

Reorganisation der institutionellen ambulanten Suchtberatung im Kanton Aargau

Schätzung der Betriebskosten und -erträge einer in die Psychiatrischen Dienste Aargau AG integrierten ambulanten Suchtberatung

Schlussbericht

Im Auftrag des
Departements für Gesundheit und Soziales DGS des Kantons Aargau
Kantonsärztlicher Dienst
Dr. Med. Maria Inés Carvajal, Leiterin Gesundheitsförderung und Präventivmedizin
Jürg Siegrist, Fachstelle Sucht

Matthias Gehrig, Severin Bischof, Kilian Künzi

Bern, Dezember 2014

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	III
Zusammenfassung	IV
1 Ausgangslage und Auftrag	1
2 Begriffsdefinitionen	2
2.1 Systematik des Personals	2
2.2 Systematik der Arbeitszeit	2
2.3 Systematik der Klient/innen	3
3 Vorgehen und Methodik	5
3.1 Vorgehen	5
3.2 Wirkungsmodell	6
3.3 Kostenmodell	10
4 Die institutionelle ambulante Suchthilfe des Kantons Aargau	15
4.1 Aargauische Stiftung Suchthilfe ags	15
4.1.1 Methodik	15
4.1.2 Kosten und Erträge	16
4.1.3 Personal	17
4.1.4 Arbeitszeit	18
4.1.5 Klient/innen	21
4.1.6 Effizienz	21
4.2 Beratungszentrum Baden BZB	22
4.2.1 Methodik	22
4.2.2 Kosten und Erträge	23
4.2.3 Personal	23
4.2.4 Arbeitszeit	24
4.2.5 Klient/innen	26
4.2.6 Effizienz	26
4.3 Psychiatrische Dienste Aargau PDAG	27
4.3.1 Methodik	27
4.3.2 Kosten und Erträge	27
4.3.3 Personal und Arbeitszeit	28
4.3.4 Klient/innen	30
4.3.5 Effizienz	30
4.4 ags, BZB & PDAG: Vergleich und Aggregation	32
5 Die institutionelle ambulante Suchthilfe des Kantons BL	35
5.1 Ausgangslage	35
5.2 Klient/innen	36

5.2.1	Fall- und Klientenstruktur der AfA im 2012	36
5.2.2	Entwicklung der Anzahl Klient/innen	37
5.2.3	Vergleich mit dem Kanton Aargau	42
5.3	Personal	44
5.4	Produktivität	47
5.5	Kosten und Erträge	49
5.6	Qualität und Effektivität	52
5.7	Fazit und Bewertung	54
5.8	Bedeutung und Grenzen der Fallstudie für die Kostenschätzung	56
6	Annahmen: Parametrisierung des Kostenmodells	58
6.1	Organisation der integrierten ambulanten Suchtberatung	58
6.2	Veränderung der Anzahl Klient/innen (δ)	59
6.3	Durchschnittliche Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in (k)	64
6.4	Grademix Fachpersonal (α_i)	66
6.5	Anzahl administrativer Stellen in den Ambulatorien (θ)	73
6.6	Tarmed-Produktivität (β_i)	74
6.7	Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle (w_i)	77
6.7.1	Methodik der Schätzung der Personalkosten	77
6.7.2	Ergebnisse der Schätzung der Personalkosten	78
6.8	Zuschlagssatz auf die Primärkosten (φ)	80
6.9	Ertragsparameter	81
6.9.1	Tarmed-Ertrag (p_i)	81
6.9.2	Andere Erträge (ϵ_i)	82
6.9.3	Ertragsminderungen	83
6.10	Die Annahmen der Szenarien im Überblick	84
7	Ergebnisse der Kostenschätzung	86
7.1	Ergebnisse im Basisszenario	86
7.2	Sensitivitätsanalysen	88
7.2.1	Volumen nicht-verrechneter Leistungen	88
7.2.2	Anzahl Klient/innen	88
7.2.3	Durchschnittliche Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in	89
7.2.4	Anteil des ärztlichen Personals	90
7.2.5	Tarmed-Produktivität	91
8	Literaturverzeichnis	93
9	Anhang: Abschätzung der Produktivität des EPD auf den Fällen mit einer suchtbedingten Störung im Jahr 2012	94

Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete Abkürzungen

Einrichtungen der Suchthilfe im Kanton Aargau	
ags	Aargauische Stiftung Suchthilfe
Ambi L.	Ambulatorium Lenzburg der Klinik im Hasel
BKAGLU	Blaues Kreuz Aargau / Luzern
BZB	Beratungszentrum Bezirk Baden
EPD	Externer Psychiatrischer Dienst, Teil der Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)
PDAG	Psychiatrische Dienste Aargau AG
Einrichtungen der Suchthilfe im Kanton Basel-Landschaft	
AfA	Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen (seit 1. Januar 2012), Teil der Psychiatrie Baselland (PBL). Nachfolgeorganisation des Psychiatrischen Dienstes für Abhängigkeitserkrankungen (PDA).
BfA	Beratungsstellen für Alkoholprobleme (bis 31. Dezember 2007). Die Einrichtung wurde im Rahmen der Reorganisation der ambulanten Suchtberatung des Kantons per 31. Dezember 2007 aufgelöst.
BGBA	Basellandschaftliche Gesellschaft der Beratungsstellen für Alkohol- u.a. Suchtprobleme, Trägerverein der damaligen BfA.
BKBL	Blaues Kreuz Kanton Baselland, heisst seit dem 1. Juli 2014 Blaues Kreuz beider Basel
DBL	Kantonale Drogenberatung Baselland (bis 30. Juni 2008), Teil der damaligen Kantonalen Psychiatrischen Dienste Baselland (KPD). Vorgängerorganisation des Psychiatrischen Dienstes für Abhängigkeitserkrankungen (PDA).
KPD	Kantonale Psychiatrische Dienste Baselland (bis 31. Dezember 2011). Die KPD wurde im Rahmen der Vernetzung per 1. Januar 2012 in Psychiatrie Baselland (PBL) unbenannt.
L	Ambulatorium Liestal der AfA
M	Ambulatorium Münchenstein der AfA
MUSUB	Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel
PBL	Psychiatrie Baselland (seit 1. Januar 2012). Nachfolgeorganisation der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Baselland (KPD).
PDA	Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (1. Juli 2008 bis 31. Dezember 2011). Nachfolgeorganisation der DBL und Vorgängerorganisation der heutigen AfA.
R	Ambulatorium Reinach der AfA
Andere Abkürzungen	
AA	Assistenzarzt/ärztin
abs.	absolut
Anz.	Anzahl
CFO	Chief Financial Officer (Leiter/in Finanzen)
Einw.	Einwohner/innen
FiaZ	Fahren in angetrunkenem Zustand
FTE	Full Time Employee(s) = Vollzeitäquivalente Stelle(n)
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
FSP-FT	FSP-Fachtitel
h	Stunde
HegeBe	Heroingestützte Behandlung
HD	Hauptdiagnose
HP	Hauptproblemsubstanz
JAZ	Jahresarbeitszeit
KVG	Krankenversicherungsgesetz
LA	Leitende/r Arzt/Ärztin
OA	Oberarzt/-ärztin
Psy	Psycholog/in
REKOLE®	System der Kostenrechnung in Spitälern, das u.a. auch in den PDAG eingesetzt wird.
SLF	Stellenleitungsfunktion
Soz	Sozialarbeiter/in
Tacs®	Software für Leistungserfassung, Leistungsanalyse und Controlling im Gesundheitswesen. Die PDAG arbeiten mit diesem Leistungserfassungssystem.
VZÄ	Vollzeitäquivalente Stelle(n)

Quelle: Darstellung BASS

Zusammenfassung

Das Departement für Gesundheit und Soziales (DGS) des Kantons Aargau zieht eine Integration der institutionellen ambulanten Suchtberatung der Aargauischen Stiftung Suchthilfe (ags) und des Beratungszentrums Baden (BZB) in die Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG) in Erwägung. Ob eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung für den Kanton Aargau eine valable Option darstellt, hängt auch davon ab, welche Kostenwirkung von einer entsprechenden Reorganisation ausgehen würde. Vor diesem Hintergrund hat das DGS das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) beauftragt, im Rahmen eines Projektmandats zwei Fragen zu beantworten:

■ **Betriebskosten:** Wie hoch wären die Betriebskosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung?

■ **Betriebserträge:** Mit welchen Erträgen kann eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung rechnen? Wie hoch wäre der Staatsbeitrag des Kantons Aargau zur Deckung einer allfälligen Ertragslücke?

Nicht Bestandteil des Projektmandats war die Berechnung der einmaligen Überführungskosten der ambulanten Suchtberatung in die PDAG. Diese Investitionskosten (bauliche Massnahmen, Auflösung von Mietverträgen, Personalrekrutierung, interne Projektkosten usw.) sind nicht in die Betriebskosten miteingerechnet.

Vorgehen und Methodik

Die zukünftigen Betriebskosten einer allfälligen, in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung hängen auch von Faktoren ab, die zurzeit unbekannt sind (Bsp.: Entwicklung der Nachfrage nach ambulanten Suchtberatungsleistungen, Entwicklung der Löhne im Gesundheitswesen etc.). Um diese exogenen Faktoren zu kontrollieren, haben wir die Betriebskosten und deren Verteilung auf die verschiedenen Kostenträger in Bezug auf das Jahr 2012 geschätzt. Dies bedeutet konkret, dass wir folgende Fragen beantwortet haben: **Wie hoch wären die Betriebskosten im Jahr 2012 gewesen, wenn die gesamte institutionelle ambulante Suchtberatung bereits im 2012 seit längerer Zeit in die PDAG integriert gewesen wäre? Wie hätten sich diese Betriebskosten auf die verschiedenen Kostenträger verteilt?**

Vorgehen und Methodik, die wir zur Beantwortung dieser beiden Fragen appliziert haben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

■ **Schritt 1- Wirkungsmodell:** In einem ersten Schritt haben wir analysiert, zu welchen Veränderungen eine Integration führen würde und wie sich diese Veränderungen auf die Kosten und Erträge der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons AG auswirken könnten. Die identifizierten Veränderungen und deren Kostenwirkungen haben wir in einem Wirkungsmodell systematisiert.

■ **Schritt 2 – Situationsanalyse:** In einem zweiten Schritt haben wir die ambulante Suchtberatung des Kantons AG im Jahr 2012 einer deskriptiven Analyse unterzogen. Im Rahmen dieser empirischen Analyse haben wir kostenrelevante Kennzahlen auf der Grundlage verfügbarer Daten der ags, des BZB und der PDAG quantifiziert.

■ **Schritt 3 – Kostenmodell:** In einem dritten Schritt haben wir das Wirkungsmodell in einem analytischen, d.h. abschliessenden und mathematisch ausformulierten Kostenmodell operationalisiert. Mit diesem Kostenmodell haben wir ex ante im Detail definiert, wie wir die Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung berechnen wollen. Die ags, das BZB und die PDAG erhielten die Möglichkeit, zu diesem Kostenmodell Stellung zu nehmen. Aufgrund der Stellungnahmen der ags und der PDAG wurden am Kostenmodell einige kleinere Anpassungen vorgenommen. Das Kostenmodell sieht eine detaillierte, von den Kosten- und Ertragsrelevanten Faktoren abhängige Schätzung der **Primärkosten**, d.h. der Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen (Ambulatorien), vor. Die **restlichen Kosten** hingegen, bestehend aus den Sachkosten, den Anlagenutzungskosten und den (anteiligen) Personalkosten der dienstleistenden Kostenstellen (Overhead in den PDAG) werden nicht im Detail, sondern global, mittels eines **Zuschlagssatzes auf die Primärkosten** geschätzt. Diese Methodik ist deshalb angezeigt, weil die Höhe der restlichen Kosten einen starken, quantitativ (in Form eines Zuschlagssatzes) messbaren Zusammenhang mit der Höhe der Primärkosten aufweist.

■ **Schritt 4 – Datenerhebung:** Für die Berechnung der Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung, wie sie im Kostenmodell vorgesehen war, benötigten wir qualifizierte, d.h. plausible und realistische Annahmen bezüglich einiger Faktoren, von denen die Kosten und Erträge abhängen (**Parameter des Kostenmodells:** Produktivität, Grademix, Lohnniveau etc.). Für die Herleitung dieser Annahmen haben wir zum einen empirische Daten der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons Basel-Landschaft erhoben. Denn diese ist bereits heute zu einem grossen

Teil in die Psychiatrie Baselland (PBL) integriert (Fallstudie). Zum anderen haben wir eine Lohnschätzung durchgeführt, in deren Rahmen festgestellt wurde, wie hoch die Lohn- und Weiterbildungskosten der Mitarbeiter/innen der ags und des BZB wären, wenn diese von den PDAG angestellt würden.

■ **Schritt 5 – Berechnung der Kosten und Erträge:** In einem fünften und letzten Schritt haben wir die Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung berechnet – wie im Kostenmodell vorgesehen und auf der Grundlage der empirischen Daten, die wir in den Kantonen AG und BL erhoben haben.

Die ambulante Suchtberatung im Kanton Basel-Landschaft

Die institutionelle ambulante Suchtberatung des Kantons BL war für unsere Kosten- und Ertragschätzung aus zwei Gründen von Bedeutung:

■ Zum einen wird ein grosser Teil der ambulanten Suchtberatungsleistungen im Kanton BL von einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbracht: von den Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen (AfA), die der PBL angehören. Es war naheliegend, bei der Herleitung realistischer und plausibler Annahmen zu den Parametern des Kostenmodells die faktische Ausprägung dieser Parameter in den AfA zu berücksichtigen. Dabei musste allerdings stets dem Tatbestand Rechnung getragen werden, dass sich das System der ambulanten Suchtberatung im Kanton BL von dem im Kanton AG zur Debatte stehende System unterscheidet. Denn im legalen Bereich ist die ambulante Suchtberatung des Kantons BL «dual» strukturiert: Mit dem Blauen Kreuz Baselland (BKBL) gibt es neben den AfA eine weitere, nicht ärztlich geleitete Einrichtung, die im legalen Bereich im Auftrag des Kantons BL in einem relevanten Ausmass ambulante Suchtberatungsleistungen erbringt.

■ Zum anderen erfolgte per 1. Januar 2008 auch im Kanton BL eine Reorganisation der ambulanten Suchtberatung: Bis Ende 2007 erbrachten die AfA bzw. deren Vorgängerorganisation (Kantonale Drogenberatung Baselland DBL) im legalen Bereich keine Suchtberatungsleistungen. Dies änderte sich per 1. Januar 2008, als die Beratungsstellen für Alkoholprobleme (BfA) – eine nicht-ärztlich geleitete Einrichtung, die im legalen Bereich neben dem BKBL einen Leistungsauftrag vom Kanton BL hatte – aufgelöst und zu Teilen in die AfA (bzw. die damalige DBL) überführt wurden. Das duale System im legalen Bereich gibt es also seit diesem Zeitpunkt. Im illegalen Bereich war die ambulante Suchtberatung des Kantons BL bereits vor dem Jahr 2008

rein «ärztlich-medizinisch» strukturiert. Es war naheliegend, bei der Kosten- und Ertragschätzung für den Kanton AG die Kosten- und Ertragsrelevanten Auswirkungen dieser Reorganisation im Kanton BL zu berücksichtigen.

Annahmen

Wie ausgeführt benötigten wir für die Kosten- und Ertragschätzung qualifizierte Annahmen bezüglich der Parameter des Kostenmodells. Die wichtigsten dieser Annahmen, die unserer Kosten- und Ertragschätzung zugrunde liegen, sind die folgenden:

■ **Organisation:** Gemäss den Vorgaben der PDAG würde die ambulante Suchtberatung in den Externen Psychiatrischen Dienst (EPD) integriert, wobei ambulante Suchtberatungsleistungen an Standorten des EPD erbracht würden.

■ **Anzahl Klient/innen:** Die von der ags und dem BZB geleisteten ambulanten Suchtberatungsleistungen sind für deren Klient/innen kostenlos. Eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung würde einen Teil der erbrachten Leistungen über Tarmed bzw. das KVG abrechnen, was bei einem Teil der Klient/innen zu einer Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) führen würde. Die ökonomische Theorie lässt erwarten, dass eine Integration wegen der Kostenbeteiligung zu einer Reduktion der Nachfrage und damit letztlich zu einer Reduktion der Zahl der Klient/innen führen würde. Bei der Analyse der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL sind wir auf empirische Tatbestände gestossen, die indizieren, dass die Abrechnung über das KVG die Schwelligkeit des Angebots tatsächlich etwas erhöht. Das Ausmass dieses «Schwelligkeitseffekts» hängt davon ab, in welchen Fällen die erbrachten Leistungen verrechnet werden und in welchen Fällen auf eine Verrechnung verzichtet wird. In den AfA werden grundsätzlich jegliche Leistungen, die über Tarmed abgerechnet werden können, verrechnet. Die Regeln der Abrechnung, die für eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung vorgesehen sind, unterscheiden sich hiervon deutlich:

- *Gruppenberatungen* würden in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung überhaupt nicht verrechnet werden. Damit würde allen Klient/innen – sowohl selbst Betroffenen als auch Angehörigen – ein kostenloses Beratungssetting zur Verfügung stehen.
- *Angehörige und weitere Personen aus dem Umfeld von Menschen mit Suchtproblemen* hätten Anspruch auf zwei kostenlose Einzelkonsultationen à je 45 Minuten. Würden sie weitergehende Leistungen im Einzelsetting in Anspruch nehmen, so würden ihnen diese

zusätzlichen Leistungen in Rechnung gestellt (Beratungsleistungen gegenüber Angehörigen ohne Indexpatient/in können i.d.R. nicht über Tarmed abgerechnet werden).

- *Jugendliche Betroffene*, die nicht älter als 22 Jahre sind, hätten Anspruch auf drei kostenlose Konsultationen im Einzelsetting à je 45 Minuten. Gemäss den verfügbaren empirischen Daten kann davon ausgegangen werden, dass nur 10 Prozent der Jugendlichen mehr als drei Einzelkonsultationen in Anspruch nehmen. Bei diesen 10 Prozent der Jugendlichen, die sich demnach für eine längerfristige Suchttherapie im Einzelsetting entscheiden, würden jegliche verrechenbare Leistungen (rückwirkend auch die ersten drei Konsultationen) über Tarmed abgerechnet werden.
- *Erwachsene Betroffene*, die älter als 22 Jahre sind, hätten Anspruch auf zwei kostenlose Konsultationen im Einzelsetting à je 45 Minuten. Den Anteil der erwachsenen Betroffenen, die nur eine oder zwei Konsultationen in Anspruch nehmen, schätzen wir auf der Basis der verfügbaren empirischen Daten auf 27 Prozent. Bei den 73 Prozent der erwachsenen Betroffenen, die sich für eine längerfristige Suchttherapie im Einzelsetting entscheiden, würden jegliche verrechenbare Leistungen (rückwirkend auch die ersten zwei Konsultationen) über Tarmed abgerechnet werden.

Diese für eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung vorgesehenen Regeln der Abrechnung lassen sich auf folgende Formel bringen: **Suchtberatung ist kostenlos, Suchttherapie wird verrechnet.** Wir sind der Ansicht, dass mit diesen Verrechnungsregeln der Schwelligkeitseffekt zum grössten Teil neutralisiert würde. Entsprechend sind wir bei der Kosten- und Ertragsschätzung davon ausgegangen, dass eine Integration (in der langen Frist) zu **keiner wesentlichen Veränderung der Anzahl Klient/innen** führen würde.

■ **Tarmed-Produktivität:** Unter der Tarmed-Produktivität ist der Anteil der Arbeitsstunden eines Suchtberaters / einer Suchtberaterin zu verstehen, die über Tarmed abgerechnet werden können («Tarmed-Stunden»). Hat ein/e Suchtberater/in mit einer Brutto-Jahresarbeitszeit von 2'184 Stunden z.B. eine Tarmed-Produktivität von 30 Prozent, dann bedeutet dies, dass 655.2 Arbeitsstunden über Tarmed abgerechnet werden können. Die durchschnittliche Tarmed-Produktivität ist eine wichtige Determinante der Betriebskosten einer leistungserbringenden Einrichtung: Je höher die Produktivität der Mitarbeitenden ist, desto weniger Gesundheitsfachpersonen werden benötigt, um die erforderlichen Beratungs- und Behandlungsleistungen zu er-

bringen – was mit tieferen Kosten einhergeht. Bei der Abschätzung der Tarmed-Produktivität einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung sind wir im Wesentlichen von der empirisch festgestellten Tarmed-Produktivität der AfA im Kanton BL ausgegangen. Diese betrug im Jahr 2012 26.3 Prozent und ist damit deutlich tiefer als die Tarmed-Produktivität, die in der ambulanten Psychiatrie normalerweise realisiert werden kann. In den Ambulatorien des EPD der PDAG zum Beispiel betrug die Tarmed-Produktivität im Jahr 2012 etwa 45 Prozent. Die vergleichsweise tiefe Tarmed-Produktivität im Suchtbereich hängt mit der Klientel zusammen: Klient/innen mit Suchtproblemen erscheinen häufig nicht zu den vereinbarten Konsultationen. Des Weiteren müssen bei Klient/innen mit Suchtproblemen vergleichsweise häufig Arbeiten geleistet werden, die nicht oder nicht vollumfänglich über Tarmed abgerechnet werden können (Vernetzung mit Sozialdiensten, Gerichten, Arbeitgeber/innen, Lehrer/innen etc.). Unserer Kostenschätzung liegt eine **Tarmed-Produktivität von durchschnittlich 27.5 Prozent** zugrunde. Eine leicht höhere Tarmed-Produktivität als die in den AfA beobachtete ist plausibel, weil der Anteil der Klient/innen mit Alkoholproblemen in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung deutlich höher und der Anteil substituierter Klient/innen deutlich tiefer wären, als es in den AfA der Fall ist. Denn bei Klient/innen mit Alkoholproblemen lässt sich typischerweise eine höhere Tarmed-Produktivität realisieren als bei Klient/innen mit Hauptproblemsubstanz «Heroin».

■ **Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in:** Je mehr verrechenbare Leistungen (gemessen in Tarmed-Stunden) für einen Klienten bzw. eine Klientin erbracht werden, desto mehr Suchtberater/innen sind erforderlich, was mit höheren Kosten einhergeht. Eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung würde u.a. auch ärztliche Leistungen erbringen, die heute ausserhalb der institutionellen ambulanten Suchtberatung – zum Beispiel von Hausarzt/innen – geleistet werden. Entsprechend ist davon auszugehen, dass eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung pro Klient/in und Jahr mindestens so viele verrechenbare Leistungen erbringen würde, wie dies die ags und das BZB tun. Ausgehend von den verfügbaren empirischen Daten und unter Annahme einer Tarmed-Produktivität in der Höhe von 27.5 Prozent lässt sich abschätzen, dass die ags und das BZB im Jahr 2012 pro Klient/in und Jahr durchschnittlich 5.0 Stunden geleistet haben, die über Tarmed hätten abgerechnet werden könnten, wenn es sich bei der ags und beim BZB um ärztlich geleitete Einrichtungen handeln würde. Diese 5.0 Tarmed-

Stunden pro Kopf sind entsprechend als unterer Schätzwert zu interpretieren. In den AfA hingegen wurden im Jahr 2012 pro Klient/in und Jahr 7.1 Tarmed-Stunden geleistet. Mit diesen 7.1 Tarmed-Stunden überschätzt man allerdings die Anzahl Tarmed-Stunden, die eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung pro Klient/in leisten würde. Dies deshalb, weil der Anteil komplexer Fälle bzw. der Anteil sozial desintegrierte Klient/innen mit vergleichsweise schlechtem psychischen und physischen Gesundheitszustand in den AfA deutlich höher ist, als es in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung der Fall sein würde. Entsprechend sind wir bei unserer Kosten- und Ertragschätzung davon ausgegangen, dass in einer in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung **pro Klient/in und Jahr durchschnittlich 6.0 Stunden geleistet würden, die über Tarmed abgerechnet werden könnten.**

■ **Grademix (Zusammensetzung des Fachpersonals):** Unter dem Grademix verstehen wird die Zusammensetzung des Fachpersonals. In der ambulanten Suchtberatung geht es konkret um die Frage, in welchem Verhältnis ärztliche Mitarbeitende, Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen eingesetzt werden. Der Grademix wirkt sich zum einen auf die Betriebskosten aus, weil unterschiedliche Berufsgruppen in den PDAG in verschiedenen Lohnklassen eingereiht sind. Zum anderen wirkt er sich auf die Erträge aus, weil die Tarmed-Tarife unterschiedlicher Berufsgruppen verschieden sind. Welche Berufsgruppen in welchem Ausmass eingesetzt werden, ist weniger eine empirische als eine normative Frage, die letztlich von den politischen und/oder betriebswirtschaftlichen Entscheidungsträger/innen entschieden werden muss. Entsprechend lässt sich in der Praxis beobachten, dass die verschiedenen Berufsgruppen in den Einrichtungen der ambulanten Suchttherapie in sehr unterschiedlichem Ausmass eingesetzt werden: In den arud Zentren für Suchtmedizin z.B. ist der Anteil des ärztlichen Personals mit rund 50 Prozent deutlich höher als in den AfA (33 Prozent). Oder im BKBL z.B. ist der Anteil der Sozialarbeiter/innen mit gut 70 Prozent deutlich höher als in der ags und im BZB mit je rund 45 Prozent. Zwei Sachverhalte schränken diese Gestaltungsfreiheit allerdings ein: Auf der einen Seite gibt es starke ökonomische Anreize, Sozialarbeiter/innen und Psycholog/innen mit ärztlichen Mitarbeitenden und Sozialarbeiter/innen mit Psycholog/innen zu ersetzen. Auf der anderen Seite sind die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt derzeit dergestalt, dass die Gewinnung von Assistenz-ärzt/innen sehr schwierig ist. Ausgehend von dem in den AfA empirisch festgestellten Grademix, sind wir bei unserer Kosten- und Ertrags-

schätzung davon ausgegangen, dass in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung **25 Prozent der Tarmed-Stunden von Ärzt/innen und je 37.5 Prozent von Sozialarbeiter/innen und Psycholog/innen** erbracht würden.

■ **Lohnniveau:** Bei einer Integration würde ein grosser Teil der Mitarbeitenden der ags und des BZB in die PDAG übergeführt. Da das Entschädigungssystem der PDAG ein anderes ist als in der ags und im BZB, würden sich die Personalkosten, d.h. die Lohn- und Weiterbildungskosten, bei einer Integration verändern. **Tabelle 2** zeigt, wie sich die Personalkosten pro vollzeitäquivalente Stelle (FTE) bei einer Integration gemäss unserer Lohnschätzung verändern würden. Sie macht deutlich, dass das Lohnniveau in den PDAG deutlich tiefer ist als in der ags und im BZB. Würde man alle Mitarbeitenden der ags und des BZB in ihrer bestehenden Funktion in die PDAG überführen, würden in der PDAG Personalkosten resultieren, die **10 Prozent tiefer** sind als in der ags und im BZB.

Tabelle 2: Personalkosten

	ags & BZB	PDAG	Δ in %
Personalkosten pro FTE in CHF^a			
Leitende/r Arzt/Ärztin	-	171'000	-
Oberärzt/innen	-	158'000	-
Assistenzärzt/innen	-	107'000	-
Suchtberater/innen mit SLF	145'387	131'000	-10%
Suchtberater/innen	126'281	114'346	-9%
Sozialarbeiter/innen	120'840	111'640	-8%
Psycholog/innen	129'127	115'760	-10%
Psycholog/innen FSP	n.a.	139'089	n.a.
Psycholog/innen ≠ FSP	n.a.	112'960	n.a.
Sachbearbeiter/innen	103'633	89'560	-14%
Total Personalkosten in Mio. CHF	3.9	3.5	-10%

Fussnoten: ^aBrutto-Brutto-Lohnkosten und Weiterbildungskosten

Abkürzungen: SLF = Stellenleitungsfunktion

Quelle: Angaben der PDAG, Berechnungen BASS

■ **Restliche Kosten:** Wie weiter oben ausgeführt, haben wir die restlichen Kosten – bestehend aus den Sach- und Anlagennutzungskosten sowie der anteiligen Personalkosten des Overheads – mittels eines Zuschlagsatzes auf die Primärkosten berechnet. Dieser Zuschlagsatz beträgt in den Ambulatorien Baden und Aarau 25 bzw. 35 Prozent und im Ambulatorium Liestal der AfA 28 Prozent. Entsprechend sind wir bei der Kostenschätzung von einem **Zuschlagsatz von 30 Prozent** ausgegangen.

■ **Erträge:** Eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung würde zwei Arten von Erträgen generieren: Tarmed-Erträge und Erträge

in Zusammenhang mit Konsilien und Gutachten (z.B. für die IV oder für die Justiz). Die **Tarmed-Erträge** hängen davon ab, von welcher Berufsgruppe eine über Tarmed verrechenbare Leistung erbracht wird: **Der durchschnittliche Ertrag pro Tarmed-Stunde beträgt bei ärztlichem Personal CHF 191, bei Psycholog/innen CHF 133 und bei Sozialarbeiter/innen CHF 95.** Da diese Unterschiede bezüglich des Ertrags nicht mit den Unterschieden bezüglich der Lohnkosten korrespondieren, weisen die verschiedenen Berufsgruppen eine sehr unterschiedliche betriebswirtschaftliche Rentabilität auf: Die Personalkosten einer Assistenzärztin z.B. sind mit 107'000 CHF leicht tiefer als diejenigen eines Sozialarbeiters (111'640 CHF). Bei einer Produktivität von 30 Prozent generiert die Assistenzärztin allerdings einen Tarmed-Ertrag, der mit 143'310 CHF mehr als doppelt so hoch ist wie der Tarmed-Ertrag, den ein Sozialarbeiter mit der gleichen Produktivität generieren kann (62'558 CHF). Eine Analyse der Rentabilität der verschiedenen Berufsgruppen zeigt, dass – unter Annahme einer realistischen Tarmed-Produktivität – in der ambulanten Suchtberatung einzig Assistenzärzt/innen und vielleicht noch Oberärzt/innen (erforderliche Tarmed-Produktivität: 33 Prozent) einen positiven Deckungsbeitrag aufweisen. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass das Angebot an Assistenzärzt/innen derzeit derart knapp ist, dass Stellen für Ärzt/innen zum Teil mit Psycholog/innen besetzt werden müssen, die – wie soeben ausgeführt – einen negativen Deckungsbeitrag aufweisen. Neben den Tarmed-Erträgen würde eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung **Erträge in Zusammenhang mit Konsilien und Gutachten** generieren. Bei unserer Ertragsschätzung sind wir davon ausgegangen, dass eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung Erträge aus Konsilien und Gutachten im Umfang von **11.3 Prozent der Tarmed-Erträge** generieren würde. Bei diesen 11.3 Prozent handelt es sich um den entsprechenden Wert, den das Ambulatorium Liestal der AfA im Jahr 2012 realisierte.

■ **Ertragsminderungen:** In einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung würde es zwei Arten von Ertragsminderungen geben. Zum einen abbeschriebene Forderungen, zum anderen Ertragsminderungen infolge des weiter oben explizierten Verzichts auf die Verrechnung gewisser Leistungen zwecks Abschwächung des Schwelligkeitseffekts. Bei der Ertragsschätzung sind wir von folgenden Annahmen ausgegangen:

- **Abgeschriebene Forderungen:** Das Ambulatorium Liestal der AfA musste im Jahr 2012 Forderungen im Umfang von 5.4 Prozent der

Tarmed-Erträge abschreiben. Diesen Wert von **5.4 Prozent der (in Rechnung gestellten) Tarmed-Erträge** haben wir übernommen.

- **Nicht-verrechnete Tarmed-Stunden:** Wie weiter oben ausgeführt, würden jegliche Gruppenberatungen und Einzelberatungen bis zu zwei Konsultationen (Angehörige und erwachsene Betroffene) bzw. drei Konsultationen (jugendliche Betroffene) nicht verrechnet werden. Diese Verrechnungsregeln führen zu einem geschätzten Volumen von **2'960 Tarmed-Stunden** bzw. 13.6 Prozent aller (21'336) geleisteten Tarmed-Stunden, die in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung nicht verrechnet würden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Schätzung der Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung sind in **Tabelle 3** dargestellt (Spalte «Integration») – im Vergleich zu den effektiven Kosten der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons AG im Jahr 2012 (Spalte «Status Quo»):

Tabelle 3: Ergebnisse (Basisszenario)

	Status Quo	Integration	Veränderung
Kosten und Erträge			
Kosten (Mio. CHF)	5.7	6.0	0.3
Ertrag (Mio. CHF)	0.6	2.7	2.1
Staatsbeitrag (Mio. CHF)	5.1	3.3	-1.8
Kostendeckungsgrad (%)	10	45	35
Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen			
Total	35.6	38.7	3.1
Ambulatorien	33.7	38.7	5.1
Ärzt/innen	2.3	7.3	5.1
Psycholog/innen	14.8	14.7	-0.1
Sozialarbeiter/innen	11.8	12.2	0.4
Pflege	0.5	0.0	-0.5
Sekretariate	4.3	4.6	0.3
Overhead	2.0	n.a.	n.a.
Andere Kennzahlen			
Anzahl Klient/innen	3'556	3'556	0
Anzahl Tarmed-Stunden	-	21'336	-
verrechnete	2'524 ^a	18'376	15'852
nicht-verrechnete	-	2'960	-
Kosten pro Tarmed-h (CHF)	239 ^a	280	41
Pro Klient/in:			
Anzahl Tarmed-Stunden	5.9 ^a	6.0	-
Kosten (CHF)	1'596	1'682	86
Staatsbeitrag (CHF)	1'436	922	-514

Fussnote: ^aBasis: Suchtbedingte Fälle des EPD im 2012
Quelle: Berechnungen BASS

■ **Kosten:** Gemäss unseren Berechnungen ist bei einer Integration mit einer Zunahme der Kosten um CHF 300'000 zu rechnen. Dies entspricht einer Kostensteigerung von 5.4 Prozent. Die Kostensteigerung ist im Wesentlichen auf den Ausbau des Fachpersonals um 4.8 Stellen zurückzuführen, wobei es sich bei diesem Ausbau vollumfänglich um einen Ausbau mit ärztlichen Mitarbeitenden handelt. Der Ausbau des Fachpersonals um rund 16 Prozent ist letztlich darauf zurückzuführen, dass wir bei einer Integration eine Zunahme des verrechenbaren Leistungsvolumens pro Klient/in erwarten. Bei der Interpretation der Kostensteigerung ist zu berücksichtigen, dass in den geschätzten Kosten auch die Kosten von Leistungen enthalten sind, die heute ausserhalb der institutionellen ambulanten Suchtberatung – z.B. von psychiatrischen Arztpraxen – erbracht werden. Dass der substantielle Ausbau des Stellenetats nicht zu einer deutlichen Kostensteigerung führt, ist darauf zurückzuführen, dass das Lohnniveau in den PDAG gemäss den Ergebnissen der durchgeführten Lohnschätzung deutlich tiefer ist als in der ags und im BZB.

■ **Ertrag:** Gemäss unseren Berechnungen würde eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung jährlich insgesamt 21'336 Tarmed-Stunden leisten. Mit diesem Volumen verrechenbarer Leistungen könnte ein Tarmed-Ertrag von 2.9 Mio. CHF generiert werden. Allerdings würde zwecks Abschwächung des Schwelligkeitseffekts auf eine Verrechnung von 2'960 Tarmed-Stunden verzichtet werden, was mit einer Ertragsminderung von knapp 340'000 CHF verbunden wäre. Unter Berücksichtigung dieser Ertragsminderung, des Volumens abgeschriebenener Forderungen (135'000 CHF) und des Ertrags in Zusammenhang mit Gutachten und Konsilien (CHF 323'000) ist letztendlich mit einem Ertrag in der Höhe von 2.7 Mio. CHF zu rechnen.

■ **Staatsbeitrag:** Im Jahr 2012 hatte der Kanton AG eine Ertragslücke in der Höhe von 5.1 Mio. CHF zu decken. Gemäss unseren Berechnungen wäre der Staatsbeitrag 1.8 Mio. CHF bzw. 35 Prozent tiefer ausgefallen, wenn die ambulante Suchtberatung bereits im 2012 in die PDAG integriert gewesen wäre. Nun hat der Regierungsrat den Staatsbeitrag der ags und des BZB ab dem Jahr 2014 jedoch um 0.5 Mio. CHF gekürzt. Was bedeutet diese Kürzung für das Ergebnis unserer Schätzung? Geht man davon aus, dass diese Budgetkürzung die geschätzten Betriebskosten in der Höhe von 6.0 Mio. CHF nicht tangiert, wäre abzüglich dieser Kürzung entsprechend noch mit einer Reduktion des Staatsbeitrags in der Höhe von 1.3 Mio. CHF zu rechnen. Geht man hingegen davon aus, dass

unsere Kostenschätzung unter den veränderten Budgetbedingungen tiefer ausgefallen wäre (z.B. weil pro Klient/in aufgrund des Kostendrucks weniger Leistungen erbracht werden), kann man alternativ von einer Reduktion des Staatsbeitrags um die geschätzten 35 Prozent ausgehen, was einem Betrag von 1.6 Mio. CHF entsprechen würde (35 Prozent von 4.6 Mio. CHF).

■ **Ergebnisse bei Verzicht auf ertragsmindernde Massnahmen (Alternativszenario):**

Bei einem Verzicht auf die ertragsmindernden Massnahmen zwecks Abschwächung des Schwelligkeitseffekts wäre gemäss unserer Schätzung mit einer (aufwandsbereinigten) Reduktion der Anzahl Klient/innen um 12.6 Prozent (484 Klient/innen) zu rechnen. Diese Reduktion der Nachfrage ist in unserem Kostenmodell mit deutlich tieferen Betriebskosten in der Höhe von 5.2 Mio. CHF verbunden, während der Ertrag mit 2.6 Mio. CHF gleich hoch ausfällt wie im Basisszenario (ertragsmindernde Massnahmen; keine Reduktion der Anzahl Klient/innen). Entsprechend würde sich der Staatsbeitrag im Alternativszenario mit 2.6 Mio. CHF deutlich stärker reduzieren als im Basisszenario (Reduktion um 1.8 Mio. CHF). Dies impliziert letztlich, dass die ertragsmindernden Massnahmen den Kanton gut 700'000 CHF kosten.

■ **Sensitivitätsanalysen**

Bei der Interpretation der Ergebnisse unserer Kosten- und Ertragsschätzung ist zu berücksichtigen, dass die Betriebskosten und -erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung kein naturgegebenes, unverrückbares Datum darstellen. Vielmehr lassen sich die Kosten und Erträge bis zu einem gewissen Grad steuern. Aus diesem Grund ist es angezeigt, die monetären Auswirkungen willentlich veränderbarer Faktoren (ausgehend vom Basisszenario) zu analysieren:

■ **Volumen nicht verrechneter Leistungen:**

Eine Erhöhung des Volumens nicht verrechneter Leistungen um 1'000 Tarmed-Stunden reduziert den Ertrag um 110'000 CHF, den Kostendeckungsgrad um 1.8 Prozentpunkte und erhöht den Staatsbeitrag um 110'000 CHF.

■ **Anteil des ärztlichen Personals:** Steigt der Anteil des ärztlichen Personals um 5 Prozentpunkte, dann steigt der Ertrag um 87'000 CHF, der Kostendeckungsgrad um 1.6 Prozentpunkte und der Staatsbeitrag reduziert sich um 108'000 CHF.

■ **Leistungsvolumen pro Klient/in:** Werden pro Klient/in mehr Leistungen im Umfang einer Tarmed-Stunde erbracht, steigen die Kosten um

knapp 1 Mio. CHF, die Erträge um rund 550'000 CHF und der Staatsbeitrag um 480'000 CHF.

■ **Produktivität des Fachpersonals:** Kann die Tarmed-Produktivität um 2 Prozentpunkte erhöht werden, sinken die Kosten um 7.5 Prozent und der Kostendeckungsgrad steigt um 3 Prozentpunkte. Der Staatsbeitrag sinkt um rund 12 Prozent.

Vergleich mit den effektiven Kosten des EPD im Jahr 2012

Ein Vergleich der Ergebnisse unserer Kosten- und Ertragsschätzung mit den effektiven Kosten und Erträgen, die der EPD der PDAG im Jahr 2012 auf den ambulanten Fällen mit einer suchtbedingten Störung realisierte, indiziert unseres Erachtens, dass die Ergebnisse unserer Kosten- und Ertragsschätzung plausibel sind:

■ Gemäss unseren Ergebnissen ist eine über Tarmed abrechenbare Stunde mit Betriebskosten in der Höhe von 280 CHF verbunden. Die effektiven Kosten pro Tarmed-Stunde waren im EPD im Jahr 2012 mit 239 CHF (Basis: ambulante Fälle mit einer suchtbedingten Störung) tiefer.

■ Gemäss unseren Ergebnissen beträgt der Ertrag einer über Tarmed verrechneten Stunde durchschnittlich 126 CHF. Der entsprechende Ertrag betrug im EPD im Jahr 2012 161 CHF (Basis: ambulante Fälle mit einer suchtbedingten Störung).

■ Gemäss unseren Ergebnissen betragen die Kosten pro Klient/in CHF 1'682 - bei einem Leistungsvolumen in der Höhe von 6.0 Tarmed-Stunden pro Klient/in. Die Kosten pro Klient/in mit einer suchtbedingten Störung betragen im EPD im Jahr 2012 CHF 1'407 - bei einem vergleichbaren Leistungsvolumen in der Höhe von 5.9 Tarmed-Stunden pro Klient/in.

Diese Ausführungen machen deutlich: **Unsere Kosten- und Ertragsschätzung geht von einer unvorteilhafteren Kosten- und Ertragsstruktur aus, als sie im Jahr 2012 im EPD auf den Fällen mit einer suchtbedingten Störung empirisch beobachtet werden konnte.** Die festgestellten Abweichungen von den effektiven Kosten des EPD im 2012 sind plausibel: Sie dürften zu einem grossen Teil darauf zurückzuführen sein, dass unsere Schätzung von einem Anteil des ärztlichen Personals an den Tarmed-Stunden ausgeht, der mit 25 Prozent deutlich tiefer ist als der effektive Anteil des ärztlichen Personals des EPD im Jahr 2012 (70 Prozent).

1 Ausgangslage und Auftrag

Eine durch Frau Susanne Hochuli, Vorsteherin des Departements für Gesundheit und Soziales (DGS) des Kantons Aargau, eingesetzte Arbeitsgruppe hat in einer zweijährigen Arbeit einen Bericht zu einer möglichen Neukonzeption der ambulanten Suchtberatung verfasst (Schwyter/Meierhofer 2012). Die Variante «Integration» sieht eine Integration der institutionellen ambulanten Suchtberatung der Aargauischen Stiftung Suchthilfe (ags) und des Beratungszentrums Baden (BZB) in die Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG) vor. Im Rahmen einer allfälligen Integration soll zeitgleich das Instrument der prozessorientierten Fallführung eingeführt werden.

Ob die Variante «Integration» für den Kanton Aargau eine valable Option darstellt, hängt auch davon ab, welche Kostenwirkung von einer entsprechenden Reorganisation der ambulanten Suchtberatung ausgehen würde. Dazu sollen die Betriebskosten einer im Sinne der Variante «Integration» organisierten ambulanten Suchtberatung bestimmt werden.

Vor diesem Hintergrund hat das DGS das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS beauftragt, im Rahmen eines Projektmandats **zwei Fragen** zu beantworten:

- Wie hoch wären die Betriebskosten der ambulanten Suchtberatung im Kanton Aargau, wenn die Variante «Integration» umgesetzt und die prozessorientierte Fallführung eingeführt würde?
- Wie hoch wären die Betriebskosten der ambulanten Suchtberatung nach Umsetzung einer solchen Reorganisation, die der Kanton Aargau zu tragen hätte?

Die erste Frage betrifft die absolute Höhe der Kosten, die zweite Frage ist nachgelagert und betrifft die Verteilung der Kosten auf die verschiedenen Kostenträger (Kanton, Krankenkassen, Klient/innen und andere Kostenträger).

Nicht Gegenstand des Auftrags des Büros BASS sind unter anderem:

- die Bestimmung der einmaligen (Investitions-)Kosten eines entsprechenden Strukturumbaus,
- die Erstellung eines finanziellen Businessplans (Mehrjahresplanung),
- die Bestimmung der Betriebskosten der ags und des BZB, die sich ergeben würden, wenn die ambulante Suchtberatung aus diesen beiden Einrichtungen ausgegliedert werden sollte,
- die Identifikation und Beschreibung der Wirkung des Systemwechsels auf qualitative Aspekte der Suchtberatung, die keine monetären Auswirkungen haben und
- eine normative Bewertung der zur Diskussion stehenden Reorganisation.

2 Begriffsdefinitionen

2.1 Systematik des Personals

Tabelle 4 zeigt, welche Mitarbeitenden und welche Gruppen von Mitarbeitenden von Einrichtungen, die Leistungen der ambulanten Suchtberatung erbringen, wir unterscheiden. Die Mitarbeitenden des Fachpersonals nennen wir zum Teil auch **Suchtberater/innen**.

Tabelle 4: Gruppen von Mitarbeitenden

A. Personal der leistungserbringenden Kostenstellen (Ambulatorien)
A.1 Fachpersonal
A.1.1 Ärztliches Personal
Leitende Ärzt/innen
Oberärzt/innen
Assistenzärzt/innen
A.1.2 Nicht-ärztliches Personal
A.1.2.1 Nicht-ärztliches Personal mit Stellenleitungsfunktion
Stellenleitende Psycholog/innen FSP
Stellenleitende Psycholog/innen
Stellenleitende Sozialarbeiter/innen
A.1.2.2 Nicht-ärztliches Personal ohne Stellenleitungsfunktion
Psycholog/innen FSP
Psycholog/innen
Sozialarbeiter/innen
Pflegeschwestern
A.2 Administratives Personal (Sekretariate)
Sachbearbeiter/innen = Sekretär/innen
B. Personal der dienstleistenden Kostenstellen (Overhead)
Mitarbeitende des Overheads

Quelle: Darstellung BASS

2.2 Systematik der Arbeitszeit

Wir verwenden verschiedene, die Arbeitszeit betreffende Begriffe. **Tabelle 5** zeigt anhand empirischer Daten von Einrichtungen der Suchthilfe in den Kantonen AG und BL im Jahr 2012, wie diese Begriffe definiert sind und wie sie zusammenhängen. Die Systematik der Arbeitszeit, die sich aus diesen Definition ergibt, lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Ausgangspunkt ist die **Brutto-Jahresarbeitszeit** einer vollzeitäquivalenten Stelle. Zieht man von der Brutto-Jahresarbeitszeit die Ferien und Feiertage ab, erhält man die **Netto-Jahresarbeitszeit**, die zum Teil auch **Soll-Arbeitszeit** genannt wird. Die um Absenzen infolge Krankheit und Weiterbildung reduzierte Netto-Jahresarbeitszeit nennen wir **Effektiv-Jahresarbeitszeit**. Zieht man von der Effektiv-Jahresarbeitszeit die Arbeitszeit ab, die für Aufgaben aufgewendet wird, die nicht einem Klienten oder einer Klientin zugeordnet werden können (Arbeitsplanung, technischer Support, Mitarbeitergespräche etc.), erhält man die **klientenbezogene Arbeitszeit**. Den Begriff der klientenbezogenen Arbeitszeit haben wir ausgehend von der Systematik der Arbeitszeiterfassung in der ags und im BZB definiert. Von der klientenbezogenen Arbeitszeit ist die verrechenbare Arbeitszeit zu unterscheiden. Die **verrechenbare Arbeitszeit** erhält man, indem man von der klientenbezogenen Arbeitszeit die Arbeitszeit abzieht, die zwar klientenbezogen, nicht jedoch verrechenbar ist. Den Anteil der verrechenbaren Arbeitszeit (an der Brutto-Jahresarbeitszeit, der Netto-Jahresarbeitszeit oder an der Effektiv-Jahresarbeitszeit) nennen wir **Produktivität**. Innerhalb der verrechenbaren Arbeitszeit unterscheiden wir solche, die über Tarmed verrechenbar ist und solcher, die anderen Auftraggeber/innen verrechnet werden kann (Beispiele: Gutachten

für die IV oder die Justiz, Konsilien). Die über Tarmed verrechenbare Arbeitszeit nennen wir auch **Tarmed-Stunden**. Den Anteil der über Tarmed verrechenbaren Arbeitszeit (an der Brutto-, Netto- oder Effektiv-Jahresarbeitszeit) nennen wir **Tarmed-Produktivität**.

Tabelle 5: Systematik der Arbeitszeit

		Sozialarbeiter/innen und Psycholog/innen				Total PDAG	Ärzt/innen	
		ags	BZB	PDAG	AfA		AA AfA	OA AfA
Brutto-Jahresarbeitszeit (Brutto-JAZ)	in h	2'192	2'192	2'184	2'192	2'496	2'610	2'610
- Ferien	in h				-210	-328	-250	-250
- Feiertage	in h	-298	-298	-298	-92		-110	-110
Netto-Jahresarbeitszeit (Netto-JAZ)	in h	1'894	1'894	1'886	1'890	2'168	2'250	2'250
- Weiterbildungs-Absenzen	in h	n.a.	n.a.	n.a.	-42	n.a.	-180	-50
- Krankheitsbedingte Absenzen	in h	n.a.	n.a.	n.a.	-84	n.a.	-100	-100
Effektiv-Jahresarbeitszeit (Effektiv-JAZ)	in h	n.a.	n.a.	n.a.	1'764	n.a.	1'970	2'100
- Nicht-klientenbezogene Arbeitszeit	in h	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Klientenbezogene Arbeitszeit	in h	1'398	1356	1'344	n.a.	1'337	n.a.	n.a.
→ Anteil klientenbezogener Arbeitszeit bezüglich Brutto-JAZ	in %	64	62	62	n.a.	54	n.a.	n.a.
→ Anteil klientenbezogener Arbeitszeit bezüglich Netto-JAZ	in %	74	72	71	n.a.	62	n.a.	n.a.
- Nicht-verrechenbare klientenbezogene Arbeitszeit	in h	-	-	-162	n.a.	-199	n.a.	n.a.
Verrechenbare Arbeitszeit	in h	-	-	1'182	n.a.	1'138	n.a.	n.a.
→ Produktivität (bez. Brutto-JAZ)	in %	-	-	54	n.a.	46	n.a.	n.a.
→ Produktivität bez. Netto-JAZ	in %	-	-	63	n.a.	53	n.a.	n.a.
→ Produktivität bez. Effektiv-JAZ	in %	-	-	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
- Verrechenbare, aber nicht Tarmed-verrechenbare Arbeitszeit	in h	-	-	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Tarmed-verrechenbare Arbeitszeit = Tarmed-Stunden	in h	-	-	n.a.	554	n.a.	750	739
→ Tarmed-Produktivität (bez. Brutto-JAZ)	in %	-	-	n.a.	25	n.a.	29	28
→ Tarmed-Produktivität bez. Netto-JAZ	in %	-	-	n.a.	29	n.a.	33	33
→ Tarmed-Produktivität bez. Effektiv-JAZ	in %	-	-	n.a.	31	n.a.	38	35

Quelle: ags, BZB, PDAG, AfA; Darstellung und Berechnungen BASS

2.3 Systematik der Klient/innen

Personen, die Leistungen der ambulanten Suchtberatung in Anspruch nehmen, nennen wir **Klient/innen**.

Wir unterscheiden folgende Gruppen von Klient/innen:

■ **Betroffene:** Klient/innen, die selbst eine Suchtproblem haben. Unter den selbst betroffenen Klient/innen differenzieren wir zusätzlich zwischen:

- **Substituierte:** Unter substituierten Klient/innen sind solche zu verstehen, die sich in einer Substitutionsbehandlung, also entweder in einer methadongestützten Behandlung oder aber in einer heroingestützten Behandlung befinden.
- **Nicht-Substituierte:** Nicht-substituierte Klient/innen sind selbst betroffene Klient/innen, die keine Substitutionsbehandlung in Anspruch nehmen.

■ **Angehörige:** Unter Angehörigen verstehen wir Klient/innen, die nicht selbst von dem Suchtproblem betroffen sind, jedoch in einer Beziehung zu einer Person stehen, die ein Suchtproblem hat. Unter den Begriff subsumieren wir aus Gründen der Einfachheit nicht nur Familienmitglieder und Partner/innen, sondern auch weitere Personen aus dem Umfeld von Personen mit einem Suchtproblem (Arbeitge-

ber/innen, Sozialdienste, Lehrpersonen etc.), die Beratungsleistungen in Anspruch nehmen. Bezüglich der Angehörigen sind Angehörige mit und ohne Indexpatient/in zu unterscheiden:

- **Angehörige/r mit Indexpatient/in:** Von Angehörigen mit Indexpatient/in sprechen wir dann, wenn ein/e Indexpatient/in ambulante Suchtberatungsleistungen in Anspruch nimmt und der/die Angehörige in diese Beratung involviert wird – zum Beispiel in Form von gemeinsamen Konsultationen oder in Form von Konsultationen in Abwesenheit des Indexpatienten bzw. der Indexpatientin. Die Leistungen, die in Anwesenheit der/s Angehörigen erbracht werden, können über den Indexpatienten/die Indexpatientin über Tarmed abgerechnet werden.
- **Angehörige/r ohne Indexpatient/in:** Von Angehörigen ohne Indexpatient/in sprechen wir dann, wenn die Leistungen, die vom Angehörigen in Anspruch genommen werden, nicht über eine/n Indexpatient/in über Tarmed abgerechnet werden können. Eine solche Situation liegt u.a. dann vor, wenn eine Angehörige in einer Einrichtung der ambulanten Suchthilfe Beratungsleistungen in Anspruch nimmt, ohne dass ein/e zu dieser angehörigen Person gehörende/r Indexpatient/in in dieser Einrichtung Suchtberatungsleistungen in Anspruch nimmt.

Der Unterschied zwischen Angehörigen mit und ohne Indexpatient/in ist nicht trennscharf: Zum einen ist es möglich, dass eine angehörige Person zuerst ein/e Angehörige/r ohne Indexpatient/in ist, dann jedoch zu einem/r Angehörigen mit Indexpatient/in wird, weil der/die Indexpatient/in mit einer Suchtbehandlung beginnt. Zum anderen kann eine angehörige Person zugleich Angehörige/r ohne Indexpatient/in und Angehörige/r mit Indexpatient/in sein. Dies ist dann der Fall, wenn die angehörige Person neben der Mitwirkung an der Suchtbehandlung des/der Indexpatient/in weitergehende, auf die angehörige Person ausgerichtete Suchtberatungsleistungen in Anspruch nimmt (Beispiel: Teilnahme an einer Angehörigengruppenberatung). Die Gruppenberatung kann in diesem Fall nicht über Tarmed abgerechnet werden. **Ist im Folgenden nur von Angehörigen die Rede, meinen wir damit Angehörige ohne Indexpatient/innen.**

3 Vorgehen und Methodik

3.1 Vorgehen

Bei der Schätzung der Betriebskosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung sind wir in fünf Schritten vorgegangen:

■ **Schritt 1 – Entwicklung eines Wirkungsmodells:** In einem ersten Schritt haben wir analysiert, zu welchen Veränderungen eine Integration führen würde und wie sich diese Veränderungen auf die Kosten und Erträge der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons AG auswirken könnten. Die identifizierten Veränderungen und deren Kostenwirkungen haben wir in einem Wirkungsmodell systematisiert. Das Wirkungsmodell ist in Abschnitt 3.2 dokumentiert.

■ **Schritt 2 – Analyse der ambulanten Suchtberatung des Kantons AG:** In einem zweiten Schritt haben wir die ambulante Suchtberatung des Kantons AG im Jahr 2012 einer quantitativen Analyse unterzogen. Diese Analyse basiert auf Daten, die uns von der ags, dem BZB und vom EPD der PDAG zur Verfügung gestellt wurden. Die Ergebnisse der Analyse sind in Kapitel 4 dargestellt.

■ **Schritt 3 – Entwicklung eines operationalisierten Kostenmodells:** In einem dritten Schritt haben wir das Wirkungsmodell in einem analytischen, d.h. abschliessenden und mathematisch ausformulierten Kostenmodell operationalisiert. Mit diesem Kostenmodell haben wir ex ante¹ im Detail definiert, wie wir die Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung berechnen wollen und welche empirischen Daten wir für diese Berechnungen benötigten. Die ags, das BZB und die PDAG erhielten die Möglichkeit, zu diesem Kostenmodell Stellung zu nehmen. Aufgrund der Stellungnahmen der ags und der PDAG wurden am Kostenmodell noch einige kleinere Anpassungen vorgenommen. Das in analytischer Form dargestellte Kostenmodell kann Abschnitt 3.3 entnommen werden.

■ **Schritt 4 – Parametrisierung des Kostenmodells:** Für die Berechnung der Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung gemäss dem definierten Kostenmodell benötigten wir qualifizierte Annahmen bezüglich einiger Parameter des Kostenmodells. Zum Beispiel benötigten wir Annahmen bezüglich der Frage, mit welcher Produktivität in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung gerechnet werden kann. Um bezüglich dieser Parameter möglichst qualifizierte Annahmen zu erhalten, haben wir in einem fünften Schritt zusätzliche empirische Daten und Informationen erhoben: Zum einen haben wir die ambulante Suchtberatung des Kantons BL, in dem ein grosser Teil der ambulanten Suchtberatung in die Psychiatrie integriert ist, analysiert. Hierfür haben wir Interviews mit Expert/innen aus dem Kanton BL durchgeführt und empirische Daten der leistungserbringenden Einrichtungen ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Fallstudie sind in Kapitel 5 dokumentiert. Zum anderen haben wir eine Lohnschätzung durchgeführt, in deren Rahmen festgestellt wurde, wie hoch die Lohn- und Weiterbildungskosten der Mitarbeiter/innen der ags und des BZB wären, wenn diese von den PDAG angestellt würden. Die Methodik und die Ergebnisse dieser Lohnschätzung sind in Abschnitt 6.7 expliziert.

■ **Schritt 5 – Berechnung der Kosten und Erträge:** In einem fünften und letzten Schritten haben wir die Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung berechnet – wie im Kostenmodell vorgesehen² und auf der Grundlage der im Rahmen von Schritt 4 festgelegten Parameter.

¹ Im Verlauf des Projekts mussten an dem Kostenmodell einige unwesentliche Anpassungen vorgenommen werden. Insbesondere sah das ursprüngliche Kostenmodell noch eine Unterscheidung von «klientenbezogenen Stunden» und «verrechenbaren Stunden» vor. Diese Differenzierung erwies sich im Verlauf des Projekts als nicht praktikabel. Insgesamt lässt sich aber festhalten, dass wir die Betriebskosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung gemäss der ex ante festgelegten Methodik berechnet haben.

² Vgl. vorangehende Fussnote.

3.2 Wirkungsmodell

Die Betriebskosten, die sich nach einer Reorganisation in der Zukunft, z.B. im Jahr 2016, ergeben würden, hängen auch von Parametern in der Zukunft ab, die zurzeit nicht bekannt sind. Etwa davon, wie viele Menschen mit Suchtproblemen es im Jahr 2016 dereinst geben wird. Wir erachten es daher als zielführend, die Veränderung der Betriebskosten nicht hinsichtlich der Zukunft, sondern hinsichtlich der Vergangenheit zu berechnen. **Konkret werden wir berechnen, wie hoch die Betriebskosten im Jahr 2012 gewesen wären, wenn die ambulante Suchtberatung im Kanton Aargau bereits im Jahr 2012 im Sinne der Variante «Integration» (inkl. der prozessorientierten Fallführung) organisiert gewesen wäre.** Diese Methodik ist deshalb angezeigt, weil für das Jahr 2012 alle Parameter, die exogen auf die Betriebskosten einwirken, vorgegeben und bekannt sind. Des Weiteren werden wir berechnen, wie sich diese (hypothetischen) Kosten im Jahr 2012 auf die verschiedenen Kostenträger verteilt hätten, so dass auch die Wirkung des Systemwechsels auf die Kostenverteilung konkret mit Bezug auf das Jahr 2012 analysiert und verglichen werden kann.

Wir erachten es als zielführend, das Vorgehen zur Bestimmung der Betriebskosten im Modell «Integration» an folgendem Gedankenexperiment auszurichten: Man könnte in einem ersten Schritt davon ausgehen, dass die Betriebskosten nach erfolgter Integration und nach Einführung der prozessorientierten Fallführung einfach der Summe der Betriebskosten der ags, des BZB und der Betriebskosten des EPD der PDAG, die der ambulanten Suchtberatung attribuiert werden können, entsprechen («additives Kostenkonzept»). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Integration und die Einführung der prozessorientierten Fallführung zu kostenwirksamen Veränderungen führen werden, so dass die Betriebskosten im Modell «Integration» von der Summe der bestehenden Kosten abweichen werden. Die Betriebskosten der gemäss der Variante «Integration» organisierten ambulanten Suchtberatung im Jahr 2012 lassen sich deshalb als Summe aus den effektiven Kosten im Jahr 2012 und der Kostenwirkung der zu erwartenden Veränderungen infolge des Systemwechsels begreifen.

Bei der Abschätzung dieser Kostenwirkungen gehen wir von einem Wirkungsmodell aus, wie es in **Abbildung 1** dargestellt ist. Dieses Wirkungsmodell unterscheidet folgende **Wirkungsketten**:

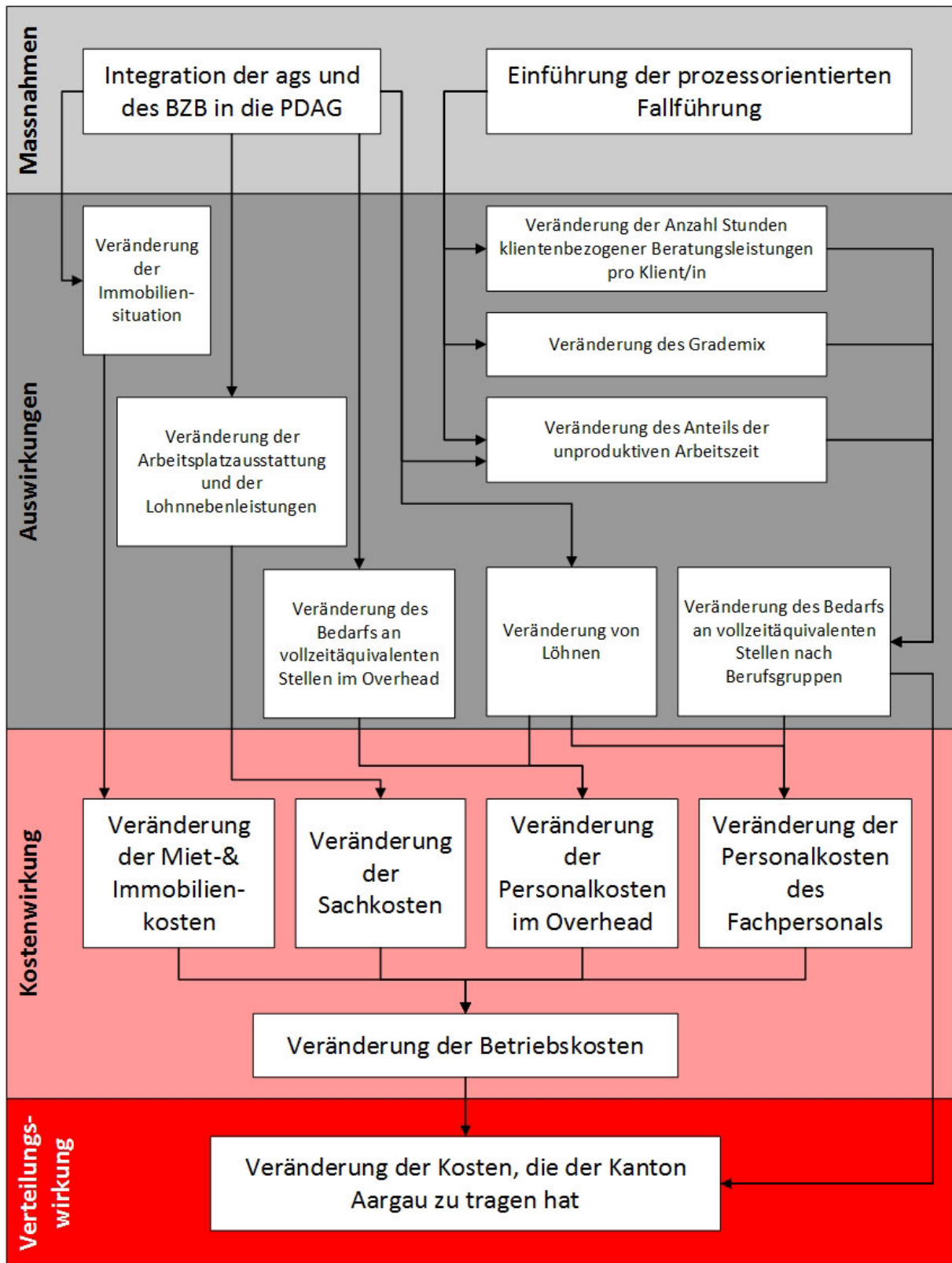
■ **W1 – Wirkung des Systemwechsels auf die Raumkosten:** Eine Reorganisation der ambulanten Suchtberatung im Sinne der Variante «Integration» wird – zumindest längerfristig – zu einer Reduktion der Anzahl Standorte führen: Der EPD der PDAG betreibt Ambulatorien in Rheinfelden, Baden, Aarau und Wohlen, weshalb es längerfristig nur noch an diesen Standorten Angebote der ambulanten Suchtberatung geben würde. Die Veränderung der Betriebskosten werden wir deshalb unter der Annahme kalkulieren, dass es «nur» noch in Rheinfelden, Baden, Aarau und Wohlen Angebote der ambulanten Suchtberatung geben wird.

Kostenwirkung: Veränderung der Standortsituation → Veränderung der Raumkosten.

■ **W2 – Wirkung des Systemwechsels auf die Anzahl Stunden klient/innenbezogener Beratungsleistungen pro Klient/in:** Es ist davon auszugehen, dass sich durch die Integration und die Einführung der prozessorientierten Fallführung die Anzahl Arbeitsstunden verändert, die pro Klient/in geleistet wird. Eine Veränderung der Anzahl Stunden klient/innenbezogener Arbeitsleistungen pro Klient/in verändert bei gleichbleibender Nachfrage nach Suchtberatung den Bedarf an vollzeitäquivalenten Stellen in der Suchtberatung und damit die Personalkosten.

Kostenwirkung: Veränderter Beratungsprozess → Veränderung der Anzahl Stunden klient/innenbezogener Beratungsleistungen pro Klient/in → Veränderung des Bedarfs vollzeitäquivalenter Stellen in der Suchtberatung → Veränderung der Personalkosten.

Abbildung 1: Wirkungsmodell



Quelle: Darstellung BASS

■ **W3 – Wirkung des Systemwechsels auf den Grademix:** Unter «Grademix» verstehen wir die Verteilung der insgesamt geleisteten Stunden der klient/innenbezogenen Suchtberatungsleistungen auf die verschiedenen Berufsgruppen (Oberärzt/innen, Assistenzärzt/innen, Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagog/innen, Pflegefachpersonen etc.). Es ist davon auszugehen, dass sich der Grademix bei einem Systemwechsel verändern würde. Da das Lohnniveau der verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich ist, führt eine Veränderung des Grademix automatisch zu einer Veränderung der Personalkosten. Der Grademix wirkt sich überdies auf die Kostenverteilung aus, weil Leistungen unterschiedlicher Berufsgruppen in Tarmed zu unterschiedlichen Tarifen abgerechnet werden können.

Wirkungskette: Veränderung des Grademix → Veränderung des Bedarfs an Mitarbeiter/innen der unterschiedlichen Berufsgruppen → Veränderung des Lohnniveaus → Veränderung der Personalkosten und Veränderung der Kostenverteilung

■ **W4 – Wirkung des Systemwechsels auf den Anteil der nicht-klient/innenbezogenen Arbeitszeit:** Die Suchtberater/innen verwenden nur einen Teil ihrer Arbeitszeit auf die klient/innenbezogene Suchtberatung. Ein anderer Teil der Arbeitszeit, den wir «nicht-klient/innenbezogen» nennen, entfällt auf andere Beschäftigungen. Der Anteil der Weiterbildung ist in der Regel im Arbeitsvertrag geregelt, wobei es diesbezüglich zwischen den PDAG auf der einen Seite und der ags bzw. dem BZB auf der anderen Seite Unterschiede geben dürfte. Bei einer Integration ist eine Angleichung an die Verhältnisse der PDAG zu rechnen. Der Anteil der Administration hängt von mehreren Faktoren ab, u.a. von der Unternehmenskultur (Sitzungskultur, Unternehmensanlässe, Supervision, interne Workshops etc.), wobei auch diesbezüglich eine Angleichung der Verhältnisse in der PDAG zu erwarten ist. Der Anteil der nicht-klient/innenbezogenen Arbeitszeit hängt auch von der Auslastung mit klient/innenbezogener Arbeit ab: Wenn die Auslastung tief ist (z.B. weil es ein Überangebot an ambulanter Suchtberatung gibt), wird typischerweise mehr Zeit auf Aufgaben administrativer Natur verwendet. Schliesslich ist denkbar, dass auch die Einführung der prozessorientierten Fallführung den Anteil der nicht-klient/innenbezogenen Arbeitszeit der Suchtberater/innen verändern wird (Koordinationssitzungen etc.). Der Anteil der nicht-klient/innenbezogenen Arbeitszeit wirkt sich linear auf den Bedarf an vollzeitäquivalenten Stellen und damit auf die Personalkosten aus.

Wirkungskette: Veränderung des Anteils der nicht-klient/innenbezogenen Arbeitszeit → Veränderung des Bedarfs an vollzeitäquivalenten Stellen → Veränderung der Personalkosten.

■ **W5 – Wirkung des Systemwechsels auf die Personalkosten im Overhead:** Unter den Personalkosten des Overheads verstehen wir folgende Kosten:

- Personalkosten in Zusammenhang mit der Führung von Mitarbeiter/innen durch Vorgesetzte
- Personalkosten im Personalwesen
- Personalkosten im Rechnungswesen,
- Personalkosten der allgemeinen Administration (Sekretariate)
- Personalkosten in Zusammenhang mit dem IT-Support³.

Die Integration wird dazu führen, dass der bestehende Overhead in der ags und im BZB vollständig wegfällt, der Overhead in der PDAG (Personal- und Saläradministration, IT-Support, allgemeine Administration, Rechnungswesen, Führungs-Overhead) hingegen ausgebaut werden muss.

Wirkungskette: Veränderung der Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen im Overhead → Veränderung der Personalkosten des Overheads.

■ **W6 – Wirkung des Systemwechsels auf die Jahresarbeitszeit:** Die Jahresarbeitszeit ist bei der PDAG eine andere als bei der ags bzw. dem BZB. Bei einer Integration wird sich die Jahresarbeitszeit der Mitarbeitenden, welche die PDAG von der ags und vom BZB übernimmt, verändern. Dies wirkt sich auf

³ Wird der IT-Support extern eingekauft, handelt es sich bei den Kosten des IT-Supports um Sachkosten. Wir gehen davon aus, dass im Bereich IT sowohl intern (Personalkosten) als auch extern (Sachkosten) Leistungen erbracht werden.

den Bedarf an vollzeitäquivalenten Stellen in der ambulanten Suchtberatung und damit letztlich auf die Personalkosten aus.

Wirkungskette: Veränderte Jahresarbeitszeit → Veränderung des Bedarfs an vollzeitäquivalenten Stellen in der Suchtberatung → Veränderung der Personalkosten.

Wirkungskette: Veränderung der arbeitsplatzgebundenen Sachkosten.

■ **W7 – Wirkung des Systemwechsels auf das Lohnniveau:** Unabhängig von den bisherigen Ausführungen ist damit zu rechnen, dass sich bei einer Integration das Lohnniveau der Mitarbeiter/innen der ags und des BZB, die von der PDAG übernommen werden, verändern wird. Dies gilt sowohl für das Fachpersonal als auch für das administrative Personal. Denn das Lohnsystem der PDAG unterscheidet sich vom Lohnsystem der ags bzw. des BZB: Eine und dieselbe Psychologin hat bei der ags bzw. beim BZB einen anderen Lohn als bei den PDAG. Die Integration wird zu einer Übernahme des Lohnsystems der PDAG und damit zu einer Veränderung der Personalkosten führen.

Wirkungskette: Veränderung des Löhne eines Teils der Beschäftigten in der ambulanten Suchtberatung → Veränderung der Personalkosten.

■ **W8 – Wirkung des Systemwechsels auf die arbeitsplatzgebundenen Sachkosten:** Neben den Raumkosten dürfte es weitere Sachkosten geben, die sich durch den Systemwechsel verändern werden. Dabei ist vor allem an Arbeitsplatzkosten (Mobiliar, Hardware, Software, Telekommunikation, Büromaterial) und an Lohnnebenleistungen (Spesen, Kosten von Weiterbildungen, welche vom Arbeitgeber übernommen werden etc.) zu denken. Diese Sachkosten dürften bei der PDAG auf der einen Seite und bei der ags bzw. dem BZB auf der anderen Seite unterschiedlich sein. Die Integration wird zu einer Angleichung an die Verhältnisse bei der PDAG führen.

Wirkungskette: Veränderung der Sachkosten.

■ **W9 – Wirkung des Systemwechsel auf die Kostenverteilung:** Wie bereits erwähnt, wird die Integration der ags und des BZB in die PDAG dazu führen, dass ein grösserer Anteil der Kosten der Suchtberatung über Tarmed abgerechnet werden kann. Dieser Effekt wird den Anteil der Kosten der ambulanten Suchtberatung, die der Kanton Aargau zu tragen hat, reduzieren. Der Anteil der Kosten, die von den Klient/innen, insbesondere jedoch von den Krankenkassen getragen werden, wird hingegen steigen⁴. Geht man davon aus, dass die Kosten der ambulanten Suchthilfe, welche die Krankenkassen zu tragen haben, zunehmen werden, werden die Krankenkassenprämien steigen. Des Weiteren ist denkbar, dass sich das Volumen der Spenden, die der ags und dem BZB für die ambulante Suchtberatung zugeführt wird, verändern wird. Ob infolge einer Integration mit einer Veränderung der Spenden, die der ambulanten Suchtberatung zur Verfügung stehen, gerechnet werden muss, werden wir am Fallbeispiel des Kantons BL empirisch untersuchen.

Wirkungskette: (1) Ärztliche Leitung der ambulanten Suchtberatung und Veränderung des Gademix → Veränderung des Anteils der Leistungen, die über Tarmed abgerechnet werden können → Veränderung der Verteilung der Kosten zwischen Kanton, Krankenkassen und Klient/innen. (2) Veränderung des Volumens der Spenden, die der ambulanten Suchtberatung zur Verfügung stehen.

■ **W10 – Wirkung des Systemwechsels auf die Anzahl Klient/innen:** Es ist denkbar, dass der Systemwechsel die Anzahl Klient/innen verändert. Diesbezüglich gibt es drei Hypothesen:

- Das Label «Psychiatrie» wirkt auf potentielle Klient/innen abschreckend, so dass der Systemwechsel zu einer Reduktion der Anzahl Klient/innen führt.

⁴ Es ist zu beachten, dass hier von einer Veränderung der Anteile, die der Kanton bzw. die Klient/innen bzw. die Krankenkassen zu tragen hat, die Rede ist und nicht von den absoluten Kosten. Die Veränderung der Kosten selbst hängt nicht nur von der Veränderung der Verteilung, sondern auch von der Veränderung der gesamten Systemkosten ab. Rein theoretisch ist es denkbar, dass der Kostenanteil des Kantons infolge des Systemwechsels zwar sinkt, die Kosten, die der Kanton zu tragen hat, aber steigen.

3 Vorgehen und Methodik

- Die Abrechnung über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) erhöht aus ökonomischen (Kostenbeteiligung der Klient/innen) und aus Gründen des Datenschutzes bzw. der Anonymität (insbesondere bei Jugendlichen) die Schwelligkeit des Angebots, was zu einer Reduktion der Anzahl Klient/innen führt.
- Die Psychiatrischen Dienste sind besser mit den Spitälern und Arztpraxen vernetzt, weshalb die Anzahl von Klient/innen steigt, die von den Spitälern und Arztpraxen überwiesen werden.

Eine Veränderung der Anzahl Klient/innen führt trivialerweise zu einer Veränderung der Kosten.

Wirkungskette: Veränderung der Schwelligkeit des Angebots → Veränderung der Anzahl Klient/innen → Veränderung der Kosten.

3.3 Kostenmodell

Das in Abschnitt 3.2 dargestellte Wirkungsmodell ist vergleichsweise abstrakt und muss in einem Kostenmodell operationalisiert werden. **Tabelle 6** zeigt das Kostenmodell, von dem wir bei der Bestimmung der Betriebskosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung ausgehen. Das Kostenmodell entspricht in seiner Systematik der Kostenrechnung der PDAG. Es unterscheidet zwei Kostenstellen und drei Kostenarten:

■ **Kostenstellen:** Wir unterscheiden zwischen leistungserbringenden Kostenstellen auf der einen Seite und dienstleistenden Kostenstellen auf der anderen Seite⁵. Bei den *leistungserbringenden Kostenstellen* handelt es sich konkret um die vier *Ambulatorien* des EPD, in welchen die Leistungen der ambulanten Suchtberatung erbracht werden. Zu den wichtigsten *dienstleistenden Kostenstellen* zählen Infrastruktur, Direktion, Personalwesen, Rechnungswesen, Support und Service, Wäscherei, Reinigung, Gemeinschaftliche Sekretariate und Patientenadministration. Die Gesamtheit der dienstleistenden Kostenstellen nennen wir *Overhead*.

■ **Kostenarten:** Wir unterscheiden zwischen Personalkosten, Sachkosten und Anlagenutzungskosten. Die Personalkosten bestehen aus Lohn- und Weiterbildungskosten. Die Anlagenutzungskosten umfassen Miete, Abschreibungen und kalkulatorische Zinsen. Die Sachkosten umfassen jegliche Kosten, die nicht Personalkosten und Anlagenutzungskosten sind.

Tabelle 6: Kostenmodell

	Leistungserbringende Kostenstellen (LE)	Dienstleistende Kostenstellen (DL)	Alle Kostenstellen
Personalkosten	PK _{LE}	PK _{DL}	PK
Sachkosten	SK _{LE}	SK _{DL}	SK
Anlagenutzungskosten	AK _{LE}	AK _{DL}	AK
Betriebskosten	BK _{LE}	BK _{DL}	BK

Bemerkung: Graue Zellen = Restliche Kosten $RK = SK_{LE} + AK_{LE} + PK_{DL} + SK_{DL} + AK_{DL} = SK_{LE} + AK_{LE} + BK_{DL} = BK - PK_{LE}$
 Quelle: Darstellung BASS

Zentral für die Bestimmung der Betriebskosten einer in die PDAG integrierten Suchtberatung ist die Bestimmung der Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen PK_{LE} («**Primärkosten**»). Zum einen ist der Anteil der Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen an den gesamten Betriebskosten sehr hoch. Bei der ags zum Beispiel betragen die Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen 77.5 Prozent der Gesamtkosten. Zum anderen hängt die Veränderung der restlichen Kosten sehr stark davon ab, wie sich die Primärkosten verändern werden. Die «**restlichen Kosten**» RK sind in Tabelle 6

⁵ Der Kostenstellenplan der PDAG unterscheidet neben den leistungserbringenden und dienstleistenden Kostenstellen zusätzlich Nebenbetriebe. Gemäss dem CFO der PDAG sind die Nebenbetriebe für den ambulanten Bereich jedoch irrelevant.

3 Vorgehen und Methodik

grau eingefärbt, sie setzen sich aus den Personalkosten der dienstleistenden Kostenstellen, den Sachkosten und den Anlagenutzungskosten zusammen:

$$RK = PK_{DL} + SK + AK$$

Weil die restlichen Kosten sehr stark mit den Primärkosten korrelieren, lassen sie sich auf der Basis von Erfahrungswerten abschätzen, sobald man weiss, wie hoch die Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen nach erfolgter Integration sein werden. Konkret kalkuliert die PDAG bei Investitionsprojekten die restlichen Kosten mit einem Zuschlagssatz von 30 Prozent auf die Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen.

Wir übernehmen diese Methodik der PDAG und gehen davon aus, dass die restlichen Kosten als Zuschlagssatz auf die Primärkosten berechnet werden können:

$$RK = \varphi * PK_{LE}$$

wobei:

φ = Zuschlagssatz auf die Primärkosten, in Prozent

PK_{LE} = Primärkosten, in CHF

RK = Restliche Kosten, in CHF

Die Betriebskosten einer in die PDAG integrierten Suchtberatung sind dann gegeben durch:

$$BK = PK_{LE} + RK = (1 + \varphi) * PK_{LE}$$

wobei:

BK = Betriebskosten, in CHF

PK_{LE} = Primärkosten, in CHF

RK = Restliche Kosten, in CHF

Die Bestimmung der Sachkosten, der Anlagenutzungskosten und der Personalkosten der dienstleistenden Kostenstellen ist damit geklärt, so dass wir uns der Frage zuwenden können, wie wir die Primärkosten, d.h. die Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen (Ambulatorien) nach erfolgter Integration schätzen wollen. Wir schlagen vor, die Schätzung der Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen gemäss folgendem Vorgehen zu bestimmen:

■ **Schritt 1 – Anzahl Klient/innen:** In einem ersten Schritt schätzen wir, in welchem Ausmass sich die Anzahl Klient/innen durch die Integration verändern wird. Ob (und falls ja: in welchem Ausmass) mit einer Veränderung der Anzahl Klient/innen zu rechnen ist, wollen wir am Fallbeispiel des Kantons BL untersuchen, in dem ein grosser Teil die ambulante Suchtberatung in die Psychiatrie integriert ist. Die Anzahl Klient/innen einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung wollen wir wie folgt berechnen:

$$k = k_{2012} * (1 + \delta)$$

wobei:

k = Anzahl Klient/innen nach einer Integration

k_{2012} = Anzahl Klient/innen mit einer suchtbedingten Störung der ags, des BZB und des EPD im Jahr 2012

δ = Zu erwartende prozentuale Veränderung der Anzahl Klient/innen, in Prozent

■ **Schritt 2 – Durchschnittliche Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr:** In einem zweiten Schritt schätzen wir, wie hoch in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung die durchschnittliche Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr sein wird. Für diese Abschätzung wollen wir u.a. analysieren, wie viele Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr in den Ambulatorien für Abhängigkeits-erkrankungen (AfA) der Psychiatrie Baselland (PBL) geleistet werden.

■ **Schritt 3 – Anzahl Tarmed-Stunden pro Jahr:** Ausgehend von den im Rahmen der Schritte 1 (Anzahl Klient/innen) und 2 (Durchschnittliche Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr) geschätzten Kennzahlen lässt sich das Total der Stunden berechnen, die eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung pro Jahr über Tarmed abrechnen wird:

$$H = k * h$$

wobei:

H = Anzahl Tarmed-Stunden pro Jahr

k = Anzahl Klient/innen nach einer Integration

h = Durchschnittliche Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr

■ **Schritt 4 – Verteilung der Tarmed-Stunden auf die Berufsgruppen:** In einem vierten Schritt geht es darum, zu bestimmen, wie viele der über Tarmed abrechenbaren Stunden (H) von welchen Berufsgruppen (Assistenzärzt/innen, Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen etc.) geleistet werden (Grademix bezüglich des Anteils an den Tarmed-Stunden). Ausgehend von dem bestehenden Grademix muss abgeschätzt werden, wie sich der Grademix durch die Integration verändern wird. Dabei wollen wir im Basisszenario davon ausgehen, dass sich der Grademix dem Grademix annähern wird, wie er heute in den AfA beobachtet werden kann. Nach Schritt 4 wissen wir, wie viele Stunden Beratungsleistungen, die über Tarmed verrechnet werden können, nach der Integration von den verschiedenen Berufsgruppen geleistet werden:

$$H_i = \alpha_i * H \quad \text{mit} \quad H = \sum_i H_i$$

wobei:

i = Index für die verschiedenen Berufsgruppen, die über Tarmed abrechenbare Leistungen erbringen

α_i = Anteil der Berufsgruppe i an den insgesamt geleisteten Tarmed-Stunden, in Prozent

H_i = Anzahl Tarmed-Stunden der Berufsgruppe i pro Jahr

■ **Schritt 5 – Bedarf an vollzeitäquivalenten Stellen nach Berufsgruppen:** Ausgehend vom Volumen der Tarmed-Stunden der verschiedenen Berufsgruppen lässt sich der Bedarf an vollzeitäquivalenten Stellen der Berufsgruppen bestimmen. Dieser Bedarf hängt von drei Faktoren ab:

- Erstens vom *Volumen der Tarmed-Stunden*, die pro Jahr von den verschiedenen Berufsgruppen geleistet werden müssen (und die im Rahmen von Schritt 4 geschätzt wurden).
- Zweitens von der (Berufsgruppen-spezifischen) *Tarmed-Produktivität*, d.h. vom Anteil der über Tarmed abrechenbaren Arbeitsstunden an der gesamten Arbeitszeit. Dabei werden wir im Basisszenario davon ausgehen, dass die Tarmed-Produktivität einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung in etwa der Tarmed-Produktivität entsprechen wird, wie sie heute in den AfA der PBL beobachtet werden kann.
- Drittens von der *Jahresarbeitszeit*: Die Jahresarbeitszeit ist bei der PDAG eine andere als bei der ags bzw. dem BZB. Bei einer Integration wird die Jahresarbeitszeit der PDAG übernommen, die uns bekannt ist.

Der Bedarf an vollzeitäquivalenten Stellen der Berufsgruppe i lässt sich aus diesen drei Faktoren folgendermassen berechnen:

$$FTE_i = \frac{H_i}{\beta_i * J_i}$$

wobei:

FTE_i = Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen der Berufsgruppe i

β_i = Tarmed-Produktivität der Berufsgruppe i, in Prozent

J_i = Jahresarbeitszeit der Berufsgruppe i bei der PDAG, in Stunden

■ **Schritt 6 – Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen der Administration in den Ambulatorien:** Die Sekretariate der vier Ambulatorien des EPD müssen ausgebaut werden, wenn die Suchtberatung in den EPD der PDAG integriert wird. Das Ausmass dieses Ausbaus hängt im Wesentlichen davon ab, wie viele zusätzliche vollzeitäquivalente Stellen im Beratungsbereich geschaffen werden müssen (diese Frage wurde im Rahmen von Schritt 5 beantwortet). Aus diesem Grund ist es angezeigt, den Bedarf an vollzeitäquivalenten Sekretariatsstellen in Relation zu der Anzahl vollzeitäquivalenter Fachstellen zu bestimmen:

$$FTE_{Admin} = \theta * FTE_{Fach} \quad \text{mit} \quad FTE_{Fach} = \sum_i FTE_i$$

wobei:

FTE_{Admin} = Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen der Administration in den Ambulatorien

FTE_i = Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen der Berufsgruppe i

θ = Verhältnis der vollzeitäquivalenten Sekretariatsstellen (Zähler) zu den vollzeitäquivalenten Fachstellen (Nenner), in Prozent

■ **Schritt 7 – Bestimmung der Personalkosten in den leistungserbringenden Kostenstellen:** In einem letzten Schritt gilt es, den zusätzlichen Bedarf an vollzeitäquivalenten Stellen in den leistungserbringenden Kostenstellen (der im Rahmen der Schritte 5 und 6 bestimmt wurde) zu monetarisieren. Hierfür muss festgestellt werden, wie sich die Lohn- und Weiterbildungskosten der Mitarbeiter/innen der ags und des BZB, welche in die PDAG übergeführt werden, verändern werden. Hierfür werden die Löhne geschätzt, welche ags- und BZB-Mitarbeitende bei der PDAG verdienen würden. Gegeben die für jede Berufsgruppe geschätzten Lohn- und Weiterbildungskosten pro FTE lassen sich die Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen wie folgt berechnen:

$$PK_{LE} = \sum_i FTE_i * w_i + FTE_{Admin} * w_{Admin}$$

wobei:

w_i = Durchschnittliche Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle der Berufsgruppe i, in CHF

w_{Admin} = Durchschnittliche Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle der Administration, CHF

Fassen wir alle diese Ausführungen zusammen, können die Betriebskosten einer in die PDAG integrierten Suchtberatung folgendermassen dargestellt werden:

$$BK = (1 + \varphi) * \left\{ \sum_i \frac{\alpha_i * (1 + \delta) * k_{2012} * h}{\beta_i * J_i} * (w_i + \theta * w_{Admin}) \right\}$$

3 Vorgehen und Methodik

Wir wenden uns nun der Frage zu, welche Kosten der Kanton Aargau nach der Integration zu tragen hat («**Staatsbeitrag**»). Grundsätzlich hat der Kanton die Differenz aus den Betriebskosten und dem Ertrag einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung zu tragen, wobei wir bezüglich des Ertrags zwischen Tarmed-Ertrag und anderen Erträgen (Gutachten, Konsilien, FiaZ-Kurse etc.) differenzieren:

$$SB_{Kanton} = BK - E_{Tarmed} - E_{Andere}$$

wobei:

SB_{Kanton} = Staatsbeitrag des Kantons Aargau, in CHF

E_{Tarmed} = Ertrag der Leistungen, die über Tarmed abgerechnet werden, in CHF

E_{Andere} = Andere Erträge, in CHF

Der «**Tarmed-Ertrag**» hängt von der Anzahl Tarmed-Stunden und dem durchschnittlichen Ertrag pro Tarmed-Stunde ab. Konkret lässt sich der Tarmed-Ertrag wie folgt berechnen:

$$E_{Tarmed} = \sum_i H_i * p_i$$

wobei:

H_i = Anzahl Tarmed-Stunden der Berufsgruppe i pro Jahr

p_i = Ertrag einer über Tarmed verrechenbaren Stunde der Berufsgruppe i, in CHF

Die «**anderen Erträge**» wollen wir in Relation zu den Tarmed-Erträgen bestimmen, wobei wir das Verhältnis anderer Erträge zu den Tarmed-Erträgen anhand der Ertragsstruktur der AfA bestimmen wollen:

$$E_{Andere} = \varepsilon * E_{Tarmed}$$

wobei:

E_{Andere} = Andere Erträge, in CHF

E_{Tarmed} = Tarmed-Ertrag, in CHF

ε = Verhältnis der anderen Erträge (Zähler) zum Tarmed-Ertrag (Nenner), in Prozent

4 Die institutionelle ambulante Suchthilfe des Kantons Aargau

Im Kanton Aargau gibt es folgende Institutionen, die ambulante Beratungs- und Behandlungsleistungen gegenüber Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen erbringen:

- Aargauische Stiftung Suchthilfe (ags)
- Beratungszentrum Baden (BZB)
- Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)
- Blaues Kreuz Aargau / Luzern (BKAGLU)⁶
- Ambulatorium Lenzburg der Suchtfachklinik im Hasel (Ambi L.)⁷

Die zur Diskussion stehende Integration betrifft im Wesentlichen die ags, das BZB und die PDAG. Aus diesem Grund sind die beiden letztgenannten Institutionen im nachfolgenden Überblick zur Situation der ambulanten Suchtberatung im Kanton Aargau im Jahr 2012 nicht berücksichtigt.

4.1 Aargauische Stiftung Suchthilfe ags

Die Aargauische Stiftung Suchthilfe ags bietet im Kanton Aargau in über sieben Regionalstellen sowohl Suchtberatung als auch Suchtprävention an. Im Auftrag des DGS des Kantons Aargau betreibt die ags je eine Beratungsstelle für die Bezirke Aarau & Kulm, Bremgarten & Muri, Brugg, Lenzburg, Rheinfelden & Laufenburg, Zofingen und Zurzach. Die nachfolgend dargestellten Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2012 und auf alle sieben Beratungsstellen, allerdings nur auf das Geschäftsfeld der Suchtberatung, nicht aber auf dasjenige der Suchtprävention.

4.1.1 Methodik

Die nachfolgend dargestellten Daten und Informationen basieren zum einen auf den Erfolgsrechnungen, welche die ags dem Büro BASS je Kostenstelle zur Verfügung gestellt hat. Zum anderen hat die Geschäftsführung einen detaillierten Fragebogen des Büro BASS ausgefüllt, in dem Daten zu allen Mitarbeiter/innen der ags abgefragt wurden, die mit der Suchtberatung zu tun haben (Angaben zur Verteilung der Arbeitszeit auf verschiedene Tätigkeitsarten, Jahrgang, Funktion, Ausbildung, Lohn, Sozialversicherungsbeiträge etc.).

Zu den auf Basis dieser Daten vorgenommenen Berechnungen erscheinen uns folgende Bemerkungen methodischer Natur wesentlich:

- Da bei der ags für die Suchtberatung und -prävention eigene Kostenstellen definiert sind, ist die Abgrenzung von Suchtprävention und Suchtberatung grundsätzlich gegeben. Einzig in Bezug auf die Geschäftsstelle war eine Kostenabgrenzung erforderlich, da die Geschäftsstelle Leistungen sowohl für das Geschäftsfeld der Suchtberatung als auch für das Geschäftsfeld der Suchtprävention erbringt. In Absprache mit dem Geschäftsführer der ags wurden die Aufwände der Geschäftsstelle entsprechend dem Verhältnis der Kosten der sieben Kostenstellen der Suchtberatung zu den Kosten der Kostenstelle «Suchtprävention» auf die Suchtberatung und die Suchtprävention aufgeteilt. Dies führte dazu, dass 75.7 Prozent der Kosten der Geschäftsstelle der Suchtberatung zugeordnet wurden.

⁶ Im Blauen Kreuz Aargau / Luzern gab es im 2012 insgesamt 43 Neuanmeldungen von Klient/innen mit Wohnsitz im Kanton Aargau: 17 männliche Betroffene, 14 weibliche Betroffene und 12 Angehörige. Bei allen 43 Neuanmeldungen war Alkohol die Hauptproblemasubstanz. Der Bestand an Klient/innen mit Wohnsitz im Kanton AG betrug im 2012 jeweils rund 35 Personen.

⁷ Im Ambulatorium Lenzburg der Klinik im Hasel gab es im Jahr 2012 306 Fälle, die sich auf 299 Patient/innen verteilten. Gemäss Auskunft von Dr. Lüddeckens war Alkohol bei knapp 60 Prozent dieser Klient/innen die Hauptproblemasubstanz. Die rund 300 Klient/innen sind vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass das Ambi L. erst im Verlauf des Jahres 2012 eröffnet wurde. Gemäss Auskunft von Dr. Lüddeckens wird das Ambi L. im 2014 mehr als 500 Klient/innen haben, was ein bedeutsames Volumen darstellt.

- Analog wurde davon ausgegangen, dass 75.7 Prozent der Löhne und der Arbeitszeit der Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle dem Bereich «Suchtberatung» zuzuordnen sind.
- Die ags hat uns die Jahresarbeitszeit ihrer Mitarbeiter/innen inklusive Ferien und Feiertage angegeben. Ausgehend von diesen Angaben berechneten wir eine Jahresarbeitszeit exklusive Ferien und Feiertage, die 1894.2 Stunden beträgt. Jegliche Angaben bezüglich vollzeitäquivalenten Stellen (Vollzeitäquivalenzen) basieren auf diesem Wert.

4.1.2 Kosten und Erträge

In **Tabelle 7** sind die Vollkosten der ags, bestehend aus Personal-, Sach- und Anlagenutzungskosten, dargestellt. Ausgenommen sind die Aufwände für die Suchtprävention, welche 2012 rund 1.5 Millionen Franken betragen (inkl. Anteil der Geschäftsstelle). Die Aufwände der ags für die Suchtberatung im Jahr 2012 beziffern sich demnach auf rund 4 Millionen Franken.

Gute vier Fünftel der Betriebskosten der ags fallen in Form von Personalkosten an. Die Sachkosten betragen knapp 11 Prozent der Betriebskosten. Die Anlagenutzungskosten, die 6.7 Prozent der Betriebskosten betragen, bestehen im Wesentlichen aus Mietkosten.

Tabelle 7: Vollkosten der Suchtberatung der ags im Jahr 2012

	CHF	in % von 4	in % von 1/2/3
1 Personalkosten	3'313'327	82.4%	100.0%
1.1 Nettolohnsumme	2'510'300	62.5%	75.8%
1.2 Sozialversicherungsbeiträge	801'518	19.9%	24.2%
1.3 Versicherungsleistungen (EO, KTG)	-77'889	-1.9%	-2.4%
1.4 Überobligatorische Familienzulagen	3'789	0.1%	0.1%
1.5 Weiterbildung & Supervision	75'609	1.9%	2.3%
1.6 Übriger Personalaufwand	0	0.0%	0.0%
2 Sachkosten	435'245	10.8%	100.0%
2.1 EDV	132'009	3.3%	30.3%
2.2 Öffentlichkeitsarbeit	104'480	2.6%	24.0%
2.3 Spesen	42'803	1.1%	9.8%
2.4 Restliche Sachkosten	155'953	3.9%	35.8%
3 Anlagennutzungskosten	270'098	6.7%	100.0%
3.1 Raumkosten	236'686	5.9%	87.6%
3.2 Anschaffungen & Abschreibungen	33'412	0.8%	12.4%
4 Vollkosten	4'018'669	100.0%	

Lesebeispiel: Die Nettolohnsumme betrug in der ags im Jahr 2012 CHF 2'510'300 und damit 62.5 Prozent der Vollkosten bzw. 75.8 Prozent der Personalkosten.

Quelle: Erfolgsrechnungen 2012 der ags, Berechnungen BASS

Tabelle 8 zeigt die Vollkosten gegliedert nach Kostenstellen. 85 Prozent der Kosten entfallen auf die regionalen Beratungsstellen, 15 Prozent auf die Geschäftsstelle und die Kostenstelle «Projekte Suchtberatung».

Tabelle 9 zeigt die Erträge der Suchtberatung der ags im Jahr 2012. Die Kantonsbeiträge betragen 3.84 Millionen Franken und damit 96.3 Prozent des gesamten Ertrags. Zu bemerken ist, dass der Kantonsbeitrag für das Jahr 2014 um 381'000 Franken gekürzt wurde.

Tabelle 8: Vollkosten der Suchtberatung der ags im Jahr 2012, nach Kostenstellen

Kostenstelle	CHF	in %
Geschäftsstelle	422'689	11%
Projekte Suchtberatung	147'291	4%
Aarau & Kulm	789'072	20%
Bremgarten & Muri	550'487	14%
Brugg	429'243	11%
Lenzburg	435'637	11%
Rheinfelden & Laufenburg	418'217	10%
Zofingen	491'001	12%
Zurzach	335'033	8%
Total	4'018'669	100%

Quelle: Erfolgsrechnungen 2012 der ags, Berechnungen BASS

Tabelle 9: Erträge der Suchtberatung der ags im Jahr 2012

	Schweizer Franken	Anteil
Total Kantonsbeitrag	3'838'900	96.3%
Kantonsbeitrag Suchtberatung	3'750'900	
Kantonsbeitrag Spielsucht	88'000	
Honorare/Verkauf von Dienstleistungen	93'754	2.4%
Spenden	44'960	1.1%
Übrige Erträge	10'087	0.3%
Total	3'987'700	100.0%

Quelle: Erfolgsrechnungen 2012 der ags, eigene Berechnungen

4.1.3 Personal

2012 waren insgesamt 51 Mitarbeiter/innen für die ags tätig. Berücksichtigt man Zu- und Abgänge sowie Mutterschaftsvertretungen, ergibt sich ein Total von 45 gleichzeitig angestellten Arbeitnehmer/innen. In **Tabelle 10** sind neben der Anzahl der Mitarbeiter/innen auch die vollzeitäquivalenten Stellen (Vollzeitäquivalenzen VZÄ) nach Funktion aufgelistet. Die vollzeitäquivalenten Stellen beziehen sich auf die im Jahr 2012 effektiv erfassten Stunden. Eine vollzeitäquivalente Stelle entspricht dabei 1894.2 Arbeitsstunden, inklusive Krankheit und besoldetem Urlaub (Mutterschaftsurlaub, Militär und Zivildienst).

Tabelle 10: Anzahl Mitarbeitende (MA) und Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen (VZÄ) in der ambulanten Suchtberatung der ags im Jahr 2012, nach Funktionen

Mitarbeitende nach Funktionen	Anzahl MA	Anzahl VZÄ
Geschäftsführung/Administration/Support	17	5.5
Suchtberater/innen, davon:	28	20
Suchtberater/innen mit Stellenleitungsfunktion	8	6.3
Suchtberater/innen ohne Stellenleitungsfunktion, davon:	20	13.7
Psycholog/innen	13	9.1
Sozialarbeiter/innen*	7	4.5
Total	45	25.5

Bemerkungen: Die ags beschäftigt nur eine Sozialpädagogin/einen Sozialpädagogen. Um Rückschlüsse auf einzelne Personen zu verhindern, wurden die Sozialpädagogin/der Sozialpädagoge der Kategorie «Sozialarbeiter/innen» zugeordnet.

Quelle: Schriftliche Befragung der ags, Berechnungen BASS

Durchschnittlich haben die Mitarbeiter/innen ein Arbeitspensum von rund 57 Prozent (25.5 Vollzeitstellen auf 45 Mitarbeiter/innen). 34 Suchtberater/innen mit und ohne Stellenleitungsfunktion teilen sich 20 vollzeitäquivalente Stellen. Die 5.5 vollzeitäquivalenten Stellen der Geschäftsleitung und der Administration verteilen sich auf 17 Mitarbeiter/innen, was einen sehr geringen durchschnittlichen Beschäftigungsgrad impliziert. Dieser erklärt sich allerdings damit, dass wir die sechs Raumpfleger/innen, die zusammen ein Beschäftigungsvolumen von 0.4 vollzeitäquivalenten Stellen haben, in diese Kategorie subsumiert haben.

Bezüglich der Verteilung der Mitarbeiter/innen und der vollzeitäquivalenten Stellen nach Regionalstellen zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Kosten (vgl. Tabelle 8). Wie aus **Tabelle 11** ersichtlich ist, haben die Beratungsstellen der bevölkerungsstärkeren Bezirke Aarau, Bremgarten und Zofingen einen grösseren Stellenetat.

Tabelle 11: Anzahl Mitarbeitende (MA) und Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen (VZÄ) in der ambulanten Suchtberatung der ags im Jahr 2012, nach Niederlassungen

Mitarbeitende nach Niederlassung	Anzahl MA	Anzahl VZÄ
Aarau Geschäftsstelle	3	1.3
Aarau & Kulm	12	6.9
Bremgarten & Muri	6	3.9
Brugg	5	2.8
Lenzburg	5	2.8
Rheinfelden & Laufenburg	5	2.6
Zofingen	4	3.0
Zurzach	5	2.3
Total	45	25.5

Quelle: Schriftliche Befragung der ags, Berechnungen BASS

4.1.4 Arbeitszeit

Die 25.5 vollzeitäquivalenten Stellen entsprechen einer jährlichen Gesamtarbeitszeit von 48'273 Stunden (inkl. Absenzen, exklusive Ferien und Feiertage). **Tabelle 12** gibt einen Überblick über die Verteilung dieser von den Mitarbeiter/innen der ags im Jahr 2012 geleisteten 48'273 Arbeitsstunden. Dabei werden folgende Arbeitszeitkategorien unterschieden:

■ **Klient/innenbezogene Arbeitsstunden:** Unter klient/innenbezogenen Arbeitszeiten verstehen wir solche, die einem einzigen (Einzelberatung) oder aber wenigen (Gruppen-/Mehrpersonenberatung) Klient/innen zugeordnet werden können. Wir operationalisieren den Begriff der klient/innenbezogenen Arbeitszeit dahingehend, dass wir diejenige Arbeitszeiten als klient/innenbezogen definieren, die in der ags und im BZB unter den Arbeitszeiterfassungskategorien «Telefon-/Online-Beratung», «Einzelberatung», «Mehrpersonenberatung», «Gruppenberatung», «Vor- und Nachbereitung», «Zusatzdienstleitungen» und «Verkauf von Dienstleistungen» erfasst wurden⁸.

■ **Nicht-klient/innenbezogene Arbeitszeiten:** Unter nicht-klient/innenbezogenen Arbeitszeiten verstehen wir solche, die nicht einem einzigen (Einzelberatung) oder aber wenigen (Gruppen-/Mehrpersonenberatung) Klient/innen zugeordnet werden können. Der Begriff ist dahingehend operationalisiert, dass wir diejenigen Arbeitszeiten, die in der ags und im BZB unter den Arbeitszeiterfassungskategorien «Management», «Support», «Öffentlichkeitsarbeit» und «Weiterbildung» erfasst werden, als nicht-klient/innenbezogen bezeichnen.

■ **Absenzen:** Die Kategorie «Absenzen» setzt sich aus krankheitsbedingten Absenzen und besoldetem Urlaub (Militär, Zivildienst, Mutterschaftsurlaub) zusammen.

Knapp ein Drittel (61 Prozent) der geleisteten Arbeitsstunden entfällt auf klient/innenbezogene Arbeiten. Suchtberater/innen ohne Stellenleitungsfunktion haben erwartungsgemäss einen höheren Anteil an klient/innenbezogener Arbeitszeit als solche, die keine Stellenleitungsfunktion innehaben. Auffallend ist der relative hohe Anteil an klient/innenbezogenen Arbeitsstunden von Mitarbeiter/innen der Kategorie «Geschäftsführung, Administration und Support» (35 Prozent): Dieser ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass Mitarbeiter/innen mit der Funktionsbezeichnung «Fachpersonen Administration» im 2012

⁸ Der Begriff der Klient/innenbezogenen Arbeitszeit ist vom Begriff der verrechenbaren Arbeitszeit abzugrenzen. Verrechenbare Arbeitszeiten sind stets auch klient/innenbezogene Arbeitszeiten. Die Umkehrung gilt jedoch nicht: Es gibt Arbeitszeiten, die zwar klient/innenbezogen, nicht jedoch verrechenbar sind. Ein Beispiel hierfür ist die Fallsupervision und Intervention.

rund 3'500 Arbeitsstunden in der Zeiterfassungskategorie «Vor- und Nachbereitung» erfasst haben. 15'965 Stunden bzw. 33 Prozent der Gesamtarbeitszeit wird in der ags für nicht-klient/innenbezogene Arbeiten, d.h. für Management, Support, Öffentlichkeitsarbeit und/oder Weiterbildung aufgewendet.

Tabelle 12: Verteilung der Arbeitszeit, die in der ags im Jahr 2012 für die ambulante Suchtberatung aufwendet wurde, nach Funktionen

Mitarbeitende nach Funktionen	Total in h	Geleistete Arbeitsstunden			Absenzen in %
		Total geleistet in %	Klienten- bezogen in %	Nicht klienten- bezogen in %	
Geschäftsführung/Administration/Support	10'480	98%	35%	64%	2%
Suchtberater/innen	37'793	93%	68%	25%	7%
Suchtberater/innen mit Stellenleitungsfunktion	11'920	98%	55%	42%	2%
Suchtberater/innen ohne Stellenleitungsfunktion	25'873	90%	74%	17%	10%
Psycholog/innen	17'305	90%	74%	16%	10%
Sozialarbeiter/innen ¹	8'568	91%	73%	18%	9%
Total	48'273	94%	61%	33%	6%

Fussnote: ¹Die ags beschäftigt nur eine Sozialpädagogin/einen Sozialpädagogen. Um Rückschlüsse auf einzelne Personen zu verhindern, wurden die Sozialpädagogin/der Sozialpädagoge der Kategorie «Sozialarbeiter/innen» zugeordnet.
Quelle: Schriftliche Befragung der ags, Berechnungen BASS

Die nachfolgenden Abbildungen geben einen noch tieferen Einblick in die Verteilung der von den Mitarbeiter/innen geleisteten Arbeitsstunden auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche:

■ **Abbildung 2** zeigt die Verteilung der Arbeitszeit auf die vier Hauptkategorien «Klient/innenbezogene Arbeitszeit», «Absenzen» und «Nicht-klient/innenbezogene Arbeitszeit».

■ **Abbildung 3** zeigt, wie sich die klient/innenbezogenen Arbeitsstunden auf die verschiedenen Beratungssettings verteilen. Gut ein Viertel der klient/innenbezogenen Arbeitsstunden entfallen auf Einzelgespräche (exkl. Vor- und Nachbereitung). Der Anteil von Mehrpersonenberatungen (Klient/in mit Bezugsperson, Paare und Familien, exkl. Vor- und Nachbereitung) und Gruppenberatungen (Betreuung von Erfahrungsgruppen, exkl. Vor- und Nachbereitung) ist mit 8 Prozent deutlich tiefer. Am meisten Arbeitszeit nimmt die Vor- und Nachbereitung der Einzel-, Mehrpersonen- und Gruppenberatung in Anspruch⁹: 17'438 Stunden bzw. 59 Prozent der klient/innenbezogenen bzw. 36 Prozent der Gesamtarbeitszeit.

■ **Abbildung 4** zeigt, dass fast die Hälfte der nicht-klient/innenbezogenen Arbeitsstunden auf den Teilbereich «Support» entfällt. Im Bereich «Management» werden in der ags jährlich rund 4'605 Stunden (9.5 Prozent der insgesamt geleisteten Arbeitsstunden) geleistet.

■ **Abbildung 5** macht deutlich, dass zwei Fünftel der Absenzen bzw. Fehlstunden auf krankheitsbedingte Absenzen und drei Fünftel auf besoldete Urlaube zurückzuführen sind.

In **Tabelle 13** sind die wichtigsten Kennzahlen zur Verteilung der in der ags im Jahr 2012 geleisteten Arbeitsstunden zusammengefasst. Sie unterscheidet zwischen nicht-klient/innenbezogener Arbeitszeit, klient/innenbezogener Arbeitszeit und «klient/innenbezogener Arbeitszeit vor Ort». Die «klient/innenbezogene Arbeitszeit vor Ort» entspricht dabei der klient/innenbezogenen Arbeitszeit abzüglich der Arbeitszeit, die für Telefon- und Onlineberatungen aufgewendet wurde.

⁹ Die Vor- und Nachbereitung von Einzel-, Gruppen- und Mehrpersonenberatung wird bei der ags unter der Kategorie «Vor- und Nachbereitung» erfasst. Dies gilt nicht für die Vor- und Nachbereitung der Telefon-/Onlineberatung und für die Zeiterfassungskategorien «Zusatzleistungen» und «Verkauf von Dienstleistungen»: Der Aufwand der Vor- und Nachbereitung dieser Beratungen wird direkt in der entsprechenden Kategorie erfasst.

Abbildung 2: Verteilung der Arbeitszeit auf die Hauptkategorien (Total 48'273h)

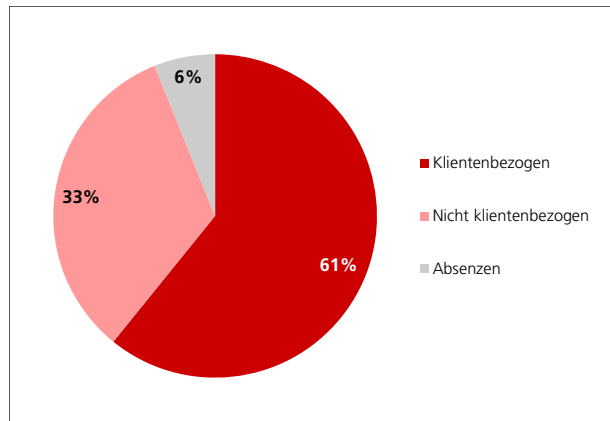


Abbildung 3: Verteilung der klient/innenbezogenen Arbeitszeit (Total 29'366h)

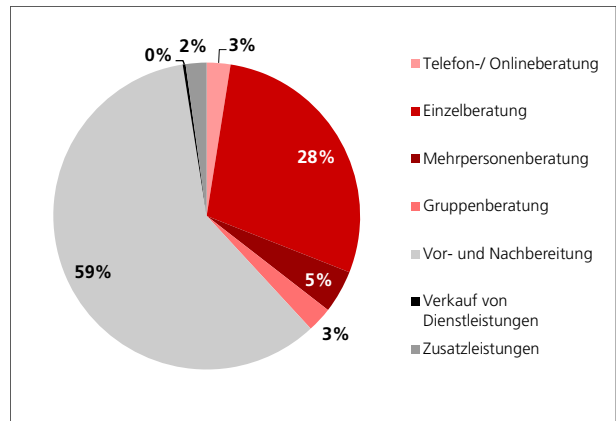


Abbildung 4: Verteilung der nicht-klient/innenbezogenen Arbeitszeit (Total 15'965h)

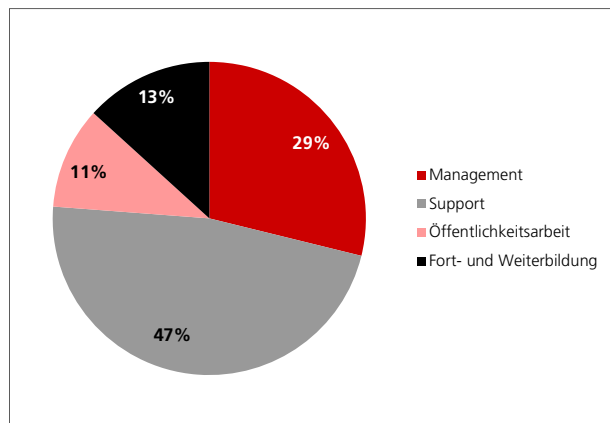
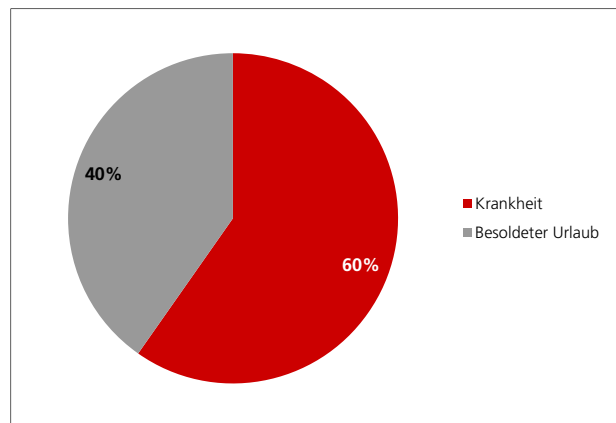


Abbildung 5: Verteilung der Absenzen (Total 2'942h)



Quelle: Schriftliche Befragung der ags, Berechnungen BASS

Tabelle 13: Wichtigste Kennzahlen zur Verteilung der Arbeitszeit, die in der ags im Jahr 2012 für die ambulante Suchtberatung aufgewendet wurde

	Anzahl Stunden	in Prozent
Total bezahlte Arbeitsstunden	48'273	100%
Abwesende Arbeitsstunden	2'942	6%
Geleistete Arbeitsstunden	45'331	94%
Nicht-klient/innenbezogene Arbeitsstunden	15'965	33%
Klient/innenbezogene Arbeitsstunden	29'366	61%
Klient/innenbezogene Arbeitsstunden vor Ort ¹	28'628	59%

Fussnote: ¹Klient/innenbezogene Arbeitsstunden vor Ort = Klient/innenbezogene Arbeitsstunden abzüglich der Arbeitszeit, die für Telefon- und Onlineberatungen aufgewendet wurde.

Quelle: Schriftliche Befragung der ags, Berechnungen BASS

4.1.5 Klient/innen

2012 betreute die ags 2'473 Klient/innen, davon entfallen mehr als die Hälfte (1367) auf Neuanmeldungen. 53 Prozent der Klient/innen wurden bezüglich einer Sucht im legalen Bereich beraten. 47 Prozent der Klient/innen haben die Suchtberatung aufgrund eines illegalen Suchtmittels in Anspruch genommen. 2012 hat die ags zusätzlich 72 Abklärungen bezüglich Spielsucht für das Grand Casino Baden getätigt, so dass ein **Total von 2'545 Klient/innen** resultiert. Die (anonymen) Kurzberatungen der Telefon- und Onlineberatung sind dabei nicht berücksichtigt.

4.1.6 Effizienz

Auf Basis der bisher dargestellten Daten lassen sich einige aussagekräftige Kennzahlen berechnen (vgl.

Tabelle 14 und **Tabelle 15**):

- Die ags wendet für eine Klientin bzw. für einen Klienten pro Jahr durchschnittlich 11.5 klient/innenbezogene Arbeitsstunden auf.
- Eine Arbeitsstunde kostet bei der ags durchschnittlich 83 Franken.
- Eine klient/innenbezogene Arbeitsstunde kostet bei der ags durchschnittlich 137 Franken.
- Ein/e durchschnittliche/r Klient/in löst bei der ags pro Jahr Kosten in der Höhe von 1'579 Franken aus.

Tabelle 14: Vollkosten pro Arbeitsstunde (inkl. Absenzen), pro klient/innenbezogener Arbeitsstunde und pro Klient/in, ambulante Suchtberatung der ags im Jahr 2012, Angaben in Schweizer Franken

	Kosten pro Arbeitsstunde ¹	Kosten pro klientenbezogener Arbeitsstunde	Kosten pro Klient/in und Jahr
Personalkosten	69	113	1'302
Sachkosten	9	15	171
Anlagennutzungskosten	6	9	106
Total	83	137	1'579

Fussnote: ¹inkl. Absenzen

Quelle: Erfolgsrechnungen 2012 der ags, schriftliche Befragung der ags, Berechnungen BASS

Tabelle 15: Kosten pro vollzeitäquivalenter Stelle (VZÄ), pro Arbeitsstunde (inkl. Absenzen) und pro klient/innenbezogener Arbeitsstunde, ambulante Suchtberatung der ags im Jahr 2012, nach Funktionen, Angaben in Schweizer Franken

	Personalkosten in CHF pro			Vollkosten in CHF pro			Ø Alter
	VZÄ	Arbeitsstunde ¹	klientenbezogener Arbeitsstunde	VZÄ	Arbeitsstunde ¹	klientenbezogener Arbeitsstunde	
Geschäftsführung/Administration/Support	117'666	62	-	142'715	75	-	49
Stellenleiter/in	145'391	77	139	176'342	93	168	49
Psychologe/in	128'794	68	92	156'212	82	111	42
Sozialarbeiter/in ²	126'184	67	73	153'046	81	89	44
Total	130'013	69	113	157'690	83	137	46

Fussnote: ¹inkl. Absenzen; ²Die ags beschäftigt nur eine Sozialpädagogin/einen Sozialpädagogen. Um Rückschlüsse auf einzelne Personen zu verhindern, wurden die Sozialpädagogin/der Sozialpädagoge der Kategorie «Sozialarbeiter/innen» zugeordnet.

Quelle: Erfolgsrechnungen 2012 der ags, Schriftliche Befragung der ags, Berechnungen BASS

4.2 Beratungszentrum Baden BZB

Die Suchtberatungsstelle im Bezirk Baden wird von dem Beratungszentrum Baden BZB geleitet. Neben der Suchtberatung bietet das BZB auch Jugendberatung sowie eine aktive Früherfassung in Schulen und Gemeinden an. Die in diesem Abschnitt präsentierten Daten beziehen sich nur auf das Geschäftsfeld der ambulanten Suchtberatung.

4.2.1 Methodik

Die nachfolgend dargestellten Daten und Informationen basieren zum einen auf der Erfolgsrechnung des Jahres 2012, die das BZB dem Büro BASS zur Verfügung gestellt hat. Zum anderen hat die Geschäftsführung einen detaillierten Fragebogen des Büro BASS ausgefüllt, in dem Daten zu allen Mitarbeiter/innen des BZB abgefragt wurden, die mit der Suchtberatung zu tun haben (Angaben zur Verteilung der Arbeitszeit auf verschiedene Tätigkeitsarten, Jahrgang, Funktion, Ausbildung, Lohn, Sozialversicherungsbeiträge etc.).

Beim BZB gibt es Mitarbeiter/innen, die für verschiedene Geschäftsfelder tätig sind. Da alle Aufwände auf eine einzige Kostenstelle gebucht werden, mussten die Aufwände, die dem Geschäftsfeld der ambulanten Suchtberatung zuzuordnen sind, abgegrenzt werden. Bezüglich dieser Abgrenzungsproblematik erscheinen uns folgende Bemerkungen methodische Natur erwähnenswert:

- Für einige Gemeinden sind die Schulsozialarbeiter/innen beim BZB angestellt. Die Lohnkosten dieser Schulsozialarbeiter/innen wurden herausgerechnet. Da die Sozialversicherungsbeiträge nicht gesondert für diese Schulsozialarbeiter/innen verfügbar waren, wurden diese in Abhängigkeit des Lohnvolumens der Schulsozialarbeiter zum gesamten Lohnvolumen des BZB geschätzt.
- Die Aufwände für die Früherfassung werden von den Gemeinden getragen. Diese Aufwände mussten deshalb herausgerechnet werden. Der Geschäftsleiter der BZB konnte angeben, welchen Anteil ihres Arbeitspensums die einzelnen Mitarbeiter/innen des BZB für die Früherfassung aufwenden, so dass die Aufwände für die Früherfassung entsprechend abgegrenzt werden konnten (9 Prozent der Lohnsumme). Entsprechend wurden 9 Prozent der Sach- und Anlagenutzungskosten dem Geschäftsfeld Früherfassung zugeordnet.
- Das BZB bietet neben der Früherfassung nicht nur Sucht-, sondern auch Jugendberatung an. Laut dem Geschäftsleiter des BZB ist der Aufwand pro Klient/in im Bereich der Suchtberatung etwa gleich hoch wie der Aufwand pro Klient/in im Bereich der Jugendberatung. Rund 65 Prozent der Klient/innen des BZB sind aus dem Bereich der Suchtberatung, 35 Prozent aus dem Bereich der Jugendberatung. Der Aufwand für die Jugendberatung wurde entsprechend diesem Anteil (35 Prozent) herausgerechnet.
- Bei drei Mitarbeiter/innen des BZB war die Verteilung der Jahresarbeitszeit nur in Bezug auf die Hauptkategorien «klient/innenbezogene Arbeitszeit», «nicht klient/innenbezogene Arbeitszeit» und «Absenzen» möglich. Es wurde davon ausgegangen, dass sich die Arbeitsstunden innerhalb dieser Kategorien gleich verteilen wie die Arbeitsstunden der Mitarbeiter/innen, für welche die Verteilung auch bezüglich der Subkategorien bekannt ist.
- Das BZB hat uns die Jahresarbeitszeit ihrer Mitarbeiter/innen inklusive Ferien und Feiertag angegeben. Ausgehend von diesen Angaben berechneten wir eine Jahresarbeitszeit exklusive Ferien und Feiertage, die wie bei der ags 1894.2 Stunden beträgt. Jegliche Angaben bezüglich vollzeitäquivalenter Stellen (Vollzeitäquivalenzen VZÄ) basieren auf diesem Wert.

4.2.2 Kosten und Erträge

Tabelle 16 zeigt die Vollkosten der ambulanten Suchtberatung des BZB im Jahr 2012 nach Kostenarten. Sie betragen rund 1 Millionen Franken. Der Anteil der Personalkosten beträgt knapp 90 Prozent.

Tabelle 16: Vollkosten der Suchtberatung des BZB im Jahr 2012

	CHF	in % von 4	in % von 1/2/3
1 Personalkosten	943'680	89.6%	100.0%
1.1 Nettolohnsumme	708'282	67.2%	75.1%
1.2 Sozialversicherungsbeiträge	243'931	23.1%	25.8%
1.3 Versicherungsleistungen (EO, KTG)	-31'245	-3.0%	-3.3%
1.4 Überobligatorische Familienzulagen	0	0.0%	0.0%
1.5 Weiterbildung & Supervision	19'747	1.9%	2.1%
1.6 Übriger Personalaufwand	2'965	0.3%	0.3%
2 Sachkosten	47'662	4.5%	100.0%
2.1 EDV	11'290	1.1%	23.7%
2.2 Öffentlichkeitsarbeit	3'410	0.3%	7.2%
2.3 Spesen	1'939	0.2%	4.1%
2.4 Restliche Sachkosten	31'023	2.9%	65.1%
3 Anlagennutzungskosten	62'394	5.9%	100.0%
3.1 Raumkosten	54'057	5.1%	86.6%
3.2 Anschaffungen & Abschreibungen	8'337	0.8%	13.4%
4 Vollkosten	1'053'736	100.0%	

Lesebeispiel: Die Nettolohnsumme betrug im BZB im Jahr 2012 CHF 708'282 und damit 67.2 Prozent der Vollkosten bzw. 75.1 Prozent der Personalkosten.

Quelle: Erfolgsrechnung 2012 des BZB, eigene Berechnungen

Tabelle 17 zeigt die Erträge der ambulanten Suchtberatung der des BZB im Jahr 2012. Die Kantonsbeiträge betragen 1.1 Millionen Franken und damit 98.6 Prozent des gesamten Ertrags. Die Kantonsbeiträge wurden per 1. Januar 2015 um 119'000 Franken gekürzt.

Tabelle 17: Erträge der ambulanten Suchtberatung des BZB im Jahr 2012

	Schweizer Franken	Anteil
Total Kantonsbeitrag	1'105'500	98.6%
Kantonsbeitrag Suchtberatung	1'033'500	
Kantonsbeitrag Spielsucht	72'000	
Honorare/Verkauf von Dienstleistungen	15'000	1.3%
Spenden	0	0.0%
Übrige Erträge	800	0.1%
Total	1'121'300	100.0%

Quelle: Erfolgsrechnung 2012 des BZB, eigene Berechnungen

4.2.3 Personal

2012 waren insgesamt 18 Mitarbeiter/innen für das BZB im Suchtbereich tätig. Unter Berücksichtigung von Zu- und Abgängen sowie Mutterschaftsvertretungen ergibt sich ein Total von 14 Angestellten. Die 18 Mitarbeiter/innen erbrachten im Bereich der ambulanten Suchtberatung Arbeitsleistungen im Umfang von 7.6 vollzeitäquivalenten Stellen.

Tabelle 18: Anzahl Mitarbeitende (MA) und Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen (VZÄ) in der ambulanten Suchtberatung des BZB im Jahr 2012, nach Funktionen

Funktion	Anzahl MA	Anzahl VZÄ
Geschäftsführung/Administration/Support ¹	5	2.3
Suchtberater/innen, davon:	9	5.3
Psycholog/innen	6	3.3
Sozialarbeiter/innen	3	2.0
Total	14	7.6

Fussnote: ¹Das BZB beschäftigt nur eine/n Stellenleiter/in. Um Rückschlüsse auf einzelne Personen zu verhindern, kann in der Tabelle nicht zwischen «Suchtberater/innen mit Stellenleitungsfunktion» und «Suchtberater/innen ohne Stellenleitungsfunktion» unterschieden werden. Der/die Stellenleiter/in ist in dieser Tabelle der Gruppe «Geschäftsführung/Administration/Support» zugeordnet.
Quelle: Schriftliche Befragung des BZB, Berechnungen BASS

4.2.4 Arbeitszeit

Die 7.6 vollzeitäquivalente Stellen entsprechen einer Gesamtarbeitszeit (inkl. Absenzen, exkl. Ferien und Feiertage) von 14'430 Stunden. **Tabelle 19** gibt einen Überblick über die Verteilung dieser Arbeitsstunden. 55 Prozent der 14'430 Stunden werden für klient/innenbezogene Arbeiten aufgewendet. Die Suchtberater/innen wenden rund 70 Prozent ihrer Arbeitszeit für klient/innenbezogene Arbeiten auf.

Tabelle 19: Verteilung der Arbeitszeit, die im Jahr 2012 im BZB für die ambulante Suchtberatung aufgewendet wurde, nach Funktionen

	Total in h	Geleistete Arbeitsstunden			Absenzen
		Total geleistet	Klienten- bezogen	Nicht klienten- bezogen	
Geschäftsführung/Administration/Support ¹	4'444	92%	17%	75%	8%
Suchtberater/innen	9'985	93%	72%	21%	7%
Psycholog/innen	6'241	93%	74%	19%	7%
Sozialarbeiter/innen	3'744	92%	69%	24%	8%
Total	14'430	93%	55%	38%	7%

Fussnote: ¹Das BZB beschäftigt nur eine/n Stellenleiter/in. Um Rückschlüsse auf einzelne Personen zu verhindern, kann in der Tabelle nicht zwischen «Suchtberater/innen mit Stellenleitungsfunktion» und «Suchtberater/innen ohne Stellenleitungsfunktion» unterschieden werden. Der/die Stellenleiter/in ist in dieser Tabelle der Gruppe «Geschäftsführung/Administration/Support» zugeordnet.
Quelle: Schriftliche Befragung des BZB, Berechnungen BASS

Die nachfolgenden Abbildungen geben einen noch tieferen Einblick in die Verteilung der von den Mitarbeiter/innen des BZB geleisteten Arbeitsstunden auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche:

■ **Abbildung 6** zeigt die Verteilung der Arbeitsstunden auf die Hauptkategorien Absenzen, klient/innenbezogene Arbeitszeit und nicht-klient/innenbezogene Arbeitszeit.

■ **Abbildung 7** zeigt die Verteilung der klient/innenbezogenen Arbeitszeit auf die verschiedenen Beratungssetting: 40 Prozent der klient/innenbezogenen Arbeitszeit werden für Einzelberatungen aufgewendet. Der Anteil von Mehrpersonenberatungen (Klient/in mit Bezugsperson, Paare und Familien) und Gruppenberatungen (Betreuung von Erfahrungsgruppen) beträgt 14 Prozent. 41 Prozent der klient/innenbezogenen Arbeitszeit wird für die Vor- und Nachbereitung von Einzelberatungen, Mehrpersonen- und Gruppenberatungen aufgewendet.

Die wichtigsten Kennzahlen zur Verteilung der Arbeitszeit sind in **Tabelle 20** zusammengefasst.

Abbildung 6: Verteilung der Arbeitszeit auf die Hauptkategorien (Total 14'430h)

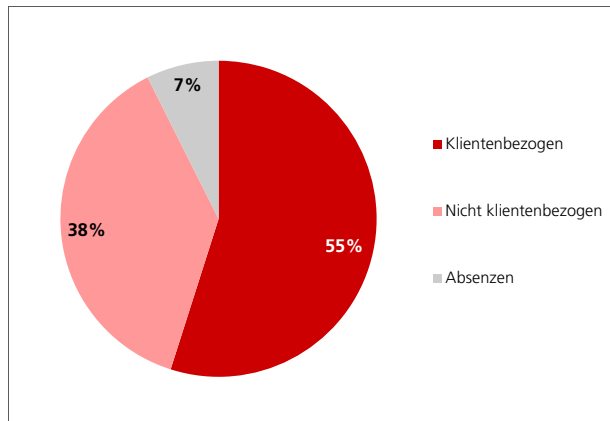


Abbildung 7: Verteilung der klient/innenbezogenen Arbeitszeit (Total 7'923h)

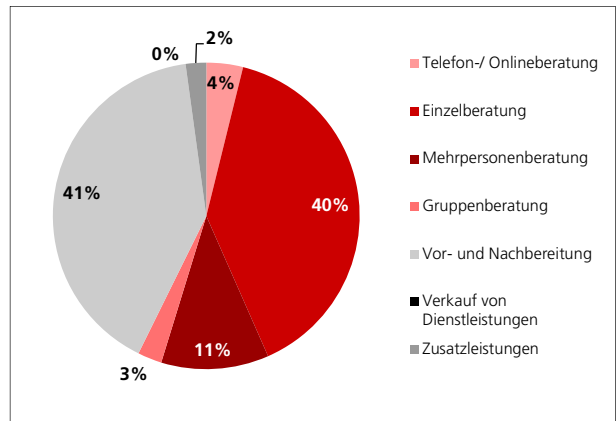


Abbildung 8: Verteilung der nicht klient/innenbezogenen Arbeitszeit (Total 5'438h)

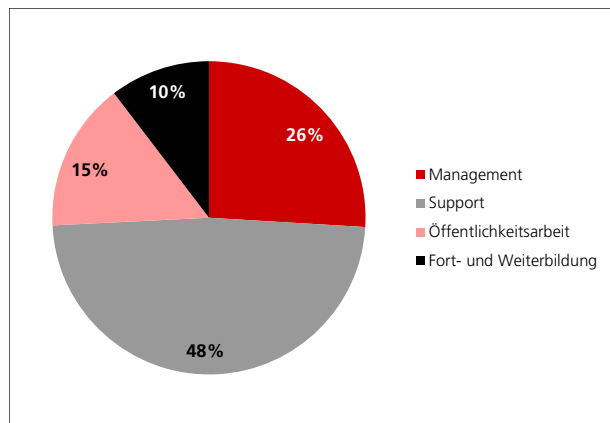
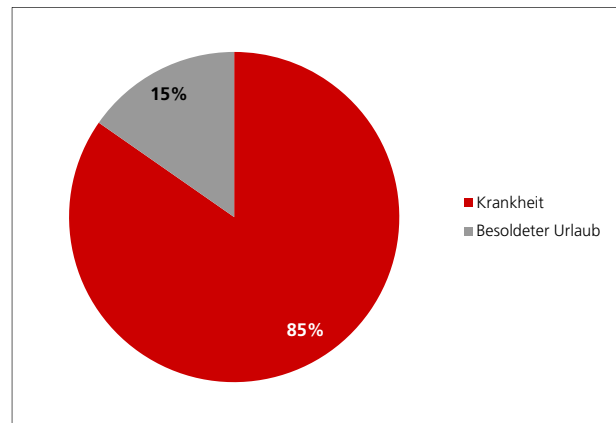


Abbildung 9: Verteilung der Absenzen (Total 1'069h)



Quelle: Schriftliche Befragung des BZB, Berechnungen BASS

Tabelle 20: Wichtigste Kennzahlen zur Verteilung der Arbeitszeit, die im BZB im 2012 für die ambulante Suchtberatung aufgewendet wurde

	Anzahl Stunden	in Prozent
Total bezahlte Arbeitsstunden	14'430	100%
Abwesende Arbeitsstunden	1'069	7%
Geleistete Arbeitsstunden	13'361	93%
Nicht-klient/innenbezogene Arbeitsstunden	5'438	38%
Klient/innenbezogene Arbeitsstunden	7'923	55%
Klient/innenbezogene Arbeitsstunden vor Ort ¹	7'616	53%

Fussnote: ¹Klient/innenbezogene Arbeitsstunden vor Ort = Klient/innenbezogene Arbeitsstunden abzüglich der Arbeitszeit, die für Telefon- und Onlineberatungen aufgewendet wurde.

Quelle: Schriftliche Befragung des BZB, Berechnungen BASS

4.2.5 Klient/innen

2012 betreute das BZB **582 Klient/innen**, davon waren knapp die Hälfte (253) Neuanmeldungen. 60 Prozent der Klient/innen wurden bezüglich einer Sucht im legalen Bereich beraten. 40 Prozent der Klient/innen haben die Suchberatung aufgrund eines illegalen Suchtmittels in Anspruch genommen.

4.2.6 Effizienz

Auf Basis der bisher dargestellten Daten, lassen sich einige aussagekräftige Kennzahlen berechnen (vgl.

Tabelle 21 und **Tabelle 22**):

- Das BZB wendet für eine Klientin bzw. für einen Klienten pro Jahr durchschnittlich 13.6 klient/innenbezogene Arbeitsstunden auf.
- Eine Arbeitsstunde kostet beim BZB durchschnittlich 73 Franken.
- Eine klient/innenbezogene Arbeitsstunde kostet beim BZB durchschnittlich 133 Franken.
- Ein/e durchschnittliche/r Klient/in löst beim BZB pro Jahr Kosten in der Höhe von 1'811 Franken aus.

Tabelle 21: Vollkosten pro Arbeitsstunde (inkl. Absenzen), pro klient/innenbezogener Arbeitsstunde und pro Klient/in, ambulante Suchtberatung des BZB im Jahr 2012, Angaben in Schweizer Franken

	Kosten pro Arbeitsstunde ¹	Kosten pro klientenbezogener Arbeitsstunde	Kosten pro Klient/in und Jahr
Personalkosten	65	119	1'621
Sachkosten	3	6	82
Anlagennutzungskosten	4	8	107
Total	73	133	1'811

Fussnote: ¹inkl. Absenzen

Quelle: Erfolgsrechnung 2012 des BZB, schriftliche Befragung des BZB, Berechnungen BASS

Tabelle 22: Kosten pro vollzeitäquivalenter Stelle (VZÄ), pro Arbeitsstunde und pro klient/innenbezogener Arbeitsstunde, ambulante Suchtberatung des BZB im Jahr 2012, nach Funktionen

	Personalkosten in CHF pro			Vollkosten in CHF pro			Ø Alter
	VZÄ	Arbeits- Stunde ¹	Klienten- Bezogener Arbeits- Stunde	VZÄ	Arbeits- Stunde ¹	Klienten- Bezogener Arbeits- Stunde	
Geschäftsführung/Administration/Support ²	128'078	68	407	143'015	76	454	51
Psychologe/in	130'048	69	93	145'215	77	104	45
Sozialarbeiter/in	108'609	57	83	121'275	64	93	43
Total	123'878	65	119	138'326	73	133	47

Fussnote: ¹inkl. Absenzen; ²Um Rückschlüsse auf Personen zu verhindern, wurde der/die Stellenleiter/in in diese Kategorie aufgenommen.

Quelle: Erfolgsrechnung 2012 des BZB, schriftliche Befragung des BZB, Berechnungen BASS

4.3 Psychiatrische Dienste Aargau PDAG

4.3.1 Methodik

Die Situation bei den Psychiatrischen Diensten Aargau (PDAG) unterscheidet sich dahingehend von der Situation bei der ags und beim BZB, dass die ambulante Suchtbehandlung¹⁰ nur einen kleinen Teil des Leistungsvolumens der Ambulatorien der EPD ausmacht. Aus diesem Grund gibt es bei den PDAG keine Mitarbeitende, die ausschliesslich Leistungen der ambulanten Suchtbehandlung erbringen.

Die Aufwände und Leistungen im Bereich der ambulanten Suchtbehandlung konnten jedoch aus den Informationssystemen der PDAG extrahiert werden, indem die entsprechenden Auswertungen spezifisch für Fälle mit einer Haupt- oder Nebendiagnose einer suchtbedingten Störung gemacht wurden. Im Jahr 2012 wurden in den Ambulatorien der EPD insgesamt 429 Patient/innen (442 Fälle) mit einer suchtbedingten Störung behandelt. Das Leistungsvolumen der PDAG im Bereich der ambulanten Suchtbehandlung ist damit vergleichsweise gering. Es stellt sich deshalb grundsätzlich die Frage, inwiefern diese 442 Fälle für die gesamte ambulante Suchtberatung im Kanton Aargau repräsentativ sind. So ist z.B. denkbar, dass sich die 429 Patient/innen der PDAG systematisch von der Gesamtheit der Klient/innen unterscheiden, die im Jahr 2012 im Kanton Aargau Leistungen der ambulanten Suchtberatung in Anspruch genommen haben.

4.3.2 Kosten und Erträge

Tabelle 23 zeigt die Vollkosten gemäss der Kostenträgerrechnung REKOLE, die in den vier Ambulatorien der EPD aufgrund von Fällen mit einer Haupt- oder Nebendiagnose einer suchtbedingten Störung im Jahr 2012 entstanden sind. Die Kosten belaufen sich auf 603'768 Franken. Der Ertrag in Zusammenhang mit diesen Fällen beträgt 405'440 Franken, so dass ein Verlust von 200'545 Franken resultiert. Dieser Verlust muss aus den gemeinwirtschaftlichen Mitteln des Kantons gedeckt werden.

Tabelle 23: Vollkosten des EPD aufgrund von Fällen mit einer Haupt- oder Nebendiagnose einer suchtbedingten Störung im Jahr 2012, nach Kostenarten

	CHF	Anteil
Personalkosten	468'190	78%
Sachkosten	89'885	15%
Anlagennutzungskosten	45'693	8%
Vollkosten	603'768	100%

Quelle: Kostenträgerrechnung REKOLE der PDAG

Tabelle 24 zeigt die Verteilung der Kosten auf die vier Ambulatorien. Der Standort Frick wurde unterdessen zugunsten eines neuen Standorts in Rheinfeldern aufgegeben.

¹⁰ In den PDAG ist der Begriff «Suchtberatung» unüblich. Mit Blick auf die ambulanten Leistungen, die in den Ambulatorien der EPD gegenüber Patient/innen mit einer suchtbedingten Störung erbracht werden, verwenden die Mitarbeitenden der PDAG vielmehr den Begriff «Suchtbehandlung». Entsprechend verwenden wir in diesem Abschnitt zu den PDAG den Begriff «Suchtbehandlung» anstelle des Begriffs «Suchtberatung».

Tabelle 24: Vollkosten der vier Ambulatorien des EPD aufgrund von Fällen mit einer Haupt- oder Nebendiagnose einer suchtbedingten Störung im Jahr 2012, nach Ambulatorien

Ambulatorium	CHF	Anteil
Aarau	227'111	38%
Baden	130'676	22%
Frick	83'358	14%
Wohlen	162'623	27%
Total	603'768	100%

Quelle: Kostenträgerrechnung REKOLE der PDAG

4.3.3 Personal und Arbeitszeit

Wie bereits erwähnt gibt es im EPD der PDAG keine Mitarbeitenden, die ausschliesslich Leistungen im Bereich der ambulanten Suchtbehandlung erbringen. Allerdings erfasst das Fachpersonal der PDAG ihre Arbeitszeit mit dem Leistungserfassungssystem «tacs», Modul «ApD Ambulant psychiatrischer Dienst».¹¹ Dieses System differenziert auf der obersten Ebene die vier Arbeitszeitkategorien «Kunden», «Organisation», «Bildung» und «Absenzen». Die Arbeitszeit, die unter der Arbeitszeitkategorie «Kunden» erfasst wird, ist stets einem Fall und damit einem Klienten bzw. einer Klientin zugeordnet.

Tabelle 25 zeigt, dass für Klient/innen mit einer suchtbedingten Störung im Jahr 2012 in der tacs-Arbeitszeitkategorie «Kunden» insgesamt 2'524 Arbeitsstunden erfasst wurden. 41 Prozent dieser Arbeitsstunden wurden für Klient/innen mit einer Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung, 59 Prozent für solche mit einer Nebendiagnose erbracht. Mehr als zwei Drittel der 2'524 Arbeitsstunden wurden von ärztlichen Mitarbeiter/innen geleistet, knapp zwei Fünftel von Assistenzärzt/innen.

Tabelle 25: Arbeitsstunden des Fachpersonals des EPD in der tacs-Kategorie «Kunden» im Jahr 2012, nach Funktionen, Basis: Nur Patient/innen mit Haupt- oder Nebendiagnose einer suchtbedingten Störung

Funktion	Stunden	Anteil
Ärztliches Personal	1'758	70%
Leitende Ärzt/innen	214	8%
Ärzt/innen	560	22%
Assistenzärzt/innen	984	39%
Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen	410	16%
Klinische Psycholog/innen	256	10%
Sozialarbeiter/innen	153	6%
Pflegefachpersonen	356	14%
Pflegefachpersonen DN II, AKP, KWS, IKP, PsyKP	71	3%
Pflegefachpersonen HF	223	9%
Pflegefachpersonen in Ausbildung HF	36	1%
Fachpersonen Betreuung (FaBe)	25	1%
Fachpersonen Gesundheit (FaGe)	1	0%
Total	2'524	100%

Quelle: Leistungserfassungssystem tacs der PDAG

Tabelle 26 zeigt, welchen Anteil ihrer Jahresarbeitszeit (inkl. Ferien und Feiertage) die Fachmitarbeitenden der vier Ambulatorien des EPD unter der tacs-Kategorie «Kunden» erfassen und welche Anteile auf die restlichen tacs-Hauptkategorien (Organisation, Bildung und Absenz) entfallen. Die Jahresarbeitszeit inkl. Ferien und Feiertage beträgt bei der PDAG für ärztliches Personal 2'496 Stunden, für nicht-ärztliches Personal 2'184 Stunden. Tabelle 26 macht deutlich, dass das Fachpersonal der Ambulatorien rund 47 Prozent der Jahresarbeitszeit (inkl. Ferien und Feiertage) unter der tacs-Kategorie «Kunden» erfasst. Die Arbeits-

¹¹ Dies im Gegensatz zu den administrativen Mitarbeitenden, die ihre Arbeitsleistungen nicht in tacs erfassen.

4 Die institutionelle ambulante Suchthilfe des Kantons Aargau

zeit, welche das Fachpersonal der PDAG unter der tacs-Arbeitszeitkategorie «Kunden» erfasst, kann annäherungsweise als «verrechenbare Arbeitszeit» interpretiert werden.¹² Der Anteil der verrechenbaren Arbeitszeit an der Brutto-Jahresarbeitszeit wird **Produktivität** genannt (vgl. die Definitionen in Abschnitt 2.2).

Tabelle 26: Verteilung der Jahresarbeitszeit (inkl. Ferien und Feiertage) des Fachpersonals der Ambulatorien der EPD auf die tacs-Hauptkategorien, im Jahr 2012, Basis: Alle ambulanten Fälle des EPD, nicht nur solche mit einer suchtbedingten Störung

	Kunden (Produktivität)	Organisation	Bildung	Absenz¹
Ärzt/innen	45.6%	26.1%	13.1%	15.2%
Psycholog/innen	54.2%	17.8%	14.3%	13.8%
Sozialarbeiter/innen	54.0%	24.3%	8.4%	13.3%
Pflegefachpersonen	44.2%	26.8%	8.8%	20.1%
Total	46.9%	25.2%	12.0%	15.8%

Fussnote: ¹inkl. Ferien und Feiertage

Bemerkung: Ein Vergleich des Anteils der verrechenbaren Arbeitszeit im EPD der PDAG darf nicht mit den Anteilen der klientenbezogenen Arbeitszeit in der ags und im BZB verglichen werden, da verrechenbare und klientenbezogene Arbeitszeit nicht das Gleiche sind: Die verrechenbare Arbeitszeit ist eine Teilmenge der klientenbezogenen Arbeitszeit.

Quelle: Leistungserfassungssystem tacs der PDAG

Bei der Interpretation der in Tabelle 26 dargestellten Anteilen sind zwei Dinge zu berücksichtigen:

■ **Allgemeine vs. suchtspezifische Produktivität:** Bei den ausgewiesenen Anteilen handelt es sich um Durchschnittswerte über den gesamten Externen Psychiatrischen Dienst (EPD), so dass sich die den Anteilen zugrundeliegende Arbeitszeit zum grössten Teil nicht auf suchtbedingte Fälle bezieht: Gemäss dem Geschäftsbericht 2012 der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (Seite 47) gab es im Jahr 2012 insgesamt 6'627 ambulante Eintritte. Im 2012 gab es im EPD 442 Fälle mit einer Hauptdiagnose (273 Fälle) oder Nebendiagnose (169 Fälle) einer suchtbedingten Störung. Der Anteil der ambulanten Fälle mit einer suchtbedingten Störung betrug im EPD der PDAG im Jahr 2012 als nur gerade 6.7 Prozent. Diese Bemerkung ist deshalb wichtig, weil – wie wir weiter unten noch ausführen und empirisch nachweisen werden – auf Fällen mit einer suchtbedingten Störung typischerweise eine deutlich tiefere Produktivität realisiert wird als dies auf Fällen mit einer nicht-suchtspezifischen Diagnose der Fall ist. Tabelle 26 zeigt, dass die Produktivität des EPD im Jahr 2012 knapp 47 Prozent betrug. Daraus kann nicht der Schluss gezogen werden, dass die Produktivität des EPD im Jahr 2012 auf den Fällen mit einer suchtbedingten Störung auch 47 Prozent betrug. Da es im EPD der PDAG keine Mitarbeitenden gibt, die ausschliesslich auf Fällen mit einer suchtbedingten Störung arbeiten, lässt sich die Produktivität des EPD auf Fällen mit einer suchtbedingten Störung empirisch nicht exakt feststellen. Ausgehend von der Kostenträgerrechnung und einigen Annahmen lässt sich jedoch abschätzen, dass die Produktivität des EPD bezogen auf die Fälle mit einer suchtbedingten Störung im Jahr 2012 etwa 31.1 Prozent betrug, also deutlich tiefer war als die durchschnittlichen Produktivität des EPD (47 Prozent). Dem Anhang (Kapitel 9) können die Details zu dieser Abschätzung entnommen werden.

■ **Verrechenbare vs. klientenbezogene Arbeitszeit:** Die verrechenbare Arbeitszeit, d.h. die Arbeitszeit, die in der PDAG unter der tacs-Kategorie «Kunden» erfasst wird, kann nicht als «klientenbezogene Arbeitszeit»¹³ des Fachpersonals interpretiert werden. Dies deshalb, weil es in den PDAG kli-

¹² Mit der Arbeitszeit, die unter der tacs-Kategorie «Kunden» erfasst wurde, wird die verrechenbare Arbeitszeit minim überschätzt, weil ein minimaler Teil der in dieser Kategorie erfassten Arbeitszeit nicht abgerechnet werden kann. Laut dem CFO der PDAG ist dieser Anteil vernachlässigbar.

¹³ Wie in Abschnitt 4.1.4 ausgeführt, haben wir den Begriff der «klient/innenbezogenen Arbeitszeit» ausgehend von der Systematik der Arbeitszeiterfassung in der ags und im BZB definiert: Sie setzt sich aus den Arbeitszeiten zusammen, die bei der ags und beim

ent/innenbezogene Arbeitszeit gibt, die nicht unter der tacs-Kategorie «Kunden», sondern unter der Kategorie «Bildung» oder «Organisation» erfasst wird. Hierzu zwei Beispiele:

- Arbeitszeit, die für Fallsupervision und Intervision aufgewendet wird, wird bei den PDAG unter der Kategorie «Schulung» erfasst, die eine Subkategorie der tacs-Arbeitszeitkategorie «Bildung» ist. Bei der ags und beim BZB hingegen wird diese Arbeitszeit unter der klient/innenbezogenen Arbeitszeitkategorie «Vor- und Nachbereitung» erfasst.
- Arbeitszeit, die für Kunden aufgewendet werden, die am Erfassungstag im System noch nicht oder nicht mehr verfügbar sind, wird bei den PDAG entweder unter der Kategorie «Angehörigen- und Betroffenengruppe» oder der Kategorie «Beratung» erfasst. Diese beiden Kategorien sind Subkategorien der tacs-Arbeitszeitkategorie «Organisation». Bei der ags und beim BZB wird diese Arbeitszeit hingegen unter einer klient/innenbezogenen Arbeitszeitkategorie erfasst.

Dies führt dazu, dass mit dem Anteil der tacs-Arbeitszeitkategorie «Kunden» der Anteil der klient/innenbezogenen Arbeitszeit bei den PDAG deutlich unterschätzt wird. Aufgrund der unterschiedlichen Systematik der Leistungs- bzw. Arbeitszeiterfassung bei den PDAG auf der einen Seite und der ags bzw. dem BZB auf der anderen Seite ist es nicht möglich, den Anteil der klient/innenbezogenen Arbeitszeit des Fachpersonals der Ambulatorien des EPD exakt zu bestimmen – so wie es auch nicht möglich ist, den Anteil der verrechenbaren Arbeitszeit des Fachpersonals der ags und des BZB zu bestimmen. Auf Basis einer Analyse der Arbeitszeit, die in tacs-Subkategorien der tacs-Hauptkategorien «Organisation» und «Bildung» erfasst wurden, die vollständig oder zum Teil klient/innenbezogene Arbeitszeit enthalten, lässt sich jedoch abschätzen, dass in den tacs-Arbeitszeitkategorien «Organisation» und «Bildung» klient/innenbezogene Arbeitszeit im Umfang von geschätzten 17 Prozent des Volumens der klient/innenbezogenen Arbeitszeit enthalten ist, die unter der tacs-Arbeitszeitkategorie «Kunden» erfasst ist.

4.3.4 Klient/innen

2012 wurden in Ambulatorien der EPD 429 Klient/innen bzw. 442 Fälle mit einer suchtbedingten Störung behandelt. Von den 442 Fällen waren 273 (62 Prozent) solche mit einer Hauptdiagnose einer suchtbedingten Störung, 169 (38 Prozent) solche mit einer Nebendiagnose einer suchtbedingten Störung.

4.3.5 Effizienz

Auf Basis der bisher dargestellten Daten, lassen sich einige aussagekräftige Kennzahlen berechnen (vgl. **Tabelle 27**):

- Der EPD der PDAG wendete im 2012 für eine Klientin bzw. für einen Klienten mit einer suchtbedingten Störung durchschnittlich 5.9 verrechenbare Arbeitsstunden auf.
- Die Vollkosten einer verrechenbaren Arbeitsstunde betragen CHF 239 Franken.
- Ein/e durchschnittliche/r Klient/in mit einer suchtbedingten Störung löste im 2012 Kosten in der Höhe von 1'407 Franken aus.

BZB in den Arbeitszeiterfassungskategorien «Telefon-/Online-Beratung», «Einzelberatung», «Mehrpersonenberatung», «Gruppenberatung», «Vor- und Nachbereitung», «Zusatzdienstleitungen» oder «Verkauf von Dienstleistungen» erfasst werden.

Tabelle 27: Vollkosten der Ambulatorien des EPD pro verrechenbarer Arbeitsstunde auf Fällen mit einer suchtbedingten Störung und pro Klient/in mit einer suchtbedingten Störung, Jahr 2012, Angaben in Schweizer Franken

	Kosten Total	Kosten pro verrechenbarer Arbeitsstunde	Kosten pro Klient/in und Jahr
Personalkosten	468'190		1'091
Sachkosten	89'885		210
Anlagennutzungskosten	45'693		107
Vollkosten	603'768	239	1'407

Quelle: Kostenträgerrechnung REKOLE und Leistungserfassungssystem tacs der PDAG, eigene Berechnungen

Tabelle 28 zeigt, mit welchen Personalkosten (Lohnkosten und Weiterbildungskosten) einer vollzeitäquivalenten Stelle die PDAG rechnet. Bei den in Tabelle 28 aufgeführten Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle handelt es sich um Durchschnittswerte. Es ist denkbar bzw. es ist sogar davon auszugehen, dass die Personalkosten derjenigen Fachpersonen der Ambulatorien, die im Jahr 2012 die 429 Patient/innen mit einer suchtbedingten Störung behandelt haben, von diesen Durchschnittswerten abweichen. Dies deshalb, weil die Löhne bei den PDAG nicht nur von der Funktion, sondern auch von der Erfahrungsstufe abhängen. Falls die Fachpersonen der Ambulatorien, die im Jahr 2012 die 429 Patient/innen mit einer suchtbedingten Störung behandelt haben, z.B. zufälligerweise überdurchschnittlich alt waren, werden mit den in Tabelle 28 dargestellten Personalkosten die effektiven Personalkosten unterschätzt¹⁴.

Tabelle 28: Personalkosten (Lohn- und Weiterbildungskosten), mit welchen die PDAG pro vollzeitäquivalenter Stelle rechnen, nach Funktionen, Angaben in Schweizer Franken

Funktion	Personalkosten pro VZÄ
Leitende/r Oberärzt/in	171'000
Oberärzt/in	158'000
Assistenzärzt/in	107'000
Psycholog/in	135'000
Sekretär/in	85'000
Pfleger/in	93'000
Stationsleiter/in	119'000
Sozialarbeiter/in	110'000
Therapeut/in	93'000

Quelle: PDAG, Berechnungen BASS

¹⁴ Die Vollkosten der ambulanten Suchtbehandlung in den vier Ambulatorien der EPD, die gemäss der Kostenträgerrechnung REKOLE 603'768 Franken betragen (vgl. Abschnitt 4.3.2) basieren hingegen auf den effektiven Personalkosten und nicht auf Durchschnittswerten.

4.4 ags, BZB & PDAG: Vergleich und Aggregation

In **Tabelle 29** (Basiskennzahlen) und **Tabelle 30** (Kosten- und Leistungskennzahlen) sind die relevanten Kennzahlen der drei Institutionen, die im Kanton Aargau Leistungen der ambulanten Suchtberatung erbringen, zusammengefasst. Wir erachten folgende Beobachtungen für erwähnenswert:

■ **Kosten der ambulanten Suchtberatung des Kantons Aargau:** Die institutionelle ambulante Suchtberatung des Kantons Aargau hat im Jahr 2012 Kosten in der Höhe von knapp 5.7 Millionen Franken verursacht (vgl. Tabelle 29). In diesen 5.7 Millionen Franken nicht enthalten sind allerdings die entsprechenden Kosten des Ambulatoriums Lenzburg der Suchtfachklinik im Hasel und des Blauen Kreuzes AG/LU.

■ **Sachkosten:** Der Anteil der Sachkosten an den Vollkosten der ambulanten Suchtbehandlung in den Ambulatorien des EPD ist deutlich höher als der entsprechende Anteil der ags und des BZB (vgl. Tabelle 29).

■ **Lohnniveau der Suchtberater/innen:** Tabelle 30 zeigt, dass Sozialarbeiter/innen und Psycholog/innen (ohne Stellenleitungsfunktion) bei der ags etwa gleich viel verdienen. Dies ist bei den PDAG und beim BZB nicht der Fall: Psycholog/innen scheinen in diesen beiden Einrichtungen deutlich mehr zu verdienen als Sozialarbeiter/innen. Deutlich weniger als die Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen der ags und des BZB verdienen die Assistenzärzt/innen der PDAG.

■ **Leistungsvolumen pro Klient/in und pro vollzeitäquivalenter Fachstelle:** Im Jahr 2012 leistete die ags pro Klient/in durchschnittlich 11.2 *klientenbezogene* Arbeitsstunden, das BZB 13.1 *klientenbezogene* Arbeitsstunden. Der EPD leistete pro Klient/in mit einer suchtbedingten Störung durchschnittlich 5.9 *verrechenbare* Arbeitsstunden. Die Anzahl Klient/innen pro vollzeitäquivalenter Fachstelle (exkl. administrative Stellen der Ambulatorien und des Overheads) betrug beim EPD 126 Klient/innen¹⁵, bei der ags 128 Klient/innen und beim BZB 97 Klient/innen (vgl. Tabelle 30).

■ **Kosten pro Klient/in und Jahr:** Die Kosten pro Klient/in mit einer suchtbedingten Störung betrugen im EPD im Jahr 2012 1'407 Franken, bei der ags 1'579 Franken und beim BZB 1'811 Franken (vgl. Tabelle 30).

¹⁵ Diese Zahl beruht auf der Annahme, dass die Produktivität des EPD auf den Fällen mit einer suchtbedingten Störung 31.1 Prozent betrug. Für eine Herleitung dieses Werts vgl. Anhang.

Tabelle 29: Vergleich der drei Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung bezüglich ausgewählter Basiskennzahlen, Jahr 2012

		PDAG	ags	BZB	Total
Anzahl Klient/innen	Anz	429	2'545	582	3'556
Vollkosten	CHF	603'768	4'018'669	1'053'736	5'676'173
Anteil der Personalkosten	%	77.5%	82.4%	89.6%	83.2%
Anteil der Sachkosten	%	14.9%	10.8%	4.5%	10.1%
Anteil der Anlagenutzungskosten	%	7.6%	6.7%	5.9%	6.7%
Ertrag	CHF	405'440	148'800	15'800	570'041
Staatsbeitrag	CHF	198'328	3'838'900	1'105'500	5'142'728
Kostendeckungsgrad	%	67.2%	3.7%	1.5%	10.0%
Jahresarbeitszeit inkl. Ferien und Feiertage					
Ärzt/innen	h	2'496	-	-	-
Nicht-ärztliches Personal	h	2'184	2'192	2'192	-
Jahresarbeitszeit exkl. Ferien und Feiertage					
Ärzt/innen	h	2'168	-	-	-
Nicht-ärztliches Personal	h	1'886	1'894	1'894	-
Anzahl klient/innenbezogener Arbeitsstunden	h	n.a.	29'366	7'923	37'289
Anzahl verrechenbarer Arbeitsstunden	h	2'524	n.a.	n.a.	n.a.
Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen	Anz.	3.8	25.5	7.6	36.9
Total Fachstellen ^a	Anz.	3.4	20.0	6.0	29.4
Leitende Ärzt/innen	Anz.	0.3	-	-	0.3
Oberärzt/innen	Anz.	0.7	-	-	0.7
Assistenärzt/innen	Anz.	1.3	-	-	1.3
Pflegefachpersonal	Anz.	0.5	-	-	0.5
Psycholog/innen	Anz.	0.4	11.1	3.3	14.8
Sozialarbeiter/innen	Anz.	0.2	8.9	2.7	11.8
Total Administration	Anz.	0.4	5.5	1.6	7.5
Geschäftsleiter	Anz.	-	1.1	0.5	1.5
Sekretariate ^b	Anz.	0.4	4.5	1.1	6.0
Grademix					
Anteil der verschiedenen Berufsgruppen an den verrechenbaren (PDAG) bzw. klientenbezogenen (ags & BZB) Arbeitsstunden					
Ärzt/innen	%	70%	-	-	4%
Pflegefachpersonal	%	14%	-	-	1%
Psycholog/innen	%	10%	49%	58%	49%
Sozialarbeiter/innen	%	6%	38%	41%	37%
Andere	%	-	12%	0%	9%

Fussnoten: ^aIm EPD der PDAG gibt es keine Mitarbeitenden, die nur auf suchtbedingten Fällen arbeiten. Die Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen im EPD, die Fällen mit einer suchtbedingten Störung attribuiert werden können, mussten deshalb ausgehend von den 2'524 verrechenbaren Arbeitsstunden geschätzt werden, die im EPD im Jahr 2012 auf Fällen mit einer suchtbedingten Störung geleistet wurden. Bei dieser Schätzung wurde davon ausgegangen, dass die Produktivität des EPD auf den suchtbedingten Fällen im Jahr 2012 31.1 Prozent betrug (Herleitung im Anhang). ^bIm EPD gibt es keine Sekretariatsmitarbeitenden, die ausschliesslich administrative Arbeiten in Zusammenhang mit Fällen mit einer suchtbedingten Störung erledigen. Die Anzahl vollzeitäquivalenter Sekretariatsstellen, die den suchtbedingten Fällen attribuiert werden können, mussten deshalb ausgehend von den 2'524 verrechenbaren Arbeitsstunden geschätzt werden, die im EPD im Jahr 2012 auf Fällen mit einer suchtbedingten Störung geleistet wurden. Bei dieser Schätzung wurde davon ausgegangen, dass das Verhältnis der Anzahl vollzeitäquivalenter Sekretariatsstellen zu der Anzahl vollzeitäquivalenter Fachstellen 5.5 zu 50 entspricht. Dieses Verhältnis entspricht demjenigen in den Ambulatorien Baden und Aarau. Quelle: Erfolgsrechnungen 2012 der ags und des BZB, schriftliche Befragung der ags und des BZB, Kostenträgerrechnung REKOLE und Leistungserfassungssystem tacs der PDAG, Berechnungen BASS

Tabelle 30: Vergleich der drei Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung bezüglich ausgewählter Kosten- und Leistungskennzahlen, Jahr 2012

		PDAG	ags	BZB	Total
Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle					
«Durchschnittliche/r Suchberater/in»	CHF	124'783	133'437	124'928	
Leitende Ärzt/innen	CHF	171'000	-	-	
Oberärzt/innen	CHF	158'000	-	-	
Assistenzärzt/innen	CHF	107'000	-	-	
Stellenleiter/innen	CHF	-	145'391	-	
Psycholog/innen	CHF	135'000	128'794	130'048	
Sozialarbeiter/innen	CHF	110'000	126'184	108'609	
Diplomierte Pflegefachpersonen	CHF	93'000	-	-	
Personalkosten (nur Fachpersonal) pro effektiver Arbeitsstunde (exkl. Ferien, Feiertage und Absenzen)					
Psychologe/in (o. SLF)	CHF	72	75	74	
Sozialarbeiter/in (o. SLF)	CHF	58	73	62	
Stellen-/Bereichsleiter/in	CHF	-	79	-	
«Durchschnittliche/r Suchberater/in»	CHF	62	75	72	
Kosten und Zeitaufwand pro Klient/in					
Anzahl klient/innenbezogener Arbeitsstunden pro Klient/in	h	n.a.	11.2	13.1	n.a.
Anzahl verrechenbarer Arbeitsstunden pro Klient/in	h	5.9	n.a.	n.a.	n.a.
Anzahl Klient/innen pro VZÄ Fachpersonal	Anz	126 ^a	128	97	121
Vollkosten pro Klient/in	CHF	1'407	1'579	1'811	1'596

Fussnote: ^avgl. Fussnote a zu Tabelle 29

Abkürzungen: o. SLF = ohne Stellenleitungsfunktion; VZÄ = vollzeitäquivalente Stelle

Quelle: Erfolgsrechnungen 2012 der ags und des BZB, schriftliche Befragung der ags und des BZB, Kostenträgerrechnung REKOLE und Leistungserfassungssystem tacs der PDAG, Berechnungen BASS

5 Die institutionelle ambulante Suchthilfe des Kantons BL

5.1 Ausgangslage

Vor dem Jahr 2008 gab es im Kanton BL vier Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe:

- **Kantonale Drogenberatung Baselland DBL:** Die DBL war Teil der damaligen Kantonalen Psychiatrischen Dienste Baselland (KPD). In der DBL wurden (fast) nur Klient/innen mit einer Hauptproblemsubstanz im illegalen Bereich behandelt. Neben den Substitutionsbehandlungen erbrachte die DBL auch ambulante Suchtberatungsleistungen und Leistungen im Bereich der Primärprävention.
- **Beratungsstellen für Alkoholprobleme BfA:** Die BfA erbrachte Leistungen der ambulanten Suchtberatung und der Primärprävention im Alkoholbereich.
- **Blaues Kreuz Baselland BKBL:** Wie auch die BfA erbrachte (und erbringt auch heute noch) das BKBL Leistungen der ambulanten Suchtberatung und der Primärprävention im Alkoholbereich. Das BKBL wurde unterdessen mit dem Blauen Kreuz Baselstadt zusammengeführt und heisst seit dem 1. Juli 2014 Blaues Kreuz beider Basel.
- **Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel MUSUB:** Die MUSUB erbrachte (und erbringt auch heute noch) ambulante Suchtberatungsleistungen für Klient/innen mit Migrationshintergrund - sowohl im legalen als auch im illegalen Bereich. Substituierte Klient/innen wurden (und werden) im Normalfall allerdings nicht in der MUSUB, sondern in der DBL (AfA) behandelt.

Diese Aufzählung macht deutlich, dass – wenn man von einigen wenigen Klient/innen der MUSUB absieht – die gesamte ambulante Suchtberatung im illegalen Bereich bereits vor dem Jahr 2008 in die Psychiatrie integriert war. Im Alkoholbereich konnten die Klient/innen wählen, ob sie sich in den BfA oder im BKBL beraten lassen wollen.

Im Rahmen der Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons BL wurde entschieden, dass die DBL künftig auch Menschen mit Alkoholproblemen behandeln soll. Entsprechend wurden die BfA per Ende 2007 aufgelöst. Ein Teil der Suchtberater/innen, der Klient/innen und des Budgets der BfA wurden per 1. Januar 2008 in die DBL, ein Teil in das BKBL übergeführt.

Bezüglich der ambulanten Suchtberatung im illegalen Bereich hat sich durch diese Reorganisation der ambulanten Suchtberatung im Kanton BL de facto nichts verändert: Alleinige Anbieterin von ambulanten Suchtberatungsleistungen im illegalen Bereich war sowohl vor als auch nach der Reorganisation die DBL. Im Alkoholbereich veränderte sich die Situation dahingehend, dass die Klient/innen nun nicht mehr die Wahl zwischen zwei nicht-ärztlich geleiteten Einrichtungen (BfA und BKBL), sondern die Wahl zwischen einer nicht-ärztlich geleiteten Einrichtung (BKBL) und einer ärztlich geleiteten Einrichtung (DBL) hatten, die einen Teil ihrer Leistungen über das KVG abrechnete.

Begründet wurde die Reorganisation wie folgt (KPD 2008, 4 und 9):

«[...] dass in der Versorgung Opiatabhängiger viel erreicht worden ist, was sich in der nahezu vollständigen Erfassung dieser Abhängigen durch irgendeine Art von Behandlung niederschlägt. Die Hauptlücke in der Erfassung und Versorgung von Abhängigkeitserkrankten liegen in der sehr geringen psychiatrischen Behandlungsquote von Alkoholabhängigen, Adoleszenten mit problematischem Cannabiskonsum, in der generell zu späten Erfassung dieser Gruppen und in der schlechten Erfassung der sozial (noch) integrierten Abhängigen. Die Lücke zwischen dem medizinischen und dem sozialhelfenden System der Alkoholfachstellen ist zu gross. Die Schnittstelle zu den Spitälern und zu den hausärztlichen Praxen muss in der Erfassung und Behandlung verbessert werden. [...]. Die ersten professionellen Anlaufstellen für alkoholranke Menschen sind häufig die Hausärztinnen und –ärzte oder Spitäler. Diese medizinisch strukturierten Organisationen bekunden häufig Mühe, die entsprechende Patientinnen und Patienten in eine nicht medizini-

sche Versorgungseinheit weiterzuleiten. Zu umständlich erscheinen Ihnen den Weg und zu langwierig die Überweisungspraxis.»¹⁶

Entsprechend wurde das **primäre Ziel** der teilweisen Integration der ambulanten Alkoholberatung in die Psychiatrie wie folgt definiert (KPD 2007, 3):

«Klares Ziel bei der Schaffung eines Psychiatrischen Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen (PZA) ist die Verbesserung der Früherfassung, vor allem im Alkoholbereich [...]»

Per 1. Juli 2008 wurde die um die Alkoholberatung ergänzte DBL in «Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen PDA» umbenannt. Ein weiterer Namenswechsel erfolgte im Zuge der Verselbständigung der KPD per 1. Januar 2012, als die KPD in Psychiatrie Baselland PBL und der PDA in Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen AfA unbenannt wurden.

Die AfA betreiben drei Ambulatorien:

■ **Ambulatorium Reinach:** Das Ambulatorium Reinach ist das suchtmmedizinische Zentrum der AfA. Der Fokus dieses Ambulatoriums liegt nicht auf der ambulanten Suchtberatung, sondern auf den Substitutionsbehandlungen. Heroingestützte Behandlung gibt es nur an diesem Standort. Die Klient/innen des Ambulatoriums Reinach nehmen zum Teil zusätzlich ambulante Suchtberatungsleistungen an den Standorten Liestal oder Münchenstein in Anspruch. Wie wir weiter unten zeigen werden, ist das Ambulatorium Reinach mit dem Ambulatorium HAG im Kanton Aargau vergleichbar.

■ **Ambulatorium Liestal:** Der Schwerpunkt des Ambulatoriums Liestal ist die ambulante Suchtberatung. Allerdings gibt es im Ambulatorium Liestal in einem wesentlichen Ausmass auch methadongestützte Substitutionsbehandlungen.

■ **Ambulatorium Münchenstein:** Im Ambulatorium Münchenstein wird nur Suchtberatung angeboten. Substitutionsbehandlungen gibt es an diesem Standort nicht.

5.2 Klient/innen

5.2.1 Fall- und Klientenstruktur der AfA im 2012

Tabelle 31 zeigt die Fall- und Klient/innenstruktur der AfA im Jahr 2012. Folgende Beobachtungen sind erwähnenswert:

■ In der AfA gab es im Jahr 2012 2'045 Fälle, die sich auf 1'508 Klient/innen verteilten. Das vergleichsweise hohe Verhältnis der Anzahl Fälle zu den Anzahl Klient/innen (1.36 Fälle pro Klient/in) hängt mit der Systematik der Falldefinition zusammen, die in den AfA angewendet wird: Werden in den AfA für einen Klienten oder eine Klientin Leistungen erbracht, die unterschiedlich finanziert werden (Substitutionspauschale, Tarmed, Gutachten, Konsilien etc.), so entstehen auf diesem Klienten bzw. dieser Klientin mehrere Fälle. Bei dieser Systematik kann es vorkommen, dass ein/e einzige/r Klient/in drei oder sogar vier Fälle verursachen kann.

■ Von den 2'045 Fällen entfallen 540 auf Substitutionsbehandlungen (507 Methadon und 33 HegeBe) von insgesamt 507 substituierten Klient/innen¹⁷. Diese hohe Zahl substituierten Klient/innen ist darauf zurückzuführen, dass die AfA im Kanton BL als Indikationsstelle für Substitutionsbehandlungen fungiert.

¹⁶ Die Frage, warum eine Überweisung in eine nicht medizinische Versorgungseinheit im Vergleich zu einer Überweisung in eine medizinische Versorgungseinheit «zu umständlich» und «zu langwierig» ist und warum medizinisch strukturierte Organisationseinheiten häufig Mühe bekunden, Patient/innen in nicht-medizinische Versorgungseinheiten weiterzuleiten, wird in den uns zur Verfügung stehenden Dokumenten nicht beantwortet.

¹⁷ Wir gehen von 507 Klient/innen aus, weil HegeBe-Klient/innen im Normalfall auch Methadon beziehen, so dass ein/e HegeBe Klient/in im Normalfall zwei Fälle (1. Methadonpauschale, 2. HegeBe-Pauschale) begründet.

Dies führt dazu, dass – mit einigen Ausnahmen sehr stabiler Klient/innen – jede/r substituierte Person mit Wohnsitz im Kanton BL mindestens einmal pro Jahr in den AfA behandelt wird. Gut die Hälfte der substituierten Klient/innen beziehen das Methadon in den AfA selbst, knapp die Hälfte ausserhalb der AfA bei Apotheken und Hausärzt/innen.

■ Unsere Schätzungen indizieren, dass bei etwa einem Drittel der insgesamt gut 500 substituierten Klient/innen Leistungen erbracht werden, die nicht mit den Substitutionspauschalen abgegolten sind.

■ Die restlichen 1'505 Fälle, die sich auf 1'001 nicht-substituierte Klient/innen und rund 170 substituierte Klient/innen verteilen, die neben der Substitutionsbehandlung zusätzlich ambulante Suchtberatungsleistungen in Anspruch nehmen, setzen sich wie folgt zusammen: 97 Konsilien, 84 Gutachten, 77 FiaZ-Kurse und 1'247 Fälle, die über Tarmed abgerechnet wurden.

Tabelle 31: Anzahl Fälle und Klient/innen der AfA im Jahr 2012

	Anzahl Fälle			Anzahl Klient/innen		
	Total	Substitution ^a	Exklusive Substitution	Alle	Substituierte	Nicht-Substituierte ^b
Total	2'045	540	1'505	1'508	507	1'001
Hauptdiagnose F1	1'859	533	1'326	1'398	497	901
F10 Alkohol	524	10	514	410	9	401
F11 Opiode	486	363	123	339	339	0
F19 Multipler Substanzgebrauch	409	147	262	304	138	167
F12-F16 Andere Substanzen	440	12	428	344	11	333
F12 Cannabinoide	264	7	257	n.a.	n.a.	n.a.
F13 Hypnotika	23	2	21	n.a.	n.a.	n.a.
F14 Kokain	135	2	133	n.a.	n.a.	n.a.
F15 Stimulantien	10	0	10	n.a.	n.a.	n.a.
F16 Halluzinogene	8	0	8	n.a.	n.a.	n.a.
Andere Hauptdiagnose	186	7	179	110	10	100
mit Nebendiagnose F1	76	n.a.	n.a.	45	n.a.	n.a.
Ohne Nebendiagnosen F1	110	n.a.	n.a.	65	n.a.	n.a.

Bemerkung: Rote Schrift = Daten basieren auf Angaben der AfA, schwarze Schrift: (qualifizierte) Schätzungen.

Fussnoten: ^aDie Verteilung der 540 Substitutionsbehandlungen auf die verschiedenen Diagnosen wurde gemäss der Verteilung der 206 Substitutionsbehandlungen im März 2014, bei denen die Abgabe der Substanz in den AfA selbst erfolgt, vorgenommen. ^bBei der Verteilung der Anzahl nicht-substituierter Klient/innen auf die verschiedenen Diagnosen handelt es sich um eine (qualifizierte) Schätzung. Dabei wurde davon ausgegangen, dass bei 33 Prozent der 507 substituierten Klient/innen der AfA neben der Substitutionsbehandlung zusätzliche Leistungen (Tarmed, Gutachten oder Konsilien) erbracht wurden. Den Wert von 33 Prozent wurde unter der Annahme abgeleitet, dass alle 486 Fälle mit Hauptdiagnose F11 Opiode ausschliesslich substituierte Klient/innen betreffen (keine nicht-substituierten Klient/innen mit Hauptdiagnose F11), was wahrscheinlich nicht der Fall ist. Dennoch ist die Annahme unkritisch, da die Zahl von 1'001 nicht-substituierten Klient/innen mit Sicherheit korrekt ist. Die Annahme führt lediglich dazu, dass die Anzahl nicht-substituierter Klient/innen mit Hauptdiagnose F11 Opiode unterschätzt, die Anzahl nicht-substituierter Klient/innen mit Hauptdiagnose F19 Multipler Substanzgebrauch entsprechend überschätzt wird. Diese Ungenauigkeit tangiert unsere Schlussfolgerungen jedoch in keiner Weise.

5.2.2 Entwicklung der Anzahl Klient/innen

Tabelle 32 zeigt die Entwicklung der Anzahl Klient/innen der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL zwischen 2006 und 2012. Die Anzahl Klient/innen der AfA in den Jahren 2006 bis und mit 2011 mussten auf der Grundlage der für diese Jahre bekannten Fallzahlen geschätzt werden. Diese Schätzung beruht im Wesentlichen auf der Annahme, dass die Anzahl Fälle pro nicht-substituiertem/r Klient/in in den Jahren 2006 bis und mit 2011 gleich hoch war wie im Jahr 2012.¹⁸ Der Schätzung der Verteilung der Klient/innen auf die verschiedenen Hauptdiagnosen bzw. Hauptprobleme beruht des Weiteren auf der Annahme, dass bei allen Klient/innen des BKBL die Hauptproblemsubstanz «Alkohol» ist.

¹⁸ Die Anzahl Fälle pro substituiertem/r Klient/in wurde für jedes Jahr mittels des in Fussnote b zu Tabelle 31 explizierten Verfahrens gesondert geschätzt. Gemäss dieser Schätzung stieg die Anzahl Fälle pro substituiertem/r Klient/in von 1.18 im 2006 auf 1.34 im Jahr 2012.

Tabelle 32: Entwicklung der Anzahl Klient/innen der ambulanten Suchtberatung des Kantons Baselland, 2006 bis 2012¹⁹

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alle Klient/innen								
Total Kanton BL	absolut	2'633	2'663	2'271	2'356	2'426	2'562	2'607
	pro 1'000 Einw.	9.8	9.8	8.3	8.6	8.8	9.2	9.4
AfA		1'029	1'042	1'338	1'410	1'471	1'498	1'508
BKBL		565	566	736	821	837	924	977
MUSUB		212	229	197	126	118	140	122
BfA		826	826	0	0	0	0	0
Angehörige								
Total Kanton BL	absolut	370	379	255	168	151	165	157
	pro 1'000 Einw.	1.4	1.4	0.9	0.6	0.5	0.6	0.6
AfA (0 per Annahme)		0	0	0	0	0	0	0
BKBL		166	162	162	113	94	107	111
MUSUB		90	103	93	55	57	58	46
BfA		114	114	0	0	0	0	0
Selbst betroffene Klient/innen								
Total Kanton BL	absolut	2'263	2'284	2'016	2'189	2'275	2'397	2'450
	pro 1'000 Einw.	8.4	8.4	7.4	8.0	8.3	8.7	8.8
AfA	Alle Klient/innen	1'029	1'042	1'338	1'410	1'471	1'498	1'508
	Substituierte	615	601	613	580	539	522	507
	Nicht-Substituierte	414	441	725	830	932	976	1'001
BKBL		399	404	574	708	743	817	866
MUSUB		123	126	104	71	61	82	76
BfA		712	712	0	0	0	0	0
Selbst betroffene, nicht substituierte Klient/innen								
Total BL	absolut	1'648	1'683	1'403	1'609	1'736	1'875	1'943
	pro 1'000 Einw.	6.1	6.2	5.1	5.9	6.3	6.8	7.0
AfA		414	441	725	830	932	976	1'001
BKBL		399	404	574	708	743	817	866
MUSUB		123	126	104	71	61	82	76
BfA		712	712	0	0	0	0	0
Selbst betroffene, nicht substituierte Klient/innen mit Hauptproblem «Alkohol»								
Total Kanton BL	absolut	1'187	1'203	853	1'111	1'219	1'285	1'303
	pro 1'000 Einw.	4.4	4.4	3.1	4.0	4.4	4.6	4.7
AfA		11	20	224	366	443	425	397
BKBL		399	404	574	708	743	817	866
MUSUB		65	67	55	38	32	44	40
BfA		712	712	0	0	0	0	0
Selbst betroffene, nicht substituierte Klient/innen, deren Hauptproblem nicht «Alkohol» ist								
Total Kanton BL	absolut	460	480	550	497	518	590	640
	pro 1'000 Einw.	1.7	1.8	2.0	1.8	1.9	2.1	2.3
AfA		403	421	501	464	489	551	604
BKBL		0	0	0	0	0	0	0
MUSUB		58	59	49	33	29	39	36
BfA		0	0	0	0	0	0	0

Bemerkungen: MUSUB exklusive Klient/innen mit Wohnsitz im Kanton BS

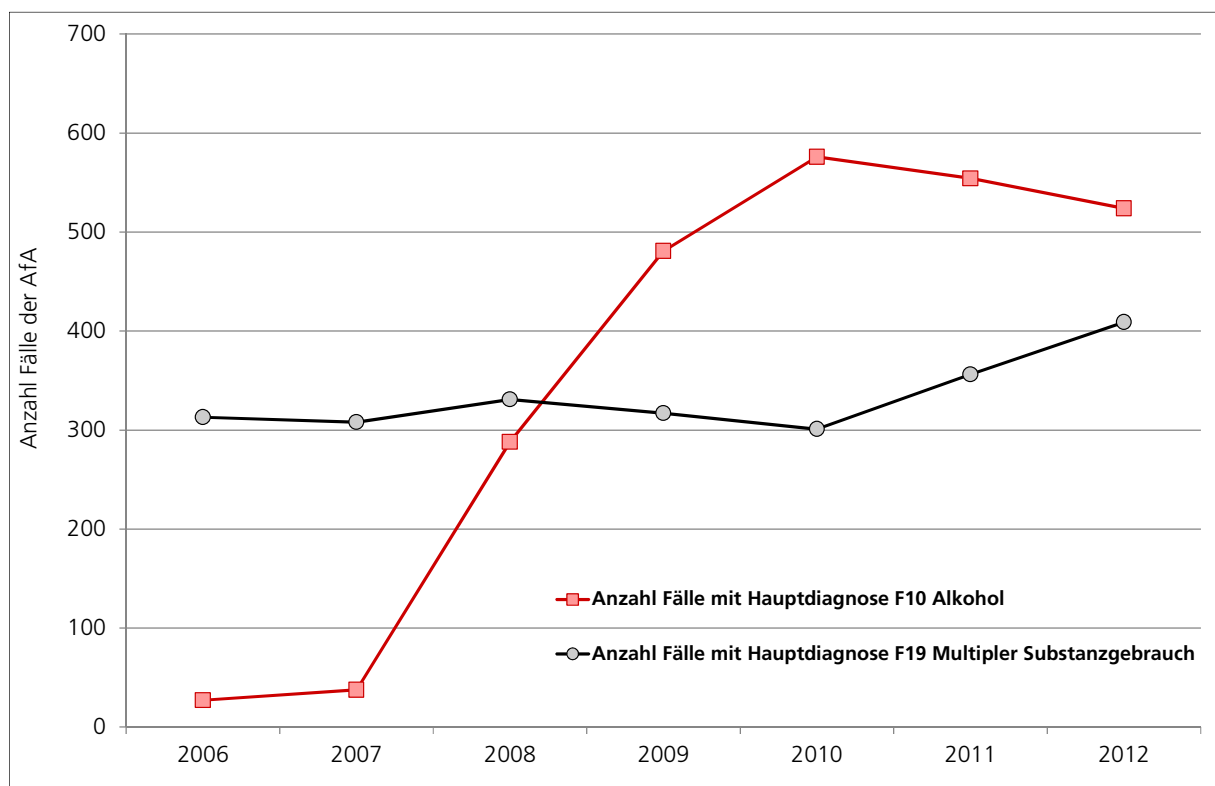
Quelle: AfA, BKBL, MUSUB, BfA; Berechnungen BASS

Gemäss Auskunft der befragten Expert/innen des BKBL gibt es im BKBL Klient/innen, die neben dem Alkoholproblem noch Probleme mit anderen Substanzen (z.B. Cannabis oder Kokain) haben. Es stellt sich

¹⁹ Die Anzahl Klient/innen der AfA wurde ausgehend von den in den Jahresberichten dokumentierten Fallzahlen geschätzt

die Frage, ob bei einem Teil dieser Klient/innen, wenn sie in den AfA behandelt würden, nicht die Hauptdiagnose «F19 Multipler Substanzgebrauch» oder eine illegale Substanz betreffende Hauptdiagnose gestellt würde. Falls dem so ist, überschätzen wir die Anzahl Klient/innen mit Hauptproblem Alkohol. Auf der anderen Seite könnte man allerdings auch argumentieren, dass es unter den geschätzten 167 nicht-substituierten Klient/innen der AfA mit Hauptdiagnose «F19 Multipler Substanzgebrauch» allenfalls auch solche gibt, deren Hauptproblem «Alkohol» ist. **Abbildung 10** zeigt aber, dass die Anzahl Fälle mit Hauptdiagnose «F19 Multipler Substanzgebrauch» mit der Integration der Alkoholberatung in die AfA nicht zugenommen hat. Seit dem Jahr 2010 entwickeln sich die Fälle mit Hauptdiagnose «F10 Alkohol» und «F19 Multipler Substanzgebrauch» allerdings gegenläufig, was möglicherweise auf eine Veränderung des Diagnoseverhaltens (F19 anstelle von F10) verweist, jedoch auch mit einer Veränderung von Konsumgewohnheiten ab dem Jahr 2010 zusammenhängen kann.

Abbildung 10: Entwicklung der Anzahl Fälle mit Hauptdiagnose «F10 Alkohol» und «F19 Multipler Substanzgebrauch» in den AfA, 2006-2012



Quelle: AfA; Darstellung BASS

Die Entwicklung der Anzahl Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen ist in **Abbildung 11** grafisch dargestellt. Folgende Erkenntnisse lassen sich aus Tabelle 32 und Abbildung 11 ableiten:

■ **Substituierte Klient/innen und Angehörige (und weitere Personen aus dem Umfeld):** Der Anteil der Einwohner/innen des Kantons BL, die Leistungen der ambulanten Suchtberatung in Anspruch nehmen, ist seit 2006 leicht gesunken. Der leichte Rückgang ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Substituierten im Kanton BL seit 2006 generell rückläufig war – ein Trend, der übrigens in der gesamten Schweiz beobachtet werden kann.²⁰ Zum anderen hat sich die Zahl der Angehörigen und weiteren Personen aus dem Umfeld von Menschen mit Suchtproblemen in der untersuchten Zeitspanne etwa

²⁰ Im 2013 hat die Zahl der substituierten Klient/innen in den AfA gegenüber dem Jahr 2012 wieder etwas zugenommen. Dennoch ist seit dem Jahr 2006 im Kanton BL und in den AfA ein deutlicher Rückgang der Zahl der substituierten Klient/innen zu beobachten.

halbiert. Allenfalls überschätzen wir diesen Rückgang leicht, weil wir – mangels Datenverfügbarkeit – davon ausgegangen sind, dass in den AfA überhaupt keine Angehörigen ohne Indexpatient/in²¹ behandelt werden²². Gemäss den konsultierten Expert/innen ist die Zahl der Angehörigen ohne Indexpatient/in, die sich in den AfA beraten bzw. behandeln lassen, allerdings als sehr gering einzuschätzen. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass Beratungsleistungen gegenüber Angehörigen ohne Indexpatient/in im Normalfall nicht über das KVG abgerechnet werden können, so dass Angehörige ohne Indexpatient/in, die in den AfA entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen, die Kosten dieser Leistungen vollumfänglich selbst zu tragen haben. **Diese Ausführungen gelten nur in Bezug auf Angehörige ohne Indexpatient/in. Angehörige mit Indexpatient/innen werden auch in den AfA in die Therapie miteinbezogen (gemeinsame Konsultationen, Leistungen in Abwesenheit der Indexpatient/innen). Ist im Folgenden von Angehörigen die Rede, meinen wir damit immer Angehörige ohne Indexpatient/innen.** Damit haben wir eine Auswirkung der Reorganisation der ambulanten Suchtberatung des Kanton BL im Jahr 2008 identifiziert: Eine Reduktion der Anzahl Angehöriger (ohne Indexpatient/in) und weiterer Personen aus dem Umfeld von Menschen mit Suchtproblemen, die Leistungen der ambulanten Suchtberatung in Anspruch nehmen. Diese Reduktion wird zum Teil kritisch beurteilt, weil die Beratung von Angehörigen und weiterer Personen aus dem Umfeld eine Möglichkeit darstellt, Zugang zu den von der Suchtproblematik selbst betroffenen Menschen zu erhalten bzw. diese einer ambulanten Suchtberatung zuzuführen. Allerdings muss festgehalten werden, dass der Rückgang der Zahl der Angehörigen nicht nur auf die Auflösung der BfA per Ende 2007 zurückgeführt werden kann: Tabelle 32 zeigt, dass die Zahl der Angehörigen auch beim BKBL und bei der MUSUB seit 2006 deutlich gefallen ist. Die Reduktion der Anzahl Angehöriger beim BKBL ist deshalb erstaunlich, weil man erwartet hätte, dass die Auflösung der BfA zu einer Erhöhung der Nachfrage von Angehörigen nach kostenlosen Beratungsleistungen des BKBL führt.

■ **Selbst betroffene, nicht-substituierte Klient/innen:** Im 2012 gab es im Kanton BL gemäss unserer Schätzung rund 250 nicht-substituierte, selbst betroffene Klient/innen mehr als im Jahr 2007. Unter Berücksichtigung des Wachstums der Wohnbevölkerung des Kantons BL entspricht diese Zunahme einem Wachstum von 12.6 Prozent. Gut ein Drittel der zusätzlichen 250 Klient/innen entfällt auf den Alkoholbereich, knapp zwei Drittel auf (nicht-substituierte) Klient/innen, deren Hauptproblem nicht Alkohol ist.

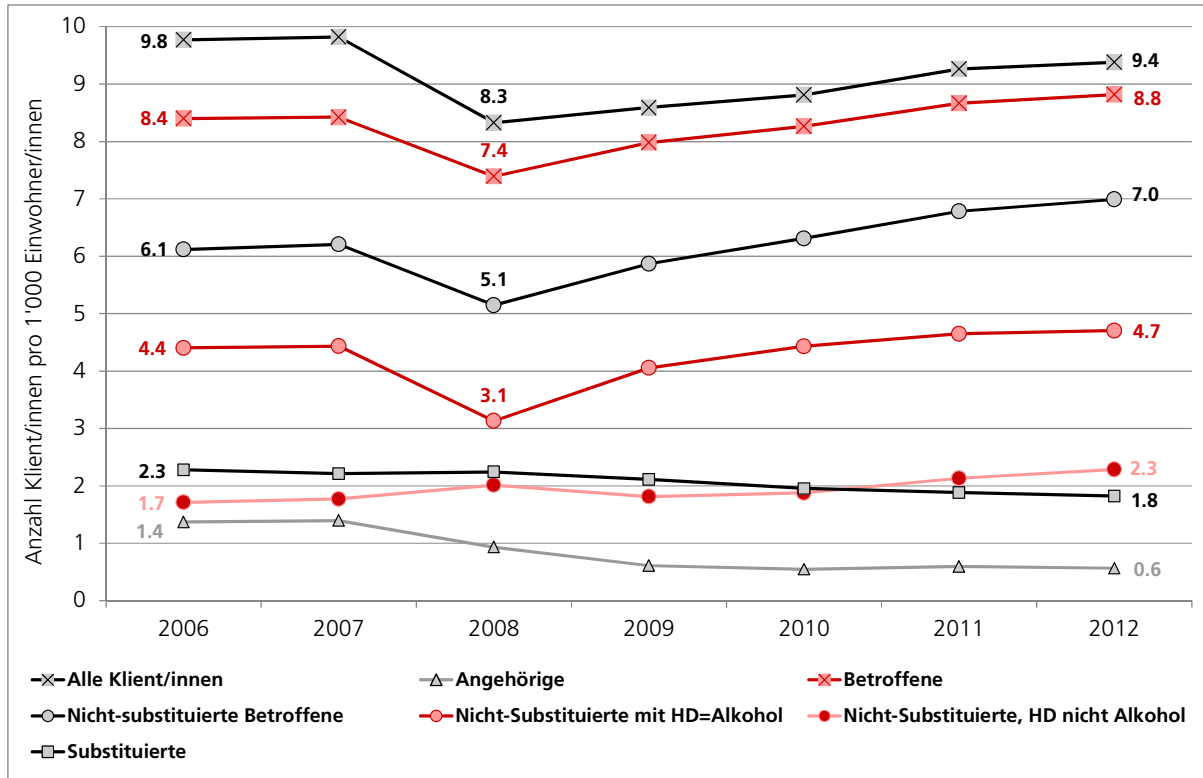
■ **Nicht-substituierte Klient/innen mit Hauptproblem Alkohol:** **Abbildung 12** zeigt u.a. die Entwicklung der Anzahl Klient/innen mit Hauptproblem Alkohol. Sie macht Folgendes deutlich:

- Im 2012 gab es rund 120 Klient/innen mit Hauptproblem Alkohol mehr als im Jahr 2007 (+8.7 Prozent). Unter Berücksichtigung des Wachstums der Wohnbevölkerung des Kantons BL entspricht diese Zunahme einem Wachstum von 6.1 Prozent innerhalb von 5 Jahren (4.4 Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen im Jahr 2007 und 4.7 im Jahr 2012).
- Die Auflösung der BfA führte kurzfristig zu einer deutlichen Reduktion der Anzahl Klient/innen mit Hauptproblem Alkohol. Die Daten indizieren, dass von den rund 700 Klient/innen der BfA kurzfristig 300 verloren gingen und es zwei Jahre dauerte, bis das ursprüngliche Niveau wieder erreicht war.
- Die Daten indizieren, dass die Hälfte der Klient/innen, die in der BfA behandelt würden, wenn es sie noch geben würde, heute im BKBL, die andere Hälfte in den AfA behandelt werden. Dies führt letztlich dazu, dass im Jahr 2012 zwei Drittel der rund 1'300 Klient/innen mit Hauptproblem Alkohol Beratungsleistungen des BKBL, ein Drittel die Dienste der AfA in Anspruch genommen haben.

²¹ Für eine Definition von Angehörigen mit und ohne Indexpatient/in vgl. Abschnitt 2.3.

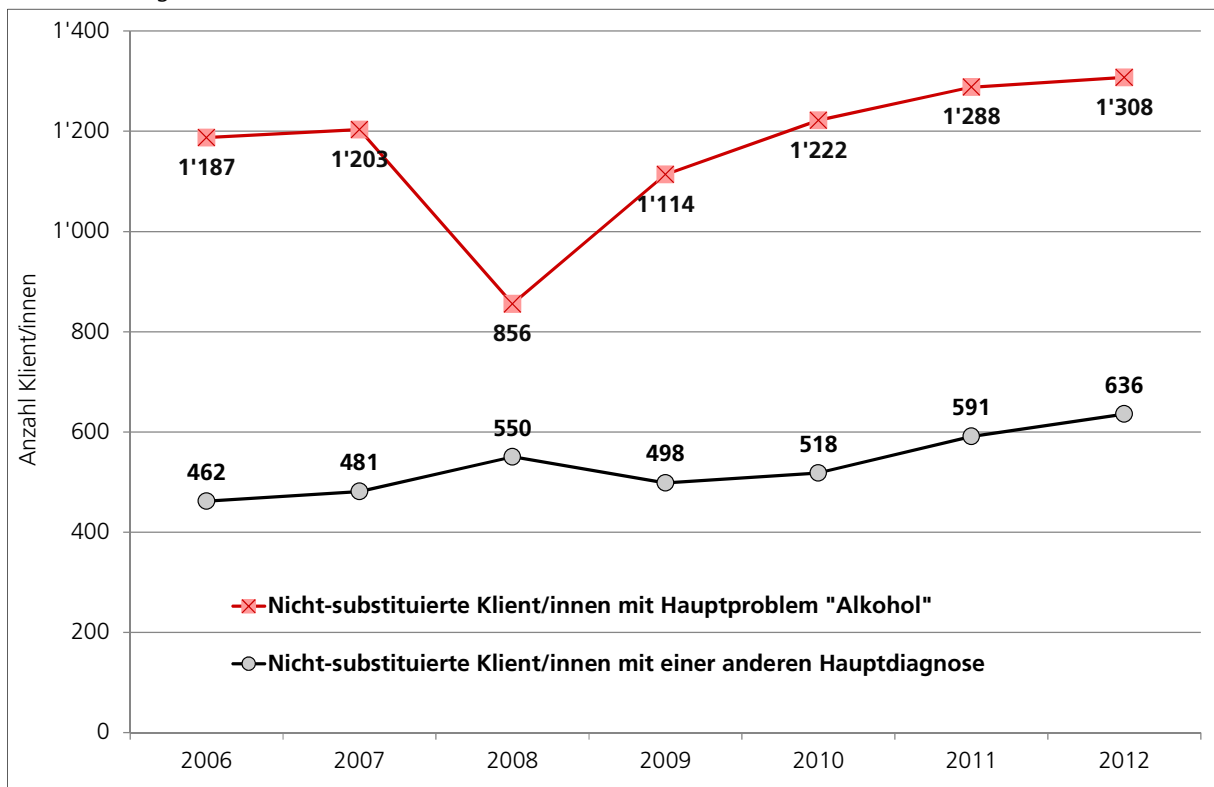
²² Wenn wir die Anzahl Angehörigen unterschätzen, überschätzen wir zeitgleich die Anzahl nicht-substituierter, selbst betroffener Klient/innen.

Abbildung 11: Entwicklung der Anzahl Klient/innen der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL pro 1'000 Einwohner/innen, 2006 bis 2012



Quelle: AfA, MUSUB, BfA, BKBL; Berechnungen BASS; Darstellung BASS; HD = Hauptdiagnose

Abbildung 12: Entwicklung der Anzahl selbst betroffener, nicht-substituierter Klient/innen der ambulanten Suchtberatung im Kanton BL, 2006-2012



Quelle: AfA, MUSUB, BfA, BKBL, Berechnungen BASS; Darstellung BASS

Unserer Schätzung der Anzahl nicht-substituierter Klient/innen mit Hauptproblemsubstanz Alkohol kommt dahingehend eine kritische Bedeutung zu, dass das Ziel der Reorganisation der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL per 1. Januar 2008 eine Erhöhung der Anzahl Klient/innen im Alkoholbereich war. Aus diesem Grund ist es angezeigt, **die Annahmen, die unserer Schätzung der Anzahl nicht-substituierter Klient/innen mit Hauptproblem «Alkohol» zugrunde liegen**, konkret zu benennen:

■ **Annahme I zu den AfA:** Das Verhältnis der Anzahl Fälle zu der Anzahl Klient/innen hat sich bei den nicht-substituierten Klient/innen zwischen 2006 und 2012 nicht verändert: es betrug konstant 1.32. Falls das Verhältnis gestiegen (gesunken) ist, überschätzen (unterschätzen) wir die Zunahme der Anzahl nicht-substituierter Klient/innen mit Hauptproblemsubstanz «Alkohol».

→ Die Richtung einer allfälligen Verzerrung unserer Schätzung ist unklar.

■ **Annahme II zu den AfA:** Das Verhältnis der Anzahl Fälle zu der Anzahl Klient/innen bei nicht-substituierten Klient/innen mit F1-Hauptdiagnose ist von der Diagnose unabhängig bzw. ist bei allen F1-Diagnosen gleich hoch²³. Falls das Verhältnis bei Klient/innen mit Hauptproblem Alkohol grösser (kleiner) ist als bei Klient/innen mit einer illegalen Hauptproblemsubstanz, überschätzen (unterschätzen) wir die Anzahl nicht-substituierter Klient/innen mit Hauptproblemsubstanz Alkohol.

→ Die Richtung einer allfälligen Verzerrung unserer Schätzung ist unklar.

■ **Annahme III zu den AfA:** Die Anzahl Klient/innen mit Hauptdiagnose F19 Multipler Substanzkonsum, bei denen Alkohol die Hauptproblemsubstanz ist, hat sich seit 2006 nicht verändert – obwohl die Anzahl Fälle mit Hauptdiagnose F19 zwischen 2006 und 2012 zugenommen hat – von 312 Fällen im Jahr 2006 auf 406 Fälle im Jahr 2012.

→ Tendenziell eine Unterschätzung der Zunahme der Anzahl Klient/innen der AfA im Alkoholbereich.

■ **Annahme IV zum BKBL:** Die Anzahl Klient/innen des BKBL, deren Hauptproblem nicht Alkohol ist, hat zwischen 2006 und 2012 nicht zugenommen.

→ Tendenziell eine Überschätzung der Zunahme der Anzahl Klient/innen im Alkoholbereich.

5.2.3 Vergleich mit dem Kanton Aargau

In **Tabelle 33** wird die Anzahl Klient/innen der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL im Jahr 2012 mit der Anzahl Klient/innen der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons AG verglichen – wegen der unterschiedlichen Grösse der beiden Kantone auch in Relation zur Wohnbevölkerung.

Sie zeigt, dass die Zahl der Klient/innen in Relation zur Wohnbevölkerung im Kanton BL mit 9.4 Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen deutlich höher ist als im Kanton AG mit 6.3 Klient/innen. Die höhere «Zielgruppeneindringung» der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL gilt allerdings nur für zwei Gruppen von Klient/innen:

■ **Substituierte Klient/innen:** Die im Vergleich zum Kanton AG hohe Zahl substituierter Klient/innen ist darauf zurückzuführen, dass die AfA im Kanton BL Indikationsstelle für alle substitutionsgestützten Behandlungen ist. Dies führt dazu, dass – mit wenigen Ausnahmen sehr stabiler Klient/innen – jede substituierte Person mit Wohnsitz im Kanton BL mindestens einmal pro Jahr in den AfA behandelt wird. Eine solche Indikationsstelle gibt es im Kanton AG nicht, was dazu führt, dass ein grosser Teil der substituierten Personen mit Wohnsitz im Kanton AG keine Leistungen der *institutionellen* ambulanten Suchtberatung in

²³ Diese Annahme war erforderlich, damit wir die nicht-substituierten Klient/innen mit einer F1-Hauptdiagnose proportional zur (bekannteren) Verteilung der Anzahl Fälle auf die einzelnen F1-Diagnosen, d.h. Substanzen, verteilen konnten.

Anspruch nehmen. Die Zahl der Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen ist im Kanton BL mit 7.6 aber auch dann höher als im Kanton AG (5.8), wenn man die substituierten Klient/innen nicht berücksichtigt.

■ **Betroffene mit Hauptproblem «Alkohol»:** Die Zahl selbst betroffener Klient/innen mit Hauptproblemsubstanz «Alkohol» ist im Kanton BL mit 4.71 Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen etwa doppelt so hoch wie im Kanton AG (2.25 Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen). Bei der Interpretation dieses Tatbestands ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Zahl der Klient/innen mit Hauptproblem Alkohol im Kanton BL bereits in den Jahren 2006 und 2007 mit 4.4 Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen sehr hoch war, so dass der hohe Anteil von Menschen mit Alkoholproblemen, die Leistungen der ambulanten Suchtberatung in Anspruch nehmen, zum grössten Teil nicht mit der Reorganisation per Ende 2007 erklärt werden kann.

In Bezug auf folgende zwei Gruppen von Klient/innen erfasst die institutionelle ambulante Suchtberatung des Kantons AG hingegen mehr Personen als diejenige des Kantons BL – auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kantonsgrösse:

■ **Angehörige (ohne Indexpatient/in):** Die Zahl der Angehörigen pro 1'000 Einwohner/innen, die Leistungen der institutionellen ambulanten Suchtberatung in Anspruch nehmen, war im Kanton AG im Jahr 2012 mit 1.06 Klient/innen etwa doppelt so hoch wie im Kanton BL mit 0.46 Klient/innen.²⁴ Diesbezüglich ist bemerkenswert, dass die Zahl der Angehörigen, die Leistungen der ambulanten Suchtberatung in Anspruch nehmen, im Kanton BL in den Jahren 2006 und 2007 mit 1.4 deutlich höher, sogar höher als im Kanton AG im Jahr 2012, war (vgl. Abbildung 11 und Tabelle 32 im vorangehenden Abschnitt).

■ **Nicht-substituierte Betroffene, deren Hauptproblem nicht Alkohol:** Die Anzahl Klient/innen selbst betroffener, nicht-substituierter Klient/innen, deren Hauptproblem nicht Alkohol ist, war im Kanton BL gemäss unserer Schätzung mit 2.29 7 Prozent tiefer ist als im Kanton Aargau mit 2.47 Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen (vgl. Spalte «Rest» in Tabelle 33).

Wir stellen u.a. also fest:

■ Die (relative) Zahl der nicht-substituierten Betroffenen des Kantons BL in einem Bereich (Alkohol), indem wir ein duales System haben (AfA ärztlich-medizinisch und BKBL sozialtherapeutisch), ist doppelt so hoch wie im Kanton AG.

■ Die (relative) Zahl der nicht-substituierten Betroffenen in einem Bereich (nicht Alkohol), indem wir ein ärztlich-monistisches System haben, ist 7 Prozent tiefer als im Kanton Aargau.

Diese Tatbestände interpretieren wir als empirisches Indiz, dass die KVG-Abrechnung die Schwelligkeit von Angeboten der ambulanten Suchtberatung erhöht. Diese Interpretation ist konsistent mit den Ausführungen der befragten Expert/innen, die übereinstimmend meinten, dass die KVG-Abrechnung von den Klient/innen überraschend gut akzeptiert wurde und wird, dass es jedoch Einzelfälle gibt, bei denen die KVG-Abrechnungen und/oder die Aufgabe der Anonymität ein Problem darstellt. Der empirische Vergleich mit dem Kanton AG indiziert unseres Erachtens, dass es – über diese Einzelfälle, die ans BKBL überwiesen werden können, hinaus – zusätzlich wahrscheinlich eine Selbstselektion der Klient/innen gibt: Klient/innen, für welche die KVG-Abrechnung und/oder die Aufgabe der Anonymität ein Problem darstellt, antizipieren die Verrechnungsregeln, die in den AfA gelten, und melden sich von Beginn weg beim BKBL.

²⁴ Wie im vorangehenden Abschnitt ausgeführt, unterschätzten wir die Anzahl Angehöriger im Kanton BL leicht, weil wir – mangels Datenverfügbarkeit – bei der Schätzung der Klientenzahlen davon ausgegangen sind, dass in den AfA überhaupt keine Angehörigen ohne Indexpatient/in behandelt werden.

Tabelle 33: Anzahl Klient/innen in den Kantonen AG und BL, Jahr 2012

		Alle Klient/innen	Angehörige	Betroffene				
				Total Betroffene	Substituierte	Nicht-Substituierte		Rest
						Total	Alkohol	
ANZAHL KLIENT/INNEN								
Kanton Baselland		2'607	157	2'450	507	1'943	1'308	636
AfA		1'508	0	1'508	507	1'001	401	600
BKBL		977	111	866	0	866	866	0
MUSUB		122	46	76	0	76	40	36
Kanton Aargau		3'980	673	3'307	311	2'996	1'421	1'558
ags & BZB	Total	3'127	673	2'454	160	2'294	984	1'310
	ags	2'545	580	1'965	156	1'809	809	1'000
	BZB	582	93	489	4	485	175	310
PDAG	Total	554	0	554	125	429	257	154
	EPD	429	0	429	0	429	257	154
	HAG	125	0	125	125	0	0	0
Klinik im Hasel	Ambi L.	299	0	299	26	273	179	93
ANZAHL KLIENT/INNEN PRO 1'000 EINWOHNER/INNEN								
Kanton Baselland (277'907 Einw.)		9.38	0.56	8.82	1.82	6.99	4.71	2.29
AfA		5.43	0.00	5.43	1.82	3.60	1.44	2.16
BKBL		3.52	0.40	3.12	0.00	3.12	3.12	0.00
MUSUB		0.44	0.17	0.27	0.00	0.27	0.15	0.13
Kanton Aargau (631'803 Einw.)		6.30	1.06	5.23	0.49	4.74	2.25	2.47
ags & BZB	Total	4.95	1.06	3.88	0.25	3.63	1.56	2.07
	ags	4.03	0.92	3.11	0.25	2.86	1.28	1.58
	BZB	0.92	0.15	0.77	0.01	0.77	0.28	0.49
PDAG	Total	0.88	0.00	0.88	0.20	0.68	0.41	0.24
	EPD	0.68	0.00	0.68	0.00	0.68	0.41	0.24
	HAG	0.20	0.00	0.20	0.20	0.00	0.00	0.00
Klinik im Hasel	Ambi L.	0.47	0.00	0.47	0.04	0.43	0.28	0.15
Kt. BL vs Kt. AG		49%	-47%	68%	270%	47%	109%	-7%

Quelle: AfA, BKBL, MUSUB, PDAG, ags, BZB; Berechnungen BASS

5.3 Personal

Tabelle 34 zeigt die Entwicklung der Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen (FTE) in den Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL zwischen 2006 und 2012. Folgende Beobachtungen erachten wir als bemerkenswert:

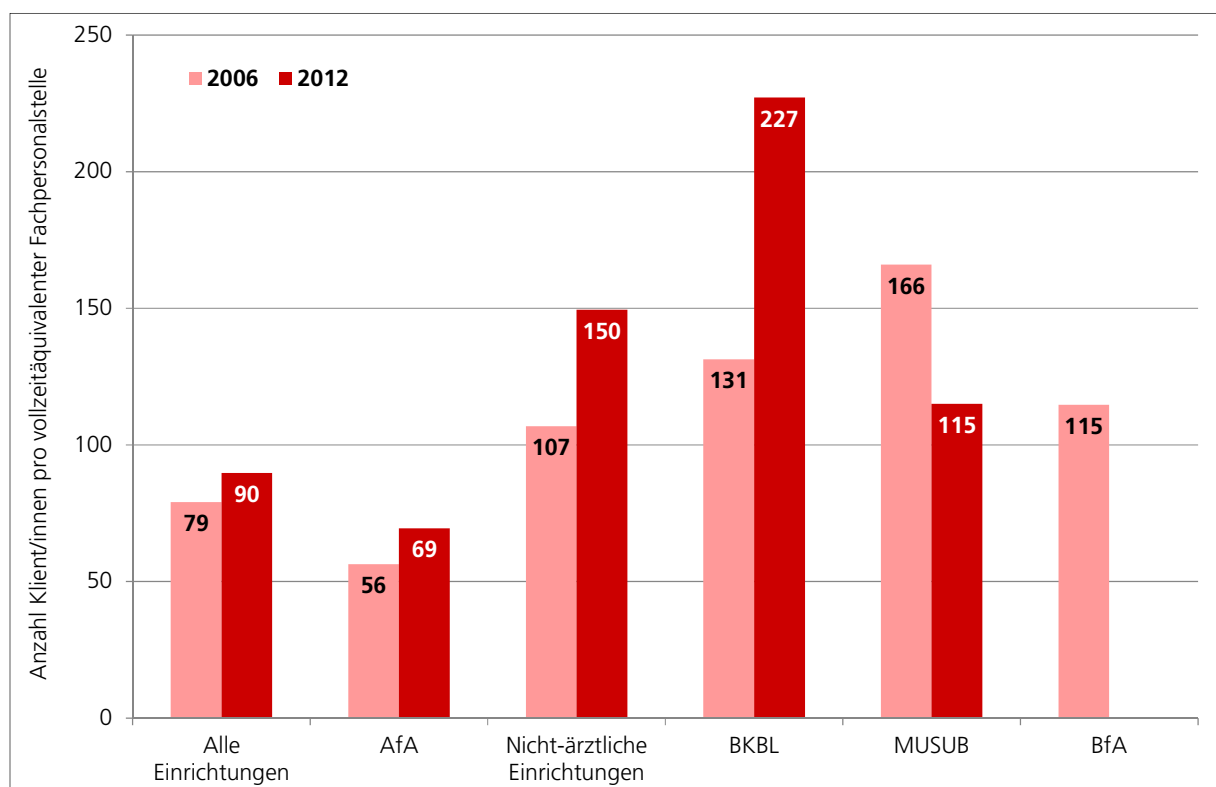
■ Die Anzahl vollzeitäquivalenter Fachstellen in der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL hat von 33.3 FTE im Jahr 2006 auf 29.1 FTE im Jahr 2012 abgenommen (-12.8 Prozent). Da die Zahl der Klient/innen in diesem Zeitraum etwa konstant blieb (vgl. Abschnitt 5.2), erhöhte sich die Anzahl Klient/innen pro vollzeitäquivalenter Fachstelle. **Abbildung 13** zeigt, dass dies in besonderem Masse für das BKBL gilt, bei dem sich die Anzahl Klient/innen pro FTE fast verdoppelt hat – von 131 auf 227 Klient/innen pro Fachstelle. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich die Anzahl Klient/innen des BKBL zwischen 2006 und 2012 fast verdoppelt hat, die Anzahl vollzeitäquivalenter Fachstellen in der BKBL in dieser Periode aber konstant blieb.²⁵ Dass sich die Anzahl Klient/innen pro Fachstelle zwischen den Einrichtungen derart stark unterscheiden, dürfte zum grössten Teil mit der Klientenstruktur und den Behandlungsformen zu-

²⁵ Allerdings gab es im BKBL im Jahr 2012 im administrativen Bereich zwei FTE mehr als im 2006, was den Schluss nahe legt, dass das Fachpersonal stark von administrativen Arbeiten entlastet wurde.

sammenhängen. Bei den AfA z.B. dürfte der Anteil aufwändiger Patient/innen mit somatischen und psychiatrischen komorbiden Störungen deutlich höher sein als im BKBL. Das BKBL ist wahrscheinlich deshalb in der Lage, mit seinem Stellenetat derart viele Klient/innen zu behandeln, weil dem Gruppensetting im BKBL eine grosse Bedeutung zukommt. Beim Gruppensetting handelt es sich um eine aus ökonomischer Sicht sehr effiziente Behandlungsform, da der durchschnittliche Arbeitsaufwand pro Klient/in im Gruppensetting geringer ist als im Einzelsetting. Eine Expert/in der PDAG hat diesbezüglich geltend gemacht, dass auch die Wirksamkeit von Gruppentherapien sehr vorteilhaft sein soll. Diese Ausführungen machen deutlich, dass ein Vergleich der Anzahl Klient/innen pro vollzeitäquivalenter Fachstelle über die verschiedenen Einrichtungen hinweg nicht zulässig ist. Insgesamt indiziert Abbildung 13, dass die Produktivität in der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL seit 2006 deutlich gesteigert werden konnte. Dabei ist unklar, ob diese Produktivitätssteigerung in einem Zusammenhang mit der Reorganisation per Ende 2007 steht oder andere Gründe hat.

■ **Abbildung 14** zeigt die Entwicklung des ärztlichen Personals an den vollzeitäquivalenten Stellen des Fachpersonals (exkl. und inkl. Pflegefachpersonen) der AfA. Sie macht deutlich, dass durch die Überführung von Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen der BfA per 1. Januar 2008 der Anteil des ärztlichen Personals am Fachpersonal deutlich, von 30.2 Prozent (bzw. 41.6, wenn man Pflegefachpersonen, die nur Leistungen in Zusammenhang mit den Substitutionsbehandlungen erbringen, nicht berücksichtigt) im Jahr 2007 auf 23.5 (bzw. 31.0) Prozent im Jahr 2008 gefallen ist. Danach stieg der Anteil des ärztlichen Personals kontinuierlich an: Im 2012 betrug er 30.4 (bzw. 37.7) Prozent. Der Anstieg des Anteils des ärztlichen Personals nach der erfolgten Integration dürfte im Wesentlichen auf den Kostendruck zurückzuführen sein, der die AfA zu Ertragsoptimierung zwang (Ärzt/innen haben einen deutlich höheren Ertrag pro verrechenbarer Tarmed-Stunde als Sozialarbeiter/innen und Psycholog/innen).

Abbildung 13: Anzahl Klient/innen pro vollzeitäquivalenter Stelle des Fachpersonals im Jahr 2012 im Vergleich zum Jahr 2006



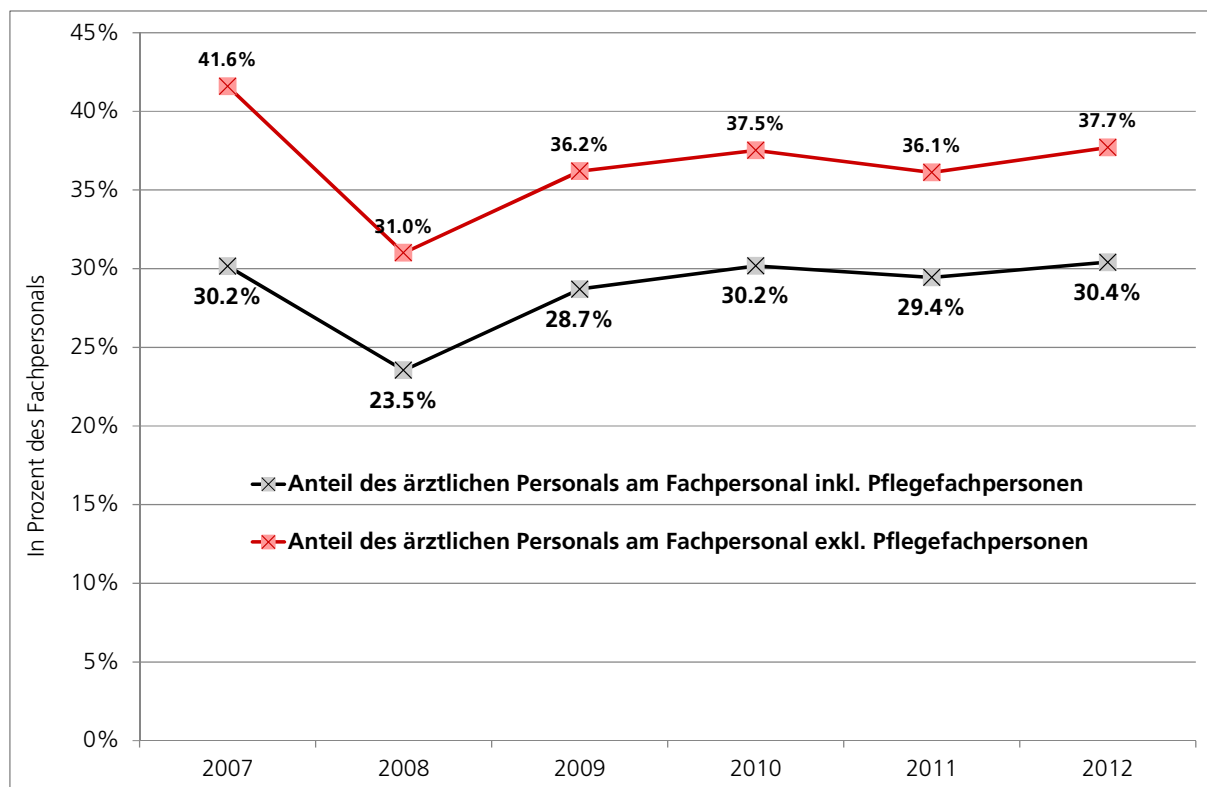
Quelle: AfA, MUSUB, BKBL, BfA; Berechnungen BASS

Tabelle 34: Entwicklung der Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen (FTE) in der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL, 2006-2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total Kanton BL							
Gesamtes Personal	40.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	38.0
Fachpersonal	33.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	29.1
ärztlich	6.2	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	6.6
nicht-ärztlich	27.1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	22.5
Administratives Personal	7.4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	9.0
Total AfA							
Gesamtes Personal	21.4	22.0	26.7	28.3	28.0	28.5	26.8
Fachpersonal	18.3	17.6	20.6	22.6	22.5	23.1	21.7
ärztlich	5.6	5.3	4.9	6.5	6.8	6.8	6.6
nicht-ärztlich	12.7	12.3	15.8	16.1	15.7	16.3	15.1
Administratives Personal	3.1	4.4	6.1	5.7	5.5	5.4	5.1
Ambulatorium Liestal							
Gesamtes Personal	n.a.	7.5	9.8	10.0	9.8	10.3	10.0
Fachpersonal	n.a.	5.9	7.2	7.4	7.2	7.8	7.5
ärztlich	n.a.	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3	3.5
nicht-ärztlich	n.a.	2.6	3.9	4.1	3.9	4.5	4.0
Administratives Personal	n.a.	1.6	2.6	2.6	2.6	2.5	2.5
Ambulatorien Münchenstein & Reinach							
Gesamtes Personal	n.a.	14.5	16.9	18.3	18.2	18.2	16.8
Fachpersonal	n.a.	11.7	13.4	15.2	15.3	15.3	14.2
ärztlich	n.a.	2.0	1.6	3.2	3.5	3.5	3.1
nicht-ärztlich	n.a.	9.7	11.9	12.0	11.8	11.8	11.1
Administratives Personal		2.8	3.5	3.1	2.9	2.9	2.6
Total nicht-ärztliche Einrichtungen							
Gesamtes Personal	19.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	11.2
Fachpersonal	15.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	7.4
ärztlich	0.6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0.0
nicht-ärztlich	14.4	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	7.4
Administratives Personal	4.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	3.9
BKBL							
Gesamtes Personal	5.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	6.9
Fachpersonal	4.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4.3
ärztlich	0.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0.0
nicht-ärztlich	4.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4.3
Administratives Personal	0.7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2.6
MUSUB							
Gesamtes Personal	4.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4.3
Fachpersonal	3.5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	3.1
ärztlich	0.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0.0
nicht-ärztlich	3.5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	3.1
Administratives Personal	0.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1.3
BfA							
Gesamtes Personal	10.0	n.a.	0	0	0	0	0
Fachpersonal	7.2	n.a.	0	0	0	0	0
ärztlich	0.6	n.a.	0	0	0	0	0
nicht-ärztlich	6.6	n.a.	0	0	0	0	0
Administratives Personal	2.8	n.a.	0	0	0	0	0

Quelle: AfA, BKBL, BfA, MUSUB; Berechnungen BASS

Abbildung 14: Entwicklung des Anteils des ärztlichen Personals am Fachpersonal der AfA



Quelle: AfA; Berechnungen BASS

5.4 Produktivität

Tabelle 35 zeigt die von der AfA im Jahr 2012 über Tarmed verrechneten Stunden, die daraus resultierenden Tarmed-Stunden pro vollzeitäquivalenter Fachstelle sowie die Tarmed-Produktivität. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Tarmed-Produktivität je nach Berufsgruppen zwischen 25 Prozent und 30 Prozent streut. Ein/e durchschnittliche/r vollzeitbeschäftigte/r Suchtberater/in leistet pro Jahr gut 600 Stunden, die über Tarmed abgerechnet werden können.

Tabelle 35: Tarmed-Stunden und Tarmed-Produktivität der AfA im Jahr 2012

	Brutto-Jahresarbeitszeit	Verrechnete Tarmed-Stunden			Tarmed-Stunden pro FTE			Tarmed-Produktivität in Prozent		
		L	M&R	AfA	L	M&R	AfA	L	M&R	AfA
Total Fachpersonal		4'376	4'013	8'388	605	606	605	26.2	26.3	26.3
Ärztliches Fachpersonal		1'842	915	2'757	790	670	746	30.3	25.7	28.6
Leitende Ärzt/innen	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Oberärzt/innen	2610	540	517	1057	739	739	739	28.3	28.3	28.3
Assistenzärzt/innen	2610	1'302	398	1'700	814	597	750	31.2	22.9	28.7
Nicht-ärztliches Fachpersonal	2192	2'534	3'098	5'632	517	589	554	23.6	26.9	25.3
Psycholog/innen	2192	497	775	1'272	552	565	560	25.2	25.8	25.5
Sozialarbeiter/innen	2192	2'037	2'323	4'360	509	598	553	23.2	27.3	25.2

Abkürzungen: L = Liestal, R = Reinach, M = Münchenstein, FTE = vollzeitäquivalente Stellen
 Quelle: AfA, Berechnungen BASS

Die konsultierten Expert/innen der AfA haben ausgeführt, dass die Tarmed-Produktivität im Zeitraum nach der Reorganisation per 1. Januar 2008 deutlich gesteigert wurde. Dies indizieren auch die in **Tabelle 36** dargestellten Daten zur Entwicklung der Anzahl Konsultationen und der Anzahl Taxpunkte:

■ **Konsultationen:** Die Anzahl Konsultationen hat sich seit 2008 fast verdreifacht (+158 Prozent), was nur zu einem sehr geringen Teil auf die Zunahme der Anzahl Klient/innen in diesem Zeitraum (+12.5 Prozent) zurückgeführt werden kann. Tabelle 36 zeigt, dass die Zunahme der Anzahl Konsultationen darauf zurückzuführen ist, dass pro Klient/in mehr Konsultationen geleistet (oder zumindest abgerechnet → Verrechnungsdisziplin) werden: Die Anzahl Konsultationen pro Klient/in wurde innerhalb von fünf Jahren mehr als verdoppelt. Da das Fachpersonal zwischen 2008 und 2012 nicht in einem nennenswerten Umfang ausgebaut wurde, stieg die Anzahl Konsultationen pro vollzeitäquivalenter Fachstelle: Im Jahr 2012 rechnete ein/e vollzeitbeschäftigte/r Suchberater/in der AfA 2.5-mal so viele Konsultationen ab wie im Jahr 2008.

■ **Taxpunkte:** Die AfA steigerte die Anzahl Taxpunkte zwischen 2008 und 2012 um 50 Prozent. Die Anzahl Taxpunkte pro Klient/in wurde durchschnittlich um einen Drittel gesteigert. Wenn man die Anzahl Taxpunkte ins Verhältnis zu der Anzahl Konsultationen setzt, so stellt man fest, dass die Zahl der Konsultationen viel stärker zugenommen hat als die Zahl der Taxpunkte: Die Anzahl Taxpunkte pro Konsultation ist seit 2008 entsprechend um 42 Prozent gesunken. Möglicherweise ist dies auf eine Reduktion der Dauer einer durchschnittlichen Konsultation zurückzuführen.

Die in Tabelle 36 dargestellten Daten indizieren also, dass die Tarmed-Produktivität der AfA kurz nach der Reorganisation deutlich tiefer war und in einem beachtlichen Ausmass gesteigert wurde. Gemäss Auskunft der befragten Expert/innen der AfA trugen verschiedene Massnahmen zur Erhöhung der Tarmed-Produktivität bei:

■ Erhöhung der **Verrechnungsdisziplin** durch entsprechende Sensibilisierung der Mitarbeitenden.

■ Veränderung, d.h. Straffung der **internen Besprechungskultur** (→ Reduktion der nicht-klient/innenbezogenen Arbeitszeit).

■ **Streichen von Leistungen, die zu keinem Ertrag führen:**

- **Keine Präventionsarbeit:** Die AfA hat zwar im Bereich Prävention einen Leistungsauftrag, erfüllt diesen jedoch aus Kostengründen nicht.
- **Reduktion der Anzahl Standortgespräche** bei Klient/innen, die sich in einem stationären Aufenthalt befinden. Dies deshalb, weil während stationären Aufenthalten keine ambulanten Leistungen abgerechnet werden können.
- **Abwägung von Kosten und Nutzen bei der Vernetzung** mit Angehörigen und anderen Personen aus dem Umfeld (Sozialdienste, Justiz, Schule etc.) bei komplexen Fällen.

■ **Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit bzw. stärkere Arbeitsteilung:** Dadurch wird offenbar eine parallele Verrechnung durch verschiedene Berufsgruppen möglich.

■ **Produktivitätsbezogene Mitarbeiterführung:** Definition von Soll-Vorgaben, Intervention bei zu tiefer Produktivität und regelmässige Thematisierung der individuellen Produktivität (Sensibilisierung).

Tabelle 36: Entwicklung der Anzahl Konsultationen und der Anzahl Taxpunkte in den AfA, 2008-2012

	2008	2009	2010	2011	2012	Veränderung 2012 vs. 2008
Anzahl Klient/innen	1'341	1'413	1'475	1'502	1'508	12%
Substituierte	613	580	539	522	507	-17%
Nicht-Substituierte	728	833	936	980	1'001	37%
Anzahl FTE Fachpersonal	20.6	22.6	22.5	23.1	21.7	5%
ärztlich	4.9	6.5	6.8	6.8	6.6	36%
nicht-ärztlich	15.8	16.1	15.7	16.3	15.1	-4%
Anzahl Konsultationen	6'801	7'366	14'391	13'873	17'543	158%
pro FTE Fach	330	326	639	601	808	145%
pro Klient/in	5.1	5.2	9.8	9.2	11.6	129%
Anzahl Taxpunkte	1'047'797	1'157'194	1'324'966	1'365'287	1'570'829	50%
pro FTE Fach	50'765	51'181	58'809	59'103	72'388	43%
pro Klient/in	781	819	898	909	1'042	33%
Taxpunkte pro Konsultation	154	157	92	98	90	-42%

Quelle: AfA, Berechnungen BASS

5.5 Kosten und Erträge

Tabelle 37 zeigt die **Entwicklung der Kosten und der Erträge** der Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL in den Jahren 2006 bis und mit 2012:

■ **Kosten:** Im Jahr 2006 verursachte die ambulante Suchtberatung des Kantons BL Kosten in der Höhe von 6.3 Millionen Franken. Im Jahr 2012 betragen die Kosten 6.85 Millionen Franken. Seit 2006 sind die Kosten also um 544'000 Franken bzw. 8.6 Prozent gestiegen. Die Kosten pro Klient/in haben in einem vergleichbaren Ausmass zugenommen (+9.8 Prozent). Die Daten indizieren, dass von den Kosten der BfA in der Höhe von 1.39 Millionen Franken etwa 350'000 Franken in das BKBL und 1.05 Millionen Franken in die AfA (bzw. in die damalige DBL) transferiert wurden. Die Daten indizieren des Weiteren, dass die Kostensteigerung um knapp 10 Prozent nicht unmittelbar in einen Zusammenhang mit der Reorganisation per Anfangs 2008 gebracht werden kann: Tabelle 37 zeigt, dass die Kosten der gesamten institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL bis ins Jahr 2010 mit rund 6.4 Millionen Franken nur geringfügig höher waren als im Jahr 2006 (6.3 Millionen Franken). Die Kostensteigerung in der Höhe von 0.5 Millionen Franken hat im Jahr 2011 in den AfA stattgefunden.

■ **Kostendeckungsgrad:** Tabelle 37 macht deutlich, dass die Integration von Teilen der BfA in die AfA zu einer deutlichen Reduktion des Kostendeckungsgrad führte: Während der Kostendeckungsgrad der DBL im Jahr 2006 noch 65.2 betrug, betrug er im Jahr 2009 nur noch 58 Prozent. Zu einem grossen Teil dürfte diese Reduktion darauf zurückzuführen sein, dass die Zahl (und der Anteil) nicht-substituierter Klient/innen durch die Integration anstiegen. Da der Kostendeckungsgrad in der Suchtberatung tiefer ist als bei den Substitutionsbehandlungen, war eine Reduktion des Kostendeckungsgrads unvermeidlich. In der Folge stieg der Kostendeckungsgrad bis auf 64.3 Prozent im Jahr 2012 mittels einer Erhöhung der Tarmed-Produktivität (vgl. Abschnitt 5.4). Allerdings fällt auf, dass die grösste Steigerung des Kostendeckungsgrads im Jahr 2012 realisiert werden konnte. Der Schluss liegt nahe, dass dies mit den ökonomischen Anreizen zusammenhängt, die sich mit der Verselbständigung der PBL per 1. Januar 2014 veränderten (Wegfall des Kantons als «Defizitfinanzierer» bzw. als «lender of last resort»).

■ **Ertragslücke:** Die empirischen Daten indizieren, dass die Integration von Teilen der ambulanten Alkoholberatung in die Psychiatrie per 1. Januar 2008 die Ertragslücke (Erträge minus Kosten), die letztlich vom Kanton gedeckt werden muss, um jährlich rund 280'000 Franken reduziert hat.

Tabelle 37: Entwicklung der Kosten und Erträge der ambulanten Suchtberatung des Kantons Baselland, zu Preisen 2012

			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kosten									
Total Kanton BL	absolut	TCHF	6'307	n.a.	n.a.	6'505	6'406	6'982	6'851
	pro Klient/in	CHF	2'394	n.a.	n.a.	2'757	2'636	2'721	2'628
	pro Einw.	CHF	23.4	n.a.	n.a.	23.7	23.2	25.2	24.6
AfA	absolut	TCHF	3'886	n.a.	n.a.	5'165	5'136	5'706	5'559
	pro Klient/in	CHF	3'770	n.a.	n.a.	3'655	3'482	3'799	3'686
BfA, BKBL & MUSUB	absolut	TCHF	2'421	n.a.	1'411	1'341	1'269	1'276	1'292
	pro Klient/in	CHF	1'510	n.a.	1'512	1'416	1'329	1'199	1'176
BfA	absolut	TCHF	1'390	n.a.	0	0	0	0	0
BKBL	absolut	TCHF	686	745	1'093	1'061	1'029	1'049	1'054
MUSUB	absolut	TCHF	344	330	318	280	240	227	238
Ertrag									
Total Kanton BL		TCHF	2'944	n.a.	n.a.	3'383	3'511	3'574	3'949
AfA		TCHF	2'532	n.a.	n.a.	2'995	3'162	3'216	3'577
BfA, BKBL & MUSUB		TCHF	412	n.a.	393	388	349	358	372
BfA		TCHF	29	n.a.	0	0	0	0	0
BKBL		TCHF	195	222	277	290	302	322	332
MUSUB		TCHF	188	156	116	99	47	35	40
Ertragslücke (= Staatsbeitrag)									
Total Kanton BL		TCHF	-3'363	n.a.	n.a.	-3'122	-2'895	-3'408	-2'903
AfA		TCHF	-1'354	n.a.	n.a.	-2'170	-1'974	-2'489	-1'982
BfA, BKBL & MUSUB		TCHF	-2'009	n.a.	-1'018	-953	-921	-918	-921
BfA		TCHF	-1'361	n.a.	0	0	0	0	0
BKBL		TCHF	-492	-523	-816	-771	-727	-727	-722
MUSUB		TCHF	-156	-174	-202	-181	-194	-192	-199
Kostendeckungsgrad									
Total Kanton BL		in %	46.7	n.a.	n.a.	n.a.	54.8	51.2	57.6
AfA		in %	65.2	n.a.	n.a.	58.0	61.6	56.4	64.3
BfA, BKBL & MUSUB		in %	17.0	n.a.	n.a.	n.a.	27.5	28.0	28.8
BfA		in %	2.1	n.a.	-	-	-	-	-
BKBL		in %	28.4	29.8	25.4	n.a.	29.3	30.7	31.5
MUSUB		in %	54.7	47.2	36.4	35.2	19.5	15.6	16.6

Quelle: AfA, MUSUB, BfA, BKBL; Berechnungen BASS

Tabelle 38 zeigt die **Kosten- und Ertragsstruktur der AfA im Jahr 2012**. Folgende Beobachtungen sind bemerkenswert:

■ Der Anteil der Primärkosten (Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen) ist bei den Ambulatorien Münchenstein und Reinach tiefer als im Ambulatorium Liestal. Dies ist nicht auf das Ambulatorium Münchenstein, sondern auf das suchtmedizinische Zentrum in Reinach mit dem Schwerpunkt Substitution und HegeBe zurückzuführen. Wie **Tabelle 39** zeigt, weist das Ambulatorium HAG der PDAG – das Analogon zum Ambulatorium Reinach der AfA im Kanton AG – eine ähnliche Kostenstruktur auf wie das Ambulatorium Reinach der PBL:

- Der Kostendeckungsgrad der institutionellen Einheiten mit Fokus auf der methadon- und heroingestützten Behandlung ist deutlich höher als der Kostendeckungsgrad von institutionellen Einheiten mit Fokus auf der ambulanten Suchtbehandlung. Dies ist auf die Substitutions- und HegeBe-Pauschalen zurückzuführen.
- Der Anteil der Primärkosten (Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen) an den Gesamtkosten ist in den institutionellen Einheiten mit Fokus auf Substitution und HegeBe deutlich

tiefer als in institutionellen Einheiten mit Fokus auf der ambulanten Suchtberatung. Entsprechend ist bei den Ambulatorien HAG und Reinach der Zuschlagssatz auf die Primärkosten²⁶ deutlich höher.

- Die Kosten pro Klient/in und Jahr betragen in den Ambulatorien HAG und Reinach ein Vielfaches der entsprechenden Kosten in der ambulanten Suchtberatung.

Dies macht deutlich, dass die ökonomischen Verhältnisse in der Substitutionsbehandlung völlig andere sind als in der ambulanten Suchtberatung.

■ Die Tarmed-Erträge machen am Gesamtertrag der AfA nur gerade 40.4 Prozent (Liestal: 48.1 Prozent) aus. Die Substitutions- und HegeBe-Pauschalen führen bei den AfA zu einem Ertrag, der in seinem Ausmass etwa dem Tarmed-Ertrag entspricht. Erträge in einem relevanten Umfang generierten die AfA zusätzlich über den Verkauf von Medikamenten, was im Kanton AG übrigens nicht möglich ist, da dort die Selbstdispensation verboten ist.

■ Der Kostendeckungsgrad der Ambulatorien Münchenstein und Reinach ist deutlich höher als der Kostendeckungsgrad des Ambulatoriums Liestal. Dieser Sachverhalt ist auf das Ambulatorium Reinach zurückzuführen. Das Ambulatorium Münchenstein dürfte einen noch tieferen Kostendeckungsgrad aufweisen als das Ambulatorium Liestal. Denn es scheint zu gelten: Je grösser das Volumen der Substitutionsbehandlungen, desto höher der Kostendeckungsgrad.

Tabelle 38: Kosten und Ertragsstruktur der AfA im Jahr 2012

		Liestal	Münchenstein & Reinach	AfA
Kosten	in TCHF	2'640	2'919	5'559
Personalkosten	in %	78.1	59.0	68.1
Sachkosten	in %	9.3	23.5	16.8
Anlagenutzungskosten	in %	8.5	3.5	5.9
Overhead-Kosten	in %	4.1	14.0	9.3
Ertrag	in TCHF	1'614	1'963	3'577
Tarmed	in %	48.1	34.1	40.4
Medikamente	in %	12.8	15.3	14.2
Labor	in %	2.6	3.0	2.8
Übrige Erträge Patienten	in %	5.5	4.5	4.9
Substitutions- & HegeBe-Pauschale	in %	33.1	43.1	38.6
FIAZ-Kurse	in %	0.0	1.9	1.0
Abgeschriebene Forderungen	in %	-2.6	-1.9	-2.2
Restliche Erträge	in %	0.6	-0.1	0.2
Kostendeckungsgrad	in %	61.1	67.2	64.3

Quelle: AfA, Berechnungen BASS

²⁶ Unter dem «Zuschlagssatz auf die Primärkosten» ist der Anteil der restlichen Kosten (Sachkosten, Anlagenutzungskosten und Overhead-Kosten) an den Primärkosten (Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen) zu verstehen.

Tabelle 39: Vergleich der Kostenstruktur der Ambulatorien Reinach (AfA) und HAG (PDAG)

		PDAG		AfA
		Ambulatorium HAG	Ambulatorium Reinach	
Kostendeckungsgrad	in %	92.2		79.4
Zuschlagssatz auf die Primärkosten ³	in %	66.5		79.0
Anteil der Primärkosten an den Vollkosten ¹	in %	60.1		41.1
Geschätzte Vollkosten pro Klient/in ²	in CHF	10'830 ²		8'602 ²

Fussnoten: ¹Dass der Anteil der Primärkosten an den Vollkosten im Ambulatorium HAG (PDAG) höher ist als im Ambulatorium Reinach (AfA) dürfte sich mit den Medikamentenkosten erklären, die in den AfA substantiell sind. Im Kanton AG ist Selbstdispensation nicht zugelassen. ²Es handelt sich eine Schätzung auf der Basis geschätzter Klientenzahlen. Es ist möglich, dass wir die Anzahl substituierter Klient/innen des Ambulatoriums HAG unterschätzen, die Anzahl substituierter Klient/innen des Ambulatorium Reinach hingegen überschätzen. In diesem Fall würde wir die Kosten pro Klient/in des Ambulatoriums HAG über-, die Kosten pro Klient/in des Ambulatoriums Reinach hingegen unterschätzen. Die Differenz sollte also nicht interpretiert werden. Die Daten haben wir ausgewiesen, um zu zeigen, dass die Kosten pro Klient/in bei den Ambulatorien HAG und Reinach deutlich höher sind als die entsprechenden Kosten in der ambulanten Suchtberatung; ³Anteil der Sach-, Anlagenutzungs- und Overhead-Kosten an den Primärkosten. Quelle: Berechnungen BASS

5.6 Qualität und Effektivität

Es gibt die Befürchtung, dass die Abrechnung über das KVG dazu führt, dass gewisse Leistungen, die nicht oder nur zum Teil über Tarmed abgerechnet werden können, nicht mehr oder nicht mehr in ausreichendem Mass erbracht werden, so dass letztlich die Qualität und Wirksamkeit der ambulanten Suchtberatung Schaden nehmen.

Wir verfügen über keine empirischen Daten, die Aussagen bezüglich Qualität und Wirksamkeit der ambulanten Suchtberatung im Kanton BL ermöglichen würden. Allerdings haben wir Interviews mit Expert/innen der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL inner- und ausserhalb der AfA geführt. Im Rahmen dieser Interviews haben wir die Frage der Beratungsqualität und Beratungswirksamkeit thematisiert. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Ausführungen der befragten Expert/innen des BKBL zu den Auswirkungen der Abrechnung über das KVG mit den diesbezüglichen Ausführungen der befragten Expert/innen der AfA vollständig deckungsgleich sind.

Die Ergebnisse dieser Befragung lassen sich wie folgt zusammenfassen.

- Die befragten Expert/innen des BKBL haben übereinstimmend die Ansicht vertreten, dass in den AfA gute Arbeit geleistet wird und an der Qualität der Einzelberatung nichts auszusetzen sei.
- Ein Suchtberater, der früher in der BfA, dann in der DBL, im PDA und in den AfA gearbeitet hat und heute im BKBL als Suchtberater tätig ist, hat die Ansicht vertreten, dass die Tarmed-Abrechnung keine negativen Auswirkungen auf die Qualität von Einzel- und Paarberatungen habe. In der Einzel- und Paarberatung habe er in den AfA genau gleich gearbeitet, wie er es früher bei der BfA tat und es heute im BKBL tut. Die (Nicht-)Abrechenbarkeit behindere in erster Linie die Vernetzung, da es bei der Verrechenbarkeit von Vernetzungsarbeit Limitationen gibt, die greifen. Allerdings arbeiten auch die Suchtberater/innen der AfA mit Bezugspersonen wie Lehrpersonen und Sozialdiensten zusammen.

Diese Einschätzungen führen uns letztendlich zum Schluss, dass bezüglich Qualität und Wirkung nicht die entscheidende Frage ist, ob über Tarmed abgerechnet wird oder nicht, sondern die Frage, ob der Kanton bereit ist, gemeinwirtschaftliche Leistungen zu finanzieren, die nicht über Tarmed verrechnet werden können. Folgende Beispiele illustrieren diesen Gedanken:

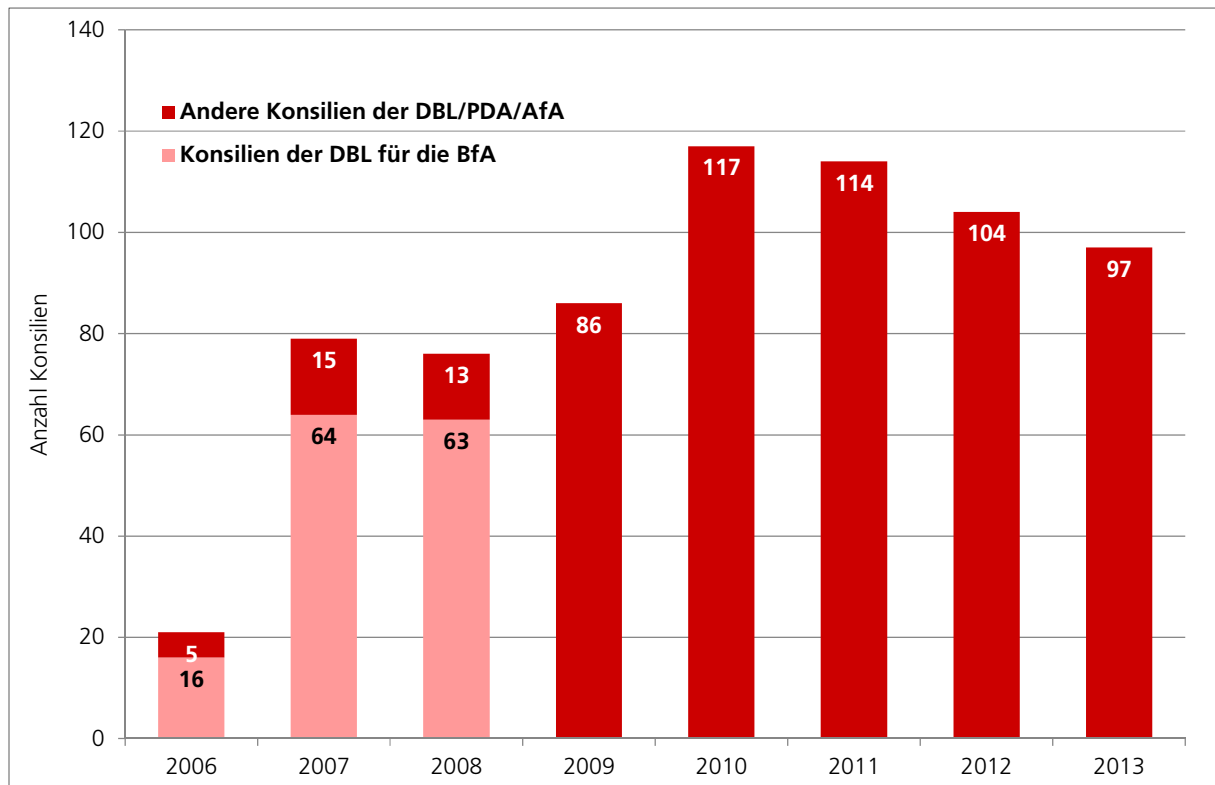
- **Konsilien:** Wenn die Gesundheitsfachpersonen in einem Spital den Eindruck haben, dass ein/e Patient/in ein Suchtproblem hat, so können sie eine/n Suchtberater/in der AfA für ein Gespräch mit dem Patienten bzw. der Patientin herbeirufen. Da sich der/die Patient/in in einem stationären Aufenthalt befindet, können die AfA die Kosten dieses Konsiliums nicht über Tarmed abrechnen. Wegen des Kostendrucks

sind die AfA deshalb gezwungen, die Kosten der Konsilien den Spitälern in Rechnung zu stellen. Einige der befragten Expert/innen haben geltend gemacht, dass dies zu einer Reduktion der Anzahl Konsilien geführt hat. Leider lassen es die verfügbaren Daten nicht zu, diesen Sachverhalt empirisch zu überprüfen: Zwar sind uns die Anzahl Konsilien der AfA seit 2006 bekannt (vgl. **Abbildung 15**), wir verfügen jedoch über keine Daten zu der Anzahl Konsilien der BfA und des BKBL vor dem Jahr 2008. Gemäss der Auskunft von Befragten gibt es Abteilungen von Spitälern, die dazu übergegangen sind, nicht die AfA, sondern das BKBL für Konsilien anzurufen – dies deshalb, weil das BKBL diese Konsilien kostenlos leisten kann. Allenfalls ist dies eine Erklärung für den in Abbildung 15 dokumentierte stetige Rückgang der Konsilien der AfA seit 2010. Dieses Beispiel zeigt: Entscheidend ist hier nicht die Systemfrage, sondern die Frage, ob der Kanton BL der Ansicht ist, dass Konsilien für die Früherkennung wichtig sind und gefördert werden sollten, so dass ökonomische Barrieren (Rechnung an die Spitäler, die selbst unter Kostendruck stehen) abgebaut werden sollten und ob er entsprechend bereit ist, die Kosten von Konsilien zu tragen.

■ **Cannabis-Präventionskurs:** Die AfA führte bis Ende 2012 zusammen mit der Jugendstaatsanwaltschaft Cannabis-Präventionskurse für auffällige Jugendliche durch, die diesen Kurs besuchen mussten. Dann wurden der AfA die Gelder für gemeinwirtschaftliche Leistungen reduziert, so dass die AfA diese Kurse nicht mehr ohne Ertrag durchführen konnten. Die AfA machten der Jungendstaatsanwaltschaft dann deshalb ein entsprechendes Angebot, das die Jugendanwaltschaft aus finanziellen Gründen ausschlug. Auch dieses Beispiel zeigt: Ob Cannabis-Präventionskurse für auffällige Jugendliche durchgeführt werden, hängt nicht davon ab, ob die Einrichtung ärztlich oder nicht-ärztlich geführt ist, sondern davon, ob der Kanton diese Leistung wünscht und bereit ist, die entsprechenden Kosten zu tragen.

Diese Ausführungen belegen unseres Erachtens: Welche Leistungen der ambulanten Suchtberatung in welcher Qualität erbracht werden und welche Leistungen nicht erbracht werden, hängt nicht davon ab, ob die ambulante Suchtberatung ärztlich-medizinisch oder sozialtherapeutisch organisiert ist. Die entscheidende Frage ist vielmehr die, welche Leistungen der Kanton wünscht und welche Leistungen er bereit ist zu finanzieren. Hierbei handelt es sich unseres Erachtens um eine strategische Führungsaufgabe des Kantons, die er nicht an die leistungserbringenden Einrichtungen delegieren sollte – selbstverständlich kann er sich jedoch bei der Ausübung dieser Führungsaufgabe von den Fachexpert/innen der leistungserbringenden Einrichtungen beraten lassen.

Abbildung 15: Entwicklung der Anzahl Konsilien der AfA, 2006-2012



Quelle: AfA, Darstellung BASS

5.7 Fazit und Bewertung

Wir fassen die Ergebnisse der durchgeführten Analyse der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL wie folgt zusammen:

■ **Zugang zum Versorgungssystem:** Ein empirischer Vergleich der Anzahl Klient/innen der institutionellen ambulanten Suchtberatung der Kantone AG und BL indiziert, dass der Anteil nicht-substituierter Menschen mit einem behandlungswürdigen Suchtproblem, die sich in einer Institution behandeln lassen, die im Bereich der ambulanten Suchthilfe einen Leistungsauftrag des Kantons hat, im Kanton BL deutlich höher ist als im Kanton AG. Hingegen scheinen Angehörige und weitere Personen aus dem Umfeld von Menschen mit Suchtproblemen im Kanton BL deutlich weniger häufig Leistungen der institutionellen ambulanten Suchtberatung in Anspruch zu nehmen als im Kanton AG. Der zweitgenannte Sachverhalt scheint zumindest zu einem Teil mit der Reorganisation der ambulanten Suchtberatung des Kantons BL per Ende 2007 zusammenzuhängen. Eine empirische Analyse der Entwicklung der Anzahl Klient/innen der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL seit dem Jahr 2006 indiziert, dass die Anzahl Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen seit 2006 leicht, um geschätzte 4.5 Prozent, gesunken ist. Dieser Rückgang erklärt sich mit einer Reduktion:

- der Anzahl substituierter Klient/innen um 20 Prozent (-108 Klient/innen),
- der Anzahl Angehöriger und weiterer Personen aus dem Umfeld von Menschen mit Suchtproblemen um mehr als die Hälfte (-213 Klient/innen) und mit einer Reduktion
- der Anzahl im Kanton BL wohnender Klient/innen der MUSUB um 40 Prozent (-90 Klient/innen).

Die Anzahl selbst betroffener, nicht-substituierter Klient/innen (pro 1'000 Einwohner/innen) konnte seit 2006 hingegen deutlich, um knapp 15 Prozent (+294 Klient/innen) gesteigert werden. Zwei Fünftel dieser Zunahme entfallen gemäss unseren Schätzungen auf den Bereich Alkohol (+6.8 Prozent bzw. +120 Klient/innen), drei Fünftel auf die restlichen selbst betroffenen, nicht substituierten Klient/innen (+33.5 Pro-

zent bzw. +174 Klient/innen). Das erklärte Ziel der per 1. Januar 2008 vollzogenen Reorganisation der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL war eine Erhöhung des Anteils der Menschen mit einem behandlungswürdigen Alkoholproblem, die eine ambulante Suchtberatung in Anspruch nehmen. Gemäss unserer Schätzung konnte die Anzahl Klient/innen mit Hauptproblem Alkohol seit 2007 unter Berücksichtigung der Wohnbevölkerung um 6.1 Prozent erhöht werden²⁷, was einer jährlichen Wachstumsrate von 1.2 Prozent entspricht. Dies stellt unseres Erachtens nicht eine wesentliche Erhöhung der Anzahl Klient/innen dar. Diesbezüglich ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass die Möglichkeiten der AfA, neue Zuweisungs- und Rekrutierungskanäle zu erschliessen bzw. bestehende auszuschöpfen, aufgrund des Kostendruck eingeschränkt waren (1. Keine kostenlose Angebote für Angehörige, 2. Keine Suchtprävention, 3. Minimierung der nicht-klient/innenbezogenen Vernetzungsarbeit, 4. Verrechnung von Konsilien, 5. Verzicht auf Cannabis-Präventionskurs.) Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse formulieren wir folgende **Schlussfolgerungen bzw. Thesen**:

- Ein duales System der ambulanten Suchtberatung ist einem monistischen System – sei es ein rein ärztlich-medizinisches oder ein rein sozialtherapeutisches – in Bezug auf die Behandlungsquote (Anzahl Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen) überlegen. Eine inhaltliche Erklärung hierfür wäre, dass mit einem dualen System mehr Zuweisungskanäle erschlossen und bewirtschaftet werden können.
- Dass der Anteil der Menschen mit einem behandlungswürdigen Alkoholproblem, die ambulante Suchthilfeleistungen in Anspruch nehmen, mit der Reorganisation per 1. Januar 2008 nicht wesentlich gesteigert werden konnte, ist darauf zurückzuführen, dass die Möglichkeiten der AfA, neue Zuweisungs- und Rekrutierungskanäle zu erschliessen bzw. bestehende auszuschöpfen, aufgrund des Kostendrucks eingeschränkt waren. Denn für die Vernetzungsarbeit sind personelle Ressourcen erforderlich.
- Eine systematische Abrechnung der erbrachten Leistungen über KVG, wie sie in den AfA beobachtet werden kann, erhöht die Schwelligkeit des Angebots grundsätzlich. In einem dualen System, wie es im Kanton BL im Alkoholbereich existiert, scheint die erhöhte Schwelligkeit wegen der Verfügbarkeit eines unentgeltlichen Angebots keine wesentlichen Auswirkungen auf den Zugang zum Versorgungssystem zu entfalten.

■ **Effizienz des Versorgungssystems:** Die Kosten der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL sind seit dem Jahr 2006 um knapp 10 Prozent gestiegen. Dasgleiche gilt für die Kosten pro Klient/in. Da die Kostensteigerung erst nach dem Jahr 2010 stattgefunden hat, kann sie nicht unmittelbar in einen Zusammenhang mit der Reorganisation per Ende 2007 gebracht werden. Da die Anzahl vollzeit-äquivalenter Stellen in der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL seit dem Jahr 2006 leicht abgenommen hat, lässt sich die Kostensteigerung nicht mit einem personellen Ausbau erklären. Entsprechend liegt der Schluss nahe, dass die Kostensteigerung mit einer Veränderung des Preis- und/oder des Lohnniveaus zusammenhängt. Die empirischen Daten indizieren, dass die Produktivität der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL seit dem Jahr 2006 deutlich gesteigert werden konnte: In den AfA kann seit dem Jahr 2008 eine markante Ausdehnung des verrechenbaren Leistungsvolumens pro Klient/in beobachtet werden. Diese Ausdehnung des verrechenbaren Leistungsvolumens wurde nicht mittels eines Einsatzes zusätzlicher personeller Ressourcen, sondern mittels einer Erhöhung der Tarmed-Produktivität realisiert – d.h. mittels einer Erhöhung des Volumens verrechenbarer Leistungen pro vollzeit-äquivalente Stelle. Auch die Leistungsdaten des BKBL indizieren eine beachtliche Effizienzsteigerung: Die Anzahl Klient/innen pro vollzeitäquivalenter Fachstelle stieg im BKBL von 131 im Jahr 2006 auf 227 im Jahr 2012. Die Zahl von 227 Klient/innen pro vollzeitäquivalente Fachstelle ist nicht nur im Vergleich zu

²⁷ Vgl. die Ausführungen in Abschnitt 5.2 den Annahmen, die unserer Schätzung zugrunde liegen.

den AfA, sondern auch im Vergleich zu sozialtherapeutischen Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe im Kanton AG sehr hoch.

■ **Staatsbeitrag:** Die Integration von Teilen der ambulanten Alkoholberatung in die Psychiatrie hat gemäss unserer Schätzung zu einer Reduktion des Staatsbeitrags des Kantons BL in der Höhe von etwa 280'000 Franken pro Jahr geführt.

■ **Qualität und Effektivität des Versorgungssystems:** In Zusammenhang mit der Abrechnung ambulanter Suchthilfeleistungen über Tarmed gibt es die Befürchtung, dass die Abrechnung über das KVG dazu führt, dass gewisse Leistungen, die nicht oder nur zum Teil über Tarmed abgerechnet werden können, nicht mehr oder nicht mehr in ausreichendem Mass erbracht werden, so dass die Qualität und letztlich die Wirksamkeit der ambulanten Suchtberatung Schaden nehmen. Auf der einen Seite scheint es unbestritten zu sein, dass die Beratungsprozesse in den AfA bzw. deren Ausgestaltung von den ökonomischen Anreizen, die von der Abrechnung über Tarmed ausgehen, beeinflusst wurden und werden. Im Einzelsetting scheinen sich die Beratungsprozesse in den AfA jedoch nicht fundamental von denjenigen im BKBL zu unterscheiden. Auf der anderen Seite muss festgehalten werden, dass wir auf keine empirische Evidenz gestossen sind, mit der sich belegen lassen würde, dass die Abrechnung über das KVG die Wirksamkeit der ambulanten Suchtberatung der AfA negativ tangiert. Vielmehr ist die Sachlage derart, dass die befragten Expert/innen des BKBL der Einzelberatung in den AfA eine einwandfreie Qualität attestiert haben. Insgesamt gelangen wir zum Schluss, dass für Qualität und Wirksamkeit weniger die Abrechnung über Tarmed als vielmehr der Kostendruck relevant ist, dem eine leistungserbringende Einrichtung ausgesetzt wird.

5.8 Bedeutung und Grenzen der Fallstudie für die Kostenschätzung

Damit wir die Betriebskosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung wie im Kostenmodell definiert berechnen können, benötigen wir qualifizierte Annahmen bezüglich einiger Parameter des Kostenmodells. Diese qualifizierten Annahmen wollen wir u.a. aus den Verhältnissen der ambulanten Suchtberatung im Kanton BL ableiten, in dem bereits heute ein grosser Teil der ambulanten Suchtberatung in die Psychiatrie integriert ist.

Bei der Ableitung von Schlussfolgerungen gilt es allerdings folgende Unterschiede im Kontext zu berücksichtigen:

■ Im Kanton AG steht ein monistisches, rein ärztlich-medizinisch organisiertes System der ambulanten Suchtberatung zur Debatte. Im Kanton BL gibt es ein solches System nur im illegalen Bereich – und auch das nur bedingt, weil im BKBL zum Teil auch Personen behandelt werden, die neben dem Alkoholproblem auch noch ein Problem mit illegalen Substanzen wie Cannabis und Kokain haben. Im legalen Bereich gibt es mit dem BKBL eine nicht-ärztlich geführte Einrichtung der ambulanten Suchtberatung – im Bereich Alkohol haben wir im Kanton BL also ein duales System der ambulanten Suchtberatung.

■ Der per 1. Januar 2008 vollzogene Systemwechsel im Kanton BL war im Vergleich zu dem im Kanton AG zur Debatte stehende Systemwechsel ein «sanfter» Systemwechsel, da der gesamte illegale Bereich bereits vorher in die Psychiatrie integriert war.

■ Die Klientenstruktur einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung wird sich deutlich von der Klientenstruktur der AfA unterscheiden (vgl. **Abbildung 16**):

- Der Anteil der Klient/innen mit Hauptproblemsubstanz «Opioide» und insbesondere der Anteil substituierter Klient/innen wird in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung deutlich geringer sein als in den AfA. Der Anteil der Klient/innen mit Hauptproblemsubstanz Alkohol hingegen deutlich grösser. Entsprechend dürfte der Anteil komplexer Fälle (Komorbiditäten, psy-

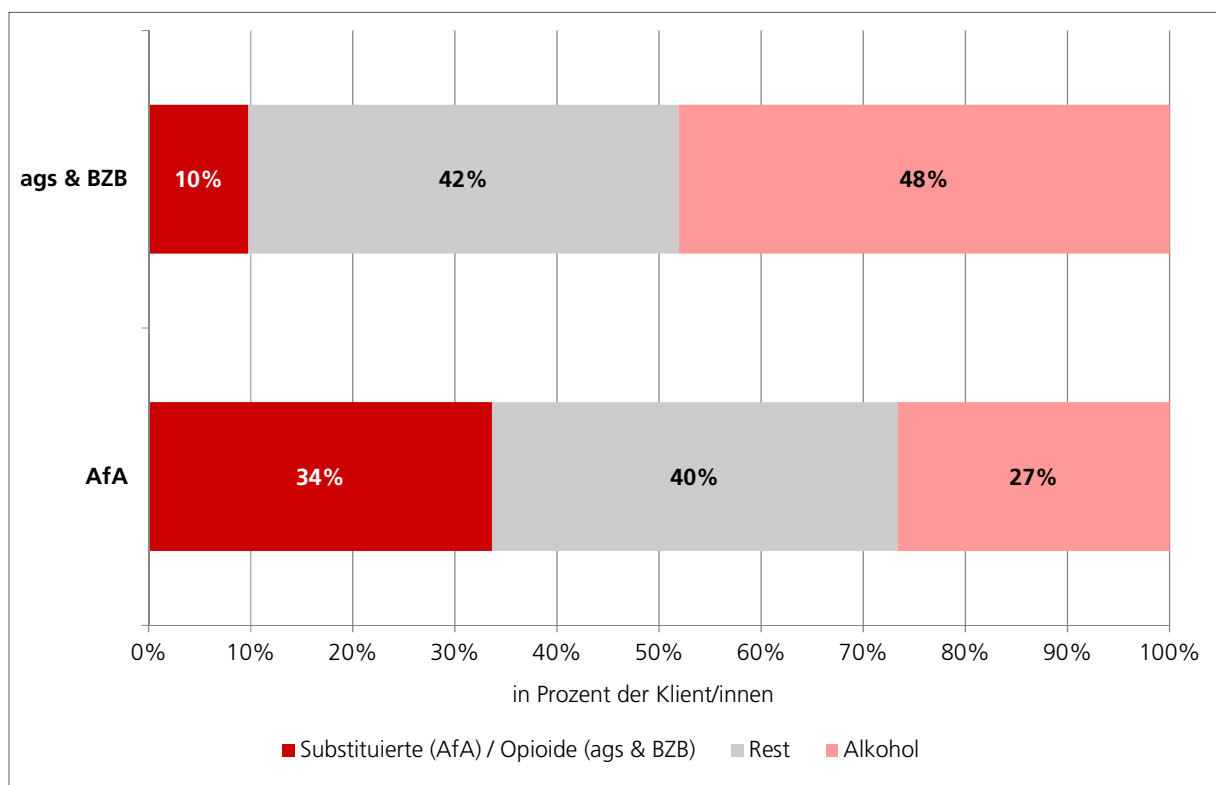
chischer und physischer Gesundheitszustand, soziale Desintegration) in den AfA deutlich höher sein als es in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung der Fall sein würde.

- Die Anzahl Angehöriger und weiterer Personen aus dem Umfeld von Menschen mit Suchtproblemen wird in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung deutlich grösser sein als in den AfA.

■ Im Zentrum des Ambulatoriums Reinach stehen die Substitutionsbehandlungen. Ein Vergleich der Kostenstruktur hat gezeigt (vgl. Tabelle 39 in Abschnitt 5.5) dass das Ambulatorium Reinach mit dem Ambulatorium HAG der PDAG, nicht jedoch mit einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung vergleichbar ist. Aus diesem Grund sind für den Kanton AG vor allem die Verhältnisse im Ambulatorium Liestal der AfA von Interesse. Aber auch bezüglich des Ambulatoriums Liestal gilt es sich stets zu vergegenwärtigen, dass es auch in diesem Ambulatorium in einem beträchtlichen Ausmass Substitutionsbehandlungen gibt, was in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung nicht der Fall sein wird.

■ Das Beratungsangebot einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung dürfte sich vom Beratungsangebot der AfA deutlich unterscheiden. Insbesondere ist davon auszugehen, dass dem Gruppensetting in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung eine deutlich grössere Bedeutung zukommen wird als dies in den AfA der Fall ist.

Abbildung 16: Klientenstruktur der ags und des BZB im Vergleich zur Klientenstruktur der AfA, Jahr 2012



Quelle: AfA, ags, BZB; Berechnungen BASS

6 Annahmen: Parametrisierung des Kostenmodells

Damit wir die Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung wie im Kostenmodell (vgl. Abschnitt 3.3) vorgesehen berechnen können, benötigen wir plausible und qualifizierte Annahmen zu den Parametern des Kostenmodells. Diese Parameter sind in **Tabelle 40** namentlich aufgeführt.

In den nachfolgenden Abschnitten dieses Kapitels werden wir aus den verfügbaren empirischen Daten der ambulanten Suchtberatung in den Kantonen AG und BL plausible und qualifizierte Annahmen zu diesen Parametern ableiten. Die Gesamtheit dieser Annahmen definieren das «**Basisszenario**». Das Basisszenario ist als längerfristiges Szenario ausgelegt. Die Ergebnisse im Basisszenario geben deshalb darüber Auskunft, mit welchen Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung längerfristig zu rechnen sind bzw. wie hoch die Kosten und Erträge der ambulanten Suchtberatung des Kantons AG im Jahr 2012 ausgefallen wären, wenn diese bereits seit einigen Jahren in die PDAG integriert gewesen wäre.

Tabelle 40: Parameter des Kostenmodells, bezüglich welcher qualifizierte und plausible Annahmen getroffen werden müssen

δ	Prozentuale Veränderung der Anzahl Klient/innen infolge einer Integration der ambulanten Suchtberatung in die Psychiatrie, in Prozent
h	Durchschnittliche Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr
α_i	Anteil der verschiedenen Berufsgruppen des Fachpersonals an den über Tarmed verrechneten Stunden
θ	Verhältnis der Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen der Administration (Zähler) zu der Anzahl vollzeitäquivalenter Fachstellen (Nenner), in Prozent
β_i	Tarmed-Produktivität der verschiedenen Berufsgruppen, in Prozent
w_i	Durchschnittliche Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle der verschiedenen Berufsgruppen, in CHF
φ	Zuschlagssatz auf die Primärkosten, in Prozent
p_i	Durchschnittlicher Ertrag einer Tarmed-Stunde der verschiedenen Berufsgruppen, in CHF
ε	Verhältnis des Volumens anderer Erträge (Zähler) zum Volumen der Tarmed-Erträge (Nenner), in Prozent

Quelle: Darstellung BASS

6.1 Organisation der integrierten ambulanten Suchtberatung

Die Kosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung hängen u.a. davon ab, wie die Suchtberatung in die PDAG integriert und organisiert wird. Bezüglich der Organisation gehen wir – in Absprache mit unseren Ansprechpartner/innen der PDAG – von folgenden Annahmen aus:

■ **Standorte:** Die ambulante Suchtberatung wird in den EPD integriert. Ambulante Suchtberatungsleistungen werden an Standorten des EPD erbracht.

■ **Leitung einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung:** Die Leitung einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung wird wie folgt strukturiert sein:

- *1 leitende/r Arzt/Ärztin:* Es wird ein/e leitende/r Arzt/Ärztin für den Bereich der ambulanten Suchtberatung geben, wobei wir davon ausgehen, dass diese/r leitende/r Arzt/Ärztin einen Beschäftigungsgrad von 100 Prozent haben wird.
- *2 leitende Oberärzt/innen:* Es wird zwei Oberärzt/innen geben, welche die Standorte zusammen mit 4 stellenleitenden Psycholog/innen FSP leiten werden (Co-Leitung).
- *4 stellenleitende Psycholog/innen FSP:* Es wird 4 nicht-ärztliche Standortleiter/innen geben. Längerfristig wird es sich bei diesen Standortleiter/innen wahrscheinlich um Psycholog/innen mit einem Fachtitel FSP handeln. Die stellenleitenden Psycholog/innen leiten den Bereich der ambulanten Suchtberatung in den Ambulatorien zusammen mit den zwei leitenden Oberärzt/innen (Co-Leitung). Wir gehen davon aus, dass der durchschnittliche Beschäftigungsgrad dieser 4 stellenleitenden Psycholog/innen 90 Prozent beträgt.

6.2 Veränderung der Anzahl Klient/innen (δ)

Die Fragen, die in diesem Abschnitt beantwortet werden, lauten: **Wie viele Klient/innen wird es in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung geben? Ist bei einer Integration mit einer Veränderung der Anzahl Klient/innen zu rechnen?**

Es ist denkbar, dass sich bei einer Integration der ambulanten Suchtberatung in die PDAG die Anzahl Klient/innen bzw. der Anteil der aargauischen Wohnbevölkerung mit einem behandlungswürdigen Suchtproblem, die eine ambulante Suchtberatung in Anspruch nehmen, verändern würde. Diesbezüglich gibt es zwei Hypothesen:

■ **Schwelligkeits-Hypothese:** Eine Integration der ambulanten Suchtberatung in die PDAG erhöhe die Schwelligkeit des Angebots. Zum einen weil das Label «Psychiatrie» auf potentielle Klient/innen abschreckend wirke²⁸. Zum anderen wegen der Abrechnung über das Krankenversicherungsgesetz (Kostenbeteiligung der Klient/innen und Problemstellung «Anonymität»). Entsprechend würde die Integration zu einer Reduktion der Anzahl Klient/innen führen.

■ **Vernetzungs-Hypothese:** Die Psychiatrischen Dienste seien besser mit den Spitälern und Arztpraxen, bei denen sich Suchtprobleme oft zum ersten Mal manifestieren, vernetzt. Bei einer Integration sei deshalb mit einer Erhöhung der Anzahl Klient/innen zu rechnen, die von den Spitälern und Arztpraxen überwiesen werden.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass diese beiden Hypothesen nicht exklusiv zu verstehen sind. So ist es denkbar, dass zugleich beide Hypothesen zutreffend sind. Bezüglich beider Hypothesen geben wir einleitend Folgendes zu bedenken: Was passiert mit einer Person mit einem behandlungswürdigen Suchtproblem, die wegen einer hohen Schwelligkeit oder wegen einer schlechten Vernetzung vorderhand keine ambulante Suchtberatung in Anspruch nimmt? Es gibt unseres Erachtens drei Möglichkeiten:

■ **Typ 1 - Suchtbehandlung zu einem späteren Zeitpunkt:** Die Suchtproblematik akzentuiert sich derart, dass die Person zu einem späteren Zeitpunkt eine ambulante Suchtberatung in Anspruch nimmt. In diesem Fall führen weder eine hohe Schwelligkeit noch eine schlechte Vernetzung zu einer Reduktion der Anzahl Klient/innen – jedoch zu einer Veränderung des Alters bei der erstmaligen Inanspruchnahme einer ambulanten Suchtberatung. Da die Behandlung zu einem späteren Zeitpunkt einsetzt, ist sie allenfalls teurer und hat allenfalls weniger Erfolgsaussichten.

■ **Typ 2 - Selbstheiler:** Die Person löst sein Suchtproblem ohne eine ambulante Suchtberatung. In diesem Fall haben die hohe Schwelle und die schlechte Vernetzung zu Kosteneinsparungen geführt.

■ **Typ 3 – Behandlungsverweigerer:** Die Suchtproblematik akzentuiert sich über die Zeit, die Probleme werden immer grösser und die Person nimmt dennoch keine ambulante Suchtberatung in Anspruch. Bei einer solchen Person stellt sich die Frage, ob Schwelligkeit und Vernetzung überhaupt relevante Kategorien sind.

Aus dem Fallbeispiel «Kanton Baselland» lassen sich bezüglich der Frage einer allfälligen Veränderung der Anzahl Klient/innen leider nur beschränkt Schlussfolgerungen ableiten – aus folgenden Gründen:

■ Die im Kanton Aargau zur Debatte stehende Variante «Integration» sieht eine Integration der gesamten ambulanten Suchtberatung in die Psychiatrie vor. Im Kanton Baselland ist nicht die gesamte ambulante Suchtberatung in die Psychiatrie integriert: Im Alkoholbereich haben die Klient/innen die Möglichkeit, eine Suchtberatung ausserhalb der Psychiatrie, nämlich im BKBL, in Anspruch zu nehmen. Der stipulierte

²⁸ Dieses Argument erscheint uns – im Gegensatz zum Argument der Abrechnung über das KVG – nicht besonders plausibel. Uns ist nicht klar, weshalb das Label «Psychiatrie» abschreckender wirken soll als das Label «Suchthilfeeinrichtung».

«Schwelligkeits-Effekt» wird im Alkohol-Bereich dadurch abgeschwächt – wenn nicht sogar vollständig eliminiert.

■ Der im Jahr 2008 vollzogene Systemwechsel im Kanton BL (Auflösung der BfA und Überführung der Klient/innen der BfA in die DBL und ins BKBL) war nicht ein derart grundlegender Systemwechsel wie der im Kanton Aargau zur Debatte stehende. Denn ein wesentlicher Teil der ambulanten Suchtberatung – der gesamte illegale Bereich, wenn man von der MUSUB absieht – war im Kanton BL bereits vor dem Jahr 2008 in die Psychiatrie integriert.

Dennoch lassen sich aus den Ergebnissen der Analyse der Entwicklung der Anzahl Klient/innen in der institutionellen ambulanten Suchtberatung des Kantons BL (vgl. Abschnitt 5.2.2) und aus den Ergebnissen des Vergleichs der Anzahl Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen in den Kantonen BL und AG (vgl. Abschnitt 5.2.3) Schlussfolgerungen bezüglich Schwelligkeits- und Vernetzungshypothese ableiten:

■ Die Anzahl Angehöriger und weiterer Personen aus dem Umfeld von Menschen mit Suchtproblemen ist im Kanton BL zwischen 2006 und 2012 deutlich gefallen. Ein Teil dieser Reduktion kann der Reorganisation per 1. Januar 2008 attribuiert werden. In Bezug auf die Angehörigen haben wir also einen Schwelligkeits-Effekt identifiziert.

■ Die Zahl der nicht-substituierten Klient/innen ist im Kanton BL im Bereich Alkohol, in dem die institutionelle ambulante Suchtberatung dual strukturiert ist (AfA ärztlich-medizinisch und BKBL sozialtherapeutisch), doppelt so hoch wie im Kanton AG. Die Zahl der nicht-substituierten Klient/innen im illegalen Bereich hingegen, in dem die Suchtberatung des Kantons BL ärztlich-monistisch organisiert ist, ist 7 Prozent tiefer als im Kanton Aargau. Auch diesen Tatbestand interpretieren wir als empirisches Indiz dafür, dass die Schwelligkeits-Hypothese zutreffend ist.

■ Die Anzahl selbst betroffener Klient/innen mit Hauptproblemsubstanz Alkohol ist im Kanton BL seit der Integration von Teilen der ambulanten Alkoholberatung in die AfA bzw. die damalige DBL leicht gestiegen. Daraus kann allerdings nicht geschlossen werden, dass eine Integration der ambulanten Suchtberatung in die PDAG zu einer Erhöhung der Anzahl selbst betroffener Klient/innen führen wird. Dies deshalb, weil es im Kanton BL neben der AfA noch das BKBL gibt, in dem rund zwei Drittel der Klient/innen mit Hauptproblemsubstanz Alkohol behandelt werden.

Vor diesem Hintergrund folgern wir, dass bei einer Integration der ambulanten Suchtberatung in die PDAG grundsätzlich mit einer Reduktion der Anzahl Klient/innen zu rechnen ist. Mit einer solchen ist auch aus ökonomischen Überlegungen zu rechnen: Wird eine bis anhin kostenlose Dienstleistung plötzlich kostenpflichtig, dann reduziert sich die Nachfrage nach dieser Dienstleistung. Es stellt sich deshalb die Frage, in welchem Ausmass die Zahl der Klient/innen bei einer Integration in die PDAG fallen würde. In Bezug auf diese Frage gibt der Vergleich der Anzahl Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen in den Kantonen BL und AG im illegalen Bereich empirische Hinweise. Dies deshalb, weil die AfA bezüglich der Klient/innen in diesem Bereich die gleiche Stellung hat wie eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung bezüglich aller Klient/innen der ambulanten Suchtberatung haben wird. Diese Stellung zeichnet sich dadurch aus, dass es keine Konkurrenz durch eine nicht-ärztlich geleitete Einrichtung gibt, die ihre Leistungen kostenlos anbieten kann. Bezüglich der Gruppe dieser Klient/innen haben wir festgestellt (vgl. Spalte «Rest» in Tabelle 33 auf Seite 44), dass die Anzahl Klient/innen pro 1'000 Einwohner/innen im Kanton BL 7 Prozent tiefer ist als im Kanton Aargau. Entsprechend würden wir – mangels besserer Alternativen zur Abschätzung der quantitativen Auswirkungen der erhöhten Schwelligkeit – von einer Reduktion der Anzahl Klient/innen um 7 Prozent ausgehen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass das Ausmass des Schwelligkeitseffekts davon abhängt, in welchen Fällen die erbrachten Leistungen überhaupt abgerechnet werden. In den AfA werden grundsätzlich jegliche Leistungen, die über Tarmed abgerechnet

werden können, verrechnet. Die Regeln der Abrechnung, die für eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung vorgesehen sind, unterscheiden sich hiervon deutlich:

■ **Verzicht auf Verrechnung von Gruppenberatungen im Umfang von 6.8 Prozent der Tarmed-Stunden:** Gruppenberatungen sollen in einer in die PDAG integrierten ambulante Suchtberatung nicht verrechnet werden. Damit gibt es für Personen (Angehörige und selbst Betroffene), für die eine Abrechnung über das KVG ein Problem darstellt, ein kostenloses Beratungssetting. Im Jahr 2012 wurden in der ags und im BZB 14'292 Stunden Beratung geleistet (exkl. Vor- und Nachbereitung). 978 bzw. 6.8 Prozent dieser Stunden wurden im Rahmen des Gruppensettings geleistet. Im **Basisszenario** werden wir entsprechend davon ausgehen, dass 6.8 Prozent der Tarmed-Stunden nicht verrechnet werden, was einer Ertragsminderung gleichkommt (vgl. Abschnitt 6.9.3). Im Basisszenario entsprechen diese 6.8 Prozent einem Volumen von 1'460 Tarmed-Stunden.

■ **Verzicht auf Verrechnung von Einzelberatungen im Umfang von 1'500 Tarmed-Stunden:** Im Basisszenario gehen wir davon aus, dass zusätzlich zu den nicht verrechneten Leistungen im Gruppensetting auch Leistungen im Rahmen des Einzelsettings nicht verrechnet werden – und zwar gemäss folgender Regelung:

- *Angehörige:* Angehörige und weitere Personen aus dem Umfeld von Menschen mit Suchtproblemen haben Anspruch auf kostenlose Einzelberatungen im Umfang von maximal zwei Konsultationen à 45 Minuten. Diese zwei Konsultationen können sie zusätzlich zu einer allfälligen Teilnahme an einer Gruppenberatung in Anspruch nehmen. Zusätzliche Einzelkonsultationen werden verrechnet. Ein Vergleich der Klient/innenstatistik der ags (ags 2013) mit dem SAMBAD-Institutionenbericht der ags (Maffli und Notari 2013) zeigt, dass davon ausgegangen werden kann, dass knapp 9 von 10 Angehörigen (88.1 Prozent) 3 oder weniger Konsultationen in Anspruch nehmen.
- *Jugendliche Betroffene:* Jugendliche Betroffene, die 22-jährig oder jünger sind, haben Anspruch auf kostenlose Einzelberatungen im Umfang von maximal drei Konsultationen à 45 Minuten. Nehmen sie mehr als die drei Einzelberatungen in Anspruch, werden alle Konsultationen verrechnet – auch die drei ersten. Ein Vergleich der Klient/innenstatistik der ags (ags 2013) mit dem SAMBAD-Institutionenbericht der ags (Maffli und Notari 2013) zeigt, dass davon ausgegangen werden kann, dass knapp 9 von 10 selbst betroffenen jugendlichen Klient/innen (39.3 Prozent) 3 oder weniger Konsultationen in Anspruch nehmen.
- *Erwachsene Betroffene:* Erwachsene Betroffene, die 23-jährig oder älter sind, haben Anspruch auf kostenlose Einzelberatungen im Umfang von maximal zwei Konsultationen à 45 Minuten. Nehmen sie mehr als die zwei Einzelberatungen in Anspruch, werden alle Konsultationen verrechnet – auch die ersten beiden. Ein Vergleich der Klient/innenstatistik der ags (ags 2013) mit dem SAMBAD-Institutionenbericht der ags (Maffli und Notari 2013) zeigt, dass davon ausgegangen werden kann, dass gut die Hälfte (54.2 Prozent) der selbst betroffenen erwachsenen Klient/innen 3 oder weniger Konsultationen in Anspruch nimmt.

Diese Regelung bezüglich der Nicht-Verrechnung von Einzelkonsultationen könnte man auch dahingehend interpretieren, dass eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung Leistungen der **Suchtberatung** kostenlos erbringen, Leistungen der **Suchttherapie** hingegen verrechnet wird. Auf der Basis der verfügbaren empirischen Daten und einiger Annahmen lässt sich abschätzen, dass diese Regelung im Basisszenario zu einem Volumen nicht verrechneter Leistungen im Einzelsetting im Umfang von 1'214 Tarmed-Stunden führt. **Tabelle 41** zeigt die Berechnungen, welche zu dieser Schätzung in der Höhe von 1'214 Tarmed-Stunden führten. Wir runden das Schätzergebnis auf und gehen im Basisszenario davon aus, dass eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung 1'500 Tarmed-Stunden im Einzelsetting

leisten wird, die zwecks Reduktion des Schwelligkeitseffekts nicht verrechnet werden. Auch dies kommt einer Ertragsminderung gleich (vgl. Abschnitt 6.9.3).

Tabelle 41: Berechnung der Anzahl nicht verrechneter Tarmed-Stunden im Einzelsetting

		Angehörige	Jugendliche (≤ 22 Jahre)	Erwachsene (≥ 23 Jahre)	Total
Anzahl Neueintritte nach Anzahl Konsultationen					
Total Neueintritte		376	544	987	1'907
Neueintritte mit ≤ 3 Konsultationen ^a	in %	88.1	89.3	54.2	70.9
	Anz.	331	486	535	1'352
Neueintritte mit 1 Konsultation ^b	in %	50.0	50.0	20.0	38.1
	Anz.	166	243	107	516
Neueintritte mit 2 Konsultation ^b	in %	30.0	30.0	30.0	38.1
	Anz.	99	146	161	406
Neueintritte mit 3 Konsultation ^b	in %	20.0	20.0	50.0	30.0
	Anz.	66	97	268	431
Maximale Anzahl kostenloser Konsultationen pro Klient/in		2	3	2	
Nicht-verrechnete Konsultationen	Anz.	364	826	428	1'618
Klient/innen mit 1 Konsultation	Anz.	166	243	107	516
Klient/innen mit 2 Konsultationen	Anz.	199	292	321	811
Klient/innen mit 3 Konsultationen	Anz.	-	292	-	292
Ø-Dauer pro Konsultation	in h	0.75	0.75	0.75	0.75
Nicht-verrechnete Tarmed-Stunden	in h	273	620	321	1'214

Notation: rot Schrift = (qualifizierte) Annahmen

Fussnoten: ^aDer Anteil der Neueintritte mit 3 oder weniger Konsultationen konnten wir für die ags auf Basis eines Vergleichs der Zahl aller Neueintritte im 2012 (Quelle: ags 2013) und der Zahl der Neueintritte mit 4 oder mehr Konsultationen (Quelle: SAMBAD-Institutionenbericht der ags: Maffli und Notari 2013) bestimmen. ^bFür die Verteilung der Neueintritte mit 3 oder weniger Konsultationen auf die Neueintritte mit einer, zwei oder drei Konsultationen mussten wir (qualifizierte) Annahmen treffen: Bei den Angehörigen sind wir zum Beispiel davon ausgegangen, dass 50 Prozent der 331 Angehörigen mit drei oder weniger Konsultationen nur eine Konsultation, 30 Prozent zwei Konsultationen und 20 Prozent drei Konsultationen in Anspruch nehmen. Eine solche rechtsschiefe Verteilung ist sowohl für die Angehörigen als auch für die Jugendlichen plausibel, weil der Anteil der Angehörigen und Jugendlichen mit rund 90 Prozent sehr hoch ist. Bei den erwachsenen Betroffenen sind wir hingegen von einer linksschiefen Verteilung (20-30-50 Prozent) ausgegangen, weil die durchschnittliche Anzahl Konsultationen pro Klient/in gemäss ags (2013) 4.1 beträgt.

Quelle: Klient/innenzahlen der ags, des BZB und des EPD der PDAG, ags (2013), Maffli und Notari (2013); Berechnungen BASS

Wir sind der Ansicht, dass mit diesen Verrechnungsregeln der Schwelligkeitseffekt zum grössten Teil neutralisiert wird. Entsprechend gehen wir im **Baselineszenario** davon aus, dass eine Integration (in der langen Frist) zu keiner wesentlichen Veränderung der Anzahl Klient/innen führen würde. Falls mit der explizierten Verrechnungsregel der Schwelligkeits-Effekt nicht vollumfänglich eliminiert werden kann, führt die Annahme zu einer Überschätzung der Kosten, da in unserem Kostenmodell mehr Klient/innen zu höheren Kosten führen.

Zusätzlich werden wir die Betriebskosten für ein **Alternativszenario** berechnen, das davon ausgeht, dass auf die genannten zwei Massnahmen zur Reduktion der Schwelligkeit (und damit auch auf die entsprechenden Ertragsminderungen) verzichtet wird, so dass eine Integration zu einer Reduktion der Anzahl Klient/innen führen würde. Das Ausmass der Reduktion leiten wir aus den festgestellten Unterschieden der Anzahl Klient/innen im Kanton BL und AG (vgl. Tabelle 33 in Abschnitt 5.2.3) wie folgt ab:

■ **Substituierte Klient/innen:** Da die substituierten Klient/innen im Kanton AG im Ambulatorium HAG betreut werden und die zur Debatte stehende Reorganisation bezüglich der Behandlung substituierten Klient/innen keine Veränderungen vorsieht, gehen wir im Basisszenario davon aus, dass sich die Zahl der substituierten Klient/innen, die eine ambulante Suchtberatung in Anspruch nehmen, **nicht verändern** wird. Diese Annahme dürfte dann nicht zutreffend sein, wenn in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung Substitutionsbehandlungen plötzlich an mehreren Standorten angeboten würden. In

diesem Fall wäre mit einer deutlichen Zunahme der Anzahl substituierter Klient/innen zu rechnen. Das gleiche gilt auch für den Fall, dass eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung plötzlich alleinige Indikationsstelle für Substitutionsbehandlungen werden sollte.

■ **Selbst betroffene, nicht substituierte Klient/innen:** Die empirischen Daten aus dem Kanton Basel-Land legen eine Reduktion um 7.2 Prozent nahe. Im Alternativszenario gehen wir von einer Reduktion der Anzahl nicht-substituierter, selbst betroffener Klient/innen im Umfang von **10 Prozent** aus.

■ **Angehörige:** Im Alternativszenario gehen wir davon aus, dass eine Integration zu einer Reduktion der Anzahl Angehörigen um 60 Prozent führen wird. Allerdings sind wir der Ansicht, dass man die Reduktion der Betriebskosten, die sich einstellen würden, wenn die Zahl der Angehörigen um 60 Prozent fallen würde, deutlich überschätzt. Dies deshalb, weil davon auszugehen ist, dass der durchschnittliche Beratungsaufwand bei Angehörigen deutlich tiefer ist als bei selbst betroffenen Klient/innen (u.a. deshalb, weil Angehörige oft im Gruppensetting behandelt werden). Wir berücksichtigen diesen Tatbestand, indem wir davon ausgehen, dass der Beratungsaufwand, gemessen in Tarmed-Stunden, bei Angehörigen im Durchschnitt zwei Drittel tiefer ist als bei selbst betroffenen Klient/innen.

Tabelle 42 zeigt, dass unter diesen Bedingungen für das **Alternativszenario eine Schätzung von 3'072 Klient/innen** resultiert. Da es im Jahr 2012 insgesamt 3'556 Klient/innen gab, entspricht dies einer (aufwandsbereinigten) Reduktion der Anzahl Klient/innen infolge einer erhöhten Schwelligkeit im Umfang von **-13.6 Prozent**.

Tabelle 42: Veränderung der Anzahl Klient/innen gemäss dem Alternativszenario.

	Vor Integration	Wirkung Integration		Nach integration	
	Anz. Klienten	in Prozent	Anz. Klienten	Brutto Anz. Klienten	Netto ^a Anz. Klienten
EPD (PDAG)	429	0%	0	429	
ags Abklärungsberichte Casino	72	0%	0	72	
ags & BZB Substituierte	160	0%	0	160	
ags & BZB Betroffene exkl. Subst.	2'222	-10%	-222	2'000	
ags & BZB Angehörige	673	-60%	-404	269	
Total	3'556	82%	-626	2'930	3'072

Fussnoten: ^aUnter «Netto» ist zu verstehen, dass die Anzahl Klient/innen «aufwandsbereinigt» ist.

Quelle: Berechnungen BASS

Kurzfristig wird die Reduktion der Anzahl Klient/innen allerdings deutlich höher ausfallen, was sowohl im Basisszenario als auch im Alternativszenario der Fall sein dürfte. Dies hängt allerdings nicht mit der PDAG im Besonderen, sondern mit der Migration von Klient/innen zwischen Einrichtungen im Allgemeinen zusammen. Denn das Ausmass der Reduktion der Anzahl Klient/innen hängt im Wesentlichen davon ab, wie viele der Suchtberater/innen der ags und des BZB bei einer Integration in die PDAG übergeführt würden. Das Beispiel der Auflösung der BfA per Ende 2007 lehrt uns, dass ein grosser Teil der Klient/innen von Suchtberater/innen, die nicht in die PDAG übergeführt werden, die laufende Beratung abschliessen bzw. abrechnen würden. Zugleich kann davon ausgegangen werden, dass der grösste Teil der Klient/innen derjenigen Suchtberater/innen, die in die PDAG übergeführt würden, ihre Behandlung in der PDAG fortsetzen würden. Der Verlust bestehender Klient/innen infolge einer allfälligen Integration ist also auch beeinflussbar. Die empirischen Daten im Kanton BL indizieren des Weiteren, dass eine in die PDAG ambulante Suchtberatung drei Jahre benötigen wird, bis das Niveau der Anzahl Klient/innen vor der Integration wieder erreicht ist. Dies dürfte mit den Zuweisungskanälen zusammenhängen, die sich nach einer Integration zuerst neu etablieren werden müssen. Auch diesbezüglich dürfte gelten, dass die bestehenden Zuweisungskanäle der ags und des BZB bei einer Integration umso mehr weiterfunktionieren würden, je mehr Suchtberater/innen der ags und des BZB übernommen würden.

6.3 Durchschnittliche Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in (k)

Die Frage, die in diesem Abschnitt zu beantworten ist, lautet: **Wie viele Arbeitsstunden wird eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung pro durchschnittlichem Klient/in über Tarmed abrechnen (können)?**

Der Abschätzung der durchschnittlichen Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr kommt bei der Schätzung der Betriebskosten und -erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung eine herausragende Bedeutung zu. Denn die Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung sind – wie wir im Abschnitt 7.2.3 nachweisen werden – gegenüber der Kennzahl «Tarmed-Stunden pro Klient/in» äusserst sensitiv, was bedeutet, dass sich Veränderungen der Tarmed-Stunden pro Klient/in dramatisch auf die Kosten und Erträge auswirken.

Grundsätzlich gibt es zwei Methoden, abzuschätzen, wie viele Tarmed-Stunden eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung pro Klient/in abrechnen wird:

■ **Methode «Basis = AfA»:** Gemäss dieser Methode wird in einem ersten Schritt die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in der AfA auf der Basis empirischer Daten berechnet. Ausgehend von der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in in den AfA wird in einem zweiten Schritt die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung abgeschätzt. Dieser Methode sind zwei Schwächen bzw. Herausforderungen inhärent:

- *Unterschiedliche Klientel:* Zum einen unterscheidet sich die Struktur der Klientel der AfA deutlich von der Struktur der Klientel einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung. Insbesondere ist davon auszugehen, dass der Anteil sozial desintegrierter, gesundheitlich stark geschädigter Klient/innen in den AfA deutlich höher ist als es in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung der Fall sein wird. Vgl. diesbezüglich Abbildung 16 in Abschnitt 5.8).
- *Unterschiedliches Dienstleistungsangebot:* Zum anderen unterscheidet sich das Dienstleistungsangebot der AfA vom zukünftigen (noch nicht definierten) Dienstleistungsangebot einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung. Insbesondere muss davon ausgegangen werden, dass dem Gruppensetting in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung im Vergleich zum Einzelsetting ein deutlich höheres Gewicht zukommen wird, als es in den AfA der Fall ist.

Diese beiden Problemstellungen führen dazu, dass man mit der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in der AfA die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung wahrscheinlich überschätzt.

■ **Methode «Basis = ags & BZB»:** Bei dieser Methode schätzt man in einem Schritt, wie viele Arbeitsstunden das Fachpersonal der ags und des BZB im Jahr 2012 hätte über Tarmed abrechnen können, wenn die ags und das BZB unter einer ärztlichen Leitung gestanden wären. In einem zweiten Schritt setzt man diese Tarmed-Stunden ins Verhältnis zu der Anzahl Klient/innen. Diese Methode hat den Vorteil, dass man von einem Dienstleistungsangebot und einer Klientenstruktur ausgeht, die in etwa dem Dienstleistungsangebot und der Klientenstruktur einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung entsprechen werden. Mit dieser Methode unterschätzt man die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung wahrscheinlich. Denn eine Integration wird u.a. dazu führen, dass ein Teil von ambulanten Leistungen, die heute ausserhalb der ags und des BZB – zum Beispiel von frei praktizierenden Psychiater/innen oder Hausarzt/innen – erbracht werden, nach einer Integration durch die in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung geleistet würde (*Substitution*). Dieser Sachverhalt impliziert übrigens, dass ein Vergleich der bestehenden Kosten der ags und des BZB mit den geschätzten Kosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung nicht ganz korrekt ist. Denn in den geschätzten Kosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung werden Kosten

enthalten sein, die es auch im derzeitigen Versorgungssystem gibt, die jedoch in den Kosten der ags und des BZB nicht auftauchen, weil sie ausserhalb dieser beiden Einrichtungen anfallen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung darüber hinaus ärztliche Leistungen erbringen wird, die heute überhaupt nicht – auch nicht durch Akteur/innen ausserhalb der ags und des BZB – erbracht werden (*Mengenausweitung*). Hierbei handelt es sich allerdings um eine im Kanton AG umstrittene Hypothese. Auch die Möglichkeit einer solchen Mengenausweitung wird man bei der Interpretation des Vergleichs der Kosten des derzeitigen Versorgungssystems mit den Kosten eines integrierten Versorgungssystems berücksichtigen müssen.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen erachten wir es als angezeigt, die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung sowohl nach der Methode «Basis = AfA» (oberer Schätzwert) als auch nach der Methode «Basis = ags & BZB» (unterer Schätzwert) zu bestimmen, so dass wir ein valides Schätzintervall für die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung erhalten.

Ergebnisse der Methode «Basis = AfA»

Tabelle 43 kann entnommen werden, wie viele Tarmed-Stunden in den AfA im Jahr 2012 pro Klient/in abgerechnet wurden. Wie bereits ausgeführt, sind die Verhältnisse in Reinach für eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung nicht aussagekräftig, da das Ambulatorium Reinach bezüglich Angebot und Klientel mit dem Ambulatorium HAG, nicht jedoch mit einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung vergleichbar ist. Aus diesem Grund sollte der Abschätzung der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr die Verhältnisse im Ambulatorium Liestal zugrunde gelegt werden. Tabelle 43 zeigt, dass die **Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in im Ambulatorium Liestal 6.8 Stunden** betrug. In den Ambulatorien Münchenstein und Reinach fällt der entsprechende Wert mit 7.4 Stunden pro Klient/in noch etwas höher aus. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass der Anteil substituierter Klient/innen in Münchenstein und Reinach mit 41 Prozent deutlich höher ist als in Liestal mit 27 Prozent. Dies impliziert, dass man mit den 6.8 Stunden des Ambulatorium Liestal die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in einer in die PDAG überschätzt – denn der Anteil substituierter Klient/innen wird in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung deutlich tiefer sein als 27 Prozent.

Tabelle 43: Schätzung der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr gemäss der Methode «Basis = AfA», Alle Angaben beziehen sich auf das Jahr 2012

		Liestal	Münchenstein & Reinach	AfA
Tarmed-Ertrag	in CHF	776'570	668'996	1'445'566
Geschätzte Anzahl Klient/innen mit Tarmed-Ertrag	Anz.	644	539	1'183
Tarmed-Stunden	in h	4'376	4'013	8'388
Tarmed-Stunden pro Klient/in	in h	6.8	7.4	7.1

Quelle: AfA, Berechnungen BASS

Ergebnisse der Methode «Basis = ags & BZB»

Tabelle 44 kann die Schätzung der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr gemäss der Methode «Basis = ags & BZB» entnommen werden. Bei einer Tarmed-Produktivität von 27.5 Prozent resultiert gemäss dieser Methodik ein Wert von **5.0 Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr**. Bei der Tarmed-Produktivität von 27.5 Prozent handelt es sich um die Tarmed-Produktivität des Basisszenarios (vgl. Abschnitt 6.6), das nur geringfügig höher ist als die Tarmed-Produktivität der AfA (26.3 Prozent). Man könnte nun auf die Idee kommen, zu argumentieren, dass man mit diesen 5 Stunden die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in der ags und des BZB unterschätzt, weil die Tarmed-Produktivität in der ags und im

BZB höher ist als die angenommenen 27.5 Prozent – zum Beispiel weil der Anteil nicht-klient/innenbezogener Arbeitsstunden bei der ags und beim BZB tiefer ist als in der AfA oder in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung. Aus zwei Gründen sind wir der Ansicht, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die (hypothetische) Tarmed-Produktivität der ags und des BZB deutlich höher ist als in den AfA:

- Zum einen ist festzustellen, dass es sich bei der Tarmed-Produktivität der AfA in der Höhe von 26.3 Prozent bereits um eine hinsichtlich des Tarmed-Ertrags optimierte Produktivität handelt (vgl. Abschnitt 5.4).
- Im Jahr 2012 leisteten in den AfA 21.7 vollzeitäquivalente Fachstellen 17'543 Konsultationen (inkl. telefonische Konsultationen), also 808 Konsultationen pro FTE. In der ags leisteten im Jahr 2012 20.0 vollzeitäquivalente Fachstellen insgesamt 9'004 Konsultationen vor Ort und 1'575 telefonische und/oder elektronische Beratungen, so dass für die ags ein Wert von 530 Konsultationen pro FTE resultiert. Diese Daten indizieren unseres Erachtens nicht, dass die Tarmed-Produktivität in der ags und im BZB wesentlich höher wäre, wenn die beiden Einrichtungen ärztlich geleitet wären.

Tabelle 44: Schätzung der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr gemäss der Methode «Basis = ags & BZB», Alle Angaben beziehen sich auf das Jahr 2012

Brutto-Jahresarbeitszeit	in Stunden	2'192
Vollzeitäquivalente Fachstellen	Anzahl	26.0
Total Brutto-Stunden ags & BZB	In Stunden	56'941
Tarmed-Produktivität	In Prozent	27.5%
Tarmed-Stunden	in Stunden	15'486
Klient/innen	Anzahl	3'127
Tarmed-Stunden pro Klient/in	in Stunden	5.0

Fussnoten: ^aAnnahme: Tarmed-Produktivität wie im Basisszenario (27.2 Prozent)
Quelle: ags, BZB, Berechnungen BASS

Annahmen im Basisszenario

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse erscheint es uns zielführend, davon auszugehen, dass in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung pro Klient/in und Jahr durchschnittlich zwischen 5 und 6.8 Stunden geleistet werden, die über Tarmed abgerechnet werden (können). **Wir wollen deshalb im Basisszenario davon ausgehen, dass die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung 6.0 Stunden betragen würde.**

6.4 Grademix Fachpersonal (α_i)

Die Frage, die in diesem Abschnitt zu beantworten ist, lautet: **Wie werden sich in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung die über Tarmed abrechenbaren Stunden auf die verschiedenen Berufsgruppen verteilen?**

Der Grademix wirkt sich sowohl auf die Kosten als auch auf den Ertrag einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung aus. Er lässt sich – allgemein definiert als Anteil der verschiedenen Berufsgruppen am Fachpersonal – bezüglich der Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen oder bezüglich der Anzahl verrechneter Stunden berechnen. Der bezüglich der Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen berechnete Grademix ist relevant für die Kosten, da die Personal- und insbesondere die Lohnkosten unterschiedlicher Berufsgruppen verschieden sind (vgl. Abschnitt 6.7). Der bezüglich der Anzahl verrechneter Stunden berechnete Grademix ist für den Ertrag relevant, da der durchschnittliche Tarmed-Stundenertrag unterschiedlicher Berufsgruppen verschieden ist (vgl. Abschnitt 6.9.1). Der Unterschied zwischen diesen beiden Berechnungsarten bzw. «Grademix-Begriffen» ist darin zu sehen, dass im Grademix gemäss der Anzahl

vollzeitäquivalenter Stellen auch berücksichtigt ist, dass die verschiedenen Berufsgruppen eine unterschiedliche Produktivität haben. In den AfA haben die ärztlichen Mitarbeitenden eine höhere Produktivität als die nicht-ärztlichen. Dies führt dazu, dass der Anteil der ärztlichen Mitarbeitenden der AfA an den verrechenbaren Stunden etwas höher ist als deren Anteil an den vollzeitäquivalenten Stellen. Dies kann **Tabelle 45** entnommen werden, in welcher der Grademix der leistungserbringenden Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung in den Kantonen BL und AG sowohl bezüglich der Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen als auch bezüglich der Anzahl verrechneter Stunden dargestellt ist. Die Tabelle zeigt zum Beispiel, dass in den AfA im Jahr 2012 33 Prozent der über Tarmed abgerechneten Stunden von ärztlichem Fachpersonal geleistet wurden, wobei 30 Prozent der vollzeitäquivalenten Fachstellen der AfA von Ärzt/innen besetzt waren.

Unser Kostenmodell (vgl. Abschnitt 3.3) sieht vor, dass wir den Grademix in Bezug auf die verrechenbaren Stunden bestimmen und daraus – unter gewissen Annahmen bezüglich der Produktivität der verschiedenen Berufsgruppen – den Anteil der verschiedenen Berufsgruppen an den vollzeitäquivalenten Stellen ableiten²⁹.

Bei der Abschätzung des Anteils der verschiedenen Berufsgruppen an den Stunden, die von einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung über Tarmed abgerechnet würden, erwägen wir Folgendes:

■ **Anteil der Pflegefachpersonen:** Tabelle 45 zeigt, dass im 2012 19 Prozent der vollzeitäquivalenten Fachstellen in den AfA von Pflegefachpersonen besetzt waren. Die Tabelle zeigt allerdings auch, dass diese Pflegefachpersonen keine über Tarmed abrechenbaren Leistungen erbracht haben. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegefachpersonen in den AfA nur Leistungen in Zusammenhang mit den Substitutionsbehandlungen erbringen, wobei diese Leistungen mit den Substitutions-Pauschalen abgegolten sind. Weil die Substitutionsbehandlung im Kanton Aargau im Ambulatorium HAG erfolgt und entsprechend von der restlichen Suchtbehandlung abgegrenzt ist, wollen wir davon ausgehen, dass bei einer Integration der ambulanten Suchtberatung in die PDAG **keine Leistungen von Pflegefachpersonen** erbracht würden – so wie dies in den AfA der Fall ist.

²⁹ Grundsätzlich wäre auch der umgekehrte Weg möglich: Zuerst wird der Grademix bezüglich der Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen bestimmt, um in einem zweiten Schritt ausgehend von diesem Grademix und Annahmen zur Produktivität der verschiedenen Berufsgruppen die Anzahl verrechenbarer Stunden der verschiedenen Berufsgruppen zu bestimmen. Wir haben den ersten Weg gewählt, weil Ausgangslage unserer ganzen Kostenkalkulation die Anzahl verrechenbarer Stunden pro Klient/in ist.

Tabelle 45: Anteile der verschiedenen Berufsgruppen des Fachpersonals an den vollzeitäquivalenten Stellen und an den verrechneten Stunden im Jahr 2012, Angaben in Prozent

	KANTON BASEL-LANDSCHAFT						KANTON AARGAU			
	Afa			BKBL	MUSUB	Kt. BL	PDAG	ags	BZB	Kt. AG
	L	M&R	Afa							
GRADEMIX GEMÄSS ANZAHL VOLLZEITÄQUIVALENTER STELLEN										
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ärztlich	41	21	30	0	0	23	68	0	0	5
Leitende Ärzt/innen	10	0	5	0	0	4	8	0	0	1
Oberärzt/innen	8	7	7	0	0	6	22	0	0	2
Assistenz/ärztinnen	24	14	18	0	0	14	38	0	0	3
Nicht-ärztlich	59	79	70	100	100	77	32	100	100	95
Psycholog/innen	9	11	10	29	16	13	10	56	55	52
Sozialarbeiter/innen	46	35	40	71	48	45	6	44	45	42
Pflegefachpersonen	4	33	19	0	0	15	16	0	0	1
Andere	0	0	0	0	36	4	0	0	0	0
GRADEMIX GEMÄSS ANZAHL VERRECHNETER STUNDEN ^a										
Total	100	100	100				100			
Ärztlich	42	23	33				70			
Leitende Ärzt/innen	0	0	0				8			
Oberärzt/innen	12	13	13				22			
Assistenz/ärztinnen	30	10	20				39			
Nicht-ärztlich	58	77	67				30			
Psycholog/innen	11	19	15				10			
Sozialarbeiter/innen	47	58	52				6			
Pflegefachpersonen	0	0	0				14			
Andere	0	0	0				0			

Fussnoten: ^aDie Angaben der Afa beziehen sich auf die über Tarmed verrechneten Stunden, die Angaben der PDAG hingegen auf die verrechneten Stunden (nicht nur Tarmed).

Quelle: Afa, ags, BZB, PDAG, Berechnungen BASS

■ **Anteil der Ärzt/innen:** Wir erachten es als angezeigt, bei der Abschätzung des Anteils des ärztlichen Personals an den über Tarmed verrechenbaren Stunden von den Verhältnissen in den Afa auszugehen.

Tabelle 45 zeigt, dass in den Afa 33 Prozent, im Ambulatorium Liestal der Afa 42 Prozent der Stunden, die 2012 über Tarmed abgerechnet wurden, von ärztlichem Personal erbracht wurden. Allerdings tendieren wir zur Überzeugung, dass mit dem Anteil der Ärzt/innen in den Afa der Anteil der Ärzt/innen einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung überschätzt wird – und zwar aus Gründen der Zusammensetzung der Klientel:

- *Anteil der Klient/innen in Substitutionsbehandlung:* **Abbildung 17** zeigt die Entwicklung des Anteils der Ärzt/innen an den vollzeitäquivalenten Fachstellen der Afa zwischen 2007 und 2012. Sie macht deutlich, dass der Anteil des ärztlichen Personals aufgrund der Integration von Teilen der Bfa im Jahr 2008 deutlich fiel – von 41.6 Prozent (Liestal: 46.7 Prozent) im Jahr 2007 auf 31.0 Prozent (Liestal: 35 Prozent) im Jahr 2008. Danach stieg der Anteil des ärztlichen Personals allerdings wieder an. Im Jahr 2012 betrug er 37.7 Prozent (Liestal: 36.6 Prozent), was impliziert, dass der Anteil des ärztlichen Personals seit der Integration von Teilen der Bfa um 3.9 Prozentpunkte (Liestal: 10.1 Prozentpunkte) gesunken ist. Diese Reduktion dürfte auf die Veränderung der Klientenstruktur zurückzuführen sein: Wie **Abbildung 17** auch zeigt, ist der Anteil der Fälle mit einer Substitutionsbehandlung in den Afa zwischen 2007 und 2012 deutlich gefallen: Von 46.6 Prozent im Jahr 2007 auf 26.4 Prozent im Jahr 2012. Wir ziehen daraus den Schluss, dass der Anteil des ärztlichen Personals sinkt, wenn der Anteil der substituierten Klienten bzw. der Anteil der Kli-

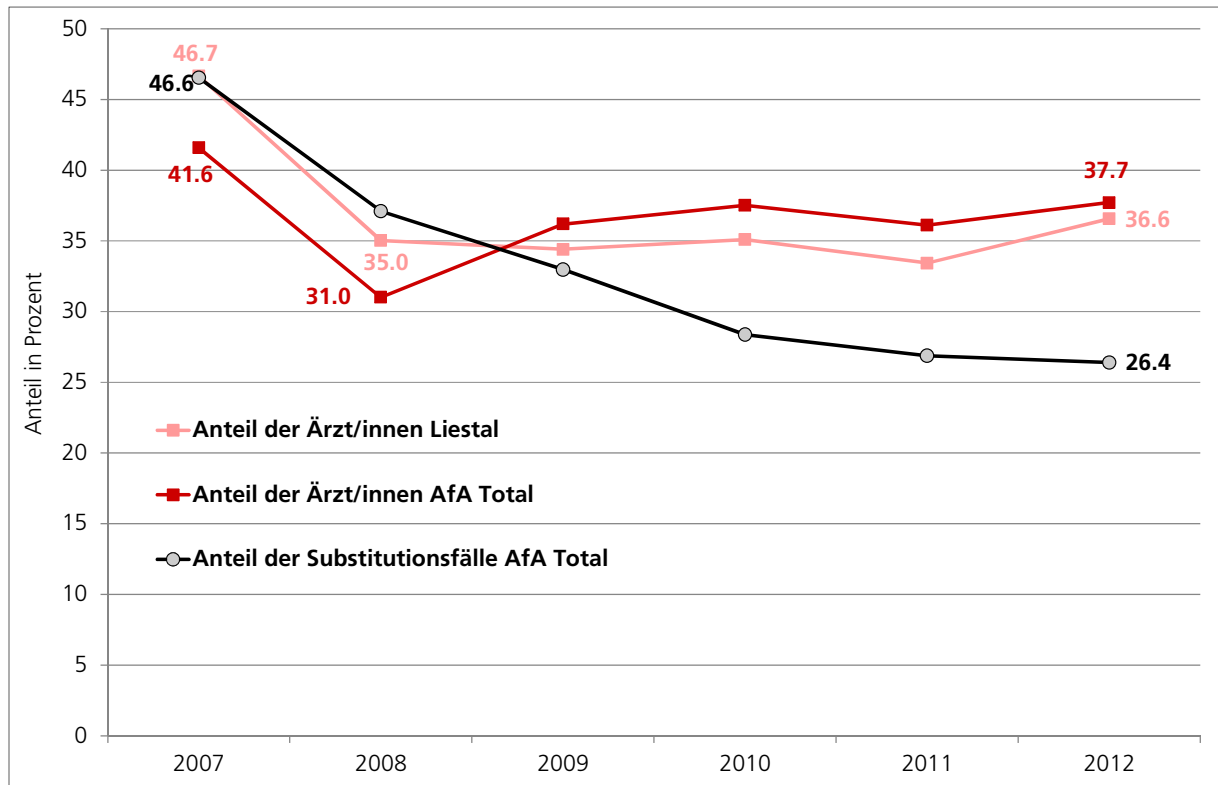
ent/innen mit der Hauptproblemsubstanz «Opioid» fällt. Wie wir in Abschnitt 5.8 (vgl. Abbildung 16) ausgeführt haben, ist für eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung jedoch mit einer Klientenstruktur zu rechnen, die sich von derjenigen der AfA im Jahr 2012 deutlich unterscheidet. Insbesondere ist mit einem deutlich geringeren Anteil von substituierten Klient/innen bzw. von Klient/innen mit dem Hauptproblem «Opioid» und mit einem deutlich höheren Anteil von Klient/innen mit der Hauptproblemsubstanz «Alkohol» zu rechnen. Korrigiert man die Anteile des ärztlichen Personal an den über Tarmed verrechneten Stunden (AfA: 33 Prozent, Liestal: 42 Prozent) um diesen «Klientenstruktur-Effekt», resultiert eine Schätzung des Anteils der Ärzt/innen an den Tarmed-verrechneten Stunden in der Höhe von 31.2 Prozent (Berechnungsbasis: Gesamte AfA) bzw. 36.4 Prozent (Berechnungsbasis: Liestal).

- *Anteil von Angehörigen:* Bei 678 (22 Prozent) der 3'127 Klient/innen der ags und des BZB handelt es sich um Angehörige oder andere Personen aus dem Umfeld von Personen, die von einer Suchtproblematik betroffen sind. Wie wir in Abschnitt 6.2 gezeigt haben, ist für eine in die PDAG integrierten ambulante Suchtberatung mit einem deutlich höheren Anteil der Angehörigen zu rechnen als in den AfA. Geht man davon aus, dass der Anteil der Ärzt/innen an den Stunden, die bei Angehörigen über Tarmed verrechnet werden, deutlich tiefer ist – wenn nicht sogar 0 Prozent beträgt – als bei selbst betroffenen Klient/innen, folgt daraus, dass die bereits reduzierten, oben erwähnten Schätzwerte von 31.2 Prozent (Berechnungsbasis: Gesamte AfA) bzw. 36.4 Prozent (Berechnungsbasis: Liestal) nach wie vor zu hoch sind. Leider ist es auf der Basis der uns zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich, den Effekt des Anteils von Angehörigen quantitativ zu bestimmen.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen ist unseres Erachtens zu erwarten, dass bei einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung längerfristig mit einem **Anteil der Ärzt/innen an den über Tarmed-verrechneten Stunden in der Höhe von etwa 25 Prozent** zu rechnen ist.

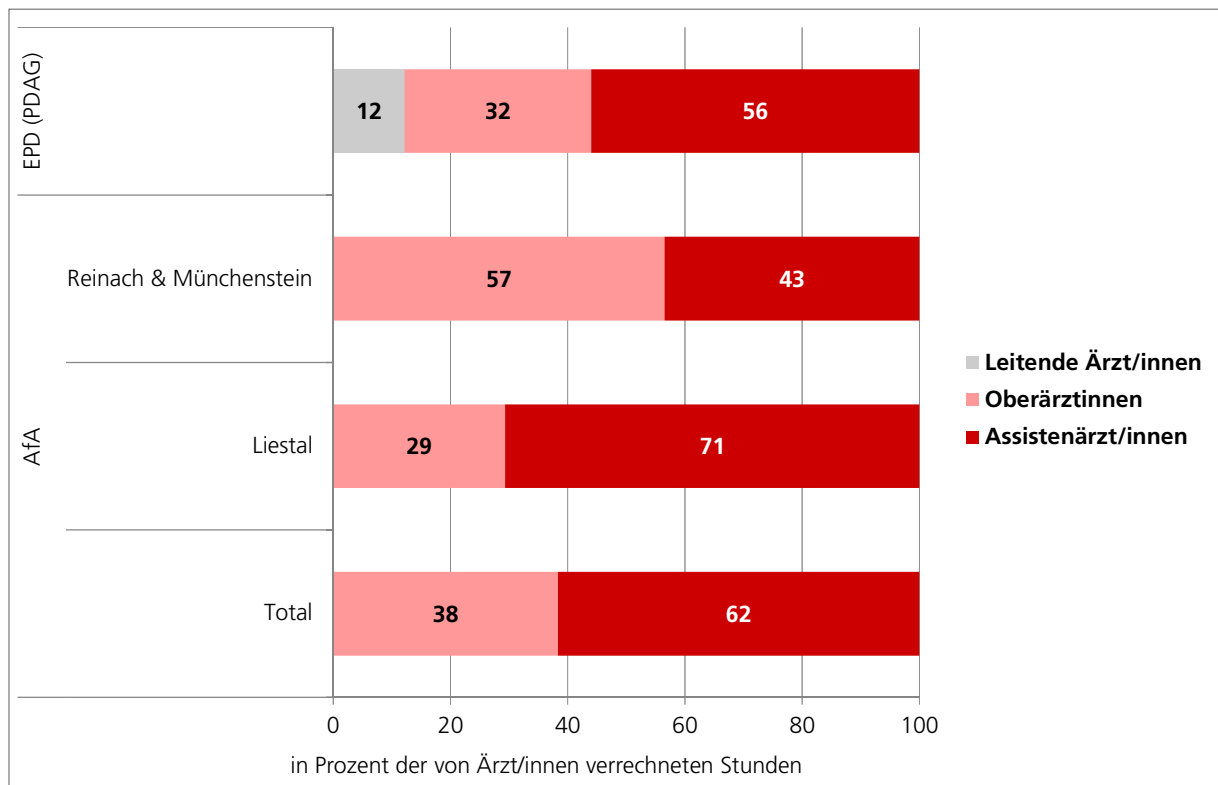
■ **Verteilung innerhalb des ärztlichen Personals:** In Abschnitt 6.1 haben wir ausgeführt, dass es in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung ein/e leitende/r Arzt/Ärztin geben würde. Leitende Ärzt/innen haben in den PDAG durchschnittliche eine Tarmed-Produktivität von 15 Prozent. Gegeben eine Brutto-Jahresarbeitszeit von 2'469 Stunden der/die leitende Arzt/Ärztin pro Jahr entsprechend 370 Tarmed-Stunden leisten. Entsprechend ist jetzt noch zu klären, wie sich die restlichen Tarmed-Stunden auf Oberärzt/innen und Assistenzärzt/innen verteilen werden. **Abbildung 18** zeigt die Verteilung der von ärztlichem Personal verrechneten Stunden in den AfA und im EPD der PDAG (nur Fälle mit einer suchtbedingten Störung). Sie zeigt, dass die Anteile der Assistenzärzt/innen in den PDAG (56 Prozent) und bei den AfA (62 Prozent, Liestal: 71 Prozent) sehr ähnlich sind. Entsprechend werden wir im Basisszenario davon ausgehen, dass 65 Prozent der von Assistenz- und Oberärzt/innen verrechneten Stunden von Assistenzärzt/innen und 35 Prozent von Oberärzt/innen erbracht werden. Im Basisszenario wird dies konkret bedeutet, dass **1.7 Prozent der Tarmed-Stunden vom leitenden Arzt bzw. von der leitenden Ärztin, 8.1 Prozent von Oberärzt/innen und 15.1 Prozent von Assistenzärzt/innen** erbracht würden.

Abbildung 17: Entwicklung der Anteile der Ärzt/innen an den vollzeitäquivalenten Stellen (exkl. Pflege) der AfA und Entwicklung des Anteils der Substitutionsbehandlungen an den Fällen der AfA



Quelle: AfA, Berechnungen BASS

Abbildung 18: Verteilung der von Ärzt/innen verrechneten Stunden im 2012, Angaben in Prozent



Bemerkung: Die Verteilung innerhalb des ärztlichen Personals im EPD bezieht sich auf die Fälle mit einer suchtbedingten Störung und nicht auf die Verteilung im EPD im Allgemeinen.

Quelle: AfA, PDAG, Berechnungen BASS

■ **Anteil der Sozialarbeiter/innen und Psycholog/innen:** Die bisherigen Ausführungen implizieren, dass wir im Basisszenario davon ausgehen wollen, dass 75 Prozent der verrechenbaren Stunden von Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen erbracht würden. **Abbildung 19** zeigt, dass sich das Verhältnis der mit Psycholog/innen besetzten vollzeitäquivalenten Stellen zu den mit Sozialarbeiter/innen besetzten Stellen in den AfA deutlich vom Verhältnis unterscheidet, das in der ags und im BZB beobachtet werden kann: Während in der ags und im BZB 55 Prozent der Stellen von Psycholog/innen besetzt sind, beträgt der entsprechende Anteil in den AfA nur gerade 13 Prozent (Liestal: 9 Prozent). Der Anteil der Sozialarbeiter/innen ist in den AfA mit 50 Prozent hingegen ähnlich hoch wie in der ags und im BZB (45 Prozent). Die empirischen Daten legen damit die Schlussfolgerung nahe, dass in einer ärztlich-medizinisch organisierten Suchtberatung Psycholog/innen, nicht jedoch Sozialarbeiter/innen durch Ärzt/innen substituiert würden, so dass der Anteil der Sozialarbeiter/innen bei einer Integration der ambulanten Suchtberatung in die PDAG konstant (rund 45 Prozent) bleiben, der Anteil der Psycholog/innen jedoch markant, von 55 Prozent auf 25 Prozent fallen würde. Allerdings sind wir aus verschiedenen Gründen der Ansicht, dass davon ausgegangen werden sollte, dass das Verhältnis der von Psycholog/innen zu Sozialarbeiter/innen in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung auch längerfristig etwa 1:1 betragen wird, wie es heute in der ags und im BZB der Fall ist:

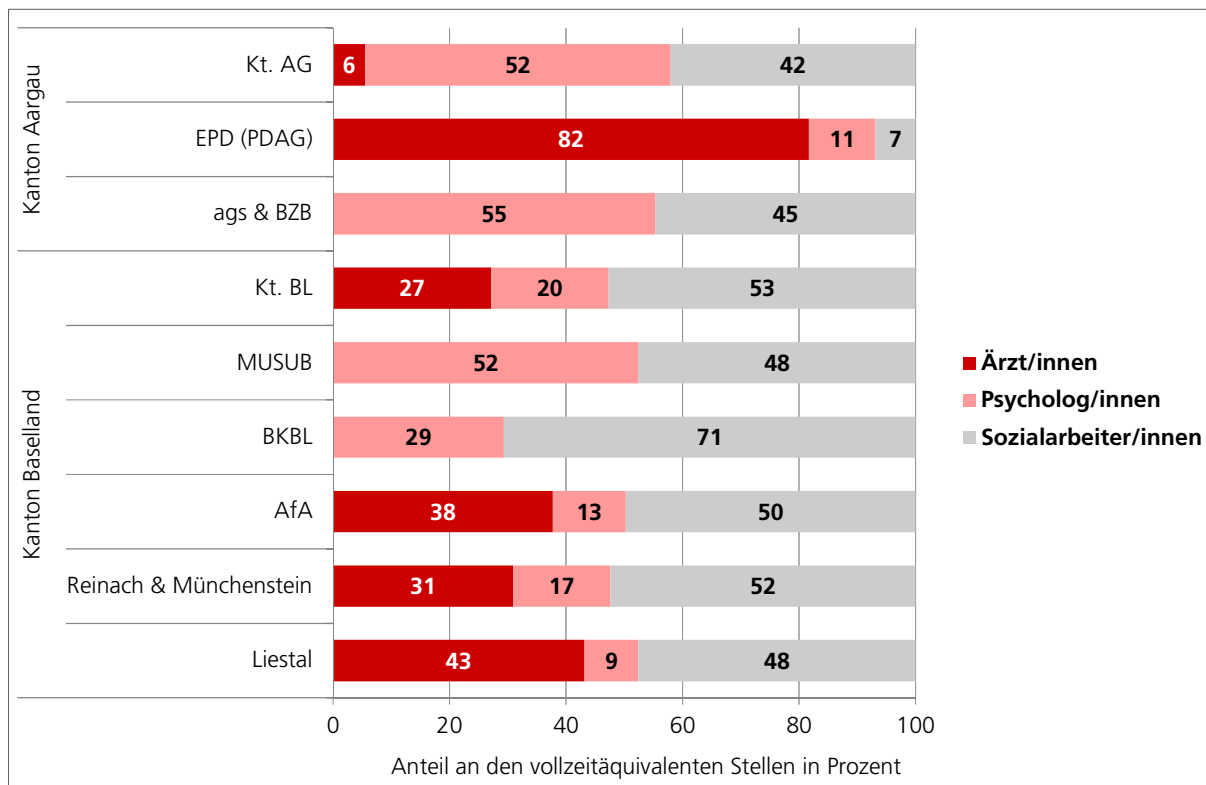
- Ein geringer Anteil von Psycholog/innen scheint nicht ein systematisches Merkmal der ärztlich-medizinisch organisierten ambulanten Suchtberatung zu sein. So werden in den arud Zentren für Suchtmedizin gemäss Auskunft von deren Chefarzt, Dr. Thilo Beck, zum Beispiel deutlich mehr Psycholog/innen als Sozialarbeiter/innen eingesetzt.
- In der ags und im BZB nehmen die Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen die gleichen Funktionen (Fachpersonen Suchtberatung) wahr. Es erscheint uns deshalb plausibel, dass die PDAG bei einer Integration aus dem Mitarbeiter/innen-Pool der ags und des BZB etwa gleich viele Psycholog/innen wie Sozialarbeiter/innen übernehmen würde.
- Wie wir im Abschnitt 6.1 ausgeführt haben, ist längerfristig damit zu rechnen, dass es sich bei den 4 nicht-ärztlichen Stellenleitenden um Psycholog/innen und nicht um Sozialarbeiter/innen handeln wird.
- Wie wir in Abschnitt 6.9 ausführen werden, weisen Psycholog/innen ohne Fachtitel FSP wegen eines deutlich höheren Tarmed-Stundenertrags und vergleichbarer Personalkosten eine deutlich höhere Rentabilität auf als Sozialarbeiter/innen. Bei einer Integration wäre die PDAG deshalb dem ökonomischen Anreiz ausgesetzt, eher Psycholog/innen als Sozialarbeiter/innen einzusetzen.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen erscheint es uns zielführend, davon auszugehen, dass der Anteil der Psycholog/innen einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung auch längerfristig etwa gleich hoch sein wird wie der Anteil der Sozialarbeiter/innen – so wie dies heute in der ags und im BZB der Fall ist. Konkret wollen wir im Basisszenario davon ausgehen, dass in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung **37.5 Prozent der über Tarmed verrechneten Stunden von Psycholog/innen und 37.5 von Sozialarbeiter/innen** erbracht werden.

■ **Verteilung innerhalb der Psycholog/innen:** Psycholog/innen mit FSP-Fachtitel sind in den PDAG in einer höheren Lohnklasse eingereiht als Psycholog/innen ohne FSP-Fachtitel. Im April 2013 gab es in den PDAG 13 Psycholog/innen mit FSP-Fachtitel, 28 Psycholog/innen ohne Fachtitel und 59 Psycholog/innen, die sich in Weiterbildung zum Fachtitel befinden. Entsprechend ist damit zu rechnen, dass in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung längerfristig 31.7 Prozent der Psycholog/innen einen FSP-Fachtitel haben werden. In diesen 31.7 Prozent enthalten sind die 4 stellenleitenden Psycholog/innen, die es gemäss den Annahmen zur Organisation (vgl. Abschnitt 6.1) in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung geben würde.

Tabelle 46 fasst zusammen, wie das Basisszenario in Bezug auf den Anteil der verschiedenen Berufsgruppen an den über Tarmed verrechenbaren Stunden definiert ist.

Abbildung 19: Anteile der Ärzt/innen, Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen an den vollzeitäquivalenten Stellen in der ambulanten Suchtberatung, Jahr 2012, Angaben in Prozent



Bemerkungen: Basis = Stellenetat exklusive Pflegefachpersonen; Basis EPD (PDAG): Nur Fälle mit einer suchtbedingten Störung
 Quelle: AfA, ags, BZB, PDAG, Berechnungen BASS

Tabelle 46: Annahmen des Basisszenarios bezüglich des Anteils der verschiedenen Berufsgruppen an den über Tarmed verrechenbaren Stunden, Angaben in Prozent

Berufsgruppen	Anteil an den über Tarmed verrechenbaren Stunden in Prozent
Ärztliches Personal	25.0
Leitende Ärzt/innen	370 Stunden (1.7 Prozent)
Oberärzt/innen	8.5
Assistenz/ärztinnen	15.1
Nicht-ärztliches Personal	75.0
Psycholog/innen mit FSP-Fachtitel	11.9
Psychlog/innen ohne FSP-Fachtitel	25.6
Sozialarbeiter/innen	37.5
Pflegefachpersonen	0.0
Total Fachpersonal	100.0

Quelle: Darstellung BASS

Bei der Einordnung und Bewertung des soeben definierten Basisszenarios sollten folgende, relativierende Gesichtspunkte berücksichtigt werden:

■ **Gestaltungsfreiheit und ökonomische Anreize:** Welche Berufsgruppen in der ambulanten Suchtberatung in welchem Ausmass eingesetzt werden, ist grundsätzlich auch eine Frage der Wahl bzw. des Willens der Entscheidungsträger/innen. Wie wir in Abschnitt 6.9 ausführen werden, gibt es jedoch starke ökonomische Anreize, den Anteil des ärztlichen Personals zu steigern und den Anteil der Sozialarbei-

ter/innen zu reduzieren. Ob diese ökonomischen Anreize entsprechende Auswirkungen entfalten, dürfte vor allem davon abhängen, unter welchem Kostendruck die PDAG im Allgemeinen und eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung im Besonderen stehen werden. Dieser Kostendruck hängt wiederum von der Bereitschaft des Kantons AG ab, Ertragslücken über gemeinwirtschaftliche Leistungen (Staatsbeitrag) zu decken.

■ **Arbeitsmarktliche Restriktionen:** Es ist davon ausgehen, dass in Bezug auf den Grademix auch arbeitsmarktliche Restriktionen eine Rolle spielen. So stellt sich zum Beispiel die Frage, innerhalb welcher Frist es möglich ist, (qualifiziertes) ärztliches Personal in einem Umfang zu rekrutieren, wie es das Benchmarkszenario vorsieht. Diesbezüglich ist zu bemerken, dass die Lage auf dem Arbeitsmarkt derzeit derart angespannt ist, dass Stellen für Ärzt/innen zum Teil mit Psycholog/innen besetzt werden müssen.

■ **Übergang:** Die Definition des Benchmarkszenarios in Bezug auf den Grademix ist eher als längerfristiges Szenario zu interpretieren. Wahrscheinlich wird man bei einer Integration in die PDAG eine ähnliche Entwicklung beobachten wie im Kanton BL: Der Anteil des ärztlichen Personals wird zu Beginn vergleichsweise tief sein, aufgrund entsprechender ökonomischer Anreize (vgl. Abschnitt 6.9) danach jedoch ansteigen.

Vor diesem Hintergrund werden wir in Abschnitt 7.2.4 untersuchen, wie sich Veränderungen des Anteils des ärztlichen Personals auf die Kosten- und Ertragsituation einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung auswirken.

6.5 Anzahl administrativer Stellen in den Ambulatorien (θ)

Die Frage, die in diesem Abschnitt zu beantworten ist, lautet: **Wie viele vollzeitäquivalente Sekretariatsstellen wird es in den vier Ambulatorien einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung geben?**

Unter dem administrativen Personal in den Ambulatorien sind die Mitarbeitenden der Sekretariate der Ambulatorien zu verstehen. Unser Kostenmodell (vgl. Abschnitt 3.3) sieht vor, dass wir die Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen, die in den Sekretariaten der vier Ambulatorien einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung erforderlich sind, in Relation zu der Anzahl vollzeitäquivalenter Fachstellen zu bestimmen.

Dieses Verhältnis konnten wir für verschiedene Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung aus den Kantonen AG und BL empirisch bestimmen. **Tabelle 47** zeigt, dass sich die untersuchten Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe bezüglich dieses Verhältnisses deutlich unterscheiden. Dies dürfte im Wesentlichen darauf zurückzuführen sein, dass die Aufgabengebiete der Sekretariate unterschiedlich sind. So indizieren die in Tabelle 47 ausgewiesenen Daten, dass im EPD ein vergleichsweise grosser Teil administrativer Arbeiten in den Overhead ausgelagert ist, so dass der Anteil der administrativen Stellen an den Fachstellen vergleichsweise tief ist. Das Gegenteil trifft für das BKBL und die MUSUB zu, bei denen die Mitarbeitenden der Administration u.a. auch die Buchhaltung, das Fundraising und die Vereinsadministration erledigen. Dies impliziert, dass beim BKBL und bei der MUSUB eine Abgrenzung zwischen Overhead und leistungserbringenden Kostenstellen nicht möglich ist, was übrigens auch beim BZB der Fall ist. Der vergleichsweise hohe Anteil administrativer Stellen im Ambulatorium Liestal der AfA erklärt sich damit, dass die administrativen Mitarbeitenden des Ambulatoriums Liestal Arbeiten in Zusammenhang mit der methadongestützten Behandlung verrichten.

Grundsätzlich sollte man bei der Abschätzung des Ausmasses der administrativen Stellen in den Ambulatorien von den Verhältnissen im EPD ausgehen, wo der entsprechende Anteil etwa 11 Prozent beträgt. Denn es erscheint uns plausibel, dass administrative Aufgaben bei einer in den EPD der PDAG integrierten

ambulanten Suchtberatung in einem ähnlichen Ausmass an den Overhead ausgelagert sein werden, wie dies heute im EPD der Fall ist. Allerdings erscheint es uns angesichts der Klientel der ambulanten Suchtberatung (Stichwort: Absentismus) wahrscheinlich, dass der entsprechende Anteil etwas höher sein wird als die genannten 11 Prozent. Entsprechend könnte man davon ausgehen, dass der Anteil gleich hoch sein wird wie der entsprechende Anteil der ags, der 14.8 Prozent beträgt. Wir sind allerdings der Ansicht, dass man mit diesen 14.8 Prozent den Anteil der administrativen Stellen an den Fachstellen einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung überschätzt. Denn wahrscheinlich verrichten die administrativen Mitarbeitenden der Ambulatorien der ags zum Teil Arbeiten, die in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung in den Overhead ausgelagert sein werden.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen wollen wir bei unserer Abschätzung der Kosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung davon ausgehen, dass der **Anteil der vollzeitäquivalenten Stellen der Sekretariate der Ambulatorien an den vollzeitäquivalenten Fachstellen in diesen Ambulatorien 13 Prozent** betragen wird.

Tabelle 47: Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen in den Sekretariaten in Relation zu der Anzahl vollzeitäquivalenter Fachstellen in den leistungserbringenden Kostenstellen (Ambulatorien)

	Anzahl FTE in den Ambulatorien		Anteil FTE Administration an FTE Fachpersonal
	Sekretariate	Fachpersonal	
EPD	n.a.	n.a.	n.a.
Ambulatorium Baden	2.7	25.0	10.8
Ambulatorium Aarau	2.8	25.0	11.2
ags	3.0	20.0	14.8
BZB	1.1	6.0	18.9
AfA	5.1	21.7	23.5
Liestal	2.5	7.5	33.5
Reinach	2.6	14.2	18.3
BKBL & MUSUB	3.0	7.4	40.8
BKBL	2.2	4.3	51.2
MUSUB	0.8	3.1	26.2

Quelle: PDAG, ags, BZB, BKBL, MUSUB, AfA; Berechnungen BASS

6.6 Tarmed-Produktivität (β)

Die Frage, die in diesem Abschnitt zu beantworten ist, lautet: **Mit welcher Tarmed-Produktivität kann bei einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung gerechnet werden?**

Die relevanten empirischen Daten zur Produktivität, auf deren Basis wir die Produktivität in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung abschätzen wollen, sind in **Tabelle 48** zusammengefasst. Zu den in der Tabelle dargestellten Daten ist zu bemerken, dass sich die Daten zu den AfA auf die Tarmed-Produktivität, die Daten zum EPD der PDAG hingegen auf die Produktivität beziehen, in die nicht nur die Stunden Eingang finden, die über Tarmed abgerechnet werden, sondern alle verrechenbare Stunden – also zum Beispiel auch Stunden, die der IV oder der Justiz in Zusammenhang mit Gutachten in Rechnung gestellt werden können.

Tabelle 48: Verrechenbare Stunden pro FTE und (Tarmed-)Produktivität in den AfA und im EPD der PDAG

	Anzahl Tarmed-verrechenbarer Stunden pro FTE in Stunden			Anzahl Verrechenbarer Stunden pro FTE in Stunden EPD (PDAG)	Tarmed-Produktivität			Produktivität EPD (PDAG)
	L	M&R	AfA		L	M&R	AfA	
Total Fachpersonal	605	606	605	1'146	26%	26%	26%	47%
Ärztlich	790	670	746	1'138	30%	26%	29%	46%
Leitende Ärzt/innen	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Oberärzt/innen	739	739	739	n.a.	28%	28%	28%	n.a.
Assistenzärztinnen	814	597	750	n.a.	31%	23%	29%	n.a.
Nicht-ärztlich	517	589	554	1'182	24%	27%	25%	54%
Psycholog/innen	552	565	560	1'184	25%	26%	26%	54%
Sozialarbeiter/innen	509	598	553	1'179	23%	27%	25%	54%

Quelle: AfA, PDAG, Berechnungen BASS

Tabelle 48 macht deutlich, dass die (Tarmed-)Produktivität im EPD der PDAG deutlich höher ist als in den AfA. Es stellt sich unmittelbar die Frage, worauf der beachtliche Unterschied in der Produktivität zurückzuführen ist. Unseres Erachtens muss davon ausgegangen werden, dass die tiefere Produktivität in den AfA nicht damit erklärt werden kann, dass in den AfA systematisch weniger effizient gearbeitet wird als im EPD der PDAG. Denn die AfA steht seit 2008 unter einem beachtlichen Kostendruck, der unter anderem dazu geführt hat, dass die AfA ihren Kostendeckungsgrad von rund 57 Prozent im Jahr 2008 auf 64.3 Prozent im Jahr 2012 steigerte. Diese Steigerung ist auch deshalb beachtlich, weil die Anzahl Substitutionsbehandlungen, die einen deutlich höheren Kostendeckungsgrad haben als die Suchtberatung, seit dem Jahr 2008 deutlich abgenommen hat (von 585 auf 495 Substitutionsbehandlungen im Jahr 2012)³⁰. Die Steigerung des Kostendeckungsgrads dürfte zu einem grossen Teil durch eine Erhöhung der Tarmed-Produktivität realisiert worden sein. Zu bemerken ist, dass im Jahr 2012 trotz des gesteigerten Kostendeckungsgrads und trotz des Kantonsbeitrags in der Höhe von 967'000 Franken ein Verlust in der Höhe von 1.2 Millionen Franken resultierte, was den Kostendruck, unter welchem die AfA stehen, verdeutlicht.

Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Tarmed-Produktivität der AfA im Jahr 2012 bereits um eine optimierte Produktivität handelt. Es muss deshalb der Schluss gezogen werden, dass der Unterschied zwischen den AfA und dem EPD der PDAG in Bezug auf die Produktivität mit der Klientenstruktur zusammenhängt. Darauf deutet auch der Tatbestand hin, dass die nicht-suchtspezifischen ambulanten Organisationseinheiten der PBL gemäss dem leitenden Arzt der AfA einen deutlich höheren Kostendeckungsgrad aufweisen als die AfA. Laut dem leitenden Arzt und der früheren leitenden Ärztin der AfA ist die Produktivität bei Klient/innen mit einer suchtbedingten Störung aus zwei Gründen tiefer als in anderen Bereichen der ambulanten Psychiatrie:

³⁰ Der Kostendeckungsgrad der «Suchtberatung» ist generell tiefer als der Kostendeckungsgrad der methadon- und heroingestützten Behandlung. Dies führt u.a. dazu, dass der Kostendeckungsgrad des suchtmedizinischen Zentrums in Reinach (79 Prozent) deutlich höher ist als in Liestal (61 Prozent). Analoges ist im Kanton AG zu beobachten: Der Kostendeckungsgrad des Ambulatoriums HAG beträgt 92.2 Prozent. Der Kostendeckungsgrad der suchtspezifischen Fälle in den Ambulatorien der EPD fällt mit 67.2 Prozent deutlich tiefer aus. Gemäss Dr. Thilo Beck, dem Chefarzt Psychiatrie der arud Zentren für Suchtmedizin, lässt sich die ambulante Suchtberatung über das KVG mit einem Kostendeckungsgrad von rund 60 Prozent betreiben, während die pauschal abgerechneten Substitutionsbehandlungen im Kanton Zürich adäquat abgegolten sind. Bezüglich des Kostendeckungsgrads von 60 Prozent ist allerdings zu bemerken, dass der Anteil des ärztlichen Personals in den arud Zentren für Suchtmedizin gemäss Dr. Thilo Beck rund 50 Prozent beträgt und der Anteil der Sozialarbeiter/innen sehr gering ist.

■ **Absentismus:** Klient/innen mit einer suchtbewingten Störung erscheinen häufiger nicht zu den vereinbarten Terminen. Für sozial desintegrierte, gesundheitlich stark geschädigte Klient/innen gilt dies akzentuiert.

■ **Komplexität der Fälle:** Die Fälle mit einer suchtbewingten Störung sind dahingehend überdurchschnittlich komplex, dass mehr nicht-verrechenbare Vernetzungsarbeit (Kommunikation mit Arbeitgebern, Sozialdiensten, Schulbehörden, Justizbehörden etc.) geleistet werden muss. Auch dies gilt für sozial desintegrierte, gesundheitlich stark geschädigte Klient/innen akzentuiert.

Diese Ausführungen implizieren unseres Erachtens, dass bei der Abschätzung der Tarmed-Produktivität einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung von der Tarmed-Produktivität in den AfA und nicht von der Produktivität in den Ambulatorien der EPD ausgegangen werden sollte.

In Bezug auf die Tarmed-Produktivität in den AfA sind folgende Beobachtungen bemerkenswert:

■ Zwischen der Tarmed-Produktivität von Psycholog/innen und der Produktivität der Sozialarbeiter/innen scheint es in den AfA keine systematischen Unterschiede zu geben. Das gleiche gilt übrigens auch für den EPD der PDAG. Man kann also davon ausgehen, dass die Produktivität der Psycholog/innen und der Sozialarbeiter/innen im Allgemeinen gleich hoch ist. In einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung ist jedoch zu erwarten, dass die Produktivität der Psycholog/innen etwas tiefer sein wird als diejenige der Sozialarbeiter/innen, da ein Teil der Psycholog/innen gemäss den Annahmen zur Organisation (vgl. Abschnitt 6.1) Leitungsfunktionen inne haben werden. Aus dem gleichen Grund ist davon auszugehen, dass in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung auch die Produktivität der Oberärzt/innen etwas geringer sein wird als diejenige der Assistenzärzt/innen.

■ Die Tarmed-Produktivität der Assistenzärzt/innen ist in Liestal mit 31 Prozent deutlich höher als in Reinach und Münchenstein (23 Prozent). Wir interpretieren die Differenz dahingehend, dass die Assistenzärzt/innen in Reinach in Zusammenhang mit der heroingestützten Behandlung auch Leistungen erbringen, die mit der HegeBe-Pauschale abgegolten sind. Aus diesem Grund sollte man der Abschätzung der Tarmed-Produktivität der Assistenzärzt/innen von den Verhältnissen am Standort Liestal ausgehen.

■ In den AfA ist die Tarmed-Produktivität des ärztlichen Personals mit 29 Prozent deutlich höher als die Produktivität des nicht-ärztlichen Personals (25 Prozent). Dies im Gegensatz zu den Ambulatorien des EPD der PDAG, bei dem die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden eine Produktivität haben, die sogar etwas höher ist als die Produktivität des ärztlichen Personals. Gemäss dem leitenden Arzt und der früheren leitenden Ärztin ist die geringere Tarmed-Produktivität der Sozialarbeiter/innen und der Psycholog/innen darauf zurückzuführen, dass bei Ihnen der Anteil von Arbeiten höher ist, die nicht abrechenbar sind (z.B. Vernetzungsarbeit bei komplexen Fällen). Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass es – wegen des deutlich höheren Tarmed-Stundenertrags des ärztlichen Personals – starke ökonomische Anreize gibt, die verrechenbare Arbeit auf dem ärztlichen Personal zu konzentrieren. Die höhere Produktivität des ärztlichen Personals scheint jedoch kein systematisches Merkmal einer ärztlich geleiteten ambulanten Suchtberatung zu sein: In den arud Zentren für Suchtmedizin weist – gemäss Auskunft von deren Chefarzt Dr. Thilo Beck – das nicht-ärztliche Fachpersonal eine Produktivität auf, die mit der Produktivität des ärztlichen Personals vergleichbar ist.

Wir neigen zur Überzeugung, dass mit der Tarmed-Produktivität in den AfA bzw. in Liestal die Tarmed-Produktivität einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung etwas unterschätzt wird. Dies deshalb, weil der Anteil komplexer Fälle mit einem vergleichsweise hohen Anteil nicht verrechenbarer Zeit in den AfA höher sein dürfte als es in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung der Fall sein wird (vgl. Begründung in Abschnitt 5.8)

Vor dem Hintergrund all dieser Erwägungen wollen wir bei der Abschätzung der Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung im Basisszenario von den Tarmed-Produktivitäten ausgehen, wie sie in **Tabelle 49** ausgewiesen sind. Gegeben ein Grademix, wie wir ihn im Basisszenario angenommen haben (vgl. Abschnitt 6.4), implizieren die in Tabelle 49 ausgewiesenen, Berufsgruppenspezifischen Produktivitäten eine **durchschnittliche Tarmed-Produktivität von 27.5 Prozent**. Wir gehen also von einer Tarmed-Produktivität aus, die leicht höher ist als die Tarmed-Produktivität der AfA. Diese betrug im Jahr 2012 26.3 Prozent.

Mit den 27.5 Prozent gehen wir von einer Tarmed-Produktivität aus, die massiv tiefer ist als die Tarmed-Produktivität des Ambulatoriums Lenzburg der Suchtfachklinik im Hasel. Der Kostendeckungsgrad des Ambulatoriums Lenzburg beträgt gemäss Dr. Lüddeckens, Klinikleiter und Chefarzt, derzeit etwa 90 Prozent, wobei ein Deckungsgrad von 100 Prozent angestrebt wird, da das Ambulatorium keine gemeinwirtschaftlichen Leistungen erhält und längerfristig seine Kosten über die Erträge decken muss. Ein Kostendeckungsgrad von 90 Prozent setzt gemäss Dr. Lüddeckens unter anderem voraus, dass ein/e Therapeut/in pro Tag mindestens 6 von 8 Stunden verrechnen kann (was einer Produktivität von 75 Prozent entspricht). Bei Klient/innen, die häufig nicht zu den vereinbarten Sitzungen erscheinen, ist dies allerdings nicht realisierbar. Wir ziehen daraus den Schluss, dass eine zwingende Voraussetzung für eine derart hohe Produktivität eine konsequente Klientenselektion ist.

Tabelle 49: Annahmen des Basisszenarios bezüglich der Tarmed-Produktivität der verschiedenen Berufsgruppen

	Tarmed-Produktivität	Brutto-Jahresarbeitszeit	Tarmed-Stunden pro FTE
Leitende Ärzt/innen	15.0%	2'496	370
Oberärzt/innen	25.0%	2'496	624
Assistenz/ärztinnen	30.0%	2'496	749
Psycholog/innen	25.0%	2'184	546
Sozialarbeiter/innen	30.0%	2'184	655
Pflegefachpersonan	0.0%	2'184	0

Quelle: Darstellung BASS

6.7 Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle (w_i)

Die Frage, die in diesem Abschnitt zu beantworten ist, lautet: **Wie hoch würden die Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle der verschiedenen Berufsgruppen in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung ausfallen? Damit geht es im Wesentlichen um die Frage, wie sich die Löhne der Mitarbeitenden der ags und des BZB verändern würden, wenn sie von der PDAG beschäftigt würden.**

6.7.1 Methodik der Schätzung der Personalkosten

Die **Methodik**, die zur Schätzung der Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle zur Anwendung kam, lässt sich wie folgt beschreiben:

■ **Bildung von Profilen:** In den PDAG hängt der Lohn eines Mitarbeiters bzw. einer Mitarbeiterin von drei Faktoren ab: Erstens von der Funktion, zweitens von der Ausbildung und drittens von der lohnrelevanten Berufserfahrung. In Abhängigkeit der Funktion und der Ausbildung konnten in einem ersten Schritt 11 Typen von Mitarbeitenden («Profile») identifiziert werden, die es in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung geben würde und für welche die Personalkosten gesondert geschätzt werden mussten. Die 11 Profile sind in **Tabelle 50** aufgeführt. Abgesehen von den Geschäftsführern lässt sich jede/r Mitarbeiter/in der ags und des BZB einem dieser 11 Profile zuordnen. 4 der Profile (ärztliche Profile und Pflegefachpersonen: vgl. Profile P8, P9, P10 und P11 in Tabelle 50) gibt es in der ags und im BZB nicht.

■ *Erstellen von Kurz-CV's durch Mitarbeitende der ags und des BZB:* In einem zweiten Schritt haben einige Mitarbeitende der ags und des BZB Kurz-CV's erstellt, die in anonymisierter Form dem Büro BASS gestellt wurden. Die Erstellung eines Kurz-CV's war freiwillig. Von den insgesamt 49 Mitarbeitenden der ags und des BZB hat das Büro BASS 21 Kurz-CV's erhalten.

■ *Berechnung der lohnrelevanten Berufserfahrung der teilnehmenden Mitarbeitenden:* In einem dritten Schritt berechnete das Büro BASS anhand der erhaltenen Kurz-CV's die lohnrelevante Berufserfahrung (gemessen in Jahren) aller Mitarbeitenden, die einen Kurz-CV erstellt haben. Funktionsfremde Berufserfahrung wurde dabei mit dem Faktor 0.5 berücksichtigt.

■ *Berechnung der durchschnittlichen lohnrelevanten Berufserfahrung pro Profil:* In einem vierten Schritt berechnete das Büro BASS für die 6 relevanten Profile³¹ die durchschnittliche lohnrelevante Berufserfahrung. Bei der Berechnung dieses Durchschnitts pro Profil wurde zum einen berücksichtigt, dass die Mitarbeitenden der ags und des BZB nicht alle das gleiche Arbeitspensum haben. Zum anderen wurde berücksichtigt, dass sich die Stichprobe der Mitarbeitenden, die bereit waren, einen Kurz-CV zu erstellen, bezüglich des Alters von allen Mitarbeitenden der ags und des BZB («Universum») etwas unterschied: Die altersspezifische Verzerrung der Stichprobe haben wir mittels einer linearen Regression zwischen lohnrelevanter Berufserfahrung (abhängige Variable) und Alter (unabhängige Variable) korrigiert.

■ *Schätzung der Lohn- und Weiterbildungskosten durch die Personalabteilung der PDAG:* In einem fünften Schritt übermittelte das Büro BASS der Personalabteilung der PDAG die 6 definierten Profile mit Angabe der zu erwartenden lohnrelevanten Berufserfahrung. Die Personalabteilung berechnete für die sechs definierten Profile die Lohn- und Weiterbildungskosten und übermittelte die Ergebnisse dieser Berechnung dem Büro BASS.

6.7.2 Ergebnisse der Schätzung der Personalkosten

Die Ergebnisse der Abschätzung der Veränderung des Lohnniveaus sind in **Tabelle 50** dargestellt. Die Tabelle ist wie folgt zu lesen:

■ **Spalte 4 und Spalte 6 – Personalkosten pro FTE:** Spalte 4 zeigt die durchschnittlichen Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle der ags und des BZB im Jahr 2012. Sie kann mit der Spalte 6 verglichen werden, die zeigt, wie hoch die entsprechenden Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle in der PDAG sein würden. Bei den Einträgen in roter Schrift handelt es sich um die Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle, die uns für die 6 Profile von der Personalabteilung der PDAG mitgeteilt wurden. Beispiel: Ein/e durchschnittliche/r, Vollzeit-tätige/r Sozialarbeiter/in ohne Stellenleitungsfunktion kostet in der ags und im BZB 126'281 Franken. In der PDAG würde diese/r Sozialarbeiter/in 111'640 Franken kosten.

■ **Spalte 5 und Spalte 7 - Personalkosten:** Spalte 5 zeigt die Personalkosten der ags und des BZB im Jahr 2012. Diese Kosten entsprechend dem Produkt aus Spalte 4 (Personalkosten pro FTE) und Spalte 2 (Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen). Spalte 5 kann mit der Spalte 7 verglichen werden: Diese zeigt, welche Personalkosten in der PDAG resultieren würden, wenn man alle Mitarbeitenden der ags und des BZB in der gleichen Funktion in die PDAG überführen würde. Die in der Spalte 7 ausgewiesenen Personalkosten lassen sich deshalb nicht als Personalkosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung interpretieren. Denn bei einer Integration würden – wie wir noch sehen werden – nicht alle Mitarbeiter der ags und des BZB in ihrer bestehenden Funktion in die PDAG übergeführt. Beispiel: In der ags und im BZB haben die 9 Stellenleiter/innen im Jahr 2012 Personalkosten in der Höhe von 1'024'403 Franken ver-

³¹ Relevant waren eigentlich 7 Profile. Aus Datenschutz-technischen Gründen konnte nicht zwischen stellenleitenden Psycholog/innen mit FSP-Fachtitel und stellenleitenden Psycholog/innen ohne FSP-Fachtitel unterschieden werden. Entsprechend wurden die stellenleitenden Psycholog/innen zu einem einzigen Profil (ohne FSP-Fachtitel) zusammengefasst. Gemäss Auskunft der Personalabteilung der PDAG sind die Personalkosten von stellenleitenden Psycholog/innen mit FSP-Fachtitel 7'000 Franken höher als die Personalkosten von stellenleitenden Psycholog/innen ohne FSP-Fachtitel.

ursacht. Würden alle 9 Stellenleiter/innen in dieser Funktion in die PDAG überführen, würden Personalkosten in der Höhe von 909'289 Franken resultieren.

■ **Spalte 8 –Veränderung des Lohnniveaus:** Die Spalte 8 zeigt, wie sich die Personalkosten verändern würden, wenn man alle Mitarbeitenden der ags und des BZB in der bestehenden Funktion in die PDAG überführen würde (Veränderung von Spalte 7 gegenüber Spalte 5). Spalte 8 lässt sich – wenn man die Weiterbildungskosten vernachlässigt – entsprechend als «Veränderung des Lohnniveaus» interpretieren. Die Veränderung des Lohnniveaus darf nicht als Veränderung der Personalkosten interpretiert werden. Beispiel: Die Personalkosten eines durchschnittlichen Sozialarbeiters ohne Stellenleitungsfunktion der ags und des BZB wären in der PDAG 7.6 Prozent tiefer.

Bezüglich der Ergebnisse der Lohnschätzung erscheinen uns folgende Beobachtungen wesentlich:

■ **Lohnniveau:** Das Lohnniveau der PDAG scheint deutlich tiefer zu sein als das Lohnniveau in der ags und im BZB. Dies gilt – mit Ausnahme des Profils «Psycholog/in ohne Stellenleitungsfunktion mit FSP-Fachtitel» für alle Profile, die es in der ags und im BZB gibt.

■ **Psycholog/innen mit und ohne FSP-Fachtitel:** Der in Spalte 5 ausgewiesene Unterschied zwischen den Personalkosten eines/r Psycholog/in mit FSP-Fachtitel (139'089 Franken) und ohne FSP-Fachtitel (112'960 Franken) ist zu einem grossen Teil nicht auf den Fachtitel zurückzuführen, sondern darauf, dass die Psycholog/innen der ags und des BZB, die einen FSP-Fachtitel haben, durchschnittlich deutlich älter sind und entsprechend deutlich mehr lohnrelevante Berufserfahrung haben als die in der ags und im BZB tätigen Psycholog/innen, die über keinen FSP-Fachtitel verfügen.

■ **Psycholog/innen mit Fachtitel FSP mit und ohne Stellenleitungsfunktion:** Dass ein/ Psycholog/in mit FSP-Fachtitel ohne Stellenleitungsfunktion in der PDAG teurer wäre als ein/e solche/r mit Stellenleitungsfunktion, ist konterintuitiv. Dieser Tatbestand ist darauf zurückzuführen, dass die lohnrelevante Berufserfahrung bei den Psycholog/innen mit Stellenleitungsfunktion tiefer ist als bei den Psycholog/innen ohne Stellenleitungsfunktion. Dies deshalb, weil in der PDAG die Berufserfahrung ohne Führungsfunktion bei Mitarbeitenden mit Vorgesetztenfunktion nicht vollumfänglich angerechnet wird. Vollumfänglich angerechnet wird nur die Berufserfahrung, die in Positionen mit Führungsfunktion akkumuliert wurde.

■ **Lohnniveau vs. Personalkosten:** Gemäss Tabelle 50 ist das Lohnniveau in der PDAG rund 10 Prozent tiefer als das Lohnniveau der ags und des BZB. Die Veränderung des Lohnniveaus wird damit allerdings etwas überschätzt, weil in der PDAG von den Psycholog/innen erwartet wird, dass sie sich einen FSP-Fachtitel aneignen. Dies führt letztlich dazu, dass der Anteil der Psycholog/innen, die einen FSP-Fachtitel haben, in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung längerfristig wahrscheinlich höher sein wird als der entsprechenden Anteil in der ags und im BZB: Tabelle 50 zeigt, dass in der ags und im BZB von den 22 Psycholog/innen 4 (18 Prozent) einen FSP-Fachtitel haben. In der PDAG gibt es derzeit (April 2013) 13 Psycholog/innen mit FSP-Fachtitel, 28 Psycholog/innen ohne Fachtitel und 59 Psycholog/innen, die sich in Weiterbildung zum Fachtitel befinden.

Tabelle 50: Personalkosten in der ags und im BZB im Vergleich zu den geschätzten Personalkosten in der PDAG

	ags & BZB					PDAG		Veränderung des Lohnni- veaus ^a	S8
	Anz. Mit- arbeiter	Anz. FTE	lohn- Berufserf.	Personalkosten		Personalkosten			
	S1	S2	S3	pro FTE	Total	pro FTE	Total ^a		
Leitende/r Arzt/Ärztin (P8)	-	-	-	-	-	171'000	-	-	-
Oberarzt/-ärztin (P9)	-	-	-	-	-	158'000	-	-	-
Assistenzarzt/-ärztin (P10)	-	-	-	-	-	107'000	-	-	-
Stellenleiter/in Suchtberatung	9	7.0	13	145'387	1'024'403	129'050	909'289	-11.2%	
Sozialarbeiter/in (P1)	6	5.1	15	n.a.	n.a.	129'880	662'215	n.a.	
Psycholog/in	3	1.9	9	n.a.	n.a.	126'876	247'074	n.a.	
mit Fachtitel FSP (P2)	1	0.8	n.a.	n.a.	n.a.	131'000	104'800	n.a.	
ohne Fachtitel FSP (P3)	2	1.1	n.a.	n.a.	n.a.	124'000	142'274	n.a.	
Fachperson Suchtberatung	29	18.9	9	126'281	2'390'580	114'346	2'164'628	-9.5%	
Sozialarbeiter/in (P4)	10	6.5	9	120'840	785'438	111'640	725'642	-7.6%	
Psycholog/in	19	12.4	8	129'127	1'605'141	115'760	1'438'986	-10.4%	
mit Fachtitel FSP (P5)	3	1.3	12	n.a.	n.a.	139'089	185'295	n.a.	
ohne Fachtitel FSP (P6)	16	11.1	8	n.a.	n.a.	112'960	1'253'691	n.a.	
Dipl. Pflegefachperson (P11)	-	-	-	-	-	93'000	-	-	
Sachbearbeiter/in (P7)	11	5.1	18	103'633	525'150	89'560	453'835	-13.6%	
Total	49	31.0	11	-	3'940'133	-	3'527'752	-10.5%	

Fussnote: ^aUnter der (unrealistischen) Annahme, dass alle Mitarbeitenden der ags und des BZB in ihrer bestehenden Funktion in die PDAG übergeführt würden.

Bemerkung: Rote Schrift: Personalkosten, die uns von den PDAG mitgeteilt wurden.

Quelle: ags, BZB, PDAG, Berechnungen BASS

6.8 Zuschlagssatz auf die Primärkosten (φ)

Die Frage, die in diesem Abschnitt zu beantworten ist, lautet: **Wie hoch werden die restlichen Kosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung in Relation zu deren Primärkosten ausfallen?**

Das definierte Kostenmodell (vgl. Abschnitt 3.3) sieht vor, dass die Kosten der dienstleistenden Kostenstellen und die Sach- sowie Anlagenutzungskosten der leistungserbringenden Kostenstellen («restliche Kosten») mittels eines Zuschlagssatzes auf die Personalkosten der leistungserbringenden Kostenstellen («Primärkosten»), geschätzt werden sollen. Dieser Zuschlagssatz ist als Quotient aus den restlichen Kosten (Zähler) und den Primärkosten (Nenner) definiert.

Diesen Zuschlagssatz konnten wir für verschiedene Einrichtungen der ambulanten Suchtberatung quantifizieren (vgl. **Tabelle 51**). Vor dem Hintergrund dieser empirischen Daten ist es naheliegend, im Basisszenario von einem **Zuschlagssatz von 30 Prozent** auszugehen.³²

³² In Abschnitt 5.5 (vgl. Tabelle 36) haben wir gezeigt, dass der Zuschlagssatz auf die Primärkosten in den Ambulatorien HAG (PDAG) und Reinach (AfA) wegen der methadon- und heroingestützten Behandlung markant höher ist als der Zuschlagssatz von institutionellen Einheiten der ambulanten Suchtberatung. Bei der Abschätzung des Zuschlagssatzes sollte die Zuschlagssätze der Ambulatorien HAG (PDAG) und Reinach (AfA) deshalb nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 51: Zuschlagssatz auf die Primärkosten in ausgewählten Einrichtungen und Ambulatorien der ambulanten Suchtberatung im 2012, Angaben in Prozent

Einrichtung / Ambulatorium	Zuschlagssatz auf die Primärkosten in Prozent
Externe Psychiatrische Dienste EPD der PDAG	
Total	n.a.
Ambulatorium Baden	25
Ambulatorium Aarau	35
Ambulatorium HAG	66
Ambulatorien für Abhängigkeitserkrankungen der PBL	
Total	47
Ambulatorium Reinach	70
Ambulatorien Münchenstein & Liestal	35
Ambulatorium Liestal	28
Aargauische Stiftung Suchthilfe ags	
Total	23

Quelle: AfA, PDAG, ags, Berechnungen BASS

6.9 Ertragsparameter

6.9.1 Tarmed-Ertrag (p_i)

Die Frage, die in diesem Abschnitt zu beantworten ist, lautet: **Mit welchem Tarmed-Ertrag pro Stunde, die über Tarmed abgerechnet wird, kann in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung gerechnet werden?**

Tabelle 52 zeigt, welche Erträge pro Stunde, die über Tarmed abgerechnet wird, wir der Abschätzung der Tarmed-Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung zugrunde legen wollen und wie wir diese durchschnittlichen Erträge einer verrechenbaren Stunde berechnet haben. Sie entsprechen den Stunden-Erträgen, wie sie auch in Schwyter und Meierhofer (2012, 43) ausgewiesen sind.

Tabelle 52: Berechnung des durchschnittlichen Ertrags einer über Tarmed verrechneten Stunde

	Anzahl Taxpunkte		Taxpunktwert	Ertrag pro verrechenbarer Stunde in CHF
	5 Minuten	60 Minuten		
Ärzt/innen	17.9	215.0	89	191.4
Psycholog/innen	12.5	149.9	89	133.4
Sozialarbeiter/innen	8.9	107.3	89	95.5

Quelle: Tarmed Suisse, Berechnungen BASS

Die Tabelle macht deutlich, dass sich die Erträge einer über Tarmed verrechenbaren Stunden zwischen den verschiedenen Berufsgruppen beträchtlich unterscheiden. Setzt man die Erträge ins Verhältnis zu den Kosten, lässt sich die Rentabilität der verschiedenen Berufsgruppen analysieren. Die Ergebnisse einer solchen Analyse sind in **Tabelle 53** dargestellt. Die Tabelle zeigt u.a, dass ausgehend von einer Produktivität in der Höhe von 30 Prozent in der ambulanten Suchtberatung einzig Assistenzärzt/innen kostendeckend arbeiten. Der grösste Verlust pro vollzeitäquivalenter Stelle resultiert bei den Psycholog/innen mit FSP-Fachtitel (-93'416 Franken) und den Sozialarbeiter/innen (-83'474 Franken). Allein um seine Personalkosten zu decken, müsste ein/e Sozialarbeiter/in eine Tarmed-Produktivität von 54 Prozent, ein/e Psycholog/in mit FSP-Fachtitel eine solche von 48 Prozent haben.

Wir verzichten darauf, die ökonomischen Anreize, die von den in Tabelle 53 dargestellten Tatbeständen ausgehen, auszuformulieren – sie sind offensichtlich.

Tabelle 53: Vergleich der Kosten, der Erträge und der Rentabilität einer vollzeitäquivalenten Stelle der verschiedenen Berufsgruppen, alle Angaben pro FTE und Jahr

		Leitender Arzt Profil 8	Ober- arzt Profil 9	Assistenz- arzt Profil 10	Psycholog mit FSP-FT Profil 5	Psychologe ohne FSP-FT Profil 6	Sozial- arbeiter Profil 4
Ausgangsdaten							
Primärkosten ^a	in CHF	171'000	158'000	107'000	139'089	112'960	111'640
Vollkosten ^b	in CHF	222'300	205'400	139'100	180'815	146'848	145'132
Tarmed-Ertrag pro verrechenbarer Stunde	in CHF	191.4	191.4	191.4	133.4	133.4	95.5
Brutto-Jahresarbeitszeit	in h	2'496	2'496	2'496	2'184	2'184	2'184
Rentabilität bei Tarmed-Produktivität von 30 Prozent							
Tarmed-Produktivität	in %	30	30	30	30	30	30
Anzahl Tarmed-Stunden	in h	749	749	749	655	655	655
Tarmed-Ertrag	in CHF	143'310	143'310	143'310	87'399	87'399	62'558
Ertrag minus Primärkosten	in CHF	-27'690	-14'690	36'310	-51'690	-25'561	-49'082
Primärkostendeckungsgrad	in %	84	91	134	63	77	56
Ertrag minus Vollkosten	in CHF	-78'990	-62'090	4'210	-93'416	-59'449	-82'574
Vollkostendeckungsgrad	in %	64	70	103	48	60	43
Erforderliche Tarmed-Produktivität für vollständige Kostendeckung							
Erforderliche Tarmed-Produktivität für Deckung der Primärkosten	in %	36	33	22	48	39	54
Erforderliche Tarmed-Produktivität für Deckung der Vollkosten ^c	in %	47	43	29	62	51	70

Abkürzungen: FSP-FT = FSP-Fachtitel

Fussnoten: ^aPersonalkosten einer vollzeitäquivalenten Stelle; ^bVollkosten = Primärkosten + 0.3*Primärkosten; ^cBei der Berechnung der Tarmed-Produktivität für eine vollständige Deckung der Vollkosten wurden nur die Tarmed-Erträge, nicht jedoch andere Erträge (Labor, Gutachten etc.) berücksichtigt. Die für eine Deckung der Vollkosten erforderliche Tarmed-Produktivität wird deshalb etwas überschätzt.

Quelle: Berechnungen BASS

6.9.2 Andere Erträge (ε_i)

Neben den Tarmed-Erträgen kann eine ambulante Suchtberatung weitere Erträge folgender Art generieren:

- Erträge für Gutachten für die IV und andere Behörden.
- Erträge aus Medikamentenverkäufen.
- Erträge aus Laboruntersuchungen.
- Erträge für die Durchführung von FiaZ-Kursen.
- Erträge von Konsiliardiensten.
- Restliche Erträge.

Unser Kostenmodell (vgl. Abschnitt 3.3) sieht vor, dass wir die Erträge, die nicht Tarmed-Erträge sind, in Relation zum Volumen der Tarmed-Erträge abschätzen. Dieser Abschätzung legen wir die Ertragsstruktur der AfA zugrunde, die in **Tabelle 54** dargestellt ist. Wir schätzen die Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung wie folgt ab:

■ **Medikamente:** Da Selbstdispensation im Kanton Aargau verboten ist, gehen wir davon aus, dass eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung **keine Erträge aus Medikamentenverkäufen** generieren wird.

■ **Konsiliardienste und Gutachten:** Wir gehen davon aus, dass unter der Ertragsart «Übrige Erträge Patienten» die Erträge in Zusammenhang mit den geleisteten Konsiliardiensten und den erstellten Gutach-

ten subsumiert sind. Sie betragen im Ambulatorium Liestal insgesamt 88'002 Franken und damit **11.3 Prozent** der Tarmed-Erträge.

■ **Fiaz-Kurse:** Gemäss Auskunft unserer Ansprechpartner/innen der PDAG ist nicht davon auszugehen, eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung Fiaz-Kurse durchführen wird. Diese Kurse werden offenbar von einer anderen Stelle durchgeführt. Entsprechend ist mit keinen Erträgen zu rechnen.

■ **Labor:** Gemäss unseren Ansprechpartner/innen der PDAG wird es keine Erträge aus Laboruntersuchungen geben. Denn die Laboratorien stellen den Patient/innen die Kosten direkt in Rechnung, was in den AfA offenbar nicht der Fall ist.

Tabelle 55 fasst die soeben explizierten Annahmen bezüglich der anderen Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung zusammen.

Tabelle 54: Ertragsstruktur der AfA im Jahr 2012

	Liestal	Münchenstein & Reinach	AfA
Erträge in CHF			
Tarmed	776'570	668'996	1'445'566
Medikamente	206'645	301'068	507'712
Labor	42'226	58'892	101'118
Übrige Erträge Patienten	88'002	88'002	176'004
Substitutionspauschalen ^a	533'665	847'029	1'380'694
FIAZ-Kurse	-400	37'718	37'318
Abgeschriebene Forderungen	-41'853	-36'434	-78'287
Restliche Erträge	9'195	-2'270	6'925
Total	1'614'050	1'963'001	3'577'051
Total exkl. Substitutionspauschalen	1'080'385	1'152'405	2'274'644
Andere Erträge in Prozent der Tarmed-Erträge			
Tarmed	100.0%	100.0%	100.0%
Medikamente	26.6%	45.0%	35.1%
Labor	5.4%	8.8%	7.0%
Übrige Erträge Patienten	11.3%	13.2%	12.2%
FIAZ-Kurse	-0.1%	5.6%	2.6%
Restliche Erträge	1.2%	-0.3%	0.5%
Total andere Erträge	44.5%	72.3%	57.4%

Quelle: AfA, Berechnungen BASS

Tabelle 55: Annahmen bezüglich der Erträge, die nicht Tarmed-Erträge sind («Andere Erträge»)

Ertragsart	
Medikamente	keine Erträge
Labor	keine Erträge
Gutachten und Konsilien	11.3 Prozent der Tarmed-Erträge
FIAZ-Kurse	keine Erträge

Quelle: Darstellung BASS

6.9.3 Ertragsminderungen

Im Basisszenario gibt es drei Arten von Ertragsminderungen:

■ **Abgeschriebene Forderungen:** Das Ambulatorium Liestal musste im Jahr 2012 Forderungen im Umfang von 41'853 Franken abschreiben, was **5.4 Prozent der Tarmed-Erträge** entspricht.

■ **Nicht-verrechnete Gruppenberatungen:** Wie in Abschnitt 6.2 ausgeführt, sieht das Basisszenario vor, dass die Gruppenberatungen nicht verrechnet werden sollen, so dass es ein kostenloses Beratungs-

setting für Klient/innen gibt, für welche die KVG-Abrechnung ein Problem darstellt. Dabei wird – abgeleitet von den Verhältnissen in der ags und im BZB im Jahr 2012 – davon ausgegangen, dass 6.8 Prozent der Tarmed-Stunden im Rahmen solcher Gruppenberatungen geleistet werden, was im Basisszenario 1'460 Tarmed-Stunden entspricht. Bei der Berechnung der Ertragsminderung gehen wir davon aus, dass 50 Prozent der (nicht-verrechneten) Gruppenberatungen von Psycholog/innen und 50 Prozent von Sozialarbeiter/innen geleistet werden. Die Nicht-Verrechnung von 1'460 Tarmed-Stunden, die im Rahmen des Gruppensettings geleistet werden, führt im Basisszenario zu einer Ertragsminderung im Umfang von knapp 170'000 Franken.

■ **Nicht-verrechnete Einzelberatungen:** Wie in Abschnitt 6.2 ausgeführt, sieht das Basisszenario vor, dass 1'500 Tarmed-Stunden, die im Rahmen von Einzelberatungen geleistet werden, nicht verrechnet werden. Bei der Kalkulation der Ertragsminderung infolge dieser Gratis-Leistungen gehen wir davon aus, dass die 1'500 nicht verrechneten Tarmed-Stunden zur Hälfte von Psycholog/innen und zur Hälfte von Sozialarbeiter/innen erbracht werden. Die Nicht-Verrechnung von 1'500 Tarmed-Stunden, die im Rahmen des Einzelsettings geleistet werden, führt im Basisszenario zu einer Ertragsminderung im Umfang von gut 170'000 Franken.

Tabelle 56 fasst die Annahmen des Basisszenarios bezüglich der Ertragsminderungen zusammen.

Tabelle 56: Annahmen des Basisszenarios bezüglich Ertragsminderungen

Art der Ertragsminderung	Umfang der Ertragsminderung
Abgeschriebene Forderungen	5.4 Prozent des Tarmed Ertrags
Nicht-verrechnete Gruppenberatungen	6.8 Prozent der Tarmed-Stunden, je hälftig durch Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen geleistet
Nicht-verrechnete Einzelberatungen	1'500 Tarmed-Stunden 750h von Psycholog/innen und 750h von Sozialarbeiter/innen geleistet

Quelle: Darstellung BASS

6.10 Die Annahmen der Szenarien im Überblick

Die Annahmen des Basisszenarios sind in **Tabelle 57** im Überblick dargestellt – im Vergleich zum Alternativszenario, das wir in Abschnitt 6.2 eingeführt haben und im Vergleich zu einem Szenario, das wir «Benchmarkszenario» nennen. Das Alternativ- und Benchmarkszenario unterscheiden sich vom Basisszenario in folgenden Punkten:

■ **Alternativszenario:** Im Alternativszenario gehen wir davon aus, dass alle Leistungen verrechnet werden und es die Massnahmen des Basisszenarios nicht gibt, die auf eine Reduktion des Schwelligkeits-Effekts abzielen. Konsequenterweise gehen wir im Alternativszenario dann allerdings davon aus, dass sich die Zahl der Klient/innen um 13.6 Prozent reduzieren würde, was konkret bedeutet, dass 484 Klient/innen wegen der KVG-Abrechnung auf eine ambulante Suchtberatung verzichten würden.

■ **Benchmarkszenario:** Dieses Szenario geht davon aus, dass die beiden Massnahmen des Basisszenarios, die auf eine Abschwächung des Schwelligkeits-Effekts abzielen, verzichtet wird und sich bei einer Integration die Zahl der Klient/innen dennoch nicht verändern würde. Dieses Szenario ist eher unrealistisch, erfüllt jedoch analytische Zwecke: Ein Vergleich des Benchmarkszenarios mit dem Basisszenario zeigt den Effekt der Massnahmen, die auf eine Reduktion des Schwelligkeitseffekts abzielen, auf die Ertragssituation.

Tabelle 57: Die Annahme des Basisszenarios im Vergleich zum Alternativ- und Benchmarkszenario

	Baseline-Szenario	Alternativ Szenario	Benchmarkszenario
Annahmen zur Organisation			
Anzahl FTE leitende Ärzt/innen	1.0		
Anzahl FTE stellenleitende Psycholog/innen FSP	3.6		
δ Veränderung der Anzahl Klient/innen	0.0%	-13.6%	0.0%
h Ø-Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in	6.0		
α Anteil der verschiedenen Berufsgruppen an den über Tarmed verrechneten Stunden			
Anteil des ärztlichen Personals	25.0%		
Leitende Ärzt/innen	1.7%		
Oberärzt/innen	8.1%		
Assistenzärzt/innen	15.1%		
Anteil des nicht-ärztliches Personals	75.0%		
Psycholog/innen mit FSP-Fachtitel	11.9%		
Psycholog/innen ohne FSP-Fachtitel	25.6%		
Sozialarbeiter/innen	37.5%		
θ Verhältnis «FTE Administration / FTE Fachpersonal»	13.0%		
β Tarmed-Produktivität der verschiedenen Berufsgruppen			
Leitende Ärzt/innen	15.0%		
Oberärzt/innen	25.0%		
Assistenärzt/innen	30.0%		
Psycholog/innen	25.0%		
Sozialarbeiter/innen	30.0%		
w_i Ø-Personalkosten pro FTE in CHF			
Leitende Ärzt/innen	171'000		
Oberärzt/innen	158'000		
Assistenzärzt/innen	107'000		
Stellenleitende Psycholog/innen FSP	131'000		
Psycholog/innen FSP	139'089		
Psycholog/innen	112'960		
Sozialarbeiter/innen	111'640		
Pflegefachpersonen	93'000		
φ Zuschlagssatz auf die Primärkosten, in Prozent	30%		
p_i Ø-Ertrag einer über Tarmed abgerechneten Stunde in CHF			
Ärzt/innen	191.4		
Psycholog/innen	133.4		
Restliches Fachpersonal	95.5		
ε Andere Erträge und Ertragsminderungen			
Ertrag aus Konsilien und Gutachten in % des Tarmed-Ertrags	11.3%		
Abgeschriebene Forderungen in % des Tarmed-Ertrags	-5.4%		
Nicht-verrechnete Gruppenberatung, in % der Tarmed-Stunden	-6.8%	0%	0%
Nicht-verrechnete Einzelberatung, in Tarmed-Stunden	-1'500	0	0

Bemerkung: Die Unterschiede zwischen den Szenarien sind in roter Schrift dargestellt.
Quelle: Berechnungen BASS

7 Ergebnisse der Kostenschätzung

7.1 Ergebnisse im Basisszenario

Tabelle 58 zeigt die geschätzten Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung für die drei Szenarien – im Vergleich zu den effektiven Kosten der ambulanten Suchtberatung im Kanton Aargau im Jahr 2012.

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

■ **Kosten:** Im Basisszenario belaufen sich die geschätzten Kosten auf 6.0 Millionen Franken. Dies entspricht einer Zunahme der Kosten um 300'000 Franken bzw. 5.4 Prozent. Die Kostensteigerung ist zu einem grossen Teil auf einen Ausbau der Fachstellen im Umfang von 4.8 FTE (+16 Prozent) zurückzuführen, wobei es sich hierbei vollständig um einen Ausbau des ärztlichen Personals handelt. Diese Zunahme führt deshalb nur zu einer geringfügigen Kostensteigerung, weil das Lohnniveau in der PDAG gemäss den Ergebnissen unserer Lohnschätzung markant tiefer ist als in der ags und im BZB ist (vgl. Abschnitt 6.7 und dort insbesondere Tabelle 50). Wie wir bereits ausgeführt haben, sollte die Veränderung der Kosten auch unter dem Aspekt interpretiert werden, dass in den Kosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung auch die Kosten von ärztlichen Leistungen enthalten sind, die heute ausserhalb der institutionellen ambulanten Suchtberatung erbracht werden.

■ **Ertrag:** Im Basisszenario resultiert ein Ertrag in der Höhe von 2.7 Millionen Franken. Die Massnahmen, die auf eine Abschwächung des Schwelligkeits-Effekts abzielen (Verzicht auf die Verrechnung von 2'960 Tarmed-Stunden), reduzieren den Ertrag um 340'000 Franken. Entsprechend ist der Ertrag im Benchmarkszenario um diesen Betrag höher.

■ **Kostendeckungsgrad:** Im Basisszenario beträgt der Kostendeckungsgrad 45 Prozent. Ohne die beiden ertragsmindernden Massnahmen würde der Kostendeckungsgrad 50 Prozent betragen. Zum Vergleich:

- Der Kostendeckungsgrad des Ambulatoriums Liestal der AfA betrug im Jahr 2012 61.1 Prozent, dürfte aufgrund der Substitutionspauschalen allerdings nach oben «verzerrt» sein.
- Der Kostendeckungsgrad der Fälle mit einer suchtbedingten Störung im EPD der PDAG betrug im Jahr 2012 67.2 Prozent.
- Gemäss Dr. Thilo Beck von den arud Zentren für Suchtmedizin, lässt sich in der ambulanten Suchtberatung maximal ein Kostendeckungsgrad von 60 Prozent realisieren.
- Der Kostendeckungsgrad des Ambulatoriums Lenzburg der Klinik im Hasel beträgt gemäss Dr. Lüddeckens, Klinikleiter und Chefarzt, derzeit etwa 90 Prozent.

■ **Staatsbeitrag:** Der Staatsbeitrag des Kantons Aargau an die ambulante Suchtberatung betrug im Jahr 2012 5.1 Millionen Franken. Im Basisszenario würde der Staatsbeitrag noch 3.3 Millionen Franken betragen, so dass der Kantonsbeitrag um 1.8 Millionen Franken sinken würde. Verzichtet man auf die beiden Massnahmen, die auf eine Reduktion des Schwelligkeit infolge der KVG-Verrechnung abzielen (→ Alternativszenario), würde der Staatsbeitrag deutlich stärker, um 2.5 Millionen Franken, sinken. Die vergleichsweise hohe Reduktion des Staatsbeitrag im Alternativszenario gegenüber dem Basisszenario ist zum einen darauf zurückzuführen, dass im Alternativszenario alle erbrachten Leistungen Erträge generieren, zum anderen auf die Reduktion der Anzahl Klient/Innen, die sich per se kostensenkend auswirkt.

Die in Tabelle 58 dargestellten Ergebnisse beruhen auf den Annahmen von längerfristigen Szenarien. Da in den ersten drei Jahren nach einer allfälligen Integration mit weniger Klient/Innen zu rechnen ist (vgl. Abschnitte 5.2 und 6.2), wird eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung den Stellenetat nicht sofort in einem Ausmass ausbauen müssen, wie es Tabelle 58 suggeriert. Konsequenterweise wäre in den ersten drei Jahren auch mit tieferen Betriebskosten, tieferen Erträgen und mit einem tieferen Staatsbeitrag zu rechnen.

Tabelle 58: Geschätzte Kosten und Erträge einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung im Vergleich zu den effektiven Kosten und Erträgen im Jahr 2012

		Status-Quo (ags, BZB & EPD im 2012)	Integration					
			Baselineszenario		Alternativszenario		Benchmarkszenario	
			abs.	+/-	abs.	+/-	abs.	+/-
Anzahl Klient/innen		3'556	3'556	0	3'072	-484	3'556	0
Kosten und Erträge (in Mio. CHF)								
Kosten	Total	5.7	6.0	0.3	5.2	-0.5	6.0	0.3
	Primärkosten	n.a.	4.6		4.0		4.6	
	Restliche Kosten	n.a.	1.4		1.2		1.4	
Ertrag	Total	0.6	2.7	2.1	2.6	2.0	3.0	2.5
	Ertrag Tarmed	n.a.	2.9		2.5		2.9	
	Ertrag Konsilien & Gutachten	n.a.	0.3		0.3		0.3	
	Ertragsminderungen	n.a.	-0.5		-0.1		-0.2	
Staatsbeitrag (Ertrag minus Kosten)		5.1	3.3	-1.8	2.6	-2.5	3.0	-2.1
Kostendeckungsgrad in %		10.0	45.2	35.1	50.4	40.3	50.5	40.5
Mitarbeiterstruktur (Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen)								
Total		35.6	38.7	3.1	33.4	-2.2	38.7	3.1
Overhead	Total	2.0	-		-		-	
	Geschäftsleitung ^a	1.3	0.9		0.9		0.9	
	Administration ^b	0.7	-		-		-	
Administratives Personal der Ambulatorien		4.3	4.6	0.3	3.9	-0.4	4.6	0.3
Fachpersonal	Total	29.4	34.2	4.8	29.5	0.1	34.2	4.8
	Leitende Ärzt/innen	0.3	0.2	-0.1	0.2	-0.1	0.2	-0.1
	Oberärzt/innen	0.7	2.8	2.1	2.4	1.7	2.8	2.1
	Assistenzärzt/innen	1.3	4.4	3.1	3.7	2.4	4.4	3.1
	Psycholog/innen	14.8	14.7	-0.1	12.7	-2.1	14.7	-0.1
	Sozialarbeiter/innen	11.8	12.2	0.4	10.5	-1.3	12.2	0.4
	Pflegefachpersonen	0.5	0.0	-0.5	0.0	-0.5	0.0	-0.5
Andere Kennzahlen								
Anzahl Tarmed-Stunden		2'524	21'336	18'812	18'433	15'909	21'336	18'812
verrechnete		2'524	18'376	15'852	18'433	15'909	21'336	18'812
nicht-verrechnete		-	2'960		0		0	
Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in		0.7	6.0	5.3	6.0	5.3	6.0	5.3
Anzahl Klient/innen pro FTE Fachpersonal		121	104	-17	104	-17	104	-17
Kosten pro Klient/in in CHF		1'596	1'682	86	1'686	90	1'682	86
Staatsbeitrag pro Klient/in in CHF		1'436	922	-514	837	-599	832	-604

Fussnoten: ^aUnter der Mitarbeitergruppe «Geschäftsleitung» subsumieren wir die Geschäftsführer der ags und des BZB sowie den/die leitende/n Arzt/Ärzt/in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung; ^bDie Anzahl vollzeitäquivalenter Stellen der Administration im Overhead der PDAG, die anteilig einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung zuzuordnen wären, können wir nicht ausweisen, da wir die mit dem Overhead zusammenhängenden Kosten pauschal über einen Zuschlagssatz auf die Primärkosten (vgl. Abschnitt 6.8) modelliert haben.

Quelle: Berechnungen BASS

7.2 Sensitivitätsanalysen

Für die Berechnung der Betriebskosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung waren wir gezwungen, bezüglich einiger Parameter des Kostenmodells (vgl. Kapitel 6) Annahmen zu treffen. Diese Annahmen definieren in ihrer Gesamtheit das Basisszenario. Die Schätzung der Parameter des Kostenmodells ist mit Unsicherheit verbunden. Dieser Unsicherheit tragen wir Rechnung, indem wir in diesem Abschnitt untersuchen, wie sich die Ergebnisse der Kosten- und Ertragsschätzung verändern, wenn die Annahmen bezüglich eines Parameters verändert wird, während die restlichen Parameter dem Basisszenario entsprechend unverändert bleiben (Sensitivitätsanalysen ausgehend vom Basisszenario).³³ Dabei konzentrieren wir uns auf die Annahmen bzw. Parameter, die den grössten Einfluss auf die geschätzten Kosten und Erträge haben:

- **Volumen nicht verrechneter Leistungen:** Im Basisszenario sind wir davon ausgegangen, dass 2'960 Tarmed-Stunden zwecks Abschwächung des Schwelligkeitseffekts nicht verrechnet werden (1'500 Tarmed-Stunden im Einzelsetting und 1'460 Stunden im Gruppensetting; vgl. Abschnitte 6.2 und 6.9.3).
- **Anzahl Klient/innen:** Im Basisszenario sind wir von 3'556 Klient/innen ausgegangen (für die Herleitung dieses Werts vgl. Abschnitt 6.2)
- Die durchschnittliche Anzahl **Tarmed-Stunden pro Klient/in** und Jahr: Im Basisszenario sind wir von 6.0 Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr ausgegangen (für die Herleitung dieses Werts vgl. Abschnitt 6.3).
- Der **Anteil des ärztlichen Personals** an den über Tarmed verrechneten Stunden: Im Basisszenario sind wir davon ausgegangen, dass dieser Anteil 25 Prozent beträgt (für die Herleitung dieses Anteils vgl. Abschnitt 6.4).
- Die **Tarmed-Produktivität:** Im Basisszenario sind wir von einer durchschnittlichen Tarmed-Produktivität von 27.5 Prozent ausgegangen (für die Herleitung dieses Werts vgl. Abschnitt 6.6).

7.2.1 Volumen nicht-verrechneter Leistungen

Im Basisszenario sind wir davon ausgegangen, dass eine in die PDAG integrierte ambulante Suchtberatung zwecks Abschwächung des Schwelligkeitseffekts verrechenbare Leistungen im Umfang von 2'960 Tarmed-Stunden (13.6 Prozent aller verrechenbarer Tarmed-Stunden) nicht verrechnen würde.

Unter der Annahme, dass die nicht verrechneten Leistungen je hälftig von Psycholog/innen und Sozialarbeiter/innen erbracht werden, wirkt sich ein Veränderung der Anzahl nicht-verrechneter Tarmed-Stunden wie folgt aus:

- Eine Veränderung der Anzahl nicht-verrechneter Tarmed-Stunden wirkt sich grundsätzlich nur auf den Ertrag (und damit auch auf den Kostendeckungsgrad), nicht jedoch auf die Kosten aus.
- Eine Erhöhung (Reduktion) des Volumens nicht verrechneter Leistungen um 1'000 Tarmed-Stunden reduziert (erhöht) den Ertrag um knapp 110'000 Franken und den Kostendeckungsgrad um 1.8 Prozentpunkte.

7.2.2 Anzahl Klient/innen

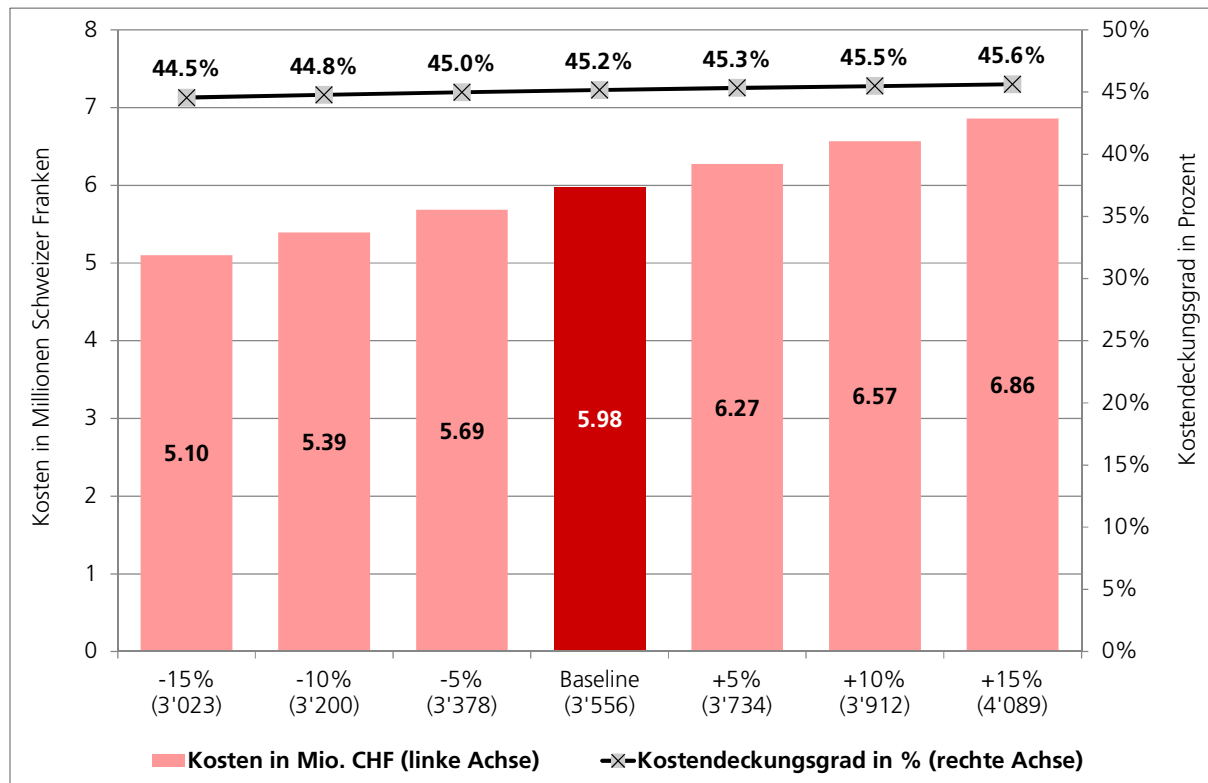
Im Basisszenario sind wir davon ausgegangen, dass es in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung längerfristig gleich viele Klient/innen geben würde wie im 2012, also 3'556 Klient/innen.

Abbildung 21 zeigt die Auswirkungen einer Veränderung der Anzahl Klient/innen im Umfang von +/- 15

³³ Grundsätzlich wären auch Szenarioanalysen möglich. Bei Szenarioanalysen werden – im Gegensatz zu Sensitivitätsanalysen – zeitgleich mehrere Parameter verändert. Mit dem Alternativ- und Benchmarkszenario haben wir bereits zwei Szenarioanalysen vorgenommen.

Prozent. Sie macht deutlich, dass die Anzahl Klient/innen keinen wesentlichen Einfluss auf den Kostendeckungsgrad haben. Die Kosten variieren zwischen 5.1 Millionen Franken bei 3'023 Klient/innen und 6.86 Millionen Franken bei 4'089 Klient/innen.

Abbildung 20: Auswirkungen einer Abweichung der Anzahl Klient/innen vom Basisszenario (3'556 Klient/innen) um +/- 15 Prozent auf die Kosten- und Ertragsituation



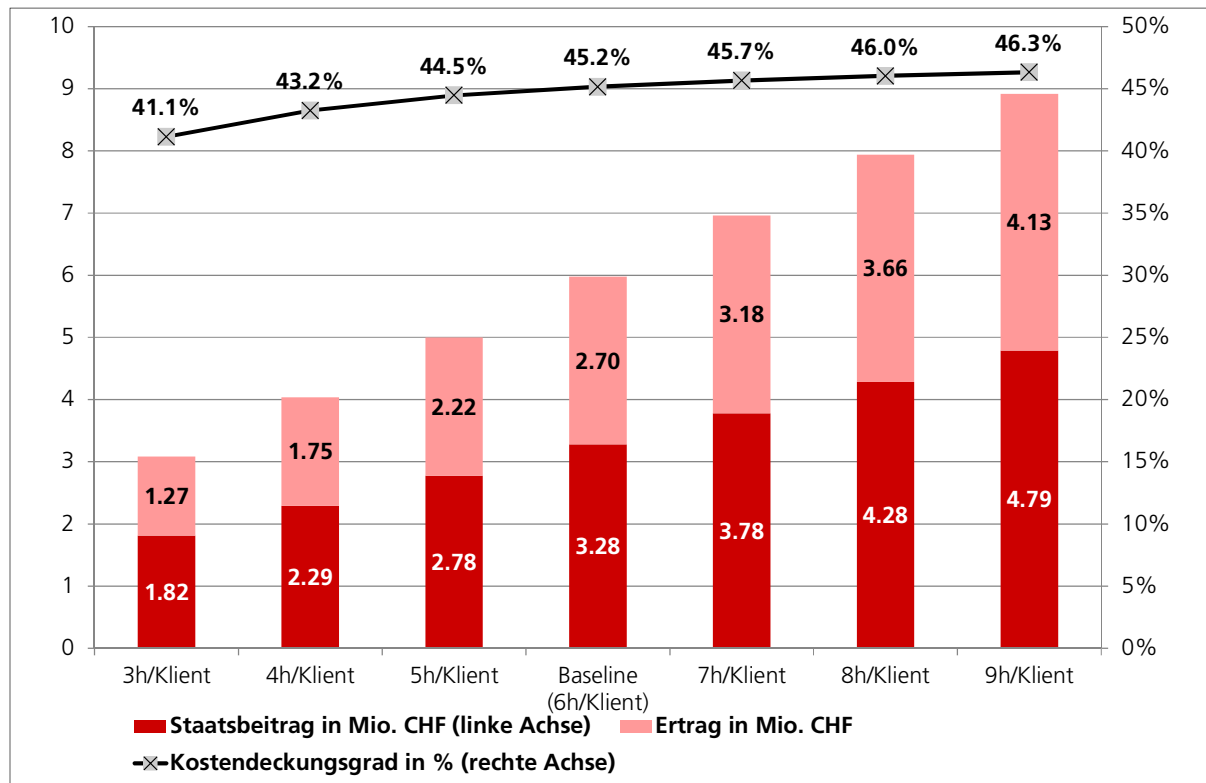
Quelle: Berechnungen BASS

7.2.3 Durchschnittliche Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in

Im Basisszenario gehen wir davon aus, dass in einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung pro Klient/in und Jahr durchschnittlich 6.0 Stunden geleistet werden, die über Tarmed abgerechnet werden können. In Abschnitt 6.3 haben wir auf der Basis gewisser Annahmen abgeschätzt, dass in der ags und im BZB im 2012 durchschnittlich 5.0 Tarmed-Stunden pro Klient/in und Jahr geleistet werden. Im Basisszenario gehen wir also bereits von einer Leistungsausdehnung im Umfang von 20 Prozent aus, wobei es sich bei einem Teil dieser Leistungsausdehnung um eine Substitution von ärztlichen Leistungen handeln dürfte, die heute ausserhalb der institutionellen ambulanten Suchtberatung (z.B. von Hausärzt/innen oder in psychiatrischen Praxen etc.) erbracht werden. **Abbildung 21** zeigt, wie sich Veränderungen der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in auf die Kosten- und Ertragsituation auswirken. Sie macht deutlich, dass eine Erhöhung der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in mit einer leichten Zunahme des Kostendeckungsgrads einhergeht, so dass der Staatsbeitrag leicht unterproportional steigt, wenn pro Klient/in mehr Leistungen erbracht werden. Sehr stark wirken sich Veränderungen der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in auf die Kosten (und auch auf die Erträge) einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung aus: Je mehr über Tarmed verrechenbaren Stunden pro Klient/in geleistet werden, desto höher sind die Kosten, die Erträge und der für die Deckung des Defizits erforderliche Staatsbeitrag. Quantitativ lassen sich die Auswirkungen einer Veränderung der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in wie folgt zusammenfassen: Eine Erhöhung (Reduktion) der Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in um eine Stunde erhöht (reduziert):

- die Kosten um knapp 1 Millionen Franken
- die Erträge um rund 500'000 Franken,
- und den Staatsbeitrag um knapp 480'000 Franken.

Abbildung 21: Auswirkungen einer Veränderung der durchschnittlichen Anzahl pro Klient/in und Jahr geleisteter Tarmed-Stunden (Basisszenario: 6.0) auf die Kosten- und Ertragsituation



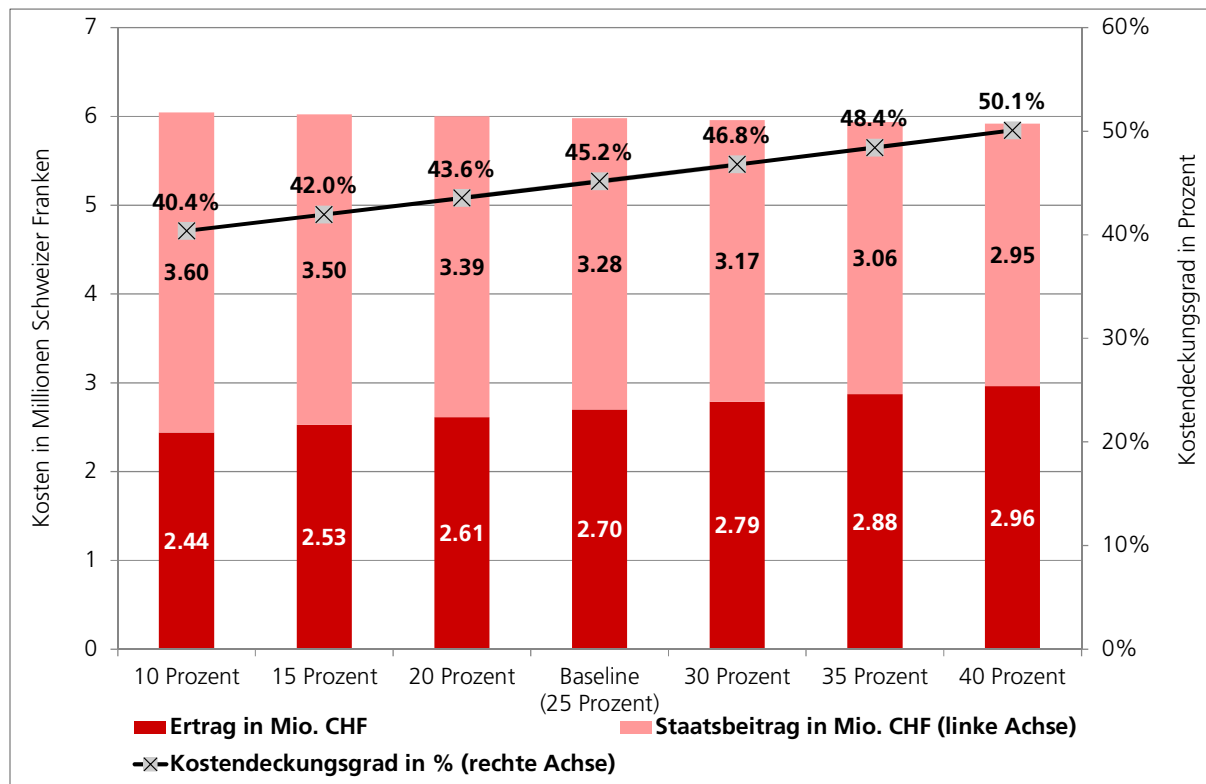
Quelle: Berechnungen BASS

7.2.4 Anteil des ärztlichen Personals

Im Basisszenario gehen wir davon aus, dass 25 Prozent der über Tarmed verrechneten Stunden von Ärzt/innen erbracht werden. **Abbildung 22** zeigt, wie sich Veränderungen des Anteils des ärztlichen Personals auf die Kosten- und Ertragsituation auswirken. Sie macht deutlich, dass eine Veränderung des Anteils des ärztlichen Personals auf die Betriebskosten einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung keine nennenswerten Auswirkungen hat (sie sinken ganz leicht, was darauf zurückzuführen ist, dass die Assistenzärzt/innen vergleichsweise «günstig» sind). Nennenswerte Auswirkungen hat eine Veränderung des ärztlichen Anteils auf die Ertragsituation: Je höher der Anteil des ärztlichen Personals, desto höher sind die Erträge, der Kostendeckungsgrad und desto tiefer ist der für die Deckung des Defizits erforderliche Staatsbeitrag. Quantitativ lassen sich die Auswirkungen einer Veränderung des ärztlichen Personals an den über Tarmed verrechneten Stunden wie folgt zusammenfassen: Steigt (sinkt) der Anteil des ärztlichen Personals um 5 Prozentpunkte:

- dann steigt (sinkt) der Ertrag um 87'000 Franken,
- der Kostendeckungsgrad steigt (sinkt) um etwa 1.6 Prozentpunkte und
- der Staatsbeitrag sinkt (steigt) um etwa 108'000 Franken.

Abbildung 22: Auswirkungen einer Veränderung des Anteils des ärztlichen Personals an den über Tarmed verrechneten Stunden (Basisszenario: 30 Prozent) auf die Kosten- und Ertragsituation



Quelle: Berechnungen BASS

7.2.5 Tarmed-Produktivität

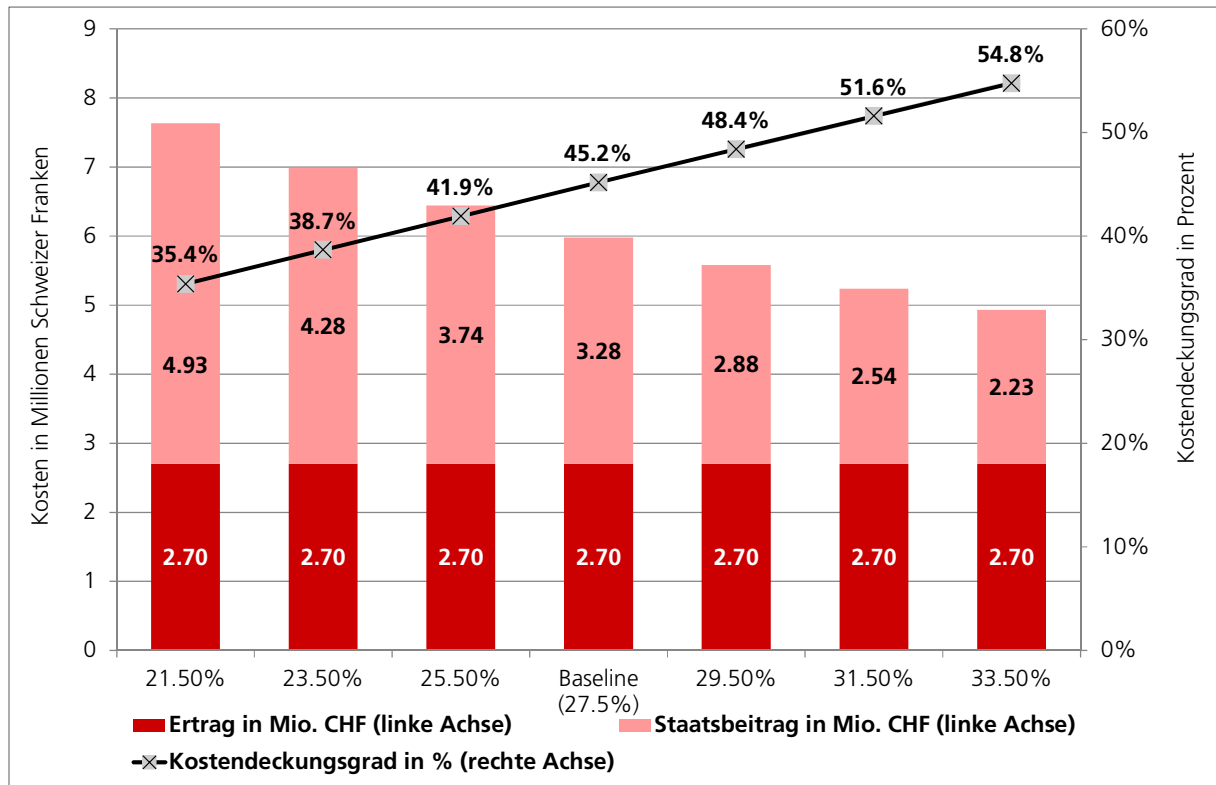
Im Basisszenario gehen wir von einer Tarmed-Produktivität von durchschnittlich 27.5 Prozent aus (Leitende/r Arzt/innen: 15 Prozent, Oberarzt/innen: 25 Prozent, Assistenarzt/innen: 30 Prozent, Psycholog/innen: 25 Prozent, Sozialarbeiter/innen: 30 Prozent). **Abbildung 23** zeigt, wie sich eine Veränderung der Tarmed-Produktivität um +/- 6 Prozentpunkte auf die Kosten- und Ertragsituation einer in die PDAG integrierten ambulanten Suchtberatung auswirkt³⁴. Sie zeigt, dass sich eine Veränderung der Tarmed-Produktivität auf die Kosten, nicht jedoch auf den Ertrag auswirkt. Dass sie sich nicht auf den Ertrag auswirkt, liegt daran, dass die Anzahl Tarmed-Stunden pro Klient/in konstant bei 6.0 gehalten wird: Eine Erhöhung (Reduktion) der Tarmed-Produktivität führt unter dieser Bedingung einfach dazu, dass für das Leisten von 6.0 Tarmed-Stunden pro Klient/in weniger (mehr) vollzeitäquivalente Fachstellen erforderlich sind. Abbildung 23 macht deutlich, dass die Kosten, der Kostendeckungsgrad und der Staatsbeitrag auf Veränderungen der Tarmed-Produktivität sehr sensibel reagieren. Quantitativ lassen sich die Auswirkungen einer Veränderung der Tarmed-Produktivität wie folgt zusammenfassen: Steigt (sinkt) die Tarmed-Produktivität um 2 Prozent, dann...

- sinken (steigen) die Kosten um rund 7.5 Prozent,
- steigt (sinkt) der Kostendeckungsgrad um gut 3 Prozentpunkte (nicht Prozent!) und
- der Staatsbeitrag sinkt (steigt) um rund 12 Prozent.

Letztgenannter Punkt macht deutlich, dass der Kanton als Finanzierer ein sehr grosses Interesse an einer hohen Produktivität hat.

³⁴ Die Tarmed-Produktivität des leitenden Arztes bzw. der leitenden Ärztin wurde nicht variiert, sie wurde konstant auf 15 Prozent gehalten.

Abbildung 23: Auswirkungen einer Veränderung der Tarmed-Produktivität (Basisszenario: 27.5 Prozent) auf die Kosten- und Ertragsituation



Quelle: Berechnungen BASS

8 Literaturverzeichnis

ags (2013): Statistiken 2012, Aarau: ags

Maffli & Notari (2013): acti-info SAMBAD. Ergebnisse der Klient/innenbefragung 2012. Aargauische Stiftung Suchthilfe ags, Lausanne: Sucht Schweiz

Schwyter René und Karin Meierhofer (2012): Neukonzeption der institutionellen ambulanten Suchtberatung im Kanton Aargau. Schlussbericht der Konzeptgruppe, Aarau: November

KPD – Kantonale Psychiatrische Dienste Baselland (2007): Integration der Leistungen der heutigen Basellandschaftlichen Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme (BfA) in die Drogenberatung Baselland (DBL), Liestal: September

KPD – Kantonale Psychiatrische Dienste (2008): Konzept Psychiatrischer Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (PDA), Liestal: Februar

9 Anhang: Abschätzung der Produktivität des EPD auf den Fällen mit einer suchtbedingten Störung im Jahr 2012

Anhand von **Tabelle 59** zeigen wir, wie sich die Produktivität des EPD auf Fällen mit einer suchtbedingten Störung im Jahr 2012 abschätzen lässt (erwähnte Zahlen sind in der Tabelle in roter Schrift dargestellt):

- Die Vollkosten der 442 Fälle mit einer suchtbedingten Störung betragen gemäss der Kostenträgerrechnung REKOLE CHF 603'768. Ausgehend von diesen Vollkosten und den nachfolgenden Annahmen:
 - Die Personalkosten der Fachmitarbeitenden, die im 2012 im EPD auf den Fällen mit einer suchtbedingten Störung gearbeitet haben, sind durchschnittlich und entsprechen den in Tabelle 28 unseres Berichts dargestellten Personalkosten.
 - Die Personalkosten der Administration in den Ambulatorien betragen 10 Prozent der Personalkosten des Fachpersonals in den Ambulatorien.
 - Der Zuschlagsatz auf die Primärkosten beträgt 30 Prozent.

lässt sich abschätzen, dass die Personalkosten des Fachpersonals der Ambulatorien CHF 422'215 betragen.

■ Gegeben durchschnittliche Personalkosten pro vollzeitäquivalenter Stelle (ärztlich: CHF 131'026, nicht-ärztlich: CHF 110'458), gegeben der Anteil des ärztlichen Personals an den 2'524 Tarmed-Stunden (70 Prozent) und unter der Annahme, dass ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeitende die gleiche Tarmed-Produktivität haben, lässt sich berechnen, dass für das Erbringen der 2'524 verrechenbaren Stunden 2.4 ärztliche Vollzeitstellen und 1.0 nicht-ärztliche Vollzeitstellen erforderlich waren.

■ 2.4 ärztliche Vollzeitstellen und 1.0 nicht-ärztliche Vollzeitstellen entsprechen – gegeben die Bruttojahresarbeitszeit in der PDAG –8'125 Brutto-Arbeitsstunden.

■ Für das Leisten von 2'524 verrechenbarer Stunden auf Fällen mit einer suchtbedingten Störung waren also 8'125 Brutto-Arbeitsstunden erforderlich. Das bedeutet, dass die Produktivität auf den Fällen mit einer suchtbedingten Störung 31.1 Prozent betrug ($2'524/8'125$).

Tabelle 59: Abschätzung der Tarmed-Produktivität des EPD auf den Fällen mit einer suchtbedingten Störung im Jahr 2012

	Anzahl Tarmed-Stunden Suchtfälle	Anteil in % von Total	Anteil in % der Gruppe	Personalkosten pro FTE (Ø)
Gruppe 1: Ärztliches Personal	1'758	70%	100%	131'026
Leitende Ärzt/innen	214	8%	12%	171'000
Oberärzt/innen	560	22%	32%	158'000
Assistenzärzt/innen	984	39%	56%	107'000
Gruppe 2: Nicht-ärztliches Personal	766	30%	100%	110'458
Klinische Psycholog/innen	256	10%	33%	135'000
Sozialarbeiter/innen	153	6%	20%	110'000
Pflegefachpersonen DN II, AKP, KWS, IKP, Psy	71	3%	9%	93'000
Pflegefachpersonen HF	223	9%	29%	93'000
Pflegefachpersonen in Ausbildung HF	36	1%	5%	93'000
Fachpersonen Betreuung (FaBe)	25	1%	3%	93'000
Fachpersonen Gesundheit (FaGe)	1	0%	0%	93'000
Total	2'524	100%		
Zuschlagssatz auf die Primärkosten	30%			
Personalkosten Admin / Personalkosten Fach	10%			
	CHF			
Vollkosten	603'768			
Primärkosten	464'437			
Restliche Kosten	139'331			
Personalkosten Fachpersonal	422'215			
	Anzahl FTE	Kosten in CHF		
Ärztliches Fachpersonal	2.4	308'770		
Nicht-ärztliches Fachpersonal	1.0	113'445		
Total Fachpersonal	3.4	422'215		
	Brutto-Jahresarbeitszeit	Brutto-Arbeitsstunden		
Ärztliches Personal	2'496	5'882		
Nicht-ärztliches Personal	2'184	2'243		
		8'125		
Tarmed-Produktivität	31.1%			

Quelle: PDAG, Berechnungen BASS