucht 2018). Dabei geht es nicht darum, den Legitimationsdruck der Leistungserbringenden weiter zu erhöhen (vgl. Abschnitt 9.2.1), sondern darum, Spezialisierungen der Leistungen effizient zu nutzen. So sind beispielsweise abstinenzorientierte Angebote für einige Zielpersonen sehr geeignet und für andere eher ungeeignet. Um Angebote effizient und bedürfnisorientiert auszugestalten, ist daher eine kontinuierliche Reflexion damit zu empfehlen. Längsschnittstudien über Fallverläufe und Wirkungen der Interventionen der Suchthilfe, z. B. basierend auf Indikations- oder Assessment-Daten (z. B. wie sie in den Kantonen Freiburg, Waadt, Wallis, Basel-Stadt verfügbar sind) und unter Einbezug der Betroffenenperspektive, könnten die Behandlungsqualität verbessern und eine evidenzbasierte Steuerung fördern. Im gegenwärtigen Forschungsstand sind insbesondere Personen, die selbstständig Suchthilfeangebote in Anspruch nehmen und/oder diese selber finanzieren, unterrepräsentiert. Auch in der vorliegenden Studie wurden keine Nutzerinnen und Nutzer von Suchthilfeleistungen befragt. Um mehr über Erfolgsfaktoren und Herausforderungen im Suchthilfesystem zu erfahren, sind weitere Studien zu empfehlen, in denen die Sicht und das Erfahrungswissen der Nutzerinnen und Nutzer miteinbezogen werden. Nur dadurch werden belastbare Aussagen über die Behandlungs- und Nachsorgequalität ermöglicht.

### **Sensibilisierungskampagnen und Aufklärungsarbeit für die Bevölkerung**

Die Aufklärung der Gesamtbevölkerung über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Phänomen Sucht, die Auswirkungen von risikohaftem Konsum und abhängigem Verhalten sowie über die vorhandenen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten ist erforderlich, um die Bevölkerung zu sensibilisieren, Zielpersonen zu erreichen sowie Betroffene und ihre Angehörigen zu entstigmatisieren. Obwohl vereinzelte regionale Entwicklungen bestehen, sind sowohl Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen als auch die damit verbundenen Trends (z. B. neue Konsumformen oder abhängige Verhaltensweisen) nicht an Kantonsgrenzen gebunden. Es ist deshalb zu empfehlen, dass sich Kantone zusammenschliessen und gemeinsam Präventions- und Aufklärungsprogramme entwickeln. Dies geschieht beispielsweise bereits in einigen Regionen in Bezug auf das Glücksspiel (Spielen ohne Sucht) oder auf den Jugendschutz (Jugendschutz Zentral). Andererseits könnte, angesichts der unterschiedlichen Ressourcenausstattung in den Kantonen, auch der Bund noch vermehrt nationale Angebote des Wissenstransfers, zur Sensibilisierung und Aufklärung bereitstellen oder Dritte damit beauftragen. Beim Vorschlag seitens der kantonalen Expertinnen und Experten, Peers in Präventions- und Aufklärungsarbeiten miteinzubeziehen, ist zu bedenken, dass Peer-to-Peer-Ansätze eine gute Ausbildung der Peers und eine enge fachliche Begleitung bedingen. Grundsätzlich ist der Einbezug von Peers aufgrund ihres Erfahrungswissens in die professionelle Suchthilfe zu

begrüssen. Für derartige Pilotprojekte müssten genügend personelle und finanzielle Mittel bereitgestellt werden.

### **Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen**

Um dem schweizweiten Fachkräftemangel zu begegnen, sind vermehrte Bemühungen im Bereich der Aus- und Weiterbildung zu empfehlen. Zum einen sollten suchtspezifische Themen bereits in der Grundausbildung von relevanten Berufsgruppen (z. B. der Medizin, Pflege, Sozialen Arbeit, Polizei) gefördert werden. Zum anderen sollten Weiterbildungen im Bereich Sucht besser koordiniert und über deren Durchführungen systematisch informiert werden. Neben der Förderung von Aus- und Weiterbildungen von Fachpersonen ist auch der Auf- und Ausbau von suchtspezifischem Wissen bei Berufsgruppen in angrenzenden Tätigkeitsfeldern zu empfehlen: Das suchtspezifische Wissen und die Kompetenzen von Erstanlaufstellen oder Primärversorgenden im Gesundheitswesen (z. B. Medizinfachpersonen, ambulante Pflegedienste, Beratungsstellen), im Sozialwesen (z. B. kommunale oder regionale Sozialdienste, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, Fachberatungsstellen usw.) und im Bildungswesen (z. B. Schulsozialarbeitsstellen) sollten systematisch gefördert und weiterentwickelt werden, siehe dazu beispielsweise das Pilotprojekt [www.pepra.ch](http://www.pepra.ch). Dabei ist anzumerken, dass die alleinige Wissensvermittlung nicht zielführend ist. Es müssen gleichzeitig auch die strukturellen Voraussetzungen gegeben sein, damit Fachpersonen ihr Wissen auch anwenden können (z. B. mit Vergütung der Kooperations- und Vernetzungstätigkeiten, über klare und effiziente Kommunikationswege oder digitale Tools).

## **Zusammenfassung der Empfehlungen – Teil A**

### **Förderung wissenschaftlicher Studien zu:**

- den gesamtgesellschaftlichen Kosten von Suchtphänomenen
- Finanzierungsgrundlagen der Suchthilfe und deren Auswirkung auf die Indikationspraxis
- inhaltlichen und strukturellen Entwicklungstrends
- Wirkungsevaluationen im Bereich der Leistungserbringung

### **Ausbau eines nationalen Monitoringsystems:**

- Prävalenzen, Konsumformen, Konsumtrends, Trends zu abhängigem Verhalten
- interkantonale Nutzerinnen- und Nutzerbewegungen
- Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer (z. B. Komorbiditäten, sozioökonomischer Status)
- Zusammenstellung und Aufarbeitung von suchtspezifischen Daten aus internationalen und nationalen Studien und Statistiken

### **Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit:**

- für die Gesamtbevölkerung zur Aufklärung und Entstigmatisierung
- für bestimmte Zielgruppen oder Trends im Feld
- für Primärversorgende oder Fachpersonen in angrenzenden Bereichen der Suchthilfe

### **Aus- und Weiterbildung:**

- Fachpersonen im Suchthilfesystem
- Vermittlung von suchtspezifischem Wissen und Kompetenzen an Fachpersonen in angrenzenden Bereichen und Erstanlaufstellen

## **9.2 Themenfeld B – Suchtpolitische Gestaltung der Suchthilfe**

Das Themenfeld B fokussiert die politische Gestaltung der Suchthilfe. Unter bestimmten Umständen werden in diesem zweiten Feld gesellschaftlich artikulierte suchtbezogene Probleme (Themenfeld A) von politischen Akteurinnen und Akteuren aufgenommen und in Form von politischen Programmen bearbeitet. Zu diesem Zweck werden in der Regel gesetzliche Grundlagen geschaffen, Zuständigkeiten geklärt und eine politisch-administrative Umsetzung (Ausarbeitung von Zielsetzungen, Planungen, der Finanzierung, der Leistungserbringung, Evaluationen usw.) an die Hand genommen.

Die Empfehlungen in diesem Themenfeld fokussieren darauf, durch die nationale, interkantonale und kantonale Steuerung der Suchthilfe zu gewährleisten, dass alle suchtgefährdeten oder suchtbetroffenen Rat- und Hilfesuchenden in der Schweiz die Möglichkeit erhalten, eine adäquate und chancengerechte Betreuung und Behandlung der Auswirkungen (somatisch, psychisch, sozial) ihrer Sucht zu erhalten, ohne dabei ein finanzielles Risiko zu tragen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind Weiterentwicklungen auf Ebene (1) der strategischen und rechtlichen Grundlagen der Suchthilfe, (2) der interdepartementalen Zusammenarbeit in der Suchtpolitik und (3) der Finanzierungsstrukturen notwendig.

## 9.2.1 Ergebnisse dieser Studie

### Finanzierung

Die befragten Fachpersonen machten in den Fokusgruppengesprächen auf eine starke Zunahme des administrativen Aufwands aufmerksam; dies aufgrund komplexer *Finanzierungsstrukturen* und einer zunehmenden ökonomischen Betrachtung der Suchthilfe. Dies führe beispielsweise zu grösseren Hürden bei Kostengutsprachen oder zu einem steigenden Legitimationsdruck gegenüber den Kostenträgerinnen und -trägern. Die Expertinnen und Experten bedauerten gleichzeitig, dass zunehmend weniger Zeit für die Arbeit mit den Nutzenden zur Verfügung stehen würde (*Abschnitt 8.4.1*).

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen-Interviews zeigen ausserdem, dass gegenwärtig pro Klientin oder Klienten mehr Fachpersonen im fallspezifischen Helferinnen- und Helfernetzwerk zu finden sind als noch vor zehn Jahren. Dies hängt gemäss den befragten Fachpersonen mit unterschiedlichen Faktoren zusammen, die unter einer «Zunahme der Komplexität der Fälle» zusammengefasst werden könnten. Während die Komplexität der Fälle stetig zunahm, blieben die zeitlichen Ressourcen der Fachpersonen gleich oder nahmen sogar ab (*Abschnitte 8.1.1 und 8.3*). Angesichts des gestiegenen Koordinationsbedarfs bemängelten die befragten Expertinnen und Experten, dass bei KVG-finanzierten Institutionen in der Tarifstruktur des Katalogs für medizinische Leistungen keine Zeitgutschriften für fallbezogene Koordinationsleistungen bestehen. Eine ähnliche Situation wird für den Sozialbereich beschrieben. Die fehlende Finanzierung würde nicht nur die professionellen Koordinationsleistungen betreffen, sondern jegliche Tätigkeiten umfassen, die nicht direkt an der Klientin oder am Klienten stattfinden, z. B. Gespräche mit den Angehörigen (*Abschnitt 8.4.1*).

### Rechtliche Grundlagen

Im Zusammenhang mit den kantonal unterschiedlichen Rechtsgrundlagen wiesen die befragten Fachpersonen in den Fokusgruppengesprächen auf eine strukturelle Ungleichbehandlung von Zielgruppen hin. Die Finanzierungsmechanismen einer Beratung oder Behandlung würden je nach *gesetzlichen Bestimmungen* des Wohnkantons aufgrund folgender personenbezogener Faktoren variieren:

- Alter
- sozioökonomischer Status
- Wohnort (Gemeinde)
- Aufenthaltsbewilligung
- Hauptproblematik des Suchtproblems

Durch diese Faktoren würde einzelnen Zielgruppen der Zugang zu gewissen Suchthilfeangeboten erschwert bzw. verunmöglicht. Um dieser *strukturellen Ungleichbehandlung der Zielgruppen* zu begegnen, forderten die Expertinnen und Experten Finanzierungsmodelle, die allen Rat- und Hilfesuchenden einen gleichberechtigten und möglichst kostenfreien Zugang zu medizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten der Suchthilfe gewährleisten (*Abschnitt 8.4.1*).

## Kantonale Suchtpolitik

Im Bereich der Gestaltung des Versorgungssystems durch die kantonalen Instanzen wurde in rund jeder zweiten Fokusgruppe die *fehlende interdepartementale Zusammenarbeit* zum Thema «Sucht» in der kantonalen Verwaltung thematisiert. Es ist gemäss den Expertinnen und Experten wichtig, die Schnittstellen innerhalb der kantonalen und gegebenenfalls kommunalen Verwaltung zu identifizieren und aktiv zu bearbeiten. Die interdepartementale Zusammenarbeit sei auch in der Verwaltung nötig. Im Weiteren wurde häufig der *Wunsch nach einer kantonalen Suchtstrategie* bzw. einer übergeordneten Gesundheits- und Sozialstrategie, die auch den Bereich der Prävention und Suchthilfe miteinschliessen würde, geäussert. Einen *stärkeren Einbezug in die kantonale Gestaltung der Suchthilfe* wünschten sich sowohl die Vertreterinnen und Vertreter von Suchthilfeangeboten als auch die Exponentinnen und Exponenten der kommunalen Verwaltungen. Dabei sei ein *institutionalisierter Austausch* wichtig und hilfreich für die gemeinsame Angebotsreflexion und gemeinsame Weiterentwicklung der Suchthilfe. Die Analysen zur Steuerung der Suchthilfe in den Kantonen zeigen zudem, dass nicht alle KKBS-Mitglieder in ihrem Kanton über die gleichen Ressourcen, Verantwortungen und Zuständigkeiten verfügen. Eine bedarfsorientierte Strategie im Kanton ver helfe nicht nur zu einer kohärenten Suchtpolitik, sondern helfe auch den Leistungserbringenden bei der bedarfsge rechten Angebotsplanung und Weiterentwicklung ihrer Angebote. In Bezug auf eine kohärente Suchtpolitik kam in drei Fokusgruppen auch der Wunsch nach einer klaren und in allen Bereichen einheitlichen Positionierung des Kantons gegenüber dem Cannabiskonsums zum Ausdruck (*Abschnitt 8.4.2*).

### 9.2.2 Erkenntnisse aus dem «State of the Art»-Bericht

#### Finanzierungsstrukturen

Bei der Finanzierung der stationären Suchthilfe können grob zwei sich ergänzende Finanzierungsquellen unterschieden werden, die hinsichtlich der beteiligten Kostenträger differieren und die einerseits für das Gesundheits- und Sozialwesen, andererseits vor allem für die Betroffenen weitreichende Implikationen mit sich bringen. Zum einen besteht der KVG-Bereich (Gesundheitssystem), in dem grundsätzlich die Versicherungen – bei stationären Aufenthalten in Spitälern und Kliniken zusammen mit den Kantonen – den grössten Teil der Kosten tragen. Zum anderen existiert der Nicht-KVG-Bereich (Sozialsystem) bzw. die sozialtherapeutischen Suchthilfeeinrichtungen, in dem bzw. denen es auf die finanzielle Situation der Betroffenen ankommt (Leistungen der IV oder Sozialhilfebedarf), in welchem Masse die Kantone bzw. die Gemeinden zuständig sind (Regelungen über kantonale Sozial- und Fürsorgegesetzgebungen). Da die Abhängigkeitserkrankten unter Umständen mittellos sind, bedeutet die Selbstzahlungspflicht bei sozialtherapeutischen Therapien in der Praxis, dass die betreffenden Kosten über die Sozialhilfe der Wohnsitzgemeinde sowie des Kantons gedeckt werden. Verfügen die Klientinnen und Klienten jedoch über genügend finanzielle Mittel, müssen sie diese unter Umständen selber in die Behandlung investieren (Fachverband Sucht 2018). Zudem unterliegen sie in den meisten Kantonen einer Rückzahlungspflicht und müssen somit den Gemeinden die Aufwände zurückbezahlen, sobald sie zu einem späteren Zeitpunkt dazu in der Lage sind (Fachverband Sucht 2018). Findet eine Therapie im Rahmen des Massnahmenvollzugs statt, kommen die Kantone für die Kosten auf (Künzi et al. 2019). Insbesondere die Finanzierung der Arbeit an den Schnittstellen von Suchthilfeangeboten und Leistungserbringenden, die nicht suchtbezogene bzw. *soziale Probleme* bearbeiten (Geld, Wohnen, Arbeit usw.), werden durch die gegenwärtigen Finanzierungsstrukturen nur ungenügend abgedeckt (NAS-CPD 2017).

In den letzten Jahren kam es zunehmend zu einer *Verschiebung der Finanzierung von einer Objekt- hin zu einer Subjektfinanzierung*, also von einer Finanzierung von Strukturen und Einrichtungen mit Defizitgarantien zu einer Finanzierung von Einzelleistungen für Betroffene (NAS-CPD 2017). Gleichzeitig ist dadurch aber auch ein Trend hin zu einer Medizinalisierung von Sucht mit negativen Folgen sichtbar geworden (Savary et al. 2021). Weisen Suchtbetroffene, langandauernde oder grössere psychosoziale Probleme auf, werden sie von Leistungsfinanzierenden im Gesundheitssystem in die Sozialhilfe verschoben und umgekehrt. Für die Verantwortlichen von Gemeinden bestehen Anreize, diese Personen im Gesundheitswesen unterzubringen, um die Finanzierungslast nicht tragen zu müssen (NAS-CPA 2017).

### **Strategische und rechtliche Grundlagen**

Der Bund überträgt den Kantonen weitgehende Zuständigkeiten und Kompetenzen in Bezug auf die Prävention, Versorgungsgestaltung und den Vollzug des BetmG. Die Zahl und v. a. die Unterschiedlichkeiten der Gesetze in Bezug auf ihre Verortung auf den Staatsebenen (Bund, Kantone und Gemeinden), ihre Ziele und Zielgruppen, ihre Finanzierungsprinzipien (z. B. bedarfsabhängige Sozialleistungen versus Versicherung bestimmter Risiken) stellen für eine inhaltlich kohärente Steuerung, Finanzierung und Leistungserbringung ein grosses Hindernis dar. Aus fachlicher Sicht müssten die nationalen und kantonalen Gesetzesgrundlagen zu Gunsten der Gleichbehandlung der Rat- und Hilfesuchenden sowie zu ihrem Schutz revidiert werden. Fachpersonen plädieren für eine Suchtpolitik, die die vielfältigen Konsum- und Einsatzformen psychoaktiver Substanzen mitberücksichtigt und deren Konsum sowie exzessive Verhaltensweisen als gesellschaftliche Realität akzeptiert. Dass das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) weiterhin auf die Prohibition ausgerichtet ist, stellt indessen eine Herausforderung dar. Kritisch zu beurteilen sind insbesondere die negativen Auswirkungen der Strafverfolgung von Konsumierenden, die Ungleichbehandlung von Cannabis- und Alkoholkonsum im Strassenverkehr, die problematische Qualität der auf dem Schwarzmarkt gehandelten Drogen und die Erschwerung der medizinischen Nutzung von verbotenen Betäubungsmitteln (Bundesrat 2021). Progressive Modelle schlagen vor, den Konsum psychoaktiver Substanzen zu entkriminalisieren und den Markt staatlich zu regulieren.

## **9.2.3 Empfehlungen**

### **Finanzierungsstrukturen**

Um die internationalen Standards der WHO und UNODC (2020a) umzusetzen, die einen gleichberechtigten und kostenfreien Zugang für alle Hilfesuchenden, unabhängig ihres Alters, Geschlechts, Wohnorts, Hauptproblems, sozioökonomischen Status und Aufenthaltsrechts fordern, ist Folgendes zu empfehlen: Die Kantone sollten ihre Gesetzesgrundlagen entsprechend anpassen und in Zusammenarbeit mit allen Kostenträgerinnen und -trägern (Bund, Versicherungen, Justiz, Gemeinden) nachhaltige Finanzierungsmodelle entwickeln. Angesichts der Unterschiede zwischen den Kantonen empfiehlt sich, diese Handlungsempfehlung mit Unterstützung des Bundes und entsprechenden nationalen Vorgaben umzusetzen. Kurz- und mittelfristig lassen sich kantonale Finanzierungsmodelle, zu Gunsten der Gleichbehandlung der Betroffenen und der fachlichen Indikation, beispielsweise durch die Schaffung eines innerkantonalen Lastenausgleichs zur Entlastung der Gemeindefinanzen, die Aufhebung der Rückzahlungspflicht bei Sozialhilfebeziehenden sowie durch die Streichung des Selbstbehalts für sozialtherapeutische Behandlungen verbessern.

Da es sich bei Suchthilfefällen oft um kooperationsintensive Begleitungs-, Betreuungs- und Beratungssituationen handelt, empfiehlt es sich, die Frage des Bedarfs an Zeitgutschriften für suchtspezifische Koordinationsleistungen sowie von Arbeiten, die nicht direkt an der Klientin oder am Klienten durchgeführt werden, bei der Entwicklung nachhaltiger Finanzierungsmodelle zu berücksichtigen. Wünschenswert wäre eine breit abgestützte Finanzierung, die auch die Behandlung der sozialen Folgen einer Suchterkrankung berücksichtigt.

### **Strategische und rechtliche Grundlagen**

Es empfiehlt sich, im Kanton (oder einer interkantonalen Versorgungsregion) eine *mehrfährige strategische Planung* zur (Weiter-)Entwicklung der Suchthilfe mit entsprechenden Leitlinien, Zielen und Massnahmen zu realisieren, und dabei die Zielerreichung regelmässig zu überprüfen, z. B. in jeder Legislaturperiode. Diese Strategieplanung sollte auf einer Bedarfs- und Angebotsanalyse beruhen und alle Handlungsfelder der nationalen Suchtstrategie umfassen sowie die unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Akteurinnen und Akteure (Nutzerinnen und Nutzer, Leistungserbringende, Kanton, Gemeinden, Primärversorgende usw.) berücksichtigen. Eine starke innerkantonale Zusammenbeitskultur der relevanten Anspruchsgruppen kann die Umsetzung einer bedarfsgerechten Suchthilfe Strategie fördern. Für kleinere Kantone wäre es möglich, die vorgeschlagene Strategieplanung (oder bestimmte Elemente daraus) in einem regionalen, kantonsübergreifenden Verbund zu realisieren. In Bezug auf die rechtlichen Grundlagen der Kantone ist es, angesichts der verschiedenen gegenwärtigen Herausforderungen im Zusammenhang mit den Finanzierungsstrukturen zentral, dass alle Kantone über rechtliche Grundlagen verfügen, die eine Finanzierung von Suchthilfemassnahmen im *Gesundheits- und Sozialwesen* vorsehen.

### **Aufgaben der Beauftragten für Suchtfragen im jeweiligen Kanton**

Als Schnittstelle zwischen Bund und Kantonen sowie zwischen Politik und Fachexpertise agiert die Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS). Im Rahmen der KKBS-Sitzungen findet ein regelmässiger Informations- und Erfahrungsaustausch zu Themen der Vier-Säulen-Politik statt. Die KKBS-Mitglieder nehmen dabei oft eine beratende, informierende oder vermittelnde Rolle bei politischen Prozessen, der Versorgungsgestaltung, Finanzierungsstrukturen oder der Kommunikation von Entwicklungstrends ein. Da sich die Expertise der KKBS-Mitglieder nicht nur auf das Fachliche, sondern auch auf die politischen Prozesse bezieht (KKBS 2013), sollten sie einen zentralen Stellenwert in der Gestaltung der kantonalen Suchthilfe einnehmen. Für die Stelle der oder des kantonalen Beauftragten wird daher ein standardisiertes Stellenprofil empfohlen, das mindestens nachfolgende Aufgaben umfasst:

- Leitung des, oder Mitarbeit im interdepartementalen Steuerungsgremium für Suchthilfe
- Entwicklung, Umsetzung, Monitoring und Weiterentwicklung der Suchthilfe Strategie im Kanton (ggf. in der Region)
- Leitung von regelmässigen Austauschgremien mit den Leistungserbringenden im Kanton (ggf. in der Region)
- Vertretung des Kantons in der KKBS und Aufgabenerfüllung gemäss den gemeinsamen Statuten

## Zusammenfassung der Empfehlungen – Teil B

### Strategische und rechtliche Grundlagen:

- Entwicklung einer kantonalen (ggf. regionalen) Suchthilfestrategie
- Revision gesetzlicher Grundlagen (national, kantonal) gemäss den fachlichen Standards, um strukturelle Ungleichbehandlungen von Zielgruppen im Zugang zu Suchthilfeangeboten zu beheben

### Suchtpolitische Steuerung:

- interdepartementales Gremium im Kanton für die Bearbeitung von suchtspezifischen Fragestellungen und die Ausgestaltung der kantonalen Suchthilfe
- Ausarbeitung eines standardisierten Stellenprofils der kantonalen Suchtbeauftragten
- Gewährleistung der Einbindung der KKBS-Mitglieder in die kantonale Steuerung der Suchthilfe

### Entwicklung von nachhaltigen und chancengerechten Finanzierungsmodellen:

- Gleichbehandlung aller Rat- und Hilfesuchenden
- Eliminierung von ökonomischen Fehlanreizen bei der Indikation
- Streichung des Selbstbehalts/der Rückzahlungspflicht bei Suchtbehandlungen
- Finanzierung der Schnittstellenarbeit, Vernetzungstätigkeiten und Koordinationsleistungen der Fachpersonen

## 9.3 Themenfeld C – Angebot und Leistungen

Im Fokus des Themenbereichs C – Angebot und Leistungen stehen die Angebote und professionellen Leistungen, die im Rahmen der Suchthilfe erbracht werden. Adressiert werden in diesem Kontext beispielsweise Fragen, ob die Leistungserbringung effizient durchgeführt wird, den politischen Zielen entspricht, die gewünschten Wirkungen erzielt oder adäquat auf die Zielgruppen ausgerichtet ist. Ziel der Empfehlungen in diesem Themenfeld ist es, eine bedarfsgerechte Angebotsabdeckung und -entwicklung in allen Regionen der Schweiz zu ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind Weiterentwicklungen auf Ebene (1) der kantonalen Angebotspaletten (2) der (inter-)kantonalen Angebotsplanung und -entwicklung sowie (3) des Zugangs und der Erreichbarkeit zu den vorhandenen Angeboten notwendig.

### 9.3.1 Ergebnisse dieser Studie

#### **Kantonale Angebotspaletten**

Der Vergleich der kantonalen Angebotspaletten zeigt, dass je nach Wohnkanton, den Rat- und Hilfesuchenden ein unterschiedlich ausdifferenziertes Suchthilfeangebot zur Verfügung steht (*Abschnitt 6.1*). Viele der Versorgungslücken, die bereits in der Befragung der Anbieterinnen- und Anbieterbefragung im Fokusbereich «Beratung, Therapie und Wohnen» thematisiert wurden, bestätigten sich auch im Rahmen der Fokusgruppengespräche. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen daher einen Handlungsbedarf in Bezug auf die kantonale und regionale Angebotsentwicklung auf. Aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten empfiehlt sich ein Ausbau des ambulanten, mobilen und aufsuchenden Beratungsangebots, der institutionellen Wohnangebote sowie der ambulanten Begleitung in Privatwohnungen (*Abschnitte 8.1.1 und 8.2*). Im Weiteren forderten die Fachpersonen in den Fokusgruppengesprächen, in den Ausbau und die niederschwellige Gestaltung der Angebote im Bereich der Schadensminderung und Überlebenshilfe (z. B. Kontakt- und Anlaufstellen, Drug Checkings) zu investieren. In diesem Kontext wurde auch auf einen zusätzlichen Bedarf von Housing-First-Angeboten hingewiesen (*Abschnitt 8.1.1*). Der Weiterentwicklungsbedarf auf Ebene der Angebotspalette zeigt sich auch daran, dass die befragten leistungserbringenden Institutionen im Fokusbereich in fast allen Angebotstypen und Regionen in den kommenden Jahren eine *steigende Bedarfsentwicklung* prognostizierten (*Abschnitt 8.1.2*). Neben diesen allgemein wahrgenommenen Angebotslücken zeigten sich in vielen Kantonen auch zielgruppenspezifische Versorgungslücken. Am häufigsten wurden zielgruppenspezifische Versorgungslücken bei den Altersgruppen «Kinder und Jugendliche» sowie «Menschen im Rentenalter» genannt.

#### **Bedarfsorientierte Angebotsplanung im Kanton/in der Versorgungsregion**

Gemäss den Ergebnissen der Befragung der leistungserbringenden Einrichtungen im Fokusbereich und der Fokusgruppengespräche sollte die kantonale Angebotsplanung künftig vermehrt auf einer umfassenden Bedarfsanalyse als auch unter Einbezug der relevanten Akteursgruppen erfolgen. Die befragten Expertinnen und Experten haben in diesem Kontext auf die gegenwärtig mangelhafte Angebotsreflexion und -weiterentwicklung einzelner Kantone verwiesen (*Abschnitt 8.4.2*). Die Ergebnisse dieser Studie machen zudem deutlich, dass die Angebotsreflexion und -entwicklung über die Kantonsgrenzen hinaus stattfinden sollte. Zum einen bestehen bereits heute viele interkantonale Vernetzungen auf Ebene der Angebotspalette (*Abschnitt 6.1*) und der Nutzungsverflechtung (*Abschnitt 6.2.6*); zum anderen wiesen die befragten Fachpersonen in fast jedem zweiten Fokusgruppen-Interview auf die fehlende oder ungenügende *interkantonale Abstimmung bei der Angebotsplanung* hin (*Abschnitt 8.4.3*).

#### **Zugang und Erreichbarkeit**

Die Ergebnisse der Fokusgruppengespräche verwiesen darauf, dass mehr aufsuchende, mobile und niederschwellige Angebote implementiert oder ausgebaut werden müssten, um suchtgefährdete und suchtbetroffene Personen besser zu erreichen, und die kantonalen und regionalen Suchthilfeangebote bekannter zu machen. Zu den bisher nur ungenügend erreichten Zielgruppen zählen, laut den befragten Fachpersonen, nicht nur besonders vulnerable Gruppen, wie z. B. Personen ohne gültigen Aufenthaltsstatus, sondern auch Personen mit einer Abhängigkeits-erkrankung, die sich von den gegenwärtigen Suchthilfeangeboten nicht angesprochen fühlen. In einzelnen Kantonen wurden in diesem Zusammenhang konkrete Beispiele diskutiert, wo mobile und aufsuchende Angebote verstärkt eingesetzt werden könnten, darunter:

- Notfallstationen
- Freizeitveranstaltungen
- Alters- und Pflegeheime
- Gastronomiebetriebe

Neben dieser Forderung nach mehr aufsuchenden und niederschweligen Angeboten zeigen die Ergebnisse dieser Studie verschiedene Versorgungslücken aufgrund der Zugangsbeschränkungen in Bezug auf einzelne Angebotsbereiche (z. B. stationäre, sozialtherapeutische Therapien, Angebote der Schadensminderung) oder auf bestimmte Zielgruppen. Dadurch können bestimmte vorhandene Angebote nicht von allen Zielgruppen gleichermassen in Anspruch genommen werden (*Abschnitt 8.2*).

### 9.3.2 Erkenntnisse aus dem «State of the Art»-Bericht

#### **Kantonale Angebotspalette**

Gemäss dem BetmG liegt die Betreuung von Personen mit suchtbedingten Störungen, die eine ärztliche oder psychosoziale Behandlung oder fürsorgerische Massnahmen benötigen, im Zuständigkeitsbereich der Kantone. Die im Kanton angebotenen Behandlungen sollen mit dem Ziel erfolgen, die *therapeutische und soziale Integration* von suchtbetroffenen Personen zu gewährleisten. Der Kanton ist gemäss BetmG dazu verpflichtet, Einrichtungen zu schaffen oder private Organisationen zu unterstützen, um die *Behandlung und Wiedereingliederung* von Personen mit suchtbedingten Störungen gemäss den entsprechenden Qualitätsanforderungen zu gewährleisten (BetmG, Art. 3d). Die Kantone müssen sicherstellen, dass ihre Bevölkerung Zugang zu einem Suchthilfesystem erhält, das die Mindestanforderungen der WHO und UNDOC erfüllt. Dies bedeutet, dass ihnen ein gleichberechtigter Zugang zu den nachfolgenden Angeboten gewährt wird:

- aufsuchende und niederschwellige Hilfsangebote
- Behandlungsangebote in nicht-spezialisierten Einrichtungen
- stationäre und ambulante Behandlungen
- medizinische und psychosoziale Behandlungsangebote
- Langzeitangebote in Wohneinrichtungen
- Nachsorgeangebote (z. B. Tagesstruktur, ambulante Begleitung in Privatwohnungen)

Damit die Hilfeleistungen den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen in bestimmten Phasen und dem Schweregrad des Suchtproblems gerecht werden, sollte das Behandlungsangebot auf verschiedenen Ebenen des Gesundheits- und Sozialsystems verfügbar sein, Zielgruppen unterscheiden und auf vulnerable Gruppen fokussieren (WHO & UNODC 2020a).

#### **Abstimmung der Leistungserbringung**

Die Suchthilfe in der Schweiz ist eine Verbundaufgabe von Bund, Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen. Der Bund verantwortet alle Leistungen, die durch anerkannte medizinische Leistungserbringende (Kliniken, Ambulatorien, Hausärztinnen und Hausärzte usw.) erbracht und über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) finanziert werden. Die Angebotsentwicklung in diesem Bereich wird in weiten Teilen über die Spitalplanung der Kantone, das Tarifsystem des KVG und das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage bestimmt. Die Kantone sind zuständig für die Angebote, die im Rahmen der kantonalen Sozial- oder

Gesundheitsgesetzgebung geregelt werden. Es handelt sich bei den Leistungserbringenden in diesem Bereich vorwiegend um private Organisationen, die wesentliche Bereiche der Suchthilfe aufgebaut haben. Die kantonalen Angebots- und Versorgungsstrukturen sind historisch gewachsen und zielen auf die Abdeckung regionaler Gegeben- und Besonderheiten ab (NAS-CPD 2017).

Allerdings bestehen *deutliche regionale Unterschiede beim Versorgungsangebot* (Bundesrat 2021). Ein Beispiel hierzu sind die Angebote der Schadensminderung: 2019 befanden sich sechs der sieben Drug-Checking-Angebote in Deutschschweizer Kantonen (Marthaler 2019). Grundsätzlich sollte die Gestaltung von Angeboten von der Prämisse ausgehen, dass jeder Mensch in der Schweiz das Anrecht auf eine adäquate, chancengerechte Suchtbehandlung hat. Kommunale, kantonale oder regionale Angebotsunterschiede sind aus Sicht der Chancengerechtigkeit problematisch. Diese Sachlage macht die Notwendigkeit einer interkantonalen bzw. überregionalen Abstimmung der Leistungserbringung deutlich (Baumberger & Knocks 2017).

### **Zugang und Erreichbarkeit**

Es sind subjektive und strukturelle Faktoren bekannt (Rimann 2014), die dazu führen können, dass Personen mit einem problematischen Substanzkonsum oder einer problematischen Verhaltensweise mit Abhängigkeitspotenzial nicht mit den vorhandenen Hilfs- und Informationsangeboten in Kontakt kommen. Zu den personenbezogenen Faktoren gehören beispielsweise gesundheitliche Einschränkungen (z. B. aufgrund psychischer Erkrankungen), ein tiefer ökonomischer Status, Bildungsferne, soziale oder räumliche Isolation oder eine eingeschränkte Mobilität. Daneben besteht auch die bewusst gewählte Unerreichbarkeit, die häufig bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet werden kann (Rimann 2014). Überdies können auch strukturelle Faktoren zu Zugangshürden führen wie z. B. Öffnungs- und Wartezeiten, die räumliche Verteilung der Angebote, rechtliche Hürden oder die gesellschaftliche Tabuisierung und Stigmatisierung von Sucht (WHO & UNOCD 2020a). Die Identifizierung von Barrieren und Zugangshürden gilt als Voraussetzung für die erfolgreiche Planung von strategischen und operativen Massnahmen. Während einige Barrieren spezifisch bei bestimmten Zielgruppen vorkommen, sind andere als generelle Barrieren bekannt (Maier & Salis Gross 2015).

## 9.3.3 Empfehlungen

### **Kantonale Angebotspalette**

Die Kantone müssen sicherstellen, dass ihre Bevölkerung Zugang zu einem Suchthilfesystem erhält, das die Mindestanforderungen der WHO und UNDOC erfüllt. Die Palette der Suchthilfeangebote im Kanton sollte demnach sowohl medizinische als auch Angebote des Sozialbereichs umfassen. In dieser Studie wurden kantonale und überregionale Angebotslücken identifiziert (*Abschnitte 6.2.1, 8.1.1 und 8.2*). Insbesondere sollten zukünftig niederschwellige und aufsuchende Angebote, Angebote im Bereich des institutionellen Wohnens, der ambulanten Begleitung in Privatwohnungen sowie der Risikominimierung und Überlebenshilfe ausgebaut werden. Unabhängig vom Suchthilfesystem sollte auch in den Ausbau von bedingungslosem und bezahlbarem Wohnraum investiert werden. Im Rahmen von interkantonalen Kooperationen können Angebote auch ausserkantonale erbracht werden, solange der kantonalen Bevölkerung ein gleichberechtigter Zugang gewährleistet wird. Im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit sollte der Bund die Kantone dabei unterstützen, dass schweizweit jeder Person ein gleichwertiges Beratungs- und Behandlungsangebot zur Verfügung steht.

## **Angebotsplanung und Abstimmung der Leistungserbringung**

Die Gestaltung der Leistungserbringung sollte auf einer Angebotsplanung basieren, der eine Bedarfsanalyse vorausgeht und die mit allen Anspruchsgruppen ausgearbeitet wurde. Dabei sollte die Angebotsplanung und -abstimmung sowohl medizinische als auch sozialtherapeutische Angebote berücksichtigen, auch wenn die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone bei den medizinischen Leistungen eingeschränkt sind. In einem weiteren Schritt der Leistungsabstimmung wird die aktive Einbindung der Leistungserbringenden in die Angebotsplanung empfohlen. Es ist erforderlich, das Know-how der Leistungserbringenden systematisch zu berücksichtigen. Im Zentrum dieser Form der Leistungsabstimmung sollten gezielt koordinierte Behandlungspfade der Suchtbetroffenen stehen (Stichwort: integrierte Versorgung).

Auch Kantone, die bevölkerungsmässig zu klein sind, um selbst über eine umfassende Angebotspalette zu verfügen, stehen in der Pflicht, ihrer Bevölkerung einen chancengerechten Zugang zu einem umfassenden Suchthilfesystem zu gewährleisten. Es empfiehlt sich deshalb, dass die Kantone in der Gestaltung der Suchthilfe mit den umliegenden (und ggf. weiteren) Kantonen systematisch zusammenarbeiten und sich zu einer interkantonalen Versorgungsregion zusammenschliessen. Mit einer kantonsübergreifenden Abstimmung in definierten regionalen Planungsregionen können Unter- oder Überauslastungen von Einrichtungen und ein allfälliger Entwicklungsbedarf von Angeboten effizienter bearbeitet werden. Es empfiehlt sich in allen Kantonen oder gegebenenfalls in Regionen, die Angebotsplanung in regelmässigen Abständen zu evaluieren und reflektieren. Im Sinne eines Bench-Learning-Ansatzes sollten bestehende interkantonale Austauschformate (wie z. B. Schweizerische Konferenz der Sozialdirektorinnen und -direktoren, KKBS, Forum Suchtmedizin, Spielen ohne Sucht) genutzt werden, um insbesondere auf kantonal und regional wahrgenommene Versorgungslücken zu reagieren. Beispielsweise wurde in einigen Kantonen ein Mangel an geeigneten betreuten Wohnformen für ältere Menschen festgestellt. Gleichzeitig gibt es Kantone, die bereits Erfahrung gesammelt und Finanzierungssysteme entwickelt haben, um das Leistungsspektrum von bestehenden Pflegeheimen auf die Versorgung von suchtbetroffenen älteren Menschen zu erweitern. Gleiches gilt für den Bereich der Schadensminderung, der in vielen Kantonen ungenügend abgedeckt ist. Hier könnten Modelle der gemeinsamen Angebotsträgerschaft, wie es die Zentralschweiz kennt, in Betracht gezogen werden.

Versorgungsregionen verfolgen das Ziel, eine kantonsübergreifende Planung, Abstimmung und Koordination der Suchthilfeangebote zu ermöglichen. Die KKBS-Mitglieder haben damit begonnen (KKBS-Sitzung vom 15. September 2022), Grundlagen für die Bildung von Versorgungsregionen zu erarbeiten und regionale Zusammenarbeitskonzepte zu entwickeln, die auf die Bedürfnisse der beteiligten Kantone abgestimmt sind. Eine solche Entwicklung könnte – z. B. im Rahmen eines Pilotprojektes – in zwei Regionen realisiert und begleitend evaluiert werden. Angesichts der unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen der Kantone (z. B. bei den Zuständigkeiten, der Steuerung und Finanzierung der Suchthilfe) steht eine Verstärkung der interkantonalen Zusammenarbeit und eine regionale Gestaltung vor grossen Herausforderungen. Um diese zu bewältigen, bedarf es zunächst einer Informationsstandardisierung und eines Aufbaus regelmässiger Austauschformate. Im Weiteren sollte auch der Bund die Kantone bei ihrer Angebotsplanung und -abstimmung unterstützen, gerade auch, weil ein Grossteil des Suchthilfesystems in nationale Strukturen (KVG) eingebunden ist.

## Zugang und Erreichbarkeit

Aus fachlicher Sicht gibt es keine Rechtfertigung dafür, gewissen Gruppen von Rat- und Hilfesuchenden, aufgrund ihres Alters, ihres sozioökonomischen Status, des Legalitätsstatus der primären Suchtproblematik, des Wohnorts oder Aufenthaltsstatus, den Zugang zu Hilfs- und Informationsangeboten zu erschweren bzw. zu verunmöglichen. Aus diesem Grund sollten die gegenwärtigen Gesetzesgrundlagen der Leistungserbringung und -finanzierung auf kantonaler und nationaler Ebene im Hinblick auf strukturelle Ungleichbehandlung der Zielgruppen geprüft und entsprechend angepasst werden. Dadurch wäre ein wichtiger Schritt beim Abbau von strukturellen Zugangshürden getan. Daneben existieren noch weitere strukturelle und personenbezogene Faktoren, die eine Inanspruchnahme von Hilfeleistungen erschweren können. Weitere Studien zur Identifikation von (zielgruppenspezifischen) Barrieren und Zugangshürden sind sowohl auf kantonaler als auch nationaler Ebene zu empfehlen. Während es suchtgefährdete bzw. suchtbetroffene Personen gibt, die bewusst nicht vom Suchthilfesystem erreicht werden möchten, existieren besonders vulnerable Gruppen, die durch die bisherigen Angebotsstrukturen und Zugangswege der Suchthilfe noch ungenügend erreicht wurden. Für letztere Personengruppen sollten daher aufsuchende Angebote gefördert werden, die sich an den Lebensformen und -orten – z. B. Altersheime, Gastronomiebetriebe, Notfallstationen oder Freizeitveranstaltungen – der entsprechenden Zielgruppen orientieren.

### Zusammenfassung der Empfehlungen – Teil C

#### Angebotsentwicklung und bedarfsorientierte Angebotsplanung:

- Angebotsentwicklung gemäss identifizierten Versorgungslücken im Kanton/in der Region
- regelmässige Bedarfsanalyse unter Einbezug der Leistungserbringenden, der Primärversorgenden, der Nutzerinnen und Nutzer sowie internationaler und nationaler Entwicklungen (im Kanton/in der Versorgungsregion)
- regelmässige Überprüfung des Versorgungssystems und bedarfsorientierte Angebotsplanung

#### Zugang und Erreichbarkeit:

- Identifizierung von Zugangshürden und Barrieren (gesetzliche, finanzielle, geografische, sprachliche, gesellschaftliche usw.)
- generelle Bekanntmachung der vorhandenen Angebote, Förderung von aufsuchenden Angeboten
- Ausbau der Niederschwelligkeit von Erstanlaufstellen und Beratungsangeboten

## 9.4 Themenfeld D – Versorgungssysteme

Der Themenbereich D – Versorgungssysteme betrachtet die Angebots- oder Leistungserbringung in Versorgungsstrukturen oder Versorgungsnetzwerken in einem definierten Einzugsgebiet (z. B. einer Gemeinde, einem Bezirk, einem Kanton oder einer interkantonalen Region). In diesem Themenbereich stellen sich Fragen der Abstimmung der Angebote in der Versorgungskette (Stichwort: integrierte Versorgung) und der Lenkung oder Steuerung der Angebote

gemäss den Bedürfnissen der Betroffenen (z. B. niederschwelliger Zugang, Case Management). Die Empfehlungen in diesem Themenfeld zielen darauf ab, den suchtgefährdeten oder -betroffenen Personen und ihren nahestehenden Dritten eine Orientierung und Vermittlung zu Hilfsangeboten im multidisziplinären Feld der Suchthilfe anzubieten und ihnen eine fachliche Begleitung ihrer Problembewältigung zur Verfügung zu stellen. Um diese Ziele zu erreichen, sind Weiterentwicklungen auf der Ebene (1) der fachlich begründeten Indikation (2) der Begleitung der Fallverläufe zu Gunsten ihrer Behandlungsqualität und Zielerreichung sowie (3) der (fallbezogenen) Kooperation und Koordination der Leistungserbringenden notwendig.

### 9.4.1 Ergebnisse dieser Studie

#### **Indikationsbasierte Fallsteuerung im Bereich der stationären Therapien**

Die befragten Fachpersonen kritisierten in den Fokusgruppengesprächen das mangelnde Bewusstsein seitens gewisser Kostenträgerinnen und -träger für den fachlich indizierten Ressourcenbedarf einer erfolgreichen Suchttherapie und einer nachhaltigen sozialen Integration. Die Expertinnen und Experten konstatierten in jüngster Zeit tendenziell eine *Bevorzugung KVG-finanzierter Therapieangebote* und sprachen in diesem Kontext von einer zunehmenden Ökonomisierung der Suchthilfe. In der Folge stünden stationäre sozialtherapeutische Angebote unter hohem wirtschaftlichem Druck und hätten unter Umständen mit Auslastungs- und mit Finanzierungsproblemen zu kämpfen. Eine Verbesserung der fachlich geleiteten Indikation könnte mit dem *Aufbau einer bzw. mehrerer kantonalen Anlauf- und/oder Koordinationsstelle(n)* für alle Hilfe- und Ratsuchenden erreicht werden, die die fachlichen Indikationen für stationäre Behandlungsangebote übernehmen könnte (*Abschnitt 8.4*).

#### **Kooperation und Koordination unter den Leistungserbringenden**

Die Ergebnisse der Anbieterinnen- und Anbieterbefragung und der Sekundäranalyse der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» durch das OBSAN zeigen, dass ein grosser Teil der Personen mit einer Suchterkrankung Angebote nutzen, die sich den Steuerungsmöglichkeiten der Kantone entziehen. Umso wichtiger erscheinen etablierte und gut funktionierende Kooperationen zwischen den medizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten. Ein Hinweis darauf, dass diese Kooperationen noch ausgebaut werden könnten, ergibt sich aus der Tatsache, dass jede dritte Person im Jahr 2020 im Anschluss an eine Behandlung in der stationären Suchtmedizin in ein ambulantes bzw. teilstationäres KVG-finanziertes Angebot wechselte und lediglich 5 % ein Angebot der sozialtherapeutischen ambulanten Beratung in Anspruch nahmen. Insgesamt zeigt sich eine *geringe Angebotsverflechtung dieser beiden Systeme* (*Abschnitt 6.2.5*). Auch in der Mehrheit der Fokusgruppengespräche und in der Befragung der Leistungserbringenden zeigt sich, dass die inner- und interkantonale Zusammenarbeit unter den Leistungserbringenden Verbesserungspotenzial hat. In erster Linie werden dafür mangelnde Ressourcen für Kooperations- und Koordinationstätigkeiten verantwortlich gemacht. Eine innerkantonale und überregionale Zusammenarbeitskultur würde gemäss den befragten Fachpersonen die Behandlungs- und Betreuungsqualität auf Fallebene steigern. In einem Drittel der Fokusgruppen wurde in diesem Zusammenhang auch eine stärkere *Zusammenarbeit mit angrenzenden Bereichen* (z. B. Justiz, Polizei, Behindertenhilfe, Schulen, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden) gefordert (*Abschnitt 8.4.3*).

## 9.4.2 Erkenntnisse aus dem «State of the Art»-Bericht

Das Politikfeld der «Suchthilfe» ist gekennzeichnet durch ein komplexes Arrangement von unterschiedlichen Zuständigkeiten, Akteuren, Akteurinnen und politischen Programmen. So sind der Bund, die Kantone, private Organisationen und auf der Ebene des Einzelfalls auch die Gemeinden für die Suchthilfe zuständig. Im politischen System der Schweiz führt dies auf jeden Fall zu föderaler Vielfalt und im besten Fall zu kooperativem Föderalismus. In horizontaler Perspektive ist damit die Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Gemeinden oder den Kantonen gemeint, in vertikaler Perspektive wird die Aufgabenverflechtung zwischen den staatlichen Ebenen und den privaten Organisationen angesprochen. Der ausgeprägte Föderalismus der Schweiz zeigt sich hier insbesondere auch als Vollzugsföderalismus. Dem Bund wird eine Gesetzgebungskompetenz zugestanden; im Gegenzug werden die Kantone mit dem Vollzug betraut, wobei ihnen dabei mehr oder weniger grosse Handlungsspielräume zugestanden werden (Linder & Mueller 2017, Vatter 2014).

### **Kooperation und Koordination unter den Leistungserbringenden**

In der Suchthilfe gibt es kaum eine Behandlungsmodalität, die für sich allein genommen alle (gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen) Probleme angemessen lösen könnte. Letztlich sind die einzelnen Leistungen von Organisationen daher erst dann nutzbar und effizient, wenn sie sinnvoll in vor-, neben- und nachgelagerte *Leistungsstrukturen* eingebunden sind (Müller & Stremlow 2006). Die Suchthilfe kann nur durch ein interdisziplinäres Kooperationssystem auf die vielschichtigen und komplexen Problemstellungen von suchterkrankten Menschen reagieren. Für erfolgreiche Kooperationssysteme sind ein gemeinsames Handlungsziel und ein gegenseitiges Verständnis aller Akteursgruppen zielführend. Bei Kooperationen mit mehreren Beteiligten ist es zentral, auch unter Zeitdruck, das Konsensverfahren bei Entscheidungen einzuhalten, damit alle Kooperationspartnerinnen und -partner hinter dem weiteren Verlauf der Kooperation stehen (Maibach und Willimann 2015). Obwohl eine Vielzahl an Kooperationspartnern die gemeinsame Zusammenarbeit erschweren kann, darf nicht vergessen werden, dass auch der Profit für alle Beteiligten durch ein grossangelegtes Kooperationsnetzwerk vergrößert werden kann (Hafen 2015). Um den Integrationsgrad auszubauen, kann beispielsweise die Kooperation in das Gemeinwesen integriert werden und somit der staatlichen Verwaltung unterstellt werden. Durch die staatliche Unterstützung und Kontrolle kann das Mass an Verbindlichkeit und Formalisierung ausgebaut werden (Hafen 2015).

In jüngster Zeit widmen sich das Bundesamt für Gesundheit (2016) und der Fachverband Sucht (2018b) verstärkt dem Thema einer Verbesserung der interinstitutionellen Zusammenarbeit bzw. der Förderung einer integrierten bzw. koordinierten Versorgung. An der Impulstagung «Vernetzung – Kooperation – Integration» des Fachverbandes Sucht im Jahr 2018 wurden die zukünftigen Herausforderungen thematisiert, gut funktionierende Modelle vorgestellt und Erfolgsfaktoren eruiert (Fachverband Sucht 2018b). Ein kontinuierlicher, interdisziplinärer Austausch mit anderen Leistungsanbietenden kann unter Umständen zu Zeitdruck und Unsicherheiten bezüglich des Erfolgs einer Institution führen. Andererseits kann ein transparenter und offener Umgang mit Fehlern und Herausforderungen im Rahmen eines Kooperationssystems einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und -verbesserung leisten (Hafen 2015).

### **Case Management/fallbezogene Zusammenarbeit**

Case Management in der Suchthilfe wird zunehmend als verknüpfendes Element innerhalb eines Versorgungssystems diskutiert (Arendt 2018, Bartsch 2017). Grundsätzlich kommen den

nahtlosen Übergängen in den verschiedenen Behandlungsphasen der Suchtbehandlung, ebenso wie der guten Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungssektoren, eine besondere Bedeutung zu (Marschall et al. 2009). Gemäss WHO und UNODC-Standards (2020a) sollte im Verlauf einer Behandlung in regelmässigen Abständen eine Evaluation der Gesundheit und des Wohlbefindens der betroffenen Personen stattfinden. Zudem sollte geprüft werden, ob die Betroffenen ihre individuellen Behandlungsziele erreichen konnten und ob der Behandlungsplan sie noch ausreichend bei ihrer Problembewältigung unterstützt. Doch der Aufbau eines Case Managements sowie dessen Evaluation sind ressourcenintensive Prozesse und auch die Rolle sowie die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen eines Case Managements können unterschiedlich ausfallen, was die Vergleichbarkeit von unterschiedlichen Systemen und ihren Wirkungen erschwert (Schmid & Vogt 2022). Bisherige Studien zeigen, dass das Case Management positive Einflüsse auf Betroffene haben kann, insbesondere auf deren Behandlungsbereitschaft und ihre Lebenszufriedenheit. Dabei spielt das Verhältnis zwischen Hilfesuchenden und den Case Managerinnen oder Managern eine entscheidende Rolle.

### 9.4.3 Empfehlungen

#### **Kooperation und Koordination mit und unter den Leistungserbringenden**

Für die Gestaltung eines effizienten Versorgungssystems ist eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung aller Akteursgruppen der Suchthilfe sowie aus den angrenzenden Bereichen notwendig. Dabei gilt es insbesondere darauf zu achten, dass Doppelspurigkeiten, Drehtüreffekte oder Angebotslücken in den Versorgungsabläufen erkannt werden, um die Angebote auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen (StremLOW et al. 2019). Grundlage einer erfolgreichen interdisziplinären Kooperation im Suchthilfesystem ist ein gemeinsames Ziel als Orientierung. In diesem Kontext bestehen zwei unterschiedliche Zugänge, wie Kooperationen aufgebaut und gefördert werden können: (a) Die Unterstützung der Zusammenarbeit der Leistungserbringenden durch kantonale Instanzen (kantonale Koordination; «Top-down-Ansatz») sowie (b) die Förderung selbstgesteuerter Kooperationen oder Vernetzung zwischen den Leistungserbringenden («Bottom-up-Ansatz»). Im Idealfall werden beiden Ansätze miteinander kombiniert.

Es empfehlen sich Settings, in denen sich die verschiedenen Akteursgruppen (Politik, Leistungserbringende, Kostenträger usw.) in regelmässigen Abständen und in systematischer Form über die Entwicklungen im Feld sowie über die Angebotsentwicklung, -nutzung und -abstimmung austauschen. Die Informations- und Vernetzungsanlässe können im eigenen Kanton oder im Rahmen eines interkantonalen Zusammenschlusses in der Region stattfinden. Für den Austausch und die Vernetzung der entsprechenden Akteursgruppen empfiehlt sich auch der Ausbau von digitalen Plattformen und Veranstaltungen. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure in der Suchthilfe sollte langfristig geplant und möglichst formalisiert und institutionalisiert werden, z. B. im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung, um die Verbindlichkeit für die Mitglieder zu erhöhen. Die Institutionalisierung sollte allen Beteiligten einen Nutzen bringen, der die potenziell höheren personellen und zeitlichen Ressourcen rechtfertigt (Gadiant 2015, Maibach und Willmann 2015). Als unterstützendes Element für Kooperationssysteme wäre der Ausbau einer nationalen Koordinationsstelle für alle im Bereich Sucht tätigen Akteurinnen und Akteure zu empfehlen, die sich den administrativen Tätigkeiten sowie den Vermittlungsaufgaben widmet und somit die Netzwerkmitglieder im Hinblick auf ihre Ressourcen entlasten könnte (Hafen 2015).

### **Indikationsstellung und Case Management bei komplexen Fällen**

Suchtklientinnen und -klienten beanspruchen in der Regel verschiedene Leistungen. Werden diese Leistungen ungenügend koordiniert, können Einbussen bei der Behandlungsqualität oder bei der Erreichung der Behandlungsziele die Folge sein. In dieser Studie wird verschiedentlich auf die bisher ungenügend finanzierte Schnittstellenarbeit verwiesen. Dadurch kann nicht überall gewährleistet werden, dass Hilfesuchende bei ihrer Problembewältigung fachlich begleitet und mit geeigneten Unterstützungsangeboten vernetzt werden. Es ist daher zu empfehlen, die professionelle Fallbegleitung als eine qualitätssteigende Leistung im Versorgungssystem zu sehen und diese entsprechend zu institutionalisieren (z. B. im Rahmen einer Leistungsvereinbarung oder durch den Aufbau einer niederschweligen Stelle für das Case Management). Im Rahmen der fachlichen Fallbegleitung sollte einerseits gemeinsam mit der suchtbetroffenen Person die individuelle Zielerreichung festgelegt und regelmässig evaluiert werden. Im Weiteren sollte die fallführende Stelle die Betroffenen an die für ihre Zielerreichung benötigten Angebote vermitteln und sie mit Hilfeleistungen aus angrenzenden Bereichen der Suchthilfe vernetzen. Im Zentrum eines Case Managements stehen demnach die fallbezogene Koordination und Abstimmung der verschiedenen Hilfeleistungen für eine bestmögliche Erreichung der individuellen Behandlungsziele der Klientinnen und Klienten. Dabei ist zu bedenken, dass es unterschiedliche Formen des Case Managements gibt, deren Wirkung aus methodischen Gründen schwierig zu evaluieren ist.

Eine fachlich indizierte Vermittlung der Betroffenen in ein für sie geeignetes Suchthilfeangebot kann nur erfolgen, wenn keine strukturellen Zugangshürden und ökonomische Fehlanreize bestehen. Aus diesem Grund ist für eine differenzierte Indikationsstellung bei stationären Therapien und besonders komplexen Fallsituationen eine fachlich geführte und niederschwellige Indikationsstelle<sup>154</sup> zu empfehlen. Dabei ist zentral, dass diese Fachstelle unabhängig von Kostenträgerinnen und -trägern agieren kann und die Indikationsstellung unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsrechte und in Zusammenarbeit mit den Hilfesuchenden erfolgt. Eine fachlich begründete Indikationsstellung von stationären Therapien würde zum einen die Situation ökonomischer Fehlanreize entschärfen und zum anderen die Gleichbehandlung der Hilfesuchenden verbessern. Ausserdem könnte eine derartige Koordinationsstelle auch für Primärversorgende, Angehörige oder Dritte als Anlauf- und Informationsstelle fungieren.

<sup>154</sup> Je nach Grösse des Kantons empfiehlt es sich, die Koordinations- und/oder Indikationsstelle an mehreren Standorten anzubieten, um die geografische Erreichbarkeit zu gewährleisten. In kleinen Kantonen könnte ein entsprechendes Angebot auch in einem interkantonalen Verbund realisiert werden.

## **Zusammenfassung der Empfehlungen – Teil D**

### **Steuerung der Indikationsstellung durch den Kanton:**

- Förderung der fachlichen Indikationsstellung mit einem etablierten Abklärungsinstrument durch den Kanton für definierte Fallsituationen (z. B. für komplexe Fälle im stationären Kontext)
- Aufbau einer zentralen Anlauf-, Koordinations- und/oder Indikationsstelle

### **Koordination und Kooperation mit und unter den Leistungserbringenden:**

- Förderung der Kooperation und Koordination durch Kostendeckung der Vernetzungstätigkeiten und Bereitstellung von Gefässen für einen institutionalisierten Austausch (Stichwort: integrierte Versorgung)
- Einbindung der Leistungserbringenden in die Gestaltung der Suchthilfe
- Einbindung der Leistungserbringenden in die Angebotsreflexion und -entwicklung

### **Begleitung der Fallverläufe/Case Management:**

- Auf- und Ausbau der fallbezogenen Koordination und Zusammenarbeit unter den Leistungserbringenden
- Auf- oder Ausbau einer niederschweligen Case-Management-Stelle für komplexe Fälle

## Zusammenfassung der Empfehlungen

### Teil A: Sucht als bio-psycho-soziales Phänomen

#### Förderung wissenschaftlicher Studien zu:

- den gesamtgesellschaftlichen Kosten von Suchtphänomenen
- Finanzierungsgrundlagen der Suchthilfe und deren Auswirkung auf die Indikationspraxis
- inhaltlichen und strukturellen Entwicklungstrends
- Wirkungsevaluationen im Bereich der Leistungserbringung

#### Ausbau eines nationalen Monitoringsystems:

- Prävalenzen, Konsumformen, Konsumtrends, Trends zu abhängigem Verhalten
- interkantonale Nutzerinnen- und Nutzerbewegungen
- Merkmale der Nutzerinnen und Nutzer (z. B. Komorbiditäten, sozioökonomischer Status)
- Zusammenstellung und Aufarbeitung von suchtspezifischen Daten aus internationalen und nationalen Studien und Statistiken

#### Sensibilisierungs- und Aufklärungsarbeit:

- für die Gesamtbevölkerung zur Aufklärung und Entstigmatisierung
- für bestimmte Zielgruppen oder Trends im Feld
- für Primärversorgende oder Fachpersonen in angrenzenden Bereichen der Suchthilfe

#### Aus- und Weiterbildung:

- Fachpersonen im Suchthilfesystem
- Vermittlung von suchtspezifischem Wissen und Kompetenzen an Fachpersonen in angrenzenden Bereichen und Erstanlaufstellen

### Teil B: Suchtpolitische Steuerung

#### Strategische und rechtliche Grundlagen:

- Entwicklung einer kantonalen (ggf. regionalen) Suchthilfestrategie
- Revision gesetzlicher Grundlagen (national, kantonal) gemäss den fachlichen Standards, um strukturelle Ungleichbehandlungen von Zielgruppen im Zugang zu Suchthilfeangeboten zu beheben

#### Suchtpolitische Steuerung:

- interdepartementales Gremium im Kanton für die Bearbeitung von suchtspezifischen Fragestellungen und die Ausgestaltung der kantonalen Suchthilfe
- Ausarbeitung eines standardisierten Stellenprofils der kantonalen Suchtbeauftragten
- Gewährleistung der Einbindung der KKBS-Mitglieder in die kantonale Steuerung der Suchthilfe

#### Entwicklung von nachhaltigen und chancengerechten Finanzierungsmodellen:

- Gleichbehandlung aller Rat- und Hilfesuchenden
- Eliminierung von ökonomischen Fehlanreizen bei der Indikation
- Streichung des Selbstbehalts/der Rückzahlungspflicht bei Suchtbehandlungen
- Finanzierung der Schnittstellenarbeit, Vernetzungstätigkeiten und Koordinationsleistungen der Fachpersonen

## **Zusammenfassung der Empfehlungen**

### **Teil C: Angebote und Leistungen**

#### **Angebotsentwicklung und bedarfsorientierte Angebotsplanung:**

- Angebotsentwicklung gemäss identifizierten Versorgungslücken im Kanton/in der Region
- regelmässige Bedarfsanalyse unter Einbezug der Leistungserbringenden, der Primärversorgenden, der Nutzerinnen und Nutzer sowie internationaler und nationaler Entwicklungen (im Kanton/in der Versorgungsregion)
- regelmässige Überprüfung des Versorgungssystems und bedarfsorientierte Angebotsplanung

#### **Zugang und Erreichbarkeit:**

- Identifizierung von Zugangshürden und Barrieren (gesetzliche, finanzielle, geografische, sprachliche, gesellschaftliche usw.)
- generelle Bekanntmachung der vorhandenen Angebote, Förderung von aufsuchenden Angeboten
- Ausbau der Niederschwelligkeit von Erstanlaufstellen und Beratungsangeboten

### **Teil D: Versorgungssysteme**

#### **Steuerung der Indikationsstellung durch den Kanton:**

- Förderung der fachlichen Indikationsstellung mit einem etablierten Abklärungsinstrument durch den Kanton für definierte Fallsituationen (z. B. für komplexe Fälle im stationären Kontext)
- Aufbau einer zentralen Anlauf-, Koordinations- und/oder Indikationsstelle

#### **Koordination und Kooperation mit und unter den Leistungserbringenden:**

- Förderung der Kooperation und Koordination durch Kostendeckung der Vernetzungstätigkeiten und Bereitstellung von Gefässen für einen institutionalisierten Austausch (Stichwort: integrierte Versorgung)
- Einbindung der Leistungserbringenden in die Gestaltung der Suchthilfe
- Einbindung der Leistungserbringenden in die Angebotsreflexion und -entwicklung

#### **Begleitung der Fallverläufe/Case Management:**

- Auf- und Ausbau der fallbezogenen Koordination und Zusammenarbeit unter den Leistungserbringenden
- Auf- oder Ausbau einer niederschweligen Case-Management-Stelle für komplexe Fälle

# 10 Verzeichnisse

## 10.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Handlungsphasen und -ebenen bei der Gestaltung sozialer Versorgung (Stremlow et.al. 2019)..2	2
Abbildung 2: Anteil der ständigen Bevölkerung im städtischen Kernraum (2021) .....	26
Abbildung 3: Häufigkeit des täglichen Alkoholkonsums im Jahr 2017.....	27
Abbildung 4: Prävalenz des Cannabiskonsums im Jahr 2017 .....	28
Abbildung 5: Spitalaufenthalte mit Haupt- / Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung 2021 .....	29
Abbildung 6: Vollzeitstellen pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in der ambulanten Suchtberatung (Deutschschweiz; Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3).....	36
Abbildung 7: Plätze der stationären Suchttherapie (Typ 2a) pro 100'000 Einwohnende Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) .....	37
Abbildung 8: Platzauslastung in der stationären Suchttherapie am Stichtag (31.12.2021) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3).....	38
Abbildung 9: Plätze im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) pro 100'000 Einwohnende (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3).....	41
Abbildung 10: Platzauslastung im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3 / Typ 4) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) .....	42
Abbildung 11: Wöchentliches Stundenbudget für ambulante Begleitung einer Person in Privatwohnung (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3).....	43
Abbildung 12: Prozentuale Auslastung der Angebote im Fokusbereich am Stichtag (31. 12 2021) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3).....	46
Abbildung 13: Auslastungseinschätzung am Stichtag 31.12.2021 durch Anbietende im Fokusbereich (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3).....	46
Abbildung 14: Auslastungseinschätzung durch Anbietende im Fokusbereich im letzten Jahr (2021) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3).....	48
Abbildung 15: Anzahl befragte Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich pro Region (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) .....	49
Abbildung 16: Regionale Verteilung der Angebote am Stichtag (31.12.2021) "Stationäre Suchttherapie" & «Stationäre Suchtmedizin» (Datenbasis für beide Angebotstypen: Fragebogen B1, vgl. Tabelle 3) .....	51
Abbildung 17: Regionale Verteilung der Angebote im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4). (Datenbasis: Fragebogen B1, vgl. Tabelle 3).....	52
Abbildung 18: Anzahl Nutzende im Fokusbereich nach Wohnkanton pro 100'000 Einwohnende (2021) .....	58
Abbildung 19: Anzahl Nutzende in der stationären Suchtmedizin pro 100'000 Einwohnende (2020) .....	59
Abbildung 20: Nutzende im Fokusbereich (2021) & der stationären Suchtmedizin (2020) nach Lebensphase.64	64
Abbildung 21: Nutzende im Fokusbereich (2021) & der stationären Suchtmedizin (2020) nach Geschlecht ...66	66
Abbildung 22: Nutzende im Fokusbereich (31.12.2021) & der stationären Suchtmedizin (Jahr, 2020) nach Hauptproblem .....	69
Abbildung 23: Nutzende im Fokusbereich nach Auftreten allfälliger Komorbiditäten (Datenbasis: B2 Befragung, vgl. Tabelle 3).....	75
Abbildung 24: Häufigste Zuweisungswege & Anschlussangebote von Nutzenden der stationären Suchttherapie (Typ 2a) gemäss Einschätzung der Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3).....	77

Abbildung 25: Häufigste Zuweisungswege & Anschlussangebote von Nutzenden der stationären Suchtmedizin (Typ 2b). Gemäss Sekundäranalyse der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (BFS, 2021) durch das OBSAN (2022). ..... 79

Abbildung 26: Interkantonale Nutzungsverflechtung in der stationären Suchttherapie (Typ 2a) ..... 80

Abbildung 27: Interkantonale Nutzungsverflechtung in der stationären Suchtmedizin (Typ 2b)..... 82

Abbildung 28: Interkantonale Nutzungsverflechtung bei Angeboten im institutionellen Wohnen (Typ 3 & 4) .. 83

## 10.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Angebotstypologie der Suchthilfe ..... 8

Tabelle 2: Angebotstypen des Fokusbereichs «Therapie, Beratung und Wohnen» ..... 9

Tabelle 3: Forschungsmethodik ..... 10

Tabelle 4: Rücklaufquote der Anbieterinnen- und Anbieterbefragung (B2)..... 12

Tabelle 5: Die vier Entwicklungsbereiche der Suchthilfe in Anlehnung an StremLOW et al. (2019) ..... 18

Tabelle 6: Typen der Angebotsdifferenzierung der Suchthilfe (Datenbasis: Fragebogen A, vgl. Tabelle 3) ..... 31

Tabelle 7: Kapazität & Auslastung: «Ambulante Suchtberatung & Suchttherapie (Typ 1a)» (Datenbasis: Fragebogen B1 und B2, vgl. Tabelle 3) ..... 35

Tabelle 8: Kapazität und Auslastung: «Stationäre Suchttherapie (Typ 2a)» (Datenbasis: Fragebogen B1 und B2, vgl. Tabelle 3) ..... 36

Abbildung 7: Plätze der stationären Suchttherapie (Typ 2a) pro 100'000 Einwohnende Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) ..... 37

Abbildung 8: Platzauslastung in der stationären Suchttherapie am Stichtag (31.12.2021) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) ..... 38

Tabelle 9: Kapazität & Auslastung der stationären Suchtmedizin (Typ 2b) im Jahr 2020 (BFS, 2021) ..... 39

Tabelle 10: Kapazität und Auslastung: «Betreutes institutionelles Wohnen (Typ 3)» (Datenbasis: Fragebogen B1 und B2, vgl. Tabelle 3) ..... 40

Tabelle 11: Kapazität & Auslastung: «Institutionelles Wohnen mit ambulanter Begleitung (Typ 4)» (Datenbasis: Fragebogen B1 und B2, vgl. Tabelle 3) ..... 40

Abbildung 9: Plätze im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4) pro 100'000 Einwohnende (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) ..... 41

Abbildung 10: Platzauslastung im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3 / Typ 4) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) ..... 42

Tabelle 12: Kapazität & Auslastung: «Ambulante Begleitung in Privatwohnungen (Typ 5)» (Datenbasis: Fragebogen B1 und B2, vgl. Tabelle 3) ..... 42

Abbildung 11: Wöchentliches Stundenbudget für ambulante Begleitung einer Person in Privatwohnung (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) ..... 43

Tabelle 13: Kapazität & Auslastung: «Familienplatzierungsorganisationen (Typ 6)» (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) ..... 44

Tabelle 14: Kapazität & Auslastung: «Notunterkünfte (Typ 7)» (Datenbasis: Fragebogen B1 und B2, vgl. Tabelle 3) ..... 44

Tabelle 15: Kapazität & Auslastung: «Housing First» (Typ 8) (Datenbasis: Fragebogen B1 und B2, vgl. Tabelle 3) ..... 45

Abbildung 12: Prozentuale Auslastung der Angebote im Fokusbereich am Stichtag (31. 12 2021) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) ..... 46

Abbildung 13: Auslastungseinschätzung am Stichtag 31.12.2021 durch Anbietende im Fokusbereich (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) .....	46
Abbildung 14: Auslastungseinschätzung durch Anbietende im Fokusbereich im letzten Jahr (2021) (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) .....	48
Abbildung 15: Anzahl befragte Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich pro Region (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) .....	49
Abbildung 17: Regionale Verteilung der Angebote im Bereich des institutionellen Wohnens (Typ 3, Typ 4). (Datenbasis: Fragebogen B1, vgl. Tabelle 3) .....	52
Tabelle 16: Datenbasis der Analysen zu der Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Wohnkanton (Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) .....	54
Tabelle 17: Nutzende nach Wohnkanton im Verhältnis zur kantonalen Bevölkerung (Datenbasis: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (BFS 2020b)) .....	56
Tabelle 18: Datenbasis für die Analysen der Nutzerinnen- und Nutzermerkmalen .....	61
Tabelle 19: Nutzende der ambulanten Suchtberatung & Suchttherapie nach Beratungskategorie / -form .....	62
Tabelle 20: Datengrundlage der Analyse «Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Lebensphase» .....	63
Tabelle 21: Datengrundlage der Analyse «Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Geschlecht» .....	65
Tabelle 22: Datengrundlage der Analyse «Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Hauptproblem» .....	68
Tabelle 23: Datengrundlage der Analyse «Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer nach Komorbiditäten» .....	73
Abbildung 24: Häufigste Zuweisungswege & Anschlussangebote von Nutzenden der stationären Suchttherapie (Typ 2a) gemäss Einschätzung der Anbieterinnen und Anbieter im Fokusbereich (Datenbasis: Fragebogen B2, vgl. Tabelle 3) .....	77
Tabelle 24: Interkantonale Nutzungsbilanz im Angebotstyp 2a - stationäre Suchttherapie .....	81
Tabelle 25: Interkantonale Nutzungsbilanz im Angebotstyp 2b - stationäre Suchtmedizin .....	82
Tabelle 26: Interkantonale Nutzungsbilanz in den Typen des institutionellen Wohnens (Typ 3 & 4) .....	84
Tabelle 28: Wahrgenommene Angebotslücken der Anbieterinnen & Anbieter im Fokusbereich .....	113
Tabelle 29: Einschätzung zukünftiger Auslastung in den Regionen Mittelland / Nordwestschweiz & Westschweiz .....	116
Tabelle 30: Einschätzung zukünftiger Auslastung pro Angebotstyp in den Regionen Ost- / Zentralschweiz ..	117
Tabelle 31: Beschreibung aktueller bedarfsrelevanter Entwicklungen .....	118
Tabelle 32: In den Fokusgruppen-Interviews genannte, nicht-zielgruppenspezifische Angebotslücken .....	119
Tabelle 33: Wahrgenommene zielgruppenspezifische Angebotslücken .....	121
Tabelle 34: Inhaltliche Entwicklungstrends (Zielgruppen, Konsumformen, Substanzen, Verhalten) .....	124
Tabelle 35: Strukturelle Entwicklungstrends im Bereich «Finanzierung» .....	128
Tabelle 36: Handlungsbedarf bei der kantonalen Versorgungsgestaltung .....	130
Tabelle 37: Handlungsfelder bei der Inner- und interkantonale Kooperation .....	131

### 10.3 Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BFS	Bundesamt für Statistik
IV	Invalidenversicherung
KKBS	Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MonAM	Schweizer Monitoring-System für Sucht und nichtübertragbare Krankheiten
MSK	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
OBSAN	Schweizerische Gesundheitsobservatorium
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
UNDODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## 10.4 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, I. (2022). Soziale Arbeit im Suchtbereich: Komplexe Lebenslagen erfassen. Referat an der Fachtagung «Soziale Arbeit und Sucht» vom 23. März 2022 in Olten.
- Amberg, Helen, Mélanie Stamm, Oliver Bieri (2020). Situationsanalyse Weiterbildung im Bereich Sucht. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Projektnummer 19-92. Interface Politikstudien. Luzern, Lausanne.
- American Psychiatric Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Addiction Valais/Sucht Wallis (2020). *Statistischer Bericht. Daten – ein Mehrwert auf allen Ebenen. Sion: Addiction Valais/Sucht Wallis*. Gefunden unter (Zugriff am 25. Februar 2022): [https://issuu.com/addiction-valais/docs/advs\\_statistischer\\_bericht?fr=sMzYzNTk0MzE5Ng](https://issuu.com/addiction-valais/docs/advs_statistischer_bericht?fr=sMzYzNTk0MzE5Ng)
- Act-info (2022). *Das Monitoringsystem act-info*. Internetseite: [https://www.substitution.ch/de/monitoringsystem\\_act\\_info.html](https://www.substitution.ch/de/monitoringsystem_act_info.html) (letzter Zugriff: 7. März 2022).
- Act-info (2021). Jahresbericht 2020. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). Bern.
- Act-info (2022). Jahresbericht 2021. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). Bern.
- Al Kurdi, Christophe. 2023. « Rapport de synthèse sur le financement de l'offre en cas d'addictions en Suisse : enjeux et pistes d'action ». Lausanne : Groupement Romand d'Etude des Addictions (GREA). <https://www.grea.ch/publications/rapport-financement-2023>.
- Arendt, I. (2018). Case Management in der Sucht- und Drogenhilfe. *Soziale Arbeit*, 9/10, 360–365.
- Arnaud, N., & Thomasius, R. (2020). Störungen durch Substanzgebrauch und abhängige Verhaltensweisen in der ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Arnaud, S., Terrettaz, T., & Ambiguet, M. (2019). *Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) RAPPORT DE MONITORAGE 2019*. REL'IER et Unisanté.
- Basel-Stadt. (2021). *Handbuch zur Individuellen Bedarfsermittlung im Kanton Basel-Stadt*. Version September 2021.
- Bartsch, G. (2017). Suchthilfe in Deutschland. *SuchtMagazin*, 43(2–3), 5–12. <https://doi.org/10.5169/SEALS-800147>
- Baumberger, P., & Knocks, S. (2017). Suchthilfe in der Schweiz: Gestern, heute und morgen. *SuchtMagazin*, 43 (2-3). <https://doi.org/10.5169/SEALS-800149>
- Berthel, T., Vogel, F., & Kläusler, C. (2015). *Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe*. SuchtMagazin.
- Berthel, T. (2021). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz*. In: Soziale Arbeit und Sucht (S. 11).

- Bühringer, G., Behrendt, S., & Endrass, T. (2020). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen. In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (837–863). Springer.
- Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Faktenblatt Koordinierte Versorgung*.
- Bundesamt für Gesundheit. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*. [https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2660/Nationale\\_Strategie\\_Sucht.pdf](https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2660/Nationale_Strategie_Sucht.pdf)
- Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen zum QuaTheDA-Referenzsystem – Entzug*. Revision Oktober 2021. <https://www.quatheda.ch/files/content/quatheda/de/leitfaden/2021-quatheda-leitfaden-mod09-entzug.pdf>
- Bundesamt für Statistik (2023). Spezifische Datenzusammenstellung vom 12. April 2023
- Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Zahlen und Fakten Sucht*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Statistik. (2020a). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen – Detailkonzept*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/so-med.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020b). *Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 1.1.2020*. Neuenburg: BFS.
- Bundesrat. (2021). *Perspektiven der schweizerischen Drogenpolitik. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 17.4076 Rechsteiner Paul, 12. Dezember 2017*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/perspektiven-drogenpolitik.html>
- Canadian Center on Substance Use and Addiction (2022). Internetseite: <https://www.ccsa.ca> (letzter Zugriff: 5. März 2022)
- Carlo, F., Müller, E., Zingarelli, J., Daurù, A. (Hrsg.): Housing First. Ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit unter: [http://www.schwarzerpeter.ch/wp-content/uploads/2020/07/Housing-First\\_2020.pdf](http://www.schwarzerpeter.ch/wp-content/uploads/2020/07/Housing-First_2020.pdf).
- Cattacin, S. (2012). *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik: Rückblick und Ausblick*. *SuchtMagazin*, 2.
- Clot, J., Bach, R., & Savary, J.-F. (2021). *Évolutions et mutations des institutions résidentielles sociothérapeutiques en Suisse romande*. Lausanne: GREA.
- Da Cunha, A., Mager, C., & Schmid, O. (2009). *La quadrature du cube. Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg*. Lausanne: Institut de géographie, Université de Lausanne.
- Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., & Griswold, M. (2018). *The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987–1012.

- Dey, M.; Schaaf, S. (2016): *Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen in ambulanter und stationärer Suchthilfe (QuaTheSI). Gesamtbericht der Erhebung 2016*. Diese Studie wurde mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit, Vertragsnummer 13.007981 erarbeitet. Swiss Research Institute for Public Health and Addiction. Zürich.
- Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg (2012). *Projekt für die Koordination der Betreuung Suchtkranker (illegale Drogen und Alkohol)*. Staat Freiburg: Direktion für Gesundheit und Soziales GSD.
- Dollinger, B., & Schmidt-Semisch, H. (2007). *Reflexive Suchtforschung: Perspektiven der sozialwissenschaftlichen Thematisierung von Drogenkonsum*. In *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 7–33). Springer.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen EKDF. (2006). *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*. Verlag Hans Huber.
- EMCDDA. (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256\\_DE0906.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_DE0906.pdf)
- Fischer, B., Mäder, B., & Telser, H. (2020). *Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht. Polynomics. Sur mandat de l'OFSP*. Bern: BAG.
- Fachverband Sucht (2018): *Leitlinien zur Finanzierung der sozialtherapeutischen stationären Suchthilfe*. Unter Mitarbeit von Forelhaus Zürich Jürg Dennler, Die Alternative Stephan Germundson, Walter Meury, Suchthilfe Region Basel, Mühlhof Gerold Pfister, Thomas Lüddeckens, Klinik im Hasel, Alexander Wopfner Lempen, Klinik Südhang und Iwan Rickenbacher, Präsident Fachverband Sucht. Fachverband Sucht.
- Fachverband Sucht (2018b). *Impulstagung «Vernetzung - Kooperation - Integration». Zukunftsweisende Modelle für die Behandlung suchtkranker Menschen*. <https://fachverbandsucht.ch/de/events/66>.
- Falkai, P., & Wittchen, H. O. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Gehrig, M., Künzi, K., & Stettler, P. (2012). *Finanzierung der stationären Suchthilfe. Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen – Schlussbericht*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. (2019). *Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt*.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmel, C., & Flury, R. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*. Sucht Schweiz Lausanne.
- Gmel, G., Notari, L., Gmel, C. (2018). *Suchtmonitoring Schweiz: Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016*. Sucht Schweiz.
- Gmel G., Notari L., Gmel C. (2018). *Rauchen und Alkoholkonsum in der Schweiz: Trends über 25 Jahre, Kohorteneffekte und aktuelle Details in Ein-Jahres-Altersschritten – eine Analyse verschiedener Surveys*. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.
- Gschwend, A. (2021). *Perspektiven der Schweizerischen Drogenpolitik bis 2030. SuchtMagazin*, 6.

- Gremminger, S., AvenirSocial, P., & Schweiz, B. S. A. (2021). *Sucht ist (auch) ein soziales Problem*. Soziale Arbeit und Sucht, 17.
- Grunwald, K., Roß, PS. (2018). *Governance in der Sozialen Arbeit*. In: Kolhoff, L., Grunwald, K. (eds) Aktuelle Diskurse in der Sozialwirtschaft I. Perspektiven Sozialwirtschaft und Sozialmanagement. Springer VS, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-20319-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-658-20319-1_10)
- Haasen, C., Kutzer, A., & Schäfer, I. (2010). Was verstehen wir unter Sucht? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(4), 267–270.
- Hafen, Martin (2015). *Interdisziplinäre Kooperation in der Suchtarbeit*. *SuchtMagazin* 1/2015: 5–13
- Hansjürgens, R. / Schulte-Derne, F. (Hg.) (2020). *Soziale Diagnostik in der Suchthilfe: Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Hauptstelle für Suchtfragen, Deutschland (2022). Internetseite: <https://www.dhs.de/>; letzter Zugriff: 7. März 2022)
- Hinte, W.; Litges, G. und Springer, W. (1999): *Soziale Dienste. Vom Fall zum Feld. Soziale Räume statt Verwaltungsbezirke*. Berlin: edition sigma.
- Infodrog. (2020). *Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen*. <https://www.infodrog.ch/de/themen/angebotsplanung/monitoring-stationaere-suchttherapieinstitutionen.html>
- Infodrog (2016). *QuaTheDA-E – Beschreibung der Ein- und Austrittserhebung von Sucht Wallis*. Bern.
- ISGF (Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung). Internetseite. <https://www.isgf.uzh.ch/de.html> (letzter Zugriff 7. März 2022)
- Jeanrenaud, Claude, Gaëlle Widmer und Sonia Pellegrini (2005). *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final*, Université de Neuchâtel, <https://biblio.parlament.ch/e-docs/147055.pdf> (28. April 2022).
- Junod, V.; Hatam, S.; Colomb, E.; Khazaal, Y, Savary J-F; Haemmig, R.; Simon, O. (2020). *IV-Rente und Sucht: jetzt besser*. Schweizerische Ärztezeitung.
- Kanton Basel-Stadt (2020). *Wegleitung zur Individuellen Bedarfsermittlung mit IBBplus im Kanton Basel-Stadt*. Version März 2020. Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt des Kantons Basel-Stadt Amt für Sozialbeiträge.
- Kantonale Beauftragte für Suchtfragen (KKBS) (2013): *Statuten*. Vom 7. März 2013. Bern.
- Krebs, M., Mäder, R., & Mezzera, T. (2021). *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis*. Springer Nature.
- Krebs, M., Gallego, S., & Berthel, T. (2021). *Auf dem Weg zu einer modernen Suchtpolitik*. *SuchtMagazin*. Jg. 47, 12–16
- Küfner, H., Pfeiffer-Gerschel, T., & Hoch, E. (2020). Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen (Drogenkonsumstörungen). In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 865–891). Springer.
- Künzi, D., Liesch, R., & Jäggi, J. (2019). *Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.

- Künzi, K., Jäggi, J., & Morger, M. (2018). *Finanzierung und Organisation der stationären Suchthilfe im Kanton Thurgau – Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.
- Künzi, K., Liesch, R., & Jäggi, J. (2019a). *Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59 (2), 153–165.
- Lischer, S.; Eder, M.; StremLOW, J.; Wyss, S.; Häfeli, B. (2022). Ausgewählte internationale und nationale Erkenntnisse für die Analyse der Steuerung der Suchthilfeangebote in den Kantonen Synthesebericht mit Thesen zu Entwicklungspotenzialen.
- Maier, L. J., & Salis Gross, C. (2015). Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. *Synthesebericht der Expertengruppe. ISGF-Bericht*, 360.
- Mahlke, C.; Krämer, U.; Kilian, R.; Becker, T. (2015) Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstandes. In: *Nervenheilkunde*, Nr. 4. Schattauer Verlag im Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.
- Mann, K. (2014). *Verhaltenssüchte*. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Marschall, U., Ullrich, W., & Sievers, C. (2009). Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. *Gesundheitswesen aktuell*, 252–276.
- Marthaler, M. (2019): *Faktenblatt: Stand der Schadensminderung in der Schweiz*. Hrsg. vom Bundesamt für Gesundheit. BAG. Bern.
- Marthaler M.; Melody G. und Bachmann A. (2020). *Synthetische Cannabinoide. Informationen für Suchtfachleute*. Factsheet. Infodrog. Bern.
- Marthaler, M. (2021): *Kiffen, sniffen, spicken & Co. Neue Erkenntnisse aus der Welt der psychoaktiven Substanzen*. Auswertung der Befragungen von Konsumierenden 2020 / Auswertung des Onlinetools für Substanzwarnungen 2020 / Neues aus Politik und Wissenschaft. Unter Mitarbeit von Melanie Wollschläger. Infodrog.
- McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP (1980). *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index*. Journal of Nervous and Mental Disease. 1980 Jan;168(1):26-33, Lippincott Williams & Wilkins.
- Müller, S.; StremLOW J. (2006). *Ein Monitoring für das Sozialwesen in der Schweiz. Theoretische Grundlagen und eine Untersuchung zur Sozialpolitik der Kantone der Zentralschweiz*. Dissertation. Zürich: Universität Zürich.
- MonAM. (2022). *Sucht*. <https://ind.obsan.admin.ch/monam/topic/1SUC>
- NAS-CPD (Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik). (2017). *Synthesepapier Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz*. [https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/2017\\_Finanzierung\\_Suchthilfe\\_Schweiz.pdf](https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/2017_Finanzierung_Suchthilfe_Schweiz.pdf)

- NAS-CPA (2014). Marktregulierung in der Drogenpolitik Grundposition der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik NAS-CPA. [https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/NAS-CPA\\_Grundposition\\_Marktregulierung\\_in\\_der\\_Drogenpolitik.pdf](https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/NAS-CPA_Grundposition_Marktregulierung_in_der_Drogenpolitik.pdf)
- National Institute on Drug Abuse (2022). Internetseite: <https://nida.nih.gov/about-nida>
- OECD (2021). *Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.
- OFDT (2019). Drogues et addictions, données essentielles. Édition 2019. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
- Righetti, V; Favrod-Coune T. (2010). *Questionnaires de dépistage et d'évaluation des consommations de substances psychoactives*. In : Revue Medicale Suisse. Nr.264. ISSN: 1660-9379.
- Rimann, N. (2014). *Expertise zum Thema «Schwer erreichbare Zielgruppen». Zuhanden der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM)*.
- RISQ Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (2018). *Indice de Gravité d'une Toxicomanie*. V.6.1. Québec. Aufgerufen unter: [https://ora-prdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1826333553\\_IGT\\_Fr\\_V5.1\\_Avr2001.pdf](https://ora-prdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1826333553_IGT_Fr_V5.1_Avr2001.pdf)
- Rush, B., & Urbanoski, K. (2019). Seven Core principles of substance use treatment system design to aid in identifying strengths, gaps, and required enhancements. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement, s18*, 9–21.
- Savary, J.-F., Tharin, A., Bach, R., Fazan, C., Durgnat, H., & Periard, C. (2021). Über die Krankheit hinaus: Die Rückkehr der Sozialen Arbeit. In *Soziale Arbeit und Sucht* (S. 261–278). Springer VS, Wiesbaden.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan] (2023). *MonAM-Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten*. <https://ind.obsan.admin.ch/monam>
- Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF). (2022) <https://www.isgf.uzh.ch/de.html>
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., Kraus, L., Kostrzewa, R., Rheinländer, J., & Rummel, C. (2017). Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht*.
- Schönig, W. (2008): *Sozialraumorientierung. Grundlagen und Handlungsansätze*. Schwalbach am Taunus: Wochenschau Verlag.
- Schmid, M., Vogt, I. Zwanzig Jahre Forschung zu Case Management in der Suchthilfe – eine Zwischenbilanz. 11. Fachtagung Klinische Sozialarbeit «Wirkung» 9./10. Juni 2022, Olten/Schweiz und hybrid
- Schubert, H. (2017): *Entwicklung einer modernen Sozialplanung. Ansätze, Methoden und Instrumente*. In: Archiv der Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1/2017. 4–19.

- Service du médecin cantonal (2019). *Monitorage – Dispositif cantonal d'indication Addictions pour les Adultes – FRIADIC. Période 2014-2018*. Etat de Fribourg: Direction de la santé et les affaires sociales.
- Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. *Principles of addiction, 1*, 61–70.
- Sommerfeld, P. (2016). *Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem? SuchtMagazin*. Heftnummer 6, 2016.
- Steber Büchli, D., Grossmann, L., & Dreifuss, R. (2012). Die Schweizer Drogenpolitik im internationalen Kontext: Bekämpft, ignoriert, bewundert. In *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Rückblick auf dreissig Jahre Schweizer Drogenpolitik*.
- StremLOW, J., Riedweg, W., & Bürgisser, H. (2019). *Gestaltung sozialer Versorgung. Ein Planungs- und Steuerungsmodell*. Springer VS.
- Sucht Schweiz. (2020). *Act-info*. <https://www.suchtschweiz.ch/forschung/act-info/>
- Vatter, A. (2014). *Das politische System der Schweiz*. Baden-Baden: Nomos.
- Vanderplasschen, W.; Rapp, R. C.; De Maeyer, J.; Van Den Noortgate, W. (2019): A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective. *Front. Psychiatry 10*:186.
- World Health Organization. (2020). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Disorders due to addictive behaviours*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f499894965>
- World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020a). *International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>

# 11 Autorinnen und Autoren



**Prof. Dr.  
Jürgen StremLOW  
Projektleiter**

juergen.stremLOW@hslu.ch

## Forschungsschwerpunkte

Sozialpolitik, Sozialplanung, Gestaltung sozialer Versorgung und Sozialmanagement, Selbsthilfeforschung

[Link zum Personalprofil](#)



**M.A. Manuela Eder**

manuela.eder@hslu.ch

## Forschungsschwerpunkte

Prävention und Gesundheit, Gestaltung sozialer Versorgung, Sozialpolitik, Selbsthilfeforschung, Gesundheit im digitalen Kontext

[Link zum Personalprofil](#)



**Prof. Donat Knecht**

donat.knecht@hslu.ch

## Forschungsschwerpunkte

Sozialpolitik, Sozialplanung, Gestaltung sozialer Versorgung und Sozialmanagement

[Link zum Personalprofil](#)



**M.A. Sabrina Wyss**

sabrina.wyss@hslu.ch

## Forschungsschwerpunkte

Organisationssoziologie, Gestaltung sozialer Versorgung, Prävention und Gesundheit, Selbsthilfeforschung

[Link zum Personalprofil](#)

**Hochschule Luzern**  
**Soziale Arbeit**  
Werftstrasse 1  
6002 Luzern

T +41 41 367 48 48  
sozialarbeit@hslu.ch  
hslu.ch/soziale-arbeit