

## **Ausgewählte internationale und nationale Erkenntnisse für die Analyse der Steuerung im Bereich der Suchthilfe**

*Synthesebericht im Rahmen des Projekts:  
«Grundlagen für die (inter-)kantonale Steuerung im  
Bereich der Suchthilfe» mit Thesen zu  
Entwicklungspotenzialen*

Suzanne Lischer  
Manuela Eder  
Jürgen StremLOW  
Sabrina Wyss  
Bettina Häfeli

August, 2022

**Auftraggeber/in**

Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS)

**Zitiervorschlag**

Lischer, S.; Eder, M.; Stremlow, J.; Wyss, S.; Häfeli, B. (2022).  
Ausgewählte internationale und nationale Erkenntnisse für die  
Analyse der Steuerung der Suchthilfeangebote in den Kantonen  
Synthesebericht mit Thesen zu Entwicklungspotenzialen.

**Projektleitung**

Prof. Dr. Jürgen Stremlow

**Hochschule Luzern**

Prof. Dr. Jürgen Stremlow

Werftstrasse 1

Postfach

6002 Luzern

041 367 48 41

[juergen.stremlow@hslu.ch](mailto:juergen.stremlow@hslu.ch)



# Inhaltsverzeichnis

## Management Summary

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage und Zielsetzung	1
1.2	Aufbau des Berichts	2
2	Sucht als biopsychosoziales Phänomen und dessen soziale Folgen	5
2.1	Begriffsklärung	5
2.2	Konsumformen psychotroper Substanzen und Verhaltensweisen	6
2.3	Volkswirtschaftliche Kosten der Sucht	7
3	Steuerung der Suchthilfe	8
3.1	Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen	9
3.2	Gesetzliche Grundlagen der Suchthilfe	10
3.3	Finanzierungsmechanismen	12
4	Angebote und Leistungen	16
4.1	Übergeordnete Behandlungsziele und Standards	16
4.2	Angebotsspektrum	17
4.3	Zugang und Erreichbarkeit der Angebote	19
4.4	Angebots- und Zielgruppenanalyse	20
5	Versorgungssysteme	22
5.1	Fallsteuerung in Versorgungsnetzen	23

**Ausgewählte internationale und nationale Erkenntnisse für die Analyse der Steuerung im Bereich der Suchthilfe**  
**Einleitung**

**2**

5.2	Kantonale Koordination und Kooperation der Leistungserbringenden _____	25
5.3	Interkantonale Zusammenarbeit und die Gestaltung regionaler Versorgungssysteme _____	26
5.4	Schlussfolgerungen und Reflexionsgrundlagen _____	28
5.5	Thesen zum Entwicklungspotenzial: Sucht als biopsychosoziales Phänomen und dessen soziale Folgen _____	29
5.6	Thesen zum Entwicklungspotenzial: Steuerung der Suchthilfe _____	30
5.7	Thesen zum Entwicklungspotenzial: Angebote und Leistungen _____	32
1.1.	Thesen zum Entwicklungspotenzial: Versorgungssysteme _____	33
6	Literaturverzeichnis _____	37

## Einleitung

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und Zielsetzung

Das Suchthilfesystem mit seinen verschiedenen Angeboten, Akteurinnen und Akteuren und deren Aktivitäten bildet traditionell ein heterogenes Feld mit komplexen Strukturen: Organisation, Leistungserbringung wie auch Finanzierung sind kantonal unterschiedlich geregelt. Gleichzeitig befindet sich das Suchthilfesystem im Wandel, die Angebote der Institutionen entwickeln sich weiter. *Die Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS)* hat sich intensiv mit dieser Thematik befasst, mit dem Ziel, die Steuerung der Angebote auch aus kantonsübergreifender Perspektive zu betrachten. Die Diskussionen zeigen, dass in der komplexen Thematik ein gemeinsames Verständnis und gemeinsame Grundlagen notwendig sind, um sich den kommenden Herausforderungen konkreter annehmen zu können. Im Juni 2019 hat sich die KKBS dazu entschieden, ein Projektteam der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit zu beauftragen, Grundlagen für die Möglichkeit einer interkantonalen Steuerung im Bereich der Suchthilfe gemeinsam mit den Kantonen zu erarbeiten. Damit sollen, entsprechend dem Handlungsfeld 5 der Nationalen Strategie Sucht (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2015), die Vernetzung verstärkt und Kooperationsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Das Forschungsprojekt hat zum Ziel, die (inter)kantonale Steuerung der Suchthilfe zu unterstützen. Im Zentrum steht ein systematischer interkantonaler Vergleich der Suchthilfe, auf dessen Grundlage Koordinations- und Kooperationsmöglichkeiten zwischen suchtpolitischen Partnerinnen und Partnern aufgezeigt werden sollen. Als theoretische Orientierung dient das «Luzerner Modell zur Gestaltung sozialer Versorgung» (StremLOW et al., 2019). Die Grundlagen für die Steuerung im Bereich der Suchthilfe werden in vier Schritten untersucht:

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

Dieser Bericht stellt die theoretische Rahmung für die Gesamtanalyse (*Schritt 4*) dar. Auf der Basis einer Synthese von ausgewählten internationalen und nationalen Erkenntnissen zur Gestaltung der Suchthilfe (Planung, Steuerung, Leistungserbringung und Evaluation) verfolgt er das Ziel, Fachpersonen und den Verantwortlichen der Kantone *Reflexionsangebote* zur Weiterentwicklung der Suchthilfe zur Verfügung zu stellen. Zu diesem Zweck wurden Thesen zum Entwicklungspotenzial und dazugehörige Reflexionsfragen formuliert, die im Schlusskapitel dargestellt werden. Die Thesen fokussieren auf die Steuerung der Suchthilfe.

**Einleitung**

**1.2 Aufbau des Berichts**

Das Schweizer Suchthilfesystem ist vielschichtig und setzt sich aus verschiedenen Bereichen zusammen, die sich gegenseitig beeinflussen. Die von StremLOW, Riedweg und Bürgisser (2019) entwickelte Modellskizze zur Systemgestaltung in der Sozialen Arbeit bildet die Basis für die Entwicklung eines Entwurfs zur entsprechenden Gestaltung der Schweizer Suchthilfe. Indem die Modellskizze zur Systemgestaltung das Schweizer Suchthilfesystem auf vier Ebenen darstellt, wird dessen Komplexität reduziert, was eine systematischere Berichterstattung ermöglicht. Die vier in der nächsten Tabelle dargestellten Ebenen ergeben sich aus einem Kreuzen von zwei in der Soziologie verankerten Analysedimensionen:

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

	<b>Problembezüge und professionelle Differenzierung der Suchthilfe</b>	<b>Alimentierung<sup>1</sup> und Strukturierung der Suchthilfe</b>
<b>Rahmenbedingungen und Steuerung der Suchthilfe (Umwelt)</b>	a) Sucht als biopsychosoziales Phänomen und dessen soziale Folgen	b) Steuerung der Suchthilfe
<b>Leistungen und Strukturen der Suchthilfe (System)</b>	c) Angebot und Leistungen	d) Versorgungssysteme

**Tabelle 1: Die vier Entwicklungsbereiche der Suchthilfe in Anlehnung an StremLOW et al., (2019)**

Im *zweiten Kapitel* wird diesem Modell entsprechend «Sucht als biopsychosoziales Phänomen» beschrieben (Problemartikulation). Das *dritte Kapitel* widmet sich der suchtpolitischen Steuerung in der Schweiz. Die Leistungen und Angebote der Suchthilfe sind Gegenstand des *vierten Kapitels* und der Beschrieb des Versorgungssystems erfolgt im *fünften Kapitel*.

<sup>1</sup> Der Begriff «Alimentierung» bezeichnet v. a. die Finanzierung der Suchthilfe und die ihr zugrundeliegenden gesetzlichen Regelungen.

## **Einleitung**

Schlussfolgerungen und Thesen zur Entwicklung der Suchthilfe in den Kantonen runden den Synthesebericht ab (*Kapitel sechs*).

Um den Hintergrund und Aufbau dieses Syntheseberichts zu verstehen, werden zunächst die vier Felder der Systemgestaltung des Sozialwesens nach StremLOW et al., (2019), kurz beschrieben:

### **a) Soziale Probleme (Problemartikulation)**

Die Funktion des Sozialwesens kann u. a. als eine Bearbeitung von sozialen Problemen definiert werden. Damit ein soziales Problem erkannt oder artikuliert werden kann, sind eine entsprechende Wahrnehmung und Artikulation durch gesellschaftliche Akteurinnen und Akteure sowie die Formulierung der Notwendigkeit, den sozialen Missstand zu verändern und entsprechende Massnahmen zu entwickeln, notwendig.

### **b) Sozialpolitische Steuerung**

Unter bestimmten Umständen werden im zweiten Entwicklungsbereich gesellschaftlich artikuliert soziale Probleme von politischen Akteurinnen und Akteuren aufgenommen und in Form von politischen Programmen bearbeitet. Zu diesem Zweck werden in der Regel gesetzliche Grundlagen geschaffen, Zuständigkeiten geklärt und es wird eine politisch-administrative Umsetzung (Ausarbeitung von Zielsetzungen, Planungen, der Finanzierung, der Leistungserbringung, Evaluationen usw.) an die Hand genommen. Die sozialpolitischen Verantwortungstragenden steuern die Gestaltung der Angebote durch Leistungserbringende (z. B. mittels Leistungsvereinbarungen) und die Strukturen, in denen die Leistungen erbracht werden (Versorgungsstrukturen).

### **c) Angebot und Leistungen**

Im Fokus dieses Entwicklungsbereichs stehen die Angebote und professionellen Leistungen der sozialen Einrichtungen, die im Rahmen eines politischen Programms erbracht werden (z. B. im Bereich der Integration von Menschen mit Behinderung, im Feld der kommunalen Alterspolitik oder im Bereich der Suchthilfe). Typische Suchthilfeangebote sind beispielsweise: ambulante Suchttherapie und -beratung, stationäre Suchttherapie, Suchtprävention oder eine substitutionsgestützte Behandlung. Adressiert werden in diesem Kontext beispielsweise Fragen, ob die Leistungserbringung effizient durchgeführt wird, den sozialpolitischen Zielen entspricht, die gewünschten Wirkungen erzielt oder adäquat auf die Zielgruppen ausgerichtet ist.

### **d) Versorgungssysteme**

Dieser Bereich betrachtet die Angebots- oder Leistungserbringung in Versorgungsstrukturen oder Versorgungsnetzwerken in einem definierten Einzugsgebiet (z. B. einer Gemeinde, einem Bezirk, einem Kanton, einer interkantonalen Region wie der Zentralschweiz). Versorgungssysteme zeichnen sich zunächst durch eine bestimmte Ausstattung und Dichte der Angebote (= Ressourcen) innerhalb einer Versorgungsregion und im interregionalen Vergleich aus. Im Versorgungssystem stellen sich des Weiteren Fragen der Abstimmung der Angebote in der Versorgungskette (Stichwort «integrierte Versorgung»), der Lage im Raum (z. B. das Thema «Erreichbarkeit» für Hilfe- und Ratsuchende) und der Lenkung oder Steuerung der Angebote gemäss den Bedürfnissen der Betroffenen (z. B. niederschwelliger Zugang, Case Management, Nachsorge). Versorgungssysteme befassen sich mit den strukturellen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung und nehmen Fragen der Ressourcenausstattung, der

## **Einleitung**

Finanzierungsmechanismen (z. B. in Form von Leistungsvereinbarungen), Vorgaben politischer Instanzen (z. B. Qualitätsvorgaben) oder die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen (z. B. Kooperation oder Konkurrenz) in den Fokus. Diese strukturellen Bezüge sind eng an die Leistungserbringung geknüpft. Daher kann die Unterscheidung zu Themen der Leistungserbringung (siehe Sektor [c]) in bestimmten Fällen schwierig sein.

Dieses Konzept wird im Folgenden auf die Suchthilfe übertragen. Diesem Ansatz folgend enthält das nächste Kapitel eine knappe Synthese zu «Sucht als biopsychosoziales Phänomen». In den Begrifflichkeiten des obengenannten Modells beschreibt das Kapitel somit das Feld (a) «Problemartikulation».



## 2 Sucht als biopsychosoziales Phänomen und dessen soziale Folgen

### 2.1 Begriffsklärung

Spätestens seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gilt die «Sucht» als eines der grossen, international bedeutsamen Probleme moderner Gesellschaften (Dollinger & Schmidt-Semisch, 2007). 1950 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals den Suchtbegriff. Diese erste Definition schloss hauptsächlich stoffgebundene Süchte ein, bei denen das Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit vorausgesetzt wurde (Haasen et al., 2010). Seit den 1980er-Jahren werden zunehmend auch stoffungebundene Abhängigkeiten, namentlich die Glücksspielsucht, in den Definitionen berücksichtigt. Die Definitionen der WHO (World Health Organization, 2020) sowie die der American Psychiatric Association (APA) (American Psychiatric Association, 2013) stellen heute die gängigsten Begriffsbestimmungen der Substanzabhängigkeit bzw. der Störungen im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen (Falkai & Wittchen, 2015) dar. In beiden Klassifikationssystemen und ihren Vorgängerversionen werden die Substanzabhängigkeit und abhängige Verhaltensweisen konzeptuell übereinstimmend als komplexe, multifaktorielle Störungsbilder charakterisiert, deren Symptome diagnostisch im Sinne eines biopsychosozialen und heterogenen klinischen Gesamtbildes zu bewerten sind (Arnaud & Thomasius, 2020).

Die substanzbezogene Abhängigkeit bzw. die abhängige Verhaltensweise beruht also auf einer komplexen dynamischen Interaktion zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren (Skewes & Gonzalez, 2013). Sie hat Auswirkungen auf die Physis und die Psyche der Menschen, ihr soziales Umfeld und ihre soziale Integration. Sie entsteht aus individuellen Veranlagungen, aber auch durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen (persönliches Umfeld, berufliche und finanzielle Situation, kultureller Umgang mit Substanzen sowie der Verfügbarkeit usw.) (BAG, 2021). Wesentliche Merkmale sind Kontrollverlust, ein starkes Verlangen nach wiederholtem und progressivem Konsum einer Substanz, die nach Absetzen der Substanz oder Beendigung des süchtigen Verhaltens auftretenden körperlichen und/oder psychischen Entzugserscheinungen, und die Unfähigkeit der betroffenen Person, den Substanzgebrauch bzw. das abhängige Verhalten trotz starker körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigung zu unterlassen. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass der problematische Konsum und die Abhängigkeit von Substanzen häufig mit psychischen Störungen (und umgekehrt) einhergehen. Bei diesen Mehrfacherkrankungen spricht man auch von Komorbidität oder Multimorbidität.

Zusätzlich zur substanzbezogenen Abhängigkeit können Gesundheitsschäden entstehen, die mit den substanzbedingten Risiken und Verhaltensweisen verbunden sind. Die Injektion von Substanzen bedingt das hohe Risiko von mit Blut übertragbaren Infektionen wie HIV, Hepatitis C oder Tuberkulose. Weitere gesundheitsbezogene Risiken sind tödliche Überdosierungen, Verkehrsunfälle oder weitere Verletzungen, kardiovaskuläre Leiden sowie Lebererkrankungen, Gewalt und Suizid. Insgesamt sind substanzbezogene Störungen mit einer verkürzten Lebenserwartung verbunden (Degenhardt et al., 2018).

Sucht hat indessen längst nicht allein gesundheitliche Auswirkungen, sondern – in ihren oft langjährigen Verläufen – Konsequenzen auf verschiedenste, um nicht zu sagen fast alle, Lebensbereiche. So haben suchtbetroffene Menschen ein grösseres Risiko, von Arbeitslosigkeit, Armut, Verschuldung und instabilen Wohnverhältnissen betroffen zu sein (Gremminger, 2021). Hinzu kommt der ganze Bereich der Kriminalität, nicht nur im Hinblick auf die illegalen Drogen, sondern auch im Hinblick auf Gewalt und andere Straftaten, die unter Einfluss von Suchtmitteln begangen werden. Ferner sind Angehörige, Mitarbeitende und vor allem Kinder von der Sucht mitbetroffen (Sommerfeld, 2016). Umgekehrt können solche – oft multifaktorielle – Problemkonstellationen auch in eine Sucht hineinführen (Gremminger, 2021). Es handelt sich somit um eine zirkuläre Bedingungskonstellation (vgl. Sommerfeld et al., 2016: 8): Soziale Faktoren haben einen Einfluss auf die Entstehung einer Suchterkrankung, und eine Suchterkrankung ist wiederum Ursache für gesellschaftliche Ausschlussprozesse und für einen «social drift» in unterprivilegierte Inklusionskonstellationen, die wiederum einen Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Sucht haben (Krebs et al., 2021).

Dass die Definition «substanzbezogene Störungen» weiterhin mit Stigmatisierungsprozessen einhergeht, verstärkt diese zirkuläre Bedingungskonstellation. Denn die Stigmatisierungsprozesse sind nicht allein auf das Krankheitsverständnis zurückzuführen, sondern hängen vielmehr mit Begleitumständen des Substanzkonsums zusammen (Schomerus et al., 2017). Die soziale Dimension der Sucht muss folglich stärker akzentuiert werden, oder anders ausgedrückt: Der derzeit dominanten Strukturierung der Suchthilfe mittels einer hegemonialen medizinisch-(psycho)therapeutischen Lektorientierung ist der Anspruch entgegenzusetzen, Sucht wieder verstärkt auch als soziales Problem zu verstehen und zu behandeln (Sommerfeld, 2016).

## **2.2 Konsumformen psychotroper Substanzen und Verhaltensweisen**

Psychoaktive Substanzen sind natürliche, chemisch aufbereitete oder synthetische Stoffe, die zentralnervös auf den Organismus einwirken und je nach Substanzklasse das menschliche Bewusstsein unterschiedlich beeinflussen, u. a. in Hinblick auf Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln. Man kann die Substanzen nach ihrer zentralnervösen Wirkung unterteilen: Stimulanzien (stimulierende, aktivierende Wirkung), Sedativa (beruhigende, schlafanstossende Wirkung), Halluzinogene (Halluzinationen bzw. veränderte Bewusstseinszustände hervorrufend) und Analgetika (schmerzhemmende Wirkung) (Bühringer et al., 2020). Psychoaktive Substanzen haben damit vielschichtige, vielfältige Wirkungen.

Der Begriff «Sucht» wurde in der Vergangenheit vor allem mit der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Nikotin und anderen psychoaktiven Substanzen in Verbindung gebracht. Erst in jüngerer Zeit wird eine ganze Reihe von Verhaltensweisen, die exzessiv betrieben zum Problem werden, wie Glücksspiele, Internet- und PC-Gebrauch sowie Videospiele, mit dem Begriff der «Verhaltenssucht» in Verbindung gebracht. Eine Verhaltenssucht ist eine chronische Erkrankung, und es lassen sich Entzugssymptome beobachten (Mann, 2014). In der 11. Auflage der International Classification of Diseases (ICD-11) werden nur zwei «abhängige Verhaltensweisen» anerkannt: Die Störung durch Glücksspiele sowie die neue Videospieldnutzungsstörung. Damit geht die ICD-11 weiter als das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (APA, 2013), das

ausschliesslich die «Störung durch intensive Nutzung von Glücksspielen» als süchtiges Verhalten beschreibt. In den gängigen diagnostischen Manuals sind die Verhaltenssüchte also ein noch junges Thema.

Viele Menschen konsumieren psychoaktive Substanzen oder nehmen an Glücksspielen oder Videospielen teil. Die meisten Menschen tun dies risikoarm, ohne sich und andere zu gefährden. Ein wiederholter Konsum bzw. das wiederholte Ausüben eines Verhaltens kann indessen mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer Substanzabhängigkeit bzw. zu einem abhängigen Verhalten führen. Die Gründe für eine Suchtentstehung sind multifaktoriell. So sind nicht nur die Substanz bzw. die Verhaltensweise entscheidend, sowie die Häufigkeit des Konsums, sondern auch die Umstände, unter denen sie konsumiert werden, sowie die Motive, die dem Konsum zugrundeliegen.

Zentrales Merkmal aller Abhängigkeitserkrankungen und subklinischer Formen riskanten und gefährlichen Konsums ist die grosse Bandbreite und Vielfalt der Ausdrucksformen, die von sozialen Alkoholkonsumierenden mit hochriskanten Konsummustern über Personen mit konsumbedingten Erkrankungen ohne Abhängigkeit, schwer abhängigen Tabak- und Kokainkonsumierenden ohne soziale Auffälligkeiten bis zu multimorbid erkrankten Alkohol- und Heroinabhängigen mit schwerer psychosozialer Deprivation reichen (Bühringer et al., 2020). Aus der Perspektive von Public Health ist es daher nicht sinnvoll, zwischen illegalen Substanzen (z. B. Heroin und Kokain) und legalen Substanzen (z. B. Alkohol und Tabak) zu unterscheiden. Vielmehr sollten Substanzen mit ähnlichem Gefährdungspotenzial ähnlich behandelt werden. Präventive und therapeutische Massnahmen sollten sich an der jeweiligen Problemlast orientieren, die für die Konsumierenden, aber auch für die Gesellschaft entsteht.

### **2.3 Volkswirtschaftliche Kosten der Sucht**

Zur Verteilung der volkswirtschaftlichen Kosten auf die vier Säulen gibt es nur sehr wenige Daten. Gemäss einer viel beachteten Studie (Jeanrenaud et al., 2005) gehen Schätzungen davon aus, dass das Schwergewicht auf der Säule der Marktregulierung bzw. Repression liegt: Repressive Massnahmen (zu denen Massnahmen aus den Bereichen Polizei, Justiz, Strafanstalten und anderen strafrechtlichen Institutionen zählen) sind demnach für zwei Drittel (65 %) aller Kosten von drogenpolitischen Massnahmen in der Schweiz verantwortlich. Auf Prävention und Forschung entfallen gut 4 %, auf Therapien (ambulante und stationäre Behandlungen) rund 26 % und auf niederschwellige Massnahmen der Schadensminderung und Überlebenshilfe 5 % der Kosten (NAS-CPA, 2014). Im Bereich Cannabis fallen nach einer neuen Studie 119 Millionen Franken jährlich für den Polizei-, Justiz- und Strafvollzug an (Bundesrat, 2021).

Eine aktuellere Studie schätzt, dass die jährlichen volkswirtschaftlichen Gesamtkosten für die Suchtproblematik insgesamt 7,9 Milliarden Franken betragen. Die Kosten entsprechen 1,1 % des Bruttoinlandsproduktes. Die durch illegale Substanzen verursachten Kosten betragen 0,9 Milliarden Franken. Der Hauptanteil der volkswirtschaftlichen Kosten entfällt auf die legalen Substanzen Alkohol und Tabak (2,8 Milliarden bzw. 3,9 Milliarden Franken) (Fischer et al., 2020). Die Daten- und Erkenntnislage zu den volkswirtschaftlichen Kosten der Sucht in der Schweiz sind aus methodischen Gründen kritisch zu betrachten. Nichtsdestotrotz sind diese Kosten zu berücksichtigen, da sie volkswirtschaftlich substanziell sind.

## 3 Steuerung der Suchthilfe

Wie nachfolgende Ausführungen illustrieren, ist die Umsetzung des Politikfelds «Suchthilfe» eine Verbundsaufgabe, die durch ein komplexes Arrangement von unterschiedlichen Zuständigkeiten, Akteurinnen und Akteuren und politischen Programmen gekennzeichnet ist. Die Angebote der Suchthilfe werden in einem komplexen Setting unterschiedlichster Akteurinnen und Akteure erbracht: von Angehörigen in primären Hilfsnetzwerken, Freiwilligen, Selbsthilfegruppen, Non-Profit-Organisationen, gewerblichen oder öffentlichen Trägerschaften und nicht zuletzt von staatlichen Institutionen auf kommunaler, kantonaler oder nationaler Ebene. Diese unterschiedlichen Akteurskonstellationen oder -settings folgen ihren je eigenen, unterschiedlichen Handlungslogiken und verfügen über spezifische Leistungskapazitäten und -grenzen. Die Suchthilfe kann nach Grundwald und Ross (2018) als ein idealtypisches Beispiel für den sogenannten «Governance-Mix» betrachtet werden: Die Steuerung erfolgt «zunehmend in einem Mix verschiedener Steuerungsmechanismen von Staat, Markt, Assoziationen [v. a. Non-Profit-Organisationen] und privaten Personen bzw. primären Netzwerken». Grundwald und Ross (2018) machen deutlich, dass in diesem Kontext nicht mehr von einer eindimensionalen Steuerung (z. B. über gesetzliche Vorgaben oder «Top-down-Interventionen» der öffentlichen Hand) ausgegangen werden kann. Sie weisen auf die Grenzen dieser Steuerungsform hin und sprechen sich für neue Formen staatlicher Steuerung aus, in denen beispielsweise Verhandeln oder Moderieren von Aushandlungsprozessen an Bedeutung gewinnen.

Zusammen mit der «Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD)» löste die Nationale Strategie Sucht die bisherigen Nationalen Programme Alkohol und Tabak sowie das Massnahmenpaket Drogen ab. Sie baut auf bewährten Angeboten auf und fördert gleichzeitig innovative Ansätze bei der Behandlung, der Schadensminderung und der Prävention (GDK, o. J). In der Politik der psychoaktiven Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen sind indessen die kantonale und die lokale Ebene entscheidend. Zuständig für die Umsetzung der suchtspezifischen Massnahmen in den Kantonen sind dabei in erster Linie die kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS).

Bis heute sind die Ansichten und Bedürfnisse der Betroffenen in der Politik der psychoaktiven Substanzen und abhängigen Verhaltensweise noch wenig vertreten. Anders als etwa im Versorgungssystem der Hilfe für Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es gegenwärtig keine Vereinigung von suchtbetroffenen Personen, die sich für ihre Anliegen auf politischer Ebene engagieren. In den letzten Jahren haben sich jedoch Interessenverbände gebildet, die sich in der Öffentlichkeit für ihre Anliegen einsetzen. Ein Beispiel ist etwa der Verein «Stigmafrei», der zur Vorbeugung von Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung an der öffentlichen Diskussion teilnimmt, sich mit Institutionen aus dem Suchthilfebereich vernetzt, die Öffentlichkeit zielgerichtet informiert und im Rahmen von Aktionen Möglichkeiten zum Wissenstransfer und zur Diskussion anbietet.

### **3.1 Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen**

Mit dem Vier-Säulen-Modell der Drogenpolitik – bestehend aus Prävention, Schadensminderung, Therapie und Repression – fand die Schweiz in den 1990er-Jahren eine Antwort auf die damalige Heroinkrise und die offene Drogenszene. Als weltweit erstes Land führte sie auf nationaler Ebene schadensmindernde Massnahmen wie die Abgabe von sauberem Injektionsmaterial, überwachte Konsumräume und später die kontrollierte Heroinabgabe ein und setzte damit in Bezug auf die Regulierung von psychoaktiven Substanzen national und international neue Massstäbe (Steber Buehli et al., 2012). Mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) im Jahr 2008 wurde die Vier-Säulen-Drogenpolitik gesetzlich verankert. Die Suchtpolitik des Bundes und der Kantone hat sich seit den 2000er-Jahren in eine «Normalisierungsphase» begeben, da die offenen Drogenszenen verschwunden sind und die Suchtpolitik zunehmend von der politischen Agenda verschwunden ist. Die politischen Debatten zum Thema Sucht konnten nun zunehmend fachlich statt ideologisch geführt werden. Seitdem wurden die Revisionen von strategischen und rechtlichen Grundlagen (z. B. Nationale Strategie Sucht) nicht über den Top-down-Ansatz durch gewählte Politikerinnen und Politiker vollzogen, sondern sie stützten sich auf Impulse der Fachwelt, die von den politischen Instanzen zur Kenntnis genommen wurden (Kübler et al., 2008).

Ab den 2000er-Jahren wurde die Drogenpolitik zunehmend aus der «Public Health»-Perspektive betrachtet. Der «Public Health»-Ansatz ist ein gesundheitspolitisches Konzept, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität der ganzen Bevölkerung abzielt. Ausgangspunkt ist die gesundheitliche Problemlast, die neben der Sterblichkeitsrate auch die Krankheitshäufigkeit und -verteilung sowie die Folgekosten für die Gesellschaft berücksichtigt (BAG, 2010). Vor diesem Hintergrund, dass der Tabak- und Alkoholkonsum eine weit grössere gesellschaftliche Problemlast mit sich bringt als die illegalen Substanzen, forderten Fachpersonen zunehmend die Abkehr der Fokussierung auf die «Drogenpolitik», die die Politik der illegalen Drogen versteht, und schlugen stattdessen die Umsetzung einer «Suchtpolitik» vor, die die Politik der psychoaktiven Substanzen, unabhängig von ihrem jeweiligen Legalitätsstatus, versteht (EKDF, 2006). Der Einbezug der legalen Substanzen Alkohol, Tabak und Medikamente führte in der Folge zu einer Ausweitung des bis anhin eindimensionalen Vier-Säulen-Modells.

Parallel dazu wurde die Ausweitung des Modells um eine weitere Dimension diskutiert: dem *Konsummuster*. Im Zuge dieser Diskussion schlug die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) vor, in der Suchtpolitik zwischen risikoarmem Konsum, problematischem Konsum und Abhängigkeit von Substanzen zu unterscheiden. Die Berücksichtigung dieser Punkte überführte das Vier-Säulen-Modell in das *Würfelmodell* (EKDF, 2006). Im Jahr 2010 erweiterten die drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention das Würfelmodell in ihrem Leitbild «Herausforderung Sucht». Sie wiesen darauf hin, dass neben substanzgebundenen auch substanzungebundene Süchte (Verhaltenssüchte) aus Sicht der öffentlichen Gesundheit relevant seien (BAG, 2010). Die Nationale Strategie Sucht 2017 bis 2024, die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeinsam mit seinen Partnern im Zuge der bundesrätlichen Agenda «Gesundheit2020» zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung entwickelt hat, stützt sich konzeptionell auf dieses Würfelmodell, (BAG, 2015).

## Steuerung der Suchthilfe

Die Betrachtung der Suchtpolitik aus der «Public Health»-Perspektive hat sich in den letzten 20 Jahren als sinnvoll erwiesen. Eine Orientierung an *gesundheitsspolitischen Massstäben sollte allerdings nicht der alleinige Bezugspunkt einer Suchtpolitik* bleiben, da diese der Ambiguität der Konsumformen nicht in ausreichendem Masse gerecht wird (Krebs et al., 2021). Aus diesem Grund plädieren *Fachpersonen* für eine Suchtpolitik, die die vielfältigen Konsum- und Einsatzformen mitberücksichtigt und den Konsum psychoaktiver Substanzen sowie exzessive Verhaltensweisen als gesellschaftliche Realität akzeptiert. Die Nationale Strategie Sucht 2017 bis 2024 trägt dieser Entwicklung partiell Rechnung, indem sie zwischen verschiedenen Konsumformen differenziert. Dass das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) weiterhin auf die Prohibition ausgerichtet ist, stellt indessen eine Herausforderung dar. Kritisch zu beurteilen sind insbesondere die negativen Auswirkungen der Strafverfolgung von Konsumierenden, die Ungleichbehandlung von Cannabis- und Alkoholkonsum im Strassenverkehr, die problematische Qualität der auf dem Schwarzmarkt gehandelten Drogen und die Erschwerung der medizinischen Nutzung von verbotenen Betäubungsmitteln (Bundesrat, 2021). Progressive Modelle schlagen vor, den Konsum psychoaktiver Substanzen zu entkriminalisieren und den Markt zu regulieren. Staatliche Vorgaben sollen sich am Schadenspotenzial von Substanzen ausrichten, aber den Konsum auch im Hinblick auf spezifische Situationen, wie etwa den Strassenverkehr, die Altersgruppe und individuelle Gesundheitsrisiken, regulieren (Krebs et al., 2021).

### 3.2 Gesetzliche Grundlagen der Suchthilfe

Die Bundesverfassung (BV) (Art. 12 BV) garantiert jeder Bürgerin und jedem Bürger im Rahmen der staatlichen Möglichkeiten das Recht auf Hilfe in einer Notlage und verpflichtet den Bund, Massnahmen zum Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV) zu treffen. Zudem weist sie dem Bund die Aufgabe zu, Vorgaben zur sozialen Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117) zu erlassen. Ferner erhalten Bund und Kantone darin den Auftrag, für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung zu sorgen (117b). Die Bundesverfassung hält zudem fest, dass die Durchführung des Straf- und Massnahmenvollzugs im Aufgabenbereich der Kantone liegt, wobei die Kantone zur Bewältigung dieser Aufgabe die Möglichkeit haben, Konkordate mit anderen Kantonen einzugehen (Art. 3, Art. 123 Abs. 2, Art. 48 BV). Damit schafft die BV eine rechtliche Grundlage für die drei gegenwärtigen Strafvollzugskonkordate<sup>2</sup>. Durch nationale (Bundesverfassung [BV], Strafgesetzbuch [StGB]) und konkordatsrechtliche Bestimmungen wird eine Harmonisierung und Rechtsvereinheitlichung zwischen den Kantonen angestrebt. Mit dem Art. 60 des StGB kann ein Gericht eine stationäre Behandlung einer straffälligen, suchtbetroffenen Person anordnen, die entweder in einer spezialisierten Strafvollzugseinrichtung oder psychiatrischen Klinik erfolgen muss. Durch das regionale Strafvollzugskonkordat erhalten diejenigen Kantone, die über keine eigenen spezialisierten Strafvollzugseinrichtungen verfügen, die Möglichkeit, ausserkantonale Einrichtungen für die stationäre Behandlung von suchtbetroffenen Täterinnen und Tätern zu beanspruchen<sup>3</sup>. Ferner regelt das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) auf nationaler Ebene den Umgang mit dem unbefugten Konsum von psychotropen Substanzen sowie deren Verwendung für wissenschaftliche und medizinische Zwecke. Das BetmG hält zudem die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen in den vier Säulen der Schweizer Suchtpolitik gesetzlich fest. Demnach

<sup>2</sup> Die drei Konkordate wurden zwischen 1956 und 1963 gegründet:  
Konkordat der Nordwest- und der Innerschweiz: AG, BS, BL, BE, LU, OW, NW, SZ, UR, ZG  
Konkordat der lateinischen Schweiz: FR, GE, JU, NE, VS, VD, TI  
Konkordat der Ostschweiz: AI, AR, GL, GR, SH, SG, TG, ZH

<sup>3</sup> Art. 14, Art. 15 Konkordatsvereinbarung, SSED 10,0

### **Steuerung der Suchthilfe**

liegt die Betreuung von Personen mit suchtbedingten Störungen, die ärztliche oder psychosoziale Behandlung oder fürsorgliche Massnahmen benötigen, im Zuständigkeitsbereich der Kantone. Die im Kanton angebotenen Behandlungen sollen mit dem Ziel erfolgen, die *therapeutische und soziale Integration* von suchtbetroffenen Personen zu gewährleisten. Der Kanton ist gemäss des BetmG dazu verpflichtet, Einrichtungen zu schaffen, oder private Organisationen zu unterstützen, um die *Behandlung und Wiedereingliederung* von Personen mit suchtbedingten Störungen gemäss den entsprechenden Qualitätsanforderungen zu gewährleisten (BetmG, Art. 3d).

Der Bund unterstützt die Kantone und private Organisationen bei der Umsetzung der Nationalen Strategie Sucht. Auf Bundesebene ist es Auftrag des Bundesamts für Gesundheit bzw. deren strategischer Steuergruppe, in Zusammenarbeit mit einem Partnergremium (darunter Vertreterinnen und Vertreter relevanter Bundesämter) die Nationale Strategie Sucht umzusetzen und diesbezüglich die Aktivitäten zentraler Akteurinnen und Akteure zu koordinieren. Gemäss BetmG soll der Bund die Kantone bei der Koordination, Angebotsplanung und -steuerung sowie bei der Umsetzung von Qualitätsmassnahmen und Interventionsmodellen unterstützen und sie über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse informieren. Die strategische Steuergruppe des BAG führt mit dem Partnergremium jährlich eine Stakeholder-Konferenz durch, bei der die Aktivitäten der Strategie Sucht mit der Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht (KDS) sowie relevanten Bundesämtern, Kantonsdirektorinnen- und Kantonsdirektorenkonferenzen und Personen aus Wirtschaft, Sozial- und Gesundheitspolitik aufeinander abgestimmt werden. Der Bund kann aber auch selbstständig Massnahmen zur Verminderung von Suchtproblemen ergreifen oder private Organisationen damit beauftragen (BetmG, Art. 3i).

Auf Bundesebene setzen das Krankenversicherungsgesetz KVG und das Invalidenversicherungsgesetz IVG noch weitere Rahmenbedingungen, auf die späterer noch näher eingegangen wird. Wichtig ist an dieser Stelle, dass das Krankenversicherungsgesetz (KVG) den Anspruch auf eine medizinische «Grundversorgung» für alle Versicherten gewährleistet, und die Eidgenössische Kommission für Leistungen der Krankenversicherung legt fest, welche Leistungen zur «Grundversorgung» gehören. Behandlungen von Suchterkrankungen gehören in den Leistungskatalog der «Grundversorgung». Einige Kantone stützen sich bei der Gestaltung der kantonalen Suchthilfe auch auf das Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG), indem sie die Definition der Invalidität auch auf Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung anwenden. Daneben gibt es weitere *unterschiedliche Spezialgesetzgebungen* auf nationaler Ebene, die zu den gesetzlichen Grundlagen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Tabakverordnung, Alkoholgesetz, Geldspielgesetz u. a.) zählen, die aber auf kantonaler und kommunaler Ebene unterschiedlich ausgestaltet sein können (Gschwend, 2019).

Das Suchthilfesystem gründet somit teils in national einheitlichen Vorgaben, variiert aber je nach kantonaler oder kommunaler Gesetzgebung. Die Suchthilfe ist demnach vom sogenannten «Vollzugsföderalismus» geprägt, d. h. eine höhere staatliche Ebene ist zwar für die gesetzliche Regelung der Aufgaben zuständig (BetmG), überlässt den Vollzug aber einer tieferen Staatsebene und gesteht ihr dabei einen bestimmten Gestaltungsspielraum zu (Vatter, 2014). Der Begriff Vollzug beschreibt die Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben, also das Vollziehen des Gesetzes. Erfolgt die Politikformulierung bzw. Gesetzgebung, der Vollzug und dessen Kontrolle auf unterschiedlichen Staatsebenen, spricht man von Vollzugsföderalismus. Da der Bund den Kantonen weitgehende Zuständigkeiten und Kompetenzen in Bezug auf die

### **Steuerung der Suchthilfe**

Prävention, Versorgungsgestaltung und den Vollzug des BetmG überträgt, haben die Kantone kantonale Spezialgesetzgebungen (z. B. Gastgewerbegesetz, Kantonales Einführungsgesetz zum BetmG, Jugendschutz, Suchthilfegesetz), die den rechtlichen Rahmen der kantonalen Prävention und Suchthilfeversorgung bilden.

Die unterschiedlichen kantonalen Rechtsgrundlagen äussern sich auch in den kantonalen Finanzierungsstrukturen. So sind beispielsweise die gesetzlichen Regelungen zur Suchthilfefinanzierung in einigen Kantonen gleichzeitig in der Gesundheits- wie auch in der Sozialgesetzgebung verankert, andere haben die Suchthilfefinanzierung entweder in der Gesundheits- oder der Sozialgesetzgebung geregelt (Künzi et al., 2019). Die Umsetzung der Sozialhilfe findet in der Regel auf Gemeindeebene statt. Das nationale Krankenversicherungsgesetz überträgt den Kantonen die Aufgabe, die Spitalversorgung in ihrem Kanton zu planen und eine Spitalliste mit den kantonalen Spitälern zu führen, die über einen Leistungsauftrag des Kantons verfügen (Art. 39 KVG). Die Gesundheitsdirektorinnen- und Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) unterstützt die Kantone bei der interkantonalen Zusammenarbeit bei der Spitalplanung und gibt Empfehlungen zur Spitalplanung ab.

Diese genannten Gesetze sind die massgebliche Basis, auf der alle Aktivitäten der Suchthilfe ihre Legitimation erhalten (NAS-CPA, 2017). Die Zahl und v. a. die Unterschiedlichkeiten dieser Gesetze in Bezug auf ihre Verortung auf den Staatsebenen (Bund, Kantone und Gemeinden), ihre Ziele und Zielgruppen, ihre Finanzierungsprinzipien (z. B. bedarfsabhängige Sozialleistungen versus Versicherung bestimmter Risiken) stellen für eine inhaltlich kohärente Steuerung, Finanzierung der Suchtpolitik und ihrer Leistungserbringung ein grosses Hindernis dar. Die auf nationaler Ebene *unterschiedlichen Spezialgesetzgebungen* (zu Alkohol, Tabak, Glücksspielsucht, illegalen Substanzen) zur Gesundheitsförderung und Prävention erschweren die Finanzierung einer wirksameren, suchtförmübergreifenden Prävention und sind aus inhaltlicher Sicht überholt. Es bedarf einer gesetzlichen Grundlage *zur substanz- und suchtförmübergreifenden Prävention, die eine bessere Steuerung sowie einen strategischen Einsatz der Mittel zulässt.*

### **3.3 Finanzierungsmechanismen**

Bei der Finanzierung der stationären Suchthilfe können *grob zwei sich ergänzende Finanzierungsquellen* unterschieden werden, die hinsichtlich der beteiligten Kostenträger differieren und die einerseits für das Gesundheits- und Sozialwesen, andererseits – und das soll an dieser Stelle hervorgehoben werden – vor allem für die Betroffenen, weitreichende Implikationen mit sich bringen.

Zum einen gibt es den KVG-Bereich (Gesundheitssystem), in dem grundsätzlich die Versicherungen – im ambulanten Bereich allein, bei stationären Aufenthalten in Spitälern und Kliniken zusammen mit den Kantonen – die Kosten tragen. Das Krankenversicherungsgesetz wird mehrheitlich durch Bund und Versicherungen ausgestaltet, die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone sind deshalb im medizinischen Bereich der Suchthilfe eingeschränkt. Zum anderen gibt es den Nicht-KVG-Bereich (Sozialsystem) bzw. die sozialtherapeutischen Suchthilfeeinrichtungen, in dem es auf die finanzielle Situation der Betroffenen ankommt (Leistungen der IV oder Sozialhilfebedarf), in welchem Masse die Kantone bzw. die Gemeinden zuständig sind (Regelungen über kantonale Sozial- und Fürsorgegesetzgebungen). Findet eine Therapie im Rahmen des Massnahmenvollzugs statt, kommen die Kantone für die Kosten auf (Künzi et al., 2019). Insbesondere die Finanzierung der Arbeit an den Schnittstellen von



### **Steuerung der Suchthilfe**

Suchthilfeangeboten und Leistungserbringenden, die nicht suchtbetragene bzw. *soziale Probleme* bearbeiten (Geld, Wohnen, Arbeit usw.), werden durch die medizinischen, über das KVG definierten Abrechnungssysteme nur ungenügend abgedeckt (NAS-CPD, 2017).

In den letzten Jahren kam es zunehmend zu einer *Verschiebung der Finanzierung von einer Objekt- hin zu einer Subjektfinanzierung*, also von einer Finanzierung von Strukturen und Einrichtungen mit Defizitgarantien zu einer Finanzierung von Einzelleistungen für Betroffene. Dies drückt sich insbesondere in der Spital- und Psychiatriefinanzierung (KVG) mit Fallpauschalen oder in der Finanzierung sozialtherapeutischer Einrichtungen über Tagespauschalen aus (NAS-CPD, 2017). Dank dieser Kostenverlagerung können die Kantone und Gemeinden Geld einsparen. Für soziale Einrichtungen hat dies zunehmend zur Folge, dass sie erst auf ärztliche Verschreibung aktiv werden können. Gleichzeitig ist dadurch aber auch ein Trend hin zu einer Medizinalisierung von Sucht mit negativen Folgen sichtbar geworden (Savary et al., 2021). Wie weiter oben ausgeführt, sind Suchterkrankungen und -probleme komplex und gehen mit vielen multimorbiden Störungen und sozialen Problemen einher. Sie sind also oft von längerer Dauer. Die Subjektfinanzierung kann daher bei chronischen und komplexen Suchterkrankungen zu einer Herausforderung werden, wenn das KVG Leistungen an Individuen anerkennt, jedoch nicht an das Gemeinwesen. Die Netzwerkarbeit, die Arbeit der niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen, aber auch die – aus medizinischer Sicht – nicht therapeutischen Tätigkeiten können somit nicht abgedeckt werden (Savary et al., 2021). Weisen Suchtbetroffene langandauernde oder grössere psychosoziale Probleme auf, werden sie von Leistungsfinanzierenden im Gesundheitssystem in die Sozialhilfe verschoben und umgekehrt versuchen die *Gemeinden* diese Personen im Gesundheitswesen unterzubringen, damit sie die Finanzierungslast nicht tragen müssen (NAS-CPA, 2017). Dabei sollte die Zuweisung der Klientinnen und Klienten zu einer Therapieeinrichtung auf der Grundlage einer fachlich fundierten Indikation erfolgen und nicht auf «ökonomischen Fehlanreizen». Die Leistungserbringenden (z. B. Therapieeinrichtung) und Zuweisenden sind dafür verantwortlich, dass sie gemeinsam sicherstellen, dass die Indikation auf fachlichen Kriterien beruht und durch Fachpersonen erfolgt (Fachverband Sucht, 2018). Wenn die Gemeinden in der Rolle der Zuweisenden agieren und gleichzeitig für die Finanzierung sozialtherapeutischer, stationärer Therapien aufkommen müssen, sollten sie durch einen funktionierenden, innerkantonalen Lastenausgleich entlastet werden (Fachverband Sucht, 2018a).

Kantone, die sich bei der Gestaltung der Suchthilfe zusätzlich auf das Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) stützen (z. B. Basel-Stadt), kennen bei der Finanzierung der Leistungen für Suchtbetroffene das gleiche Instrument wie für Personen mit einer geistigen oder körperlichen Beeinträchtigung. Der sogenannte Individuelle Betreuungsbedarf (IBB) wird mittels Fragebogen in Zusammenarbeit mit den Suchtbetroffenen bestimmt. Mit den Fragebogen werden die individuellen Unterstützungsleistungen nach standardisierten Themenbereichen erfasst. Sie sind bei Angeboten im Bereich Wohnen in fünf<sup>4</sup> und bei Angeboten der Tagesstruktur in sieben<sup>5</sup> Themenbereiche von Unterstützungsleistungen unterteilt (Basel-Stadt, 2021).

<sup>4</sup> Themenbereiche des Wohnens, in denen ein Unterstützungsbedarf mittels Indikatoren für Suchtbetroffene abgeklärt wird: Pflege und Ernährung (z. B. Medikamenteneinnahme, Körperpflege), Bekleidung und Mobilität, Lebenspraktiken (z. B. soziale Integration, administrative Aufgaben, regelverletzendes Verhalten), Sicherheit und Stabilität, Psychische Beeinträchtigung und herausfordernde Verhaltensweisen (z. B. Sucht).

<sup>5</sup> Themenbereiche der Tagesstruktur, in denen ein Unterstützungsbedarf mittels Indikatoren für Suchtbetroffene abgeklärt wird: Vor Aufnahme der Tätigkeit, Tagesstrukturplatz, Während der Tätigkeit, Tätigkeitsresultat, Psychische Beeinträchtigungen und herausfordernde Verhaltensweisen, Pflege und Ernährung, Arbeitsfähigkeit und stellvertretender Informationsaustausch.

## **Steuerung der Suchthilfe**

Eine weitere Problematik in der Finanzierung von Suchttherapien ist die Unterscheidung beim Hauptproblem der Abhängigkeiten im illegalen und legalen Bereich. Einige Kantone kennen diesbezüglich Unterschiede in Bezug auf die Zuständigkeiten und Finanzierungsfragen. So erfolgt in manchen Kantonen beispielsweise die Behandlung von Alkoholabhängigkeit in einer Suchtfachklinik und die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen im illegalen Bereich in sozialtherapeutischen Einrichtungen. Einige Kantone kennen diese Unterscheidung zwischen der Hauptproblemlast (legal/illegal) auch in Bezug auf die ambulante Suchtberatung<sup>6</sup>. Diese Aufteilung entspricht einer historischen, fachlich jedoch überholten Auffassung und führt zu einer Chancenungerechtigkeit bei den Betroffenen (Fachverband Sucht, 2018). Bei Betroffenen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung werden die Behandlungskosten vereinfacht gesagt von den Kantonen und den Krankenkassen getragen. Abhängige, deren Hauptproblemsubstanz im illegalen Bereich liegt, werden hingegen tendenziell einer sozialtherapeutischen Therapie im Kanton<sup>7</sup> zugewiesen und für diese Behandlung besteht in vielen Kantonen eine Selbstzahlungspflicht. Da die Abhängigkeitserkrankten häufig mittellos sind, bedeutet die Selbstzahlungspflicht bei sozialtherapeutischen Therapien in der Praxis, dass die betreffenden Kosten über die Sozialhilfe der Wohnsitzgemeinde sowie des Kantons gedeckt werden. Verfügen die Klientinnen und Klienten jedoch über finanzielle Mittel (Lohn, Krankentaggelder, Ersparnis, Wohneigentum) oder erben solche, müssen sie diese in die Behandlung investieren (Fachverband Sucht, 2018). Zudem unterliegen sie einer Rückzahlungspflicht und müssen somit den Gemeinden die Aufwände zurückbezahlen, sobald sie zu einem späteren Zeitpunkt dazu in der Lage sind (Fachverband Sucht, 2018).

Seit dem Bundesgerichtsurteil im Juli 2019 haben Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung die gleichen Chancen, eine Rente der Invalidenversicherung (IV) zu erhalten wie Personen mit einer anderen psychischen/psychosomatischen Erkrankung (Junod et al., 2020). Zuvor galten die Auswirkungen einer Sucht mit genügend «Willensanstrengung» als überwindbar und durften aus diesem Grund nicht bei der Entscheidung über den Anspruch auf eine IV-Rente berücksichtigt werden. Das Bundesgericht hat jedoch 2019 entschieden, den fachlichen Erkenntnissen zu folgen und Sucht als Krankheit anzuerkennen, die Auswirkungen auf die persönlichen Ressourcen der Betroffenen hat und deren Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen kann. Die neue Rechtsprechung ist ein bedeutender Fortschritt und trägt zur Entstigmatisierung von Sucht bei. Die Zuständigkeiten bei der Umsetzung dieser Rechtsprechung liegt bei den IV-Stellen und den Einschätzungen der zuständigen Fachpersonen. Doch gerade bezüglich der Umsetzung gibt es unterschiedliche Befürchtungen, Unsicherheiten und Herausforderungen. Das Bundesgericht hält fest, dass die Sozialversicherung von den Rentenbeanspruchenden weiterhin verlangen kann, ihren Schaden zu minimieren, bei der Wiedereingliederung mitzuwirken und sich in medizinische Behandlung zu begeben. Dadurch könnte von suchtbetroffenen Personen verlangt werden, dass sie ihren Konsum reduzieren oder ganz einstellen müssen. Dabei liegen heute gesicherte Erkenntnisse vor, dass die vordergründigen Ziele einer Behandlung die Schadensminderung, Verbesserung der Lebensqualität, Unterstützung der beruflichen und sozialen Reintegration und Reduktion der Symptome sind. Die Verminderung des Konsums ist demnach nicht das Hauptziel, sondern ein Mittel, um die genannten Ziele zu erreichen. Eine strikte oder unter Zwang entstandene

<sup>6</sup> Beratungen von Personen mit einer primären Hauptlast im illegalen Bereich werden der ambulanten Suchtmedizin zugewiesen und die sozialtherapeutische Beratung kann Personen mit einer Abhängigkeit von einer legalen Hauptproblemsubstanz beraten. Diese Aufteilung ist beispielsweise beim Thema Medikamentenmissbrauch/Medikamentenabhängigkeit sehr komplex. Die sozialtherapeutische Beratung könnte nur eine Beratung vornehmen, wenn die Medikamente auf legalen Weg (d. h. ärztlich verschrieben) beschafft wurden.

<sup>7</sup> Wenn die sozialtherapeutische Therapie ausserhalb des Kantons durchgeführt wird, ist die Kostenübernahme kantonale unterschiedlich geregelt (z. B. IVSE C). Einzig der Kanton St. Gallen hat den Selbstbehalt auf 30 Franken pro Tag begrenzt, während die restlichen Kosten von der öffentlichen Hand übernommen werden (Fachverband Sucht, 2018a).

### **Steuerung der Suchthilfe**

Vorgehensweise zur Erreichung der Abstinenz kann sich kontraproduktiv auf den Therapieerfolg auswirken bzw. zu schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen führen (z. B. autoaggressives Verhalten, letale Intoxikationen) (Junod et al., 2020).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen ist es die Aufgabe der in der Suchthilfe tätigen Akteurinnen und Akteure, ebenso in Zukunft sicherzustellen, dass auch chronisch suchtkranke Menschen eine langandauernde und adäquate Betreuung und Behandlung erhalten. Dies ist im heutigen System nur durch eine Kombination von Objekt- und Subjektfinanzierung möglich, die auch die Schnittstellenarbeit zwischen den Angeboten abdeckt (Berthel et al., 2015).

## Angebote und Leistungen

# 4 Angebote und Leistungen

Die Suchthilfe in der Schweiz ist eine Verbundaufgabe von Bund, Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen. Der Bund verantwortet alle Leistungen, die durch anerkannte medizinische Leistungserbringende (Kliniken, Ambulatorien, Hausärztinnen und Hausärzte usw.) erbracht werden und über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) finanziert werden. Die Angebotsentwicklung in diesem Bereich wird in weiten Teilen über die Spitalplanung der Kantone, im Wesentlichen aber über das Tarifsystem des KVG und das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage bestimmt. Die Kantone sind zuständig für die Angebote, die im Rahmen der kantonalen Sozial- oder Gesundheitsgesetzgebung geregelt werden. Es handelt sich bei den Leistungserbringenden diesem Bereich vorwiegend um private Organisationen, die historisch gesehen wesentliche Bereiche der Suchthilfe aufgebaut haben.

## 4.1 Übergeordnete Behandlungsziele und Standards

Das Konzept der Schadensminderung, das in den 1990er-Jahren im Rahmen der Vier-Säulen-Politik der Schweiz neu eingeführt wurde, und die stärker aus der medizinischen Perspektive betrachtete Suchtproblematik führte dazu, dass auch im Behandlungsbereich traditionelle, vor allem auf Konsumverzicht basierende Ansätze, zunehmend in Frage gestellt wurden (Clot et al., 2021). Im Zuge der sich verändernden Diskurse erfuhren die übergeordneten Behandlungsziele der stationären Suchthilfe auch international eine Anpassung. In Anlehnung an die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde statt der alleinigen Fokussierung auf das Konsumverhalten bzw. die Abstinenz vor allem die Gesundheit und die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen akzentuiert (Bundesamt für Gesundheit, 2015; World Health Organization WHO) & United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2020a).

Laut der WHO und UNODC (ebd.) setzt dies die nachfolgenden *Behandlungsziele* voraus:

- Einstellung oder Reduktion des Konsums psychoaktiver Substanzen,
- Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der sozialen Integration der betroffenen Person,
- Verminderung von Risikoverhalten und dessen schädlichen Folgen.

Zudem werden an jede Behandlung die nachfolgenden *Ansprüche* gestellt:

- Die Behandlung ist wissenschaftlich fundiert und evidenzbasiert.
- Die Behandlung steht im Einklang mit der UN-Menschenrechtserklärung und den bestehenden UN-Konventionen<sup>8</sup>.
- Die Behandlung fördert die persönliche Autonomie der Patientinnen und Patienten/Klientinnen und Klienten.
- Die Behandlung fördert die individuelle und gesellschaftliche Sicherheit.

Die im Leitbild der WHO und UNODC enthaltenen übergeordneten Behandlungsziele implizieren eine Stärkung der sozialen Dimension in der Suchthilfe. Mit den formulierten Behandlungszielen gehen auch die «Befähigung» der Betroffenen und deren «Verwirklichungschancen» sowie die Verbesserung der Lebensumstände einher (Sommerfeld, 2016). Eine kürzlich publizierte Studie zu den Entwicklungen und Veränderungen in

<sup>8</sup> Siehe dazu auch Grundprinzip 2 «Ensuring ethical standards of care in treatment services» der WHO und des UNODC (World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime, 2020a).

## **Angebote und Leistungen**

sozialtherapeutischen stationären Einrichtungen in der Westschweiz stützt diesen Ansatz. Indem im Rahmen der sozialtherapeutischen stationären Einrichtungen die betroffenen Personen befähigt werden, Kompetenzen aufzubauen, die sie in der besseren Bewältigung des Alltags unterstützen, wird ein Beitrag geleistet, der weit über die Dimension des reduzierten Konsums (bzw. der Abstinenz) hinausgeht. Entsprechende Behandlungsziele stehen im Einklang mit der Nationalen Strategie Sucht, die die Schwerpunkte auf Lebensqualität, Eigenverantwortung und Stärkung der Gesundheitskompetenz legt (Clot et al., 2021).

### **4.2 Angebotsspektrum**

Ein effektiv gestaltetes Suchthilfesystem bietet Zugang zu einer breiten Palette von Angeboten, die das Spektrum der Probleme abdecken kann, mit denen die Betroffenen konfrontiert sind. Es gibt keinen Ansatz, mit dem man für sich allein genommen, allen Arten, Schweregraden oder Stadien der Suchtproblematik begegnen kann. Das Würfelmodell der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (Bundesamt für Gesundheit, 2010) veranschaulicht diese Komplexität. Damit die Hilfeleistungen den spezifischen Bedürfnissen der Klientel in bestimmten Phasen und dem Schweregrad des Suchtproblems gerecht werden, sollte das Behandlungsangebot auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems verfügbar sein (WHO & UNODC, 2020a). Entsprechend reicht das Angebotsspektrum der Suchthilfe von der primären Gesundheitsversorgung bis hin zu tertiären Gesundheitsdiensten. Es umfasst sowohl spezialisierte Behandlungsprogramme für Suchterkrankungen als auch nichtspezialisierte Angebote. Um den Bedürfnissen der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen gerecht zu werden, ist es notwendig, die Leistungen der Suchthilfeangebote nach bestimmten Zielgruppen zu diversifizieren (ebd.). Wegleitend für eine entsprechende Differenzierung von Angeboten sollte der Betreuungs-, der Unterstützungs- oder der Behandlungsbedarf der Nutzenden sein, insbesondere von vulnerablen Bevölkerungsgruppen.

Die *Mindestanforderungen* eines Suchthilfesystems sind laut WHO und UNODC die nachfolgend genannten Behandlungsangebote, die auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems verfügbar, zugänglich und erschwinglich sind:

- Aufsuchende und niederschwellige Angebote
- Hilfeleistungen in nichtspezialisierten Einrichtungen
- Stationäre und ambulante Behandlungen
- Medizinische und psychosoziale Behandlungen
- Langzeitbehandlungen in Wohneinrichtungen oder niederschweligen Angeboten
- Nachsorgestrukturen

Mit ihrem vielfältigen Angebot erfüllt die hiesige Suchthilfe die Mindestanforderungen der WHO und UNODC (2020). Die Angebote reichen von verschiedenen Suchtpräventionsstellen über ambulante Suchtberatungsstellen (nichtmedizinisch, psychosozial), spezialisierte oder themenspezifische Beratungsstellen (z. B. zu Glücksspielsucht, Tabakkonsum), suchtmedizinische Ambulatorien, Abteilungen psychiatrischer Kliniken (stationäre und ambulante Suchtmedizin), spezialisierte Suchtfachkliniken (stationäre Suchtmedizin), sozialtherapeutische stationäre Einrichtungen, Einrichtungen der Schadensminderung und Überlebenshilfe (Heroinabgabe, Kontakt- und Anlaufstellen mit und ohne Konsummöglichkeiten, Gassenarbeit und weitere niederschwellige Angebote), Wohnangebote (z. B. betreutes institutionelles Wohnen, ambulante Begleitung in Privatwohnungen,

### **Angebote und Leistungen**

Familienplatzierungsorganisationen usw.) bis hin zu Angeboten der Arbeitsintegration (Baumberger & Knocks, 2017).

Wie bereits gezeigt wurde, bestehen in Bezug auf die Finanzierung, aber auch in Bezug auf die Leistungen grosse Unterschiede zwischen der sozialtherapeutischen stationären Suchthilfe und den suchtmmedizinischen Kliniken. Letztere bieten vor allem qualifizierte Entzüge von psychotropen Substanzen an, führen Akutbehandlungen von somatischen und psychiatrischen Komorbiditäten durch und tragen mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen zum Aufbau und Erhalt einer Abstinenzmotivation und unterstützen die Fähigkeiten zur Rückfallprävention.

Im Fokus der suchtmmedizinischen Kliniken steht das psychiatrisch-psychologisch definierte Krankheitsbild von Suchterkrankungen (Fachverband Sucht, 2018a). Auch die Angebote der sozialtherapeutischen, stationären Suchthilfe richten ihr Angebot danach aus, den Aufbau und den Erhalt einer Abstinenzmotivation und Fähigkeiten zur Rückfallprävention mit einer begleiteten Psychotherapie zu unterstützen. Darüber hinaus fördern sie den Aufbau biopsychosozialer Ressourcen (z. B. Stabilisierung und Verbesserung der Lebensumstände, Ressourcenaktivierung, Befähigung zu selbstständiger und eigenverantwortlicher Lebensführung, soziale und berufliche Wiedereingliederung). Die Arbeit der sozialtherapeutischen Suchthilfeeinrichtung findet in einem die Gemeinschaft betonenden Kontext statt, indem alltagsnahe Fähigkeiten kontinuierlich aufgebaut werden, so dass die Betroffenen wieder über die nötigen Kompetenzen verfügen, um in der Gesellschaft zu funktionieren. Diesbezüglich bietet die sozialtherapeutische Suchthilfe Hilfestellung und Unterstützung in den verschiedenen Lebensbereichen für einen angemessenen Zeitraum an. Im Gegensatz zur stationären Suchtmmedizin, die in der Regel einen Aufenthalt von sechs bis maximal 24 Wochen vorsieht, kann eine sozialtherapeutische stationäre Therapie zwischen zwölf und 78 Wochen betragen (Fachverband Sucht, 2018a).

In den letzten Jahren haben digitale und webbasierte Beratungs- und Therapieangebote auch in der Schweiz an Bedeutung gewonnen. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die schweizweite Online-Beratungsplattform SafeZone.ch zu erwähnen, die für Betroffene und Angehörige Informations- und Beratungsmöglichkeiten anbietet sowie regelmässig Substanzwarnungen veröffentlicht. SafeZone.ch wird von Bund und Kantonen gemeinsam getragen und mehr als 30 verschiedene Beratungsstellen bieten dort zusammen die niederschwellige Online-Beratung an. Zu diesem vielfältigen Angebotsspektrum der Schweizer Suchthilfe zählen zudem zahlreiche Selbsthilfeorganisationen, die als komplementäre Angebote zur professionellen Suchthilfe einen wichtigen Beitrag bei der Beratung, Therapie und Nachsorge von Personen mit Suchterkrankungen oder derer Angehöriger leisten. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Leistungserbringende, die nicht direkt dem Suchthilfesystem zugeordnet werden können, aber dennoch ein zentraler Bestandteil davon sind. Die sogenannten Primärversorger agieren in den angrenzenden Gesundheits-, Versorgungs- und Hilfesystemen. Darunter zählen beispielsweise: Hausärztinnen und Hausärzte, Spitäler, Altersheime, Apotheken und verschiedene sozialarbeiterische Dienste wie die Schuldenberatung, Sozialdienste und IV-Stellen, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, Schulsozial- und Jugendarbeit und aufsuchende Sozialarbeit (Baumberger & Knocks, 2017).

Die kantonalen Angebots- und Versorgungsstrukturen sind historisch gewachsen und zielen auf die Abdeckung regionaler Gegeben- und Besonderheiten ab (NAS-CPD, 2017). Die Möglichkeit, territoriale Asynchronien zuzulassen, ist durch die föderalistische Struktur der Schweiz gegeben. So werden jedem Kanton, zum Teil gar jeder Gemeinde, ein eigener

## **Angebote und Leistungen**

Rhythmus im Auf- und Abbau von Politiken zugestanden. Dies bringt verschiedene Chancen mit sich, etwa die *Möglichkeit von Experimenten und Vergleichen zwischen den Kantonen und Städten*. Der Föderalismus erlaubt ferner die Übernahme von *zukunftssträchtigen Innovationen*, und schliesslich werden unterschiedliche Meinungen zugelassen, solange diese die territorialen – kantonalen oder kommunalen – festgelegten Grenzen nicht übertreten (Cattacin 2012). Derweil ein gleichwertiger Zugang zu einer adäquaten Betreuung und Behandlung gewährleistet wird, ist dies unproblematisch.

Nun bestehen jedoch *deutliche regionale Unterschiede beim Versorgungsangebot* (Bundesrat, 2021). Ein Beispiel hierzu sind die Angebote der Schadensminderung. Im europäischen Vergleich nimmt die Schweiz in Bezug auf das Angebot an schadensmindernden Massnahmen einen Spitzenplatz ein. Allerdings befanden sich 2019 sechs von sieben Drug-Checking-Angeboten in Deutschschweizer Kantonen (Marthaler, 2019). Grundsätzlich sollte die Gestaltung von Angeboten von der Prämisse ausgehen, dass jeder Mensch in der Schweiz das Anrecht auf eine adäquate, chancengerechte Suchtbehandlung hat. Kommunale, kantonale oder regionale Angebotsunterschiede sind aus Sicht der Chancengerechtigkeit problematisch.

### **4.3 Zugang und Erreichbarkeit der Angebote**

Es ist hinlänglich bekannt, dass speziell vulnerable Gruppen mit problematischem Konsum und/oder Verhalten durch die bisherigen Angebotsstrukturen und Zugangswege der Suchthilfe ungenügend erreicht werden. Mithilfe von Monitoringsystemen über Substanzkonsum und Verhaltenssuchte können Prävalenzen in bestimmten Bevölkerungsgruppen<sup>9</sup> identifiziert werden und zusammen mit theoriegeleiteten Indikatoren<sup>10</sup>, die Suchterkrankungen begünstigen, spezielle vulnerable Gruppen definiert werden. Es gibt verschiedene subjektive und strukturelle Faktoren, die dazu führen können, dass Personen mit einem problematischen Substanzkonsum oder einer problematischen Verhaltensweise mit Abhängigkeitspotenzial nicht mit den vorhandenen Hilfs- und Informationsangeboten in Kontakt kommen (Rimann, 2014). Zu den personenbezogenen Faktoren gehören beispielsweise ein tiefer ökonomischer Status, bildungsferne, soziale oder räumliche Isolation und eingeschränkte Mobilität (Rimann, 2014). So sind Menschen mit niedrigerem sozialem Status vermehrt von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen, unterliegen einem erhöhten vorzeitigen Sterberisiko, können ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und verfügen über geringere Kompetenzen und/oder Ressourcen, um aufgetretene Krankheiten sowie damit einhergehende Belastungen zu bewältigen.

Die sozialen Unterschiede in der Morbidität und Mortalität werden auch auf den Begriff der «gesundheitlichen Ungleichheit» (engl.: «health inequality») gebracht und als eine extreme Ausprägungsform sozialer Ungleichheit verstanden, die in einem auf Solidarität und Chancengerechtigkeit aufbauenden Wohlfahrtsstaat eine grosse gesellschaftspolitische Herausforderung darstellt (Lampert et al., 2016). Daneben gibt es aber auch die bewusst gewählte Unerreichbarkeit, die häufig bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet werden kann (Rimann, 2014). Überdies können auch strukturelle Faktoren zu Zugangshürden führen, wie z. B. Öffnungs- und Wartezeiten, räumliche Verteilung der Angebote, rechtliche

<sup>9</sup> Beispiele für zielgruppenspezifische Prävalenzen: **Jugendliche und junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre):** Rauschtrinken, Cannabis, Gaming, psychoaktive Medikamente, Snus und E-Zigaretten **Ältere Menschen:** chronisch risikoreicher Alkoholkonsum, Medikamente; **Frauen (30 bis 50 Jahre):** Medikamente (Antidepressiva, Schlaf- und Beruhigungsmittel) **Jüngere Männer (bis 30 Jahre):** Cannabis, opioidhaltige Schmerzmittel, Kokain, Glücksspielsucht (Rimann 2014; Gmel et al., 2018; MonAM 2022).

<sup>10</sup> Beispiele: Erwerbslosigkeit, Rentenalter, Obdachlosigkeit, psychische Erkrankung (Psychosen, Schizophrenie)

## **Angebote und Leistungen**

Hürden, Tabuisierung und Stigmatisierung von Sucht (WHO & UNODC, 2020a). Die Identifizierung und das Verständnis hinsichtlich der Barrieren und Zugangshürden der Suchthilfeangebote gilt als Voraussetzung für die erfolgreiche Planung von strategischen und operativen Massnahmen. Während einige Barrieren spezifisch bei bestimmten Zielgruppen vorkommen, sind andere als Barrieren allgemein bekannt, wobei die Überwindung dieser generellen Barrieren durch die bestehende Benachteiligung erschwert wird (Maier & Salis Gross, 2015).

Laut den internationalen Standards der WHO und des UNODC (2020a) sollten bei der Ausgestaltung der Angebote die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Behandlungen sollen *kein finanzielles Risiko* für die Betroffenen darstellen.
- *Rechtliche Rahmenbedingungen* sollen Betroffene nicht von Behandlungen abhalten.
- Angebote müssen sowohl *in städtischen als auch in ländlichen Gebieten verfügbar* und zugänglich sein.
- Behandlungsangebote sollten auf den *verschiedenen Ebenen der Gesundheitssysteme* verfügbar sein.

Für eine *chancengerechte Ausgestaltung* des Versorgungssystems ist es daher wichtig, dass alle vier Voraussetzungen der WHO und des UNODC erfüllt werden und alle Zugangshürden zu Hilfs- und Informationsangeboten abgebaut werden. Für den Zugang und die Erreichbarkeit von Behandlungen sind gerade *nichtspezialisierte Angebote* von Bedeutung, da vermutet wird, dass bei entsprechenden Angeboten die Hürden für die Inanspruchnahme tiefer sind. Mit Screenings und Kurzinterventionen können schwere Abhängigkeitserkrankungen nicht nur verhindert bzw. die Folgeschäden verringert werden, sondern sie können den Zugang zu spezialisierten Angeboten erleichtern (Rush & Urbanoski, 2019). Dies kann im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung erfolgen, der Notfallversorgung, in Spitälern und Psychiatrien, der Schwangerenfürsorge, in Sozialen Diensten, Schulen und Gefängnissen (WHO & UNODC, 2020a). Zudem kann der Zugang zu Angeboten der Suchthilfe mit *niederschweligen und aufsuchenden Angeboten* erleichtert werden, insbesondere für Personen, die keinen oder schlechten Zugang zum Gesundheitssystem haben, die ihre Suchtproblematik nicht wahrnehmen oder denen die Motivation fehlt, um Hilfe zu suchen (ebd.).

### **4.4 Angebots- und Zielgruppenanalyse**

In Bezug auf eine *strategische Steuerung* empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation in ihren Standards eine systematische Planung, Steuerung und Evaluation der Leistungserbringung (ebd.). In regelmässigen Abständen erstellte Planungsberichte, die eine breit abgestützte Bedarfsanalyse und Angebotsplanung beinhalten, stellen eine wichtige Grundlage für eine zielgerichtete Steuerung dar (StremLOW et al., 2019). Monitoringsysteme können die Planungsberichte sinnvoll ergänzen (z. B. Monitoring Sucht 2019, Kanton Basel-Stadt, oder DCISA Rapport de monitoring 2020, Kanton Waadt).

Die Entwicklung des Angebots- und Leistungsspektrums der Suchthilfe setzt differenzierte epidemiologische Daten zur Häufigkeit, sozialstrukturellen Verteilung und zeitlichen Entwicklung der Suchtproblematik in der Bevölkerung voraus (StremLOW et al., 2019; WHO & UNODC 2020a). In vielen Ländern (z. B. USA, Frankreich, Kanada, Deutschland)<sup>11</sup>, aber auch

<sup>11</sup>USA: National Institute on Drug Abuse <https://nida.nih.gov/about-nida>; Frankreich: <https://www.ofdt.fr>, Observatoire français des drogues et des tendances addictives; Kanada: Canadian Center on Substance Use and Addiction <https://www.ccsa.ca/>; Deutschland: Hauptstelle für Suchtfragen <https://www.dhs.de/>.



## **Angebote und Leistungen**

in der Schweiz bestehen Monitoring- und Informationssysteme, die evidenzbasierte Informationen für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Suchthilfesystems (inklusive Prävention) bereitstellen. Daneben gibt es international ausgelegte Monitoringsysteme, wie beispielsweise von der European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) oder des United Nation Office for Drugs and Crimes (UNODC).

Für die Gestaltung eines umfassenden Versorgungssystems können in der Schweiz unterschiedliche internationale, nationale und kantonale Monitoring- und Statistiksysteme herangezogen werden. Es gibt verschiedene Indikatoren, die auf den Substanzkonsum und das Suchtverhalten in der Bevölkerung hinweisen und zu den selbstberichteten Angaben der Bevölkerungsbefragungen hinzugenommen werden können. Dazu zählen beispielsweise Abwasseranalysen, Verzeigungen, Daten von Verkehrsunfällen und Todesursachen, medizinische Daten aus Spitälern und Notaufnahmen (z. B. Blutproben, verschriebene Medikamente), Daten der Zollverwaltung über beschlagnahmte Substanzen sowie Daten zu den Einweisungen oder Konsultationen im Suchthilfesystem. Um Entwicklungstrends ganzheitlich erfassen zu können, empfiehlt es sich, unterschiedliche Erfassungssysteme miteinander zu kombinieren, da sonst die Gefahr von unentdeckten oder missverständlichen Trends besteht.

In Bezug auf die verschiedenen *Prävalenzen* von Substanzen und auf einzelne Verhaltenssuchte (v. a. Geldspielsucht) sowie deren zeitliche Entwicklung ist das nationale Monitoringsystem Sucht (MonAM) des OBSAN von zentraler Bedeutung. MonAM begleitet die Umsetzung der Nationalen Strategie Sucht und steht seit Oktober 2018 online zur freien Verfügung (BAG, 2018). MonAM berücksichtigt verschiedene Datenquellen, wie z. B. die schweizerische Gesundheitsbefragung, Statistik der Strassenverkehrsunfälle oder Statistik der Todesursachen. Das OBSAN integriert zudem die Daten, die jährlich vom Schweizer Monitoringsystem *act-info* gesammelt und ausgewertet werden (Sucht Schweiz, 2020). *Act-info* erfasst einheitlich die Daten der Klientinnen und Klienten in der *ambulanten und stationären Suchttherapie sowie die Behandlungsnachfragen* in diesen Einrichtungen. Dazu zählen beispielsweise die beiden regelmässigen Statistiken *act-info-Residalc* (stationäre Therapie von Alkoholabhängigkeiten) und *act-info-FOS* (stationäre Suchttherapie zur Behandlung von Substanzabhängigkeiten v. a. im illegalen Bereich). Auch Infodrog führt ein jährliches Monitoring zur Auslastung und zu den Platzzahlen der stationären Suchttherapieinstitutionen durch (Infodrog, 2020a). Das *medizinische Suchthilfeangebot* wird in verschiedenen Statistiken des Bundesamts für Statistik erfasst: u. a. Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), Krankenhausstatistik (KS), medizinische Statistik der Krankenhäuser (stationäre Leistungen) und Patientinnen- und Patientendaten Spital ambulant (PSA) (Bundesamt für Statistik, 2020b). Im Zusammenhang mit Substitutions- und heroingestützten Behandlungen gibt es die Nationale Substitutionsstatistik (Erhebungen in Zusammenarbeit mit den Kantonsärztinnen und -ärzten) und die Statistik der heroingestützten Behandlungen in Zusammenarbeit mit den ambulanten Behandlungsstellen, die berechtigt sind, Heroin zu verschreiben<sup>12</sup>. Zur Verbesserung der kantonalen Steuerung wurden darüber hinaus kantonale Erhebungen durchgeführt (Arnaud et al., 2019; da Cunha et al., 2009; Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2019; Künzi et al., 2018) und schweizweite Daten zum Ist-Zustand der Finanzierung der Suchthilfe erhoben (Gehrig et al., 2012; Künzi et al., 2019a).

<sup>12</sup> [https://www.substitution.ch/de/monitoringsystem\\_act\\_info.html](https://www.substitution.ch/de/monitoringsystem_act_info.html) (letzter Zugriff: 7. März 2022)

## **Versorgungssysteme**

In Bezug auf die Beurteilung der *Qualität der Leistungen im Suchthilfesystem* können Evaluationsstudien des Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) herbeigezogen werden. Das ISGF ist ein assoziiertes Institut der Universität Zürich, das seit 2005 als anerkanntes Zentrum über eine vertraglich vereinbarte Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation verfügt (ISGF 2022). Mithilfe einer standardisierten Erhebung von stationären, ambulanten Leistungen sowie Angeboten im Bereich Wohnen überprüft das ISGF im Auftrag des BAG die seit 1999 bestehende Qualitätsnorm QuaTheDA (Qualität, Therapie, Drogen, Alkohol) aus Sicht der Klientinnen und Klienten. Die Qualitätsnorm QuaTheDA hat zum Ziel, die Qualitätsentwicklung bei Institutionen der ambulanten und stationären Suchthilfe sowie suchtspezifischen Wohnangeboten zu fördern. Eines der im Rahmen von QuaTheDA zur Qualitätsmessung verwendeten Instrumente ist QuaTheSI (Quality Therapy Satisfaction Instrument). QuaTheSI ermöglicht es den Institutionen, ihr Angebot aus Sicht ihrer Klientel zu evaluieren und Verbesserungspotenzial in einzelnen Bereichen zu identifizieren. Dieses Instrument dient demnach zur Erhebung der Zufriedenheit von Klienten und Klientinnen mit Suchtproblemen, oder von deren Angehörigen, mit der von ihnen besuchten Einrichtung und der dort erhaltenen Beratung, Betreuung, Behandlung oder Begleitung (Dey & Schaaf 2016). Mit einer regelmässigen Evaluation der Leistungserbringung durch eine unabhängige Person oder ein unabhängiges Gremium (Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter, Drogenkommission o. Ä.) kann das kantonale Suchthilfesystem analysiert und fachlich beurteilt werden. Die Ergebnisse der fachlichen Dokumentation und Beurteilung sollten dabei in ein regelmässiges Reporting einfließen, das den Einrichtungen, Politik und Behörden, den Klientinnen und Klienten sowie ihren Angehörigen, den Medien und anderen Gruppen zur Verfügung gestellt wird (Fachverband Sucht, 2018).

Die verschiedenen Erfassungs- und Evaluationssysteme sind zentral für die Steuerung der Suchthilfe. Um eine umfassende Angebots-, Bedarfs- und Zielgruppenanalyse in der Schweiz durchzuführen, müssen gegenwärtig Daten von verschiedenen Monitoringsystemen herangezogen werden. Das frühere Suchtmonitoring Schweiz hat diese umfassende Berichterstattung zwischen 2011 und 2019 übernommen und repräsentative Daten der Schweizer Wohnbevölkerung (2011 bis 2016) zum Thema Sucht und dem Risiko des Substanzkonsums ausgewertet und veröffentlicht. Die Wiederaufnahme einer nationalen Berichterstattungsplattform, wie das ehemalige Suchtmonitoring Schweiz, wäre auch im Sinne der internationalen Standards der WHO und des UNODC. Gemäss den beiden internationalen Organisationen erfordert die Entwicklung eines funktionierenden nationalen Suchtinformationssystems die Unterstützung aller politischen Ebenen und verschiedener Sektoren (z. B. Leistungserbringung, Medizin, Soziale Arbeit, Behörden, Justiz), da es sowohl einer technischen Komponente als auch eines partizipativen Prozesses bedarf, um die Rahmenbedingungen für ein nationales Suchtinformationssystem und eine nationale Sucht- und Drogenbeobachtungsstelle festzulegen (WHO & UNODC 2020a).

## **5 Versorgungssysteme**

Wie im zweiten Kapitel dargelegt, gehen Suchterkrankungen mit erheblichen somatischen Beschwerden und sozialen Problemen einher (~~Kapitel 2~~). Die Arbeit mit Suchtkranken muss daher interprofessionell angegangen werden. Doch obwohl die Komplexität der Arbeit im Feld der Sucht für alle ersichtlich ist, ist die Zusammenarbeit nicht selbstverständlich. Dies hat neben strukturellen Schwierigkeiten auch mit den jeweiligen Berufsgruppen, ihrer

## Versorgungssysteme

Berufssozialisation und den einzelnen in die Behandlung, Beratung und Betreuung involvierten Fachleuten aus Medizin, Psychotherapie und Sozialer Arbeit zu tun (Berthel, 2021).

Vor diesem Hintergrund ist es den wenigsten Organisationen der Suchthilfe möglich, mit ihren Leistungen allein eine *adäquate Versorgung* des oder der Betroffenen zu gewährleisten, meist sind vor-, neben- und nachgelagerte Leistungen von anderen leistungserbringenden Organisationen notwendig. In der Suchthilfe gibt es somit kaum eine Behandlungsmodalität, die für sich allein genommen alle (gesundheitliche, soziale und rechtliche) Probleme angemessen lösen könnte. Letztlich sind die einzelnen Leistungen von Organisationen daher erst dann nutzbar und effizient, wenn sie sinnvoll in vor-, neben- und nachgelagerte *Leistungsstrukturen* eingebunden sind (Müller & StremLOW, 2006). Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass Doppelspurigkeiten, Drehtüreffekte oder Angebotslücken in den Versorgungsabläufen erkannt werden, um die Angebote auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen (StremLOW et al., 2019).

Suchthilfe kann somit als ein strukturell komplexes, hochspezialisiertes *Versorgungssystem* bezeichnet werden, in dem sich interinstitutionelle Koordinations- und Kooperationsfragen auf verschiedenen Ebenen stellen. Es handelt sich dabei insbesondere um:

- (a) Fallsteuerung in Versorgungsnetzen (*Abschnitt 5.1*),
- (b) Vernetzung/Kooperation der Leistungserbringenden sowie Koordination der Angebote (*Abschnitt 5.2*),
- (c) interkantonale Kooperation und die Gestaltung regionaler Versorgungssysteme (*Abschnitt 5.3*).

### 5.1 Fallsteuerung in Versorgungsnetzen

Das Suchthilfesystem setzt sich aus einer Vielzahl verschiedener sozialer und medizinischer Angebote zusammen. Dies führt dazu, dass die einzelfallbezogene und strukturelle Vernetzung und Koordination der Hilfe über die jeweiligen Hilfesystemgrenzen zu einer anspruchsvollen Aufgabe werden. Auch wird die Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen vor Herausforderungen gestellt. In Anlehnung an das Konzept einer koordinierten Versorgung (Bundesamt für Gesundheit, 2016) könnte die Arbeit in Versorgungsnetzen folgende Schritte umfassen:

Arbeitsschritt	Beschreibung
Information von Erstanlaufstellen (Hausärzte und -ärztinnen, Spitex, Sozialdienste, Unternehmen usw.)	Damit die Suchthilfe Leistungen erbringen kann, ist ein niederschwelliger Zugang zielführend (Kapitel 4.3). Erstanlaufstellen sind daher von zentraler Bedeutung. Die regelmässige und systematische Information über die Suchthilfe für Hausärztinnen und Hausärzte, Spitexdienste, Sozialdienste, Fachberatungsstellen des Sozial- und Gesundheitswesens, Schulen, Jugendanimationsstellen, der Polizei, für Unternehmen usw. bilden den ersten Baustein in der Behandlungskette. Die WHO und das UNODC (2020a) empfehlen in ihren Standards zu Behandlungssettings, mit

Arbeitsschritt	Beschreibung
Assessment der Suchtproblematik	<p>dem Modell SBIRT (<b>S</b>creening, <b>b</b>rief <b>i</b>nterventions, <b>r</b>eferrals <b>t</b>o other relevant services) zu arbeiten.</p> <p>Da es sich bei Suchterkrankungen oft um komplexe biopsychosoziale Phänomene und deren soziale Folgen handelt (<i>Kapitel 2</i>), erscheint eine differenzierte Indikationsstellung oder ein Assessment in vielen Fällen angezeigt. Zu diesem Zweck stehen im engeren Sinn verschiedene Assessment-Instrumente zur Verfügung wie z. B. der «Addiction Severity Index» (ASI)<sup>13</sup> oder der «Indice de Gravité d'une toxicomanie» (IGT) (RISQ, 2018), QuaTheDA-E (Infodrog, 2016). Eine Übersicht findet sich auch bei Righetti &amp; Thierry (2010). Im weiteren Sinn kommt eine ganze Reihe zusätzlicher Ansätze zur sozialen Diagnostik in Frage (Abderhalden, 2022; Hansjürgens &amp; Schulte-Derne, 2020).</p>
Case Management im Fallverlauf	<p>Case Management gewinnt in der Suchthilfe zunehmend als verknüpfendes Element innerhalb des Versorgungssystems an Bedeutung (Arendt, 2018; Bartsch, 2017). Den nahtlosen Übergängen in den verschiedenen Behandlungsphasen der Suchtbehandlung kommt, ebenso wie der guten Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungssektoren, eine besondere Bedeutung zu (Marschall et al., 2009). Doch ähnlich wie in Deutschland und Österreich (Arendt, 2018) ist das Case Management im Schweizer Hilfesystem (noch) nicht systematisch verankert, sondern wird von Hilfsorganisationen einzeln oder gemeinsam implementiert und auf Fallebene umgesetzt. In der Schweiz sollte zudem ein Kantonsgrenzen übergreifendes Case Management möglich sein.</p>
Überprüfung der Zielerreichung im Fallverlauf	<p>Gemäss WHO &amp; UNODC-Standards (2020a) sollte im Verlauf einer Behandlung in regelmässigen Abständen eine Evaluation der Gesundheit und des Wohlbefindens der betroffenen Personen stattfinden. Zudem sollte geprüft werden, ob die gesetzten Behandlungsziele erreicht wurden. Unter Umständen könnte dem Case Management die Aufgabe zukommen – neben der Koordination und Abstimmung der Leistungserbringenden –, die Zielerreichung in Zusammenarbeit mit der suchtbetroffenen Person und dem Leistungsangebot zu evaluieren.</p>

<sup>13</sup> Erstmals konzipiert von McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. (1980); Beispiel unter: [https://adai.washington.edu/instruments/pdf/Addiction\\_Severity\\_Index\\_Baseline\\_Followu\\_p\\_4.pdf](https://adai.washington.edu/instruments/pdf/Addiction_Severity_Index_Baseline_Followu_p_4.pdf)

Arbeitsschritt	Beschreibung
Evaluation/wissenschaftliche Begleitung	In Ergänzung zur fallbezogenen Evaluation empfehlen die WHO und das UNODC (2020a), die Leistungserbringung so weit wie möglich auf evidenzbasierte Interventionen abzustützen. <sup>14</sup> Dies führt über den Einzelfall hinaus und bedingt eine systematische wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Behandlungspfade wie dies z. B. in Ansätzen im Statistischen Bericht des Kantons Wallis (Addiction Valais, 2020) oder im Monitoringbericht des Kantons Freiburg (2019) umgesetzt wird.

In Bezug auf die Gestaltung von Behandlungspfaden finden sich zwischen der deutsch- und der französischsprachigen Schweiz Unterschiede, die vor allem durch die andersartige Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden bedingt sind. Während in der deutschsprachigen Schweiz die wichtigsten Verwaltungsbereiche oft auf Gemeindeebene angesiedelt sind, finden sich diese in der Westschweiz auf kantonaler Ebene. Anders als in der deutschsprachigen Schweiz gewinnen in der französischsprachigen Schweiz Indikationsdispositive zunehmend an Bedeutung. Diese ermöglichen es, Behandlungsanträge nach objektiven Kriterien zu prüfen und auf das lokale Angebot abzustimmen. Damit erleichtern diese Indikationsstellen die Vergabe von Mandaten an die Institutionen, die Übernahme von finanziellen Garantien für stationäre Aufenthalte und Subventionen für ambulante Strukturen, das Platzmanagement und die Anpassung der Leistungen, die Koordination der Beteiligten, das Monitoring der Profile und der Behandlungsverläufe der Leistungsempfängerinnen und -empfänger. Ihre Aufgabe besteht darin, den Schweregrad der Problemlage einer Person zu beurteilen und ihr im Suchhilfenetzwerk Orientierungshilfe zu geben. Diese Instanzen sind für sämtliche Suchterkrankungen zuständig und bringen Fachpersonal für verschiedene suchtrelevante Probleme zusammen (Savary et al., 2021).

## 5.2 Kantonale Koordination und Kooperation der Leistungserbringenden

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

(a) *Kantonale Koordination*: Sommerfeld (2016) fordert, dass im Bereich der Suchthilfe die eher medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringenden und jene aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich enger zu vernetzen seien, damit trotz unterschiedlicher finanzieller und gesetzlicher Rahmenbedingungen die Qualität und

<sup>14</sup> Quelle: WHO & UNODC (2020a), S. 11: «Such systems should learn from and adopt as much as possible of evidence-based interventions into their services. There is a need to carry out evaluation research ...».

## **Versorgungssysteme**

Wirksamkeit des Suchthilfesystems und der Suchtprävention nachhaltig sichergestellt werden kann. Eine verstärkte Koordination wird auch im dritten Grundprinzip der WHO & UNODC-Standards gefordert (2020a) : «Förderung der Behandlung von Drogenkonsumstörungen durch eine wirksame Koordination zwischen dem Strafrechtssystem sowie den Gesundheits- und Sozialdiensten». Auch in den QuaTheDA-Qualitätsanforderungen finden sich im Qualitätsbereich «Externe Vernetzung» einschlägige Qualitätskriterien: «Qualitätsprobleme entstehen meistens an Schnittstellen (z. B. infolge Informationsmängel oder infolge nicht abgesprochener Zuständigkeiten). Deshalb ist eine Regelung der Zusammenarbeit auf Fallebene notwendig. Zudem lassen sich die Leistungen im Suchthilfenetzwerk dadurch effizienter erbringen. Um die Zuverlässigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit zu gewährleisten, können Zusammenarbeitsvereinbarungen abgeschlossen werden.» (Leitfaden QuaTheDA, 2021). Auf der Ebene der kantonalen Koordination implementierte beispielsweise der Kanton Freiburg im Jahr 2012 das Projekt «Koordination der Betreuung Suchtkranker (illegale Drogen und Alkohol)» (Direction de la santé et des affaires sociales, 2012).

Ziel des Projekts ist die Schaffung und Umsetzung eines kantonalen Handlungsplans, der folgende Merkmale aufweist (ebd.):

- Es beinhaltet ein qualitativ hochstehendes Angebot, das den heutigen und nachweislichen Bedürfnissen und Problemen gerecht wird.
- Es beruht auf einer interinstitutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit.
- Es beinhaltet eine auf die suchtkranke Person zentrierte Behandlungskette.
- Es nutzt die verfügbaren Ressourcen optimal (Wirksamkeit und Effizienz).
- Es strebt eine laufende Verbesserung und Anpassung an (Bedarf/Angebote, Funktionieren, Ergebnisse).

Der Handlungsplan wird von einer departementsübergreifenden, kantonalen Fachstelle und Steuergruppe umgesetzt. Das kantonale Koordinationsprojekt weist idealtypische, generell zu empfehlende Elemente für kantonale Koordinationsbemühungen auf der Ebene der Leistungserbringung auf.

*(b) Kooperation der Leistungserbringenden:* In jüngster Zeit widmen sich das Bundesamt für Gesundheit (2016) und der Fachverband Sucht (2018b) dem Thema einer Verbesserung der interinstitutionellen Zusammenarbeit bzw. der Förderung einer integrierten oder koordinierten Versorgung. An der Impulstagung «Vernetzung – Kooperation – Integration» des Fachverbandes Sucht im Jahr 2018 wurden die zukünftigen Herausforderungen thematisiert, gut funktionierende Modelle vorgestellt und Erfolgsfaktoren eruiert (Fachverband Sucht, 2018b). Die Herausforderungen sind erkannt und gemäss Berthel et al. (2015) bleibt es die Aufgabe der Suchtpolitik, Kooperationen einzufordern.

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

Für die Gestaltung regionaler Versorgungssysteme ist die *horizontale und vertikale Vernetzung* der relevanten Stellen von grosser Bedeutung. Im Kontext der Suchthilfe wird sowohl die Vernetzung unter den Kantonen (horizontal) als auch die Vernetzung des Kantons mit regionalen Organisationen, Fachverbänden, Leistungserbringenden und dem Bund (vertikal), mehrheitlich durch operativ tätige Fachpersonen organisiert (Kübler et al., 2008). Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass viele Kantone über eigene Suchtkommissionen, Suchtgremien oder Netzwerkgruppen verfügen, die sich aus Expertinnen und Experten,

## **Versorgungssysteme**

Leistungserbringenden und sonstigen relevanten Akteurinnen und Akteuren in der kantonalen Suchthilfe zusammensetzen und die politischen Entscheidungsinstanzen beraten und informieren. Auch auf Bundesebene findet sich seit 2020 die Fachkommission Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (EKSN), die den Bundesrat und die Bundesverwaltung mit ihrer fachlichen Expertise bei Fragen zu Sucht und Prävention berät. Infodrog ist die vom Bundesamt für Gesundheit eingesetzte *Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht* mit der gesetzlichen Grundlage im Betäubungsmittelgesetz (Art. 29a Absatz 3), deren Trägerschaft seit 2008 die Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX ist. Infodrog leistet einen wichtigen Beitrag zur wirksamen vertikalen und horizontalen Vernetzung und Koordination zwischen Bund, Kantonen, Fachverbänden und Suchthilfeinstitutionen und fördert die Vielfalt, Durchlässigkeit, Qualität sowie die Zugänglichkeit der verschiedenen Präventions-, Beratungs-, Therapie- und Schadensminderungsangebote (Infodrog, 2022). Als Fachstelle ist sie zudem auch für Informations- und Ratsuchende eine wichtige Anlaufstelle. Infodrog führt regelmässig regionale und nationale Fachtagungen und Weiterbildungen durch.

Als *Schnittstelle zwischen Bund und Kantonen* sowie zwischen Politik und Fachexpertise agiert die KKBS (Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen). Sie ist als fachtechnische Konferenz Teil der SODK (Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren) und besteht aus je einer Vertretung der Kantone sowie ständigen Gästen des Bundes (Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Polizei), der SODK und Infodrog. Im Rahmen der KKBS-Sitzungen findet für die kantonalen Beauftragten für Suchtfragen ein regelmässiger Informations- und Erfahrungsaustausch zu Themen der Vier-Säulen-Politik statt. Die KKBS-Mitglieder nehmen oft auch eine beratende, informierende oder vermittelnde Rolle bei politischen Prozessen, der Versorgungsgestaltung, Finanzierungsstrukturen oder Entwicklungstrends ein, da ihre Expertise sich nicht nur auf das Fachliche, sondern auch auf die politischen Prozesse bezieht (KKBS, 2013).

Viele Suchthilfeorganisationen verfügen über Standorte in mehr als einem Kanton (Baumberger & Knocks, 2017). Suchthilfeeinrichtungen mit (hoch)spezialisierten Angeboten sind häufig auch in kantonsübergreifenden Regionen tätig, weil das Einzugsgebiet eines einzelnen Kantons im Verhältnis zum Angebot zu klein wäre. Demgegenüber stehen Versorgungsstrukturen (inklusive Finanzierung), die an die Gebietskörperschaften der Kantone gebunden sind. Diesen Sachverhalt verdeutlicht auch die Online-Befragung BASS (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien) (Künzi et al., 2019b), die im Rahmen der «Analyse *Ist-Zustand* Finanzierung Suchthilfe» stattfand. Kantons- und Stadtvertretungen, Leistungserbringende und Fachverbände wurden gebeten, ein Set von Aussagen zu Problematiken in der Suchthilfe zu beurteilen. Obschon kantonale Unterschiede aus dem Bericht nicht ersichtlich werden, zeigt sich Einigkeit bei den Befragten in der Kritik, dass jeder Kanton primär versuche, seine Klientel regional zu versorgen und es auch nahe der Kantongrenzen schwierig sei, Schnittstellen zu überwinden. Beispielsweise fehle es im stationären Bereich an überregionaler/-kantonaler Steuerung, denn es sei nicht zielführend, dass «alle alles anbieten» würden. Darüber hinaus werden die interkantonale Koordination bzw. die regionale Abdeckung (Versorgung in Randgebieten, Kostenlosigkeit der Behandlungen/Beratungen nur für innerkantonale Klientinnen und Klienten, beschränkte Kapazitäten) von den Befragten als Problemfelder bestätigt.

Die interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) ist auch für die Suchthilfe von zentraler Bedeutung. Die IVSE stellt die Grundlage für die interkantonale Zusammenarbeit

## **Versorgungssysteme**

im Bereich der sozialen Einrichtungen dar und regelt deren Finanzierungsmodalitäten zwischen den Kantonen. Dabei unterteilt sie ihre Anwendungsbereiche in vier Teile (A bis D), wobei die IVSE C für die stationären Einrichtungen der Suchthilfe zuständig ist. Während alle Kantone den Bereichen A (stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche), B (Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen) und – mit Ausnahme von Appenzell Innerrhoden – auch im Bereich D (externe Sonderschulen) beigetreten sind, sind es gegenwärtig nur 19 Kantone, die dem Bereich IVSE C beigetreten sind. Diese 19 Kantone können auf Antrag der Einrichtung ihre innerkantonalen stationären Einrichtungen der IVSE C unterstellen, wenn diese den Qualitätsrichtlinien der IVSE entsprechen. Die IVSE C sorgt dafür, dass Betroffene auch stationäre Therapien in einem anderen Kanton, der dem IVSE-C-Bereich beigetreten ist, in Anspruch nehmen können und die Finanzierung der Therapie rechtlich sichergestellt ist.

Angesichts der unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen der Kantone (z. B. bei den Zuständigkeiten, der Steuerung und Finanzierung der Suchthilfe) stehen eine Verstärkung der interkantonalen Zusammenarbeit und eine regionale Gestaltung vor grossen Herausforderungen. Um diese zu bewältigen, bedarf es zunächst einer Informationsstandardisierung und eines Aufbaus regelmässiger Austauschformate.

## **5.4 Schlussfolgerungen und Reflexionsgrundlagen**

Die Wahrnehmung der Suchtproblematik hat sich seit den 1990er-Jahren gewandelt. Die meist ideologische Prägung des Diskurses rund um den Konsum psychoaktiver Substanzen weicht einer zunehmend evidenzbasierten Betrachtung. Die Gestaltung der präventiven Massnahmen berücksichtigt im Sinne der «Public Health»-Perspektive vermehrt unterschiedliche Konsummuster statt einzelne Substanzen, und mit der gesetzlichen Verankerung der Vier-Säulen-Politik im Jahr 2008 wurden auch die schadensmindernden Massnahmen zu einem festen Bestandteil der Suchthilfe. Statt der Abstinenz stellen heute Lebensqualität, Eigenverantwortung und Lebensbefähigung der Personen mit problematischen Konsummustern übergeordnete Behandlungsziele dar.

Bei einer suchtspezifischen Störung handelt es sich um komplexe Gesundheitszustände mit psychosozialen, umweltbedingten und biologischen Determinanten. Mit einer (chronischen) Suchterkrankung gehen oft gesundheitsbezogene, soziale und gegebenenfalls rechtliche Probleme einher. Aufgrund dieser Problemverflechtung sind aktuelle Tendenzen zu einer Medizinalisierung der Suchthilfekosten kritisch zu betrachten (vermehrte Finanzierung über das KVG). Der indizierte Bedarf an niederschweligen sozialarbeiterischen, vernetzenden, sozial-educativen und sozialtherapeutischen Massnahmen sollte ebenso finanziert werden (z. B. soziale und berufliche Integration). Es gilt daher, die medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringenden und jene aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich enger zu vernetzen, statt diese durch finanzielle Rahmenbedingungen auseinanderzuidividieren. Der Trend zur zunehmenden *Verschiebung der Finanzierung von einer Objekt- hin zu einer Subjektfinanzierung*, also von einer Finanzierung von Strukturen und Einrichtungen mit Defizitgarantien, hin zu einer Finanzierung von Einzelleistungen an Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten, ist daher kritisch zu bewerten (Künzi et al., 2019b).

Die Komplexität einer suchtbedingten Störung erfordert somit Massnahmen zur verstärkten kantonalen oder regionalen Kooperation. Kooperation ist ein aktiv gefällter, politisch-



strategischer Entscheid, der die ebenfalls aktive Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure einfordert. Es ist Aufgabe der Politik der psychoaktiven Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen, die strategische Steuerung anzustossen. In Bezug auf eine *strategische Steuerung* der Suchthilfe empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation in ihren Standards eine systematische Planung, Steuerung und Evaluation der Leistungserbringung (WHO & UNODC 2020a).

Auf der Basis der vorgestellten internationalen und nationalen Erkenntnisse zur Gestaltung der Suchthilfe (Planung, Steuerung, Leistungserbringung und Evaluation) verfolgt dieser Bericht das Ziel, Fachpersonen und den Verantwortlichen der Kantone *Reflexionsangebote* zur Weiterentwicklung der Suchthilfe zur Verfügung zu stellen. Zu diesem Zweck wurden in jedem Entwicklungsbereich (Sucht als biopsychosoziales Problem und seine sozialen Folgen, Steuerung, Angebot und Leistungen, Versorgungssystem) Thesen zum Entwicklungspotenzial und entsprechende Reflexionsfragen formuliert, die auf die Steuerung der Suchthilfe fokussieren.

	<b>Problembezüge und professionelle Differenzierung der Suchthilfe</b>	<b>Alimentierung und Strukturierung der Suchthilfe</b>
<b>Rahmenbedingungen und Steuerung der Suchthilfe (Umwelt)</b>	a) Sucht als biopsychosoziales Phänomen und dessen soziale Folgen	b)Suchtpolitische Steuerung
<b>Leistungen und Strukturen der Suchthilfe (System)</b>	c) Angebot und Leistungen	d)Versorgungssysteme

**Tabelle 2: Die vier Entwicklungsbereiche der Suchthilfe in Anlehnung an StremLOW et al., (2019)**

## **5.5 Thesen zum Entwicklungspotenzial: Sucht als biopsychosoziales Phänomen und dessen soziale Folgen**

### **Sucht als biopsychosoziales Phänomen und dessen soziale Folgen**

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

## **Versorgungssysteme**

### *Reflexionsfragen:*

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

## **5.6 Thesen zum Entwicklungspotenzial: Steuerung der Suchthilfe**

### **Umsetzung der Nationalen Strategie Sucht in den Kantonen**

Die Nationale Strategie Sucht 2017 bis 2024 dient mit ihren acht Handlungsfeldern als Orientierungsrahmen für Akteurinnen und Akteure auf allen föderalen Ebenen, für Fachpersonen sowie für die Leistungserbringung in der Prävention und Suchthilfe. Sie bietet Anknüpfungspunkte für die Realisierung von verschiedensten suchtspezifischen Aktivitäten und Projekten. Die Versorgungsstrukturen im Suchthilfesystem sind historisch gewachsen und decken regionale Gegeben- und Besonderheiten ab.

### *Reflexionsfragen:*

- Inwieweit und in welcher Form richten sich die Suchtpolitiken der Kantone an der Nationalen Strategie Sucht aus?
- Welche Gewichtung erhalten die unterschiedlichen Handlungsfelder der Nationalen Strategie Sucht in der kantonalen Suchtpolitik/Suchthilfe?
- Werden die kantonalen Unterschiede in der (a) *inhaltlichen* (z. B. Ziele, Angebotsplanungen, innovative Angebote) und der (b) *strukturellen* (z. B. Zuständigkeiten/Zusammenarbeit zwischen Kanton, Gemeinden und Leistungserbringenden) Gestaltung der Suchthilfe mithilfe von vergleichenden Ansätzen und/oder «Good Practice»-Ansätzen hinreichend genutzt, um die Suchtpolitiken (systematisch) weiterzuentwickeln?

### **Suchtpolitik als Querschnittsthema**

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

### *Reflexionsfragen:*

- Bildet sich dieser Querschnittsgedanke in den gesetzlichen Grundlagen, den Zielen sowie den Organisations- oder Umsetzungsformen der kantonalen Suchtpolitiken ab?

## **Versorgungssysteme**

- Ist namentlich ein Zusammenspiel zwischen gesundheits- und sozialpolitischen kantonalen Strukturen und Massnahmen festzustellen (z. B. in der Verwaltung mit departementsübergreifenden Gremien)?

### **Finanzierungsstrukturen als Querschnittsthema**

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

#### *Reflexionsfragen:*

- Wo erweisen sich die nationalen und kantonalen Finanzierungsmodelle als zielführend, wo lassen sich Schwierigkeiten erkennen?
- Ist der indizierte Bedarf an niederschweligen sozialarbeiterischen, vernetzenden, sozial- edukativen und sozialtherapeutischen Massnahmen ausreichend finanziert (z. B. Massnahmen zur sozialen und beruflichen Integration, Arbeit an den Schnittstellen bzw. zur fachlichen Vernetzung)?
- Sind die gegenwärtigen Finanzierungsstrukturen chancengerecht ausgerichtet? Können alle motivierten Hilfe- und Ratsuchenden alle Suchthilfeangebote nutzen, ohne dass sie der rechtliche Rahmen daran hindert, oder sie ein finanzielles Risiko tragen müssen?

### **Fehlanreize der Finanzierungsstrukturen**

Die zunehmende Subjektfinanzierung von Suchthilfeeinrichtungen ist gerade bei der chronischen und komplexen Suchterkrankung eine Herausforderung. Weisen Suchtbetroffene langandauernde oder grössere psychosoziale Probleme auf, werden sie von Leistungsfinanzierenden im Gesundheitssystem in die Sozialhilfe verschoben; umgekehrt versuchen *Gemeinden* diese Personen im Gesundheitswesen unterzubringen, damit sie die Finanzierungslast nicht tragen müssen. Die Zuweisung der Klientinnen und Klienten zu einer Therapieeinrichtung sollte auf der Grundlage einer fachlich fundierten Indikation erfolgen. Eine differenzielle Indikationsstellung sollte sich unabhängig der Hauptproblemsubstanz an der Phase der Erkrankung, deren Schweregrad, dem Vorliegen von Komorbiditäten, den vorhandenen Ressourcen sowie der sozialen und beruflichen Integration orientieren.

#### *Reflexionsfrage:*

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

## **5.7 Thesen zum Entwicklungspotenzial: Angebote und Leistungen**

### **Angebotsspektrum der kantonalen Suchthilfe**

Zu den *Mindestanforderungen* eines Suchthilfesystems gehören laut WHO und UNODC wie folgt: aufsuchende und niederschwellige Hilfsangebote, Behandlungsangebote in nichtspezialisierten Einrichtungen, stationäre und ambulante Behandlungen, medizinische und psychosoziale Behandlungsangebote, Langzeitangebote in Wohneinrichtungen sowie Nachsorgeangebote (z. B. Tagesstruktur).

#### *Reflexionsfrage:*

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

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

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

#### *Reflexionsfragen:*

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

### **Monitoring der kantonalen Suchthilfe**

Für die Gestaltung eines umfassenden Versorgungssystems können in der Schweiz unterschiedliche internationale, nationale und kantonale Monitoring- und Informationssysteme herangezogen werden. Es gibt verschiedene Indikatoren, die auf den Substanzkonsum und das Suchtverhalten in der Bevölkerung hinweisen und zu den selbstberichteten Angaben der Bevölkerungsbefragungen hinzugenommen werden können.

#### *Reflexionsfragen:*

- Sind in den Kantonen Systeme eingerichtet, die die fortwährenden Veränderungen im Suchtverhalten systematisch betrachten, reflektieren und dann einschlägige Massnahmen

## **Versorgungssysteme**

ableiten?

- Kennen die Kantone die Prävalenzen von Substanzkonsum und Verhaltenssüchten in der ansässigen Bevölkerung?
- Verfügen die Kantone über systematische Erfassungssysteme über die Nutzung von inner- und ausserkantonalen Suchthilfeangeboten durch ihre Bevölkerung?
- Inwiefern fliessen internationale und/oder nationale Monitoring- und Berichterstattungssysteme in die kantonale Steuerung und Gestaltung der Suchthilfe mit ein?
- Sind die kantonalen Suchtpolitiken mit ihren Programmen und Massnahmen darauf ausgerichtet, dass sie flexibel auf Trends und entsprechende Konsummuster und abhängige Verhaltensweisen reagieren können?
- Welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, damit ein entsprechendes zielführendes Monitoring implementiert werden kann?

### **Weiterentwicklung der kantonalen Suchthilfe**

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

*Reflexionsfrage:*

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

## **1.1.Thesen zum Entwicklungspotenzial: Versorgungssysteme**

### **Fallsteuerung im Versorgungssystem**

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

### **Versorgungssysteme**

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

#### *Reflexionsfragen:*

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

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

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

#### *Reflexionsfragen:*

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

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

### **Versorgungssysteme**

Viele Suchthilfeorganisationen verfügen über Standorte in mehr als einem Kanton. Suchthilfeeinrichtungen mit (hoch)spezialisierten Angeboten sind häufig auch in kantonsübergreifenden Regionen tätig, weil das Einzugsgebiet eines einzelnen Kantons im Verhältnis zum Angebot zu klein wäre. Demgegenüber stehen Versorgungsstrukturen (inklusive Finanzierung), die an die Gebietskörperschaften der Kantone gebunden und in der Regel höchst unterschiedlich ausgestaltet sind.

#### *Reflexionsfragen:*

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

## 6 Literaturverzeichnis

Abderhalden, I. (2022). Soziale Arbeit im Suchtbereich: Komplexe Lebenslagen erfassen. Referat an der Fachtagung «Soziale Arbeit und Sucht» vom 23. März 2022 in Olten.

American Psychiatric Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Addiction Valais/Sucht Wallis (2020). Statistischer Bericht. Daten – ein Mehrwert auf allen Ebenen. Sion:

Addiction Valais/Sucht Wallis. Gefunden unter (Zugriff am 25. Februar 2022):

[https://issuu.com/addiction-](https://issuu.com/addiction-valais/docs/advs_statistischer_bericht?fr=sMzYzNTk0MzE5Ng)

[valais/docs/advs\\_statistischer\\_bericht?fr=sMzYzNTk0MzE5Ng](https://issuu.com/addiction-valais/docs/advs_statistischer_bericht?fr=sMzYzNTk0MzE5Ng)

Act-info (2022). *Das Monitoringsystem act-info*. Internetseite:

[https://www.substitution.ch/de/monitoringsystem\\_act\\_info.html](https://www.substitution.ch/de/monitoringsystem_act_info.html) (letzter Zugriff: 7. März 2022)

Arendt, I. (2018). Case Management in der Sucht- und Drogenhilfe. *Soziale Arbeit*, 9/10, 360–365.

Arnaud, N., & Thomasius, R. (2020). Störungen durch Substanzgebrauch und abhängige Verhaltensweisen in der ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.

Arnaud, S., Terrettaz, T., & Ambiguet, M. (2019). *Dispositif cantonal d'indication et de suivi en addictologie (DCISA) RAPPORT DE MONITORAGE 2019*. REL'IER et Unisanté.

Basel-Stadt. (2021). *Handbuch zur Individuellen Bedarfsermittlung im Kanton Basel-Stadt*. Version September 2021.

Bartsch, G. (2017). Suchthilfe in Deutschland. *SuchtMagazin*, 43(2–3), 5–12. <https://doi.org/10.5169/SEALS-800147>

Baumberger, P., & Knocks, S. (2017). Suchthilfe in der Schweiz: Gestern, heute und morgen. *SuchtMagazin*, 43 (2–3). <https://doi.org/10.5169/SEALS-800149>

Berthel, T., Vogel, F., & Kläusler, C. (2015). *Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe*. Suchtmagazin.

Berthel, T. (2021). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz*.

In: *Soziale Arbeit und Sucht* (S. 11).

Bühringer, G., Behrendt, S., & Endrass, T. (2020). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen. In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (837–863). Springer.

Bundesamt für Gesundheit. (2010). *Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz*. Bern: BAG.

Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Faktenblatt Koordinierte Versorgung*.



Bundesamt für Gesundheit. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017 bis 2024*. [https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2660/Nationale\\_Strategie\\_Sucht.pdf](https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2660/Nationale_Strategie_Sucht.pdf)

Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Leitfaden QuaTheDA modular. Erläuterungen zum QuaTheDA-Referenzsystem – Entzug. Revision Oktober 2021*. <https://www.quatheda.ch/files/content/quatheda/de/leitfaden/2021-quatheda-leitfaden-mod09-entzug.pdf>.

Bundesamt für Gesundheit. (2021). *Zahlen und Fakten Sucht*. Bern: BAG.

Bundesamt für Statistik. (2020a). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen – Detailkonzept*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/somed.htm>

Bundesamt für Statistik. (2020b). *Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2020*. Neuenburg: BFS.

Bundesrat. (2021). *Perspektiven der schweizerischen Drogenpolitik. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 17.4076 Rechsteiner Paul, 12. Dezember 2017*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/perspektiven-drogenpolitik.html>

Canadian Center on Substance Use and Addiction (2022). Internetseite: <https://www.ccsa.ca> (letzter Zugriff: 5. März 2022).

Cattacin, S. (2012). *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik: Rückblick und Ausblick*. *SuchtMagazin*, 2.

Clot, J., Bach, R., & Savary, J.-F. (2021). *Évolutions et mutations des institutions résidentielles sociothérapeutiques en Suisse romande*. Lausanne: GREA.

Da Cunha, A., Mager, C., & Schmid, O. (2009). *La quadrature du cube. Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg*. Lausanne: Institut de géographie, Université de Lausanne.

Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., & Griswold, M. (2018). *The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987–1012.

Dey, M.; Schaaf, S. (2016): *Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen in ambulanter und stationärer Suchthilfe (QuaTheSI). Gesamtbericht der Erhebung 2016*. Diese Studie wurde mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit, Vertragsnummer 13.007981 erarbeitet. Swiss Research Institute for Public Health and Addiction. Zürich.

Direktion für Gesundheit und Soziales des Kantons Freiburg (2012). *Projekt für die Koordination der Betreuung Suchtkranker (illegale Drogen und Alkohol)*. Staat Freiburg: Direktion für Gesundheit

und Soziales GSD.

Dollinger, B., & Schmidt-Semisch, H. (2007). *Reflexive Suchtforschung: Perspektiven der sozialwissenschaftlichen Thematisierung von Drogenkonsum*. In *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung* (S. 7–33). Springer.

Eidgenössische Kommission für Drogenfragen EKDF. (2006). *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*. Verlag Hans Huber.

EMCDDA. (2021). *Europäischer Drogenbericht 2021: Trends und Entwicklungen*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256\\_DE0906.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_DE0906.pdf)

Fischer, B., Mäder, B., & Telser, H. (2020). *Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht. Polynomics. Sur mandat de l'OFSP*. Bern: BAG.

Fachverband Sucht (2018): *Leitlinien zur Finanzierung der sozialtherapeutischen stationären Suchthilfe*.

Unter Mitarbeit von Forelhaus Zürich Jürg Dennler, Die Alternative Stephan Germundson, Walter Meury, Suchthilfe Region Basel, Mühlhof Gerold Pfister, Thomas Lüddeckens, Klinik im Hasel, Alexander Wopfner Lempfen, Klinik Südhang und Iwan Rickenbacher, Präsident Fachverband Sucht. Fachverband Sucht.

Fachverband Sucht (2018b). *Impulstagung «Vernetzung – Kooperation – Integration». Zukunftsweisende Modelle für die Behandlung suchtkranker Menschen*. <https://fachverbandsucht.ch/de/events/66>.

Falkai, P., & Wittchen, H. O. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.

Gehrig, M., Künzi, K., & Stettler, P. (2012). *Finanzierung der stationären Suchthilfe. Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen – Schlussbericht*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. (2019). *Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt*.

Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., Gmel, C., & Flury, R. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*. Sucht Schweiz, Lausanne.

Gmel, G., Notari, L., Gmel, C. (2018). *Suchtmonitoring Schweiz: Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016*. Sucht Schweiz.

Gmel G., Notari L., Gmel C. (2018). *Rauchen und Alkoholkonsum in der Schweiz: Trends über 25 Jahre, Kohorteneffekte und aktuelle Details in Ein-Jahres-Altersschritten – eine Analyse verschiedener Surveys*. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.

Gschwend, A. (2021). *Perspektiven der Schweizerischen Drogenpolitik bis 2030*. *SuchtMagazin*, 6.

Gremminger, S., AvenirSocial, P., & Schweiz, B. S. A. (2021). *Sucht ist (auch) ein soziales Problem*. *Soziale Arbeit und Sucht*, 17.

Grunwald, K., Roß, PS. (2018). *Governance in der Sozialen Arbeit*. In: Kolhoff, L., Grunwald, K. (eds)

Aktuelle Diskurse in der Sozialwirtschaft I. Perspektiven Sozialwirtschaft und Sozialmanagement.

Springer VS, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-20319-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-658-20319-1_10)

Haasen, C., Kutzer, A., & Schäfer, I. (2010). Was verstehen wir unter Sucht? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(4), 267–270.

Hansjürgens, R., Schulte-Derne, F. (Hrsg.) (2020). *Soziale Diagnostik in der Suchthilfe: Leitlinien und*

*Instrumente für Soziale Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Hauptstelle für Suchtfragen, Deutschland (2022). Internetseite: <https://www.dhs.de/>; (letzter Zugriff: 7. März 2022).

Hinte, W.; Litges, G. und Springer, W. (1999): *Soziale Dienste. Vom Fall zum Feld. Soziale Räume statt*

*Verwaltungsbezirke*. Berlin: edition sigma.

Infodrog. (2020). *Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen*. <https://www.infodrog.ch/de/themen/angebotsplanung/monitoring-stationaere-suchttherapieinstitutionen.html>

Infodrog (2016). *QuaTheDA-E – Beschreibung der Ein- und Austrittserhebung von Sucht Wallis*. Bern.

ISGF (Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Internetseite.

<https://www.isgf.uzh.ch/de.html> (letzter Zugriff: 7. März 2022).

Jeanrenaud, C., Widmer, G., & Pellegrini, S. (2005). *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse*. Rapport final, Université de Neuchâtel, <https://biblio.parlament.ch/e-docs/147055.pdf> (28. April 2022)

Junod, V.; Hatam, S.; Colomb, E.; Khazaal, Y, Savary J-F; Haemmig, R.; Simon, O. (2020). *IV-Rente und*

*Sucht: jetzt besser*. Schweizerische Ärztezeitung.

Kanton Basel-Stadt (2020). *Wegleitung zur individuellen Bedarfsermittlung mit IBBplus im Kanton Basel-Stadt*. Version März 2020. Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt

des Kantons Basel-Stadt. Amt für Sozialbeiträge.

Kantonale Beauftragte für Suchtfragen (KKBS) (2013): *Statuten*. Vom 7. März 2013. Bern.

Krebs, M., Mäder, R., & Mezzera, T. (2021). *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis*. Springer Nature.

Krebs, M., Gallego, S., & Berthel, T. (2021). *Auf dem Weg zu einer modernen Suchtpolitik*. SuchtMagazin. Jg. 47, 12–16.

Küfner, H., Pfeiffer-Gerschel, T., & Hoch, E. (2020). Störungen durch den Konsum illegaler Substanzen (Drogenkonsumstörungen). In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 865–891). Springer.

Künzi, D., Liesch, R., & Jäggi, J. (2019). *Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.

Künzi, K., Jäggi, J., & Morger, M. (2018). *Finanzierung und Organisation der stationären Suchthilfe im Kanton Thurgau – Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.

Künzi, K., Liesch, R., & Jäggi, J. (2019a). *Analyse «Ist-Zustand» Finanzierung Suchthilfe: Identifikation primärer Finanzierungsschwierigkeiten/-lücken im Bereich Sucht in der Schweiz*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Bern.

Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59 (2), 153–165.

Maier, L. J., & Salis Gross, C. (2015). Erfolgsfaktoren von Massnahmen zur Tabakprävention bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen. *Synthesebericht der Expertengruppe. ISGF-Bericht*, 360.

Mann, K. (2014). *Verhaltensüchte*. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Marschall, U., Ullrich, W., & Sievers, C. (2009). Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. *Gesundheitswesen aktuell*, 252–276.

Marthaler, M. (2019): *Faktenblatt: Stand der Schadensminderung in der Schweiz*. Hrsg. v. Bundesamt für Gesundheit. BAG. Bern.

Marthaler, M., Melody, G., & Bachmann, A. (2020). *Synthetische Cannabinoide. Informationen für Suchtfachleute*. Factsheet. Infodrog. Bern.

Marthaler, M. (2021): *Kiffen, sniffen, spicken & Co. Neue Erkenntnisse aus der Welt der psychoaktiven Substanzen*. Auswertung der Befragungen von Konsumierenden 2020/Auswertung des Onlinetools für Substanzwarnungen 2020/Neues aus Politik und Wissenschaft. Unter Mitarbeit von Melanie Wollschläger. Infodrog.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1980). *An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index*.

Journal of Nervous and Mental Disease. 1980 Jan; 168(1):26–33, Lippincott Williams & Wilkins.

Müller, S., StremLOW, J. (2006). *Ein Monitoring für das Sozialwesen in der Schweiz. Theoretische Grundlagen und eine Untersuchung zur Sozialpolitik der Kantone der Zentralschweiz*. Dissertation. Zürich: Universität Zürich.

MonAM. (2022). *Sucht*. <https://ind.obsan.admin.ch/monam/topic/1SUC>

NAS-CPD (Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik). (2017). *Synthesepapier Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz*. [https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/2017\\_Finanzierung\\_Suchthilfe\\_Schweiz.pdf](https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/2017_Finanzierung_Suchthilfe_Schweiz.pdf)

NAS-CPA (2014). *Marktregulierung in der Drogenpolitik Grundposition der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik NAS-CPA*. [https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/NAS-CPA\\_Grundposition\\_Marktregulierung\\_in\\_der\\_Drogenpolitik.pdf](https://www.nas-cpa.ch/fileadmin/documents/NAS-CPA_Grundposition_Marktregulierung_in_der_Drogenpolitik.pdf)

National Institute on Drug Abuse (2022). Internetseite: <https://nida.nih.gov/about-nida>

OECD (2021). *Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>

OFDT (2019). *Drogues et addictions, données essentielles*. Édition 2019. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>

Righetti, V., Favrod-Coune, T. (2010). *Questionnaires de dépistage et d'évaluation des consommations de substances psychoactives*. In : *Revue Medicale Suisse*. Nr.264. ISSN: 1660-9379.

Rimann, N. (2014). *Expertise zum Thema «Schwer erreichbare Zielgruppen». Zuhanden der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM)*.

RISQ Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (2018). *Indice de Gravité d'une Toxicomanie*. V.6.1. Québec. Aufgerufen unter: [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1826333553\\_IGT\\_Fr\\_V5.1\\_Avr2001.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1826333553_IGT_Fr_V5.1_Avr2001.pdf)

Rush, B., & Urbanoski, K. (2019). Seven Core principles of substance use treatment system design to aid in identifying strengths, gaps, and required enhancements. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement, s18*, 9–21.

Savary, J.-F., Tharin, A., Bach, R., Fazan, C., Durgnat, H., & Periard, C. (2021). Über die Krankheit hinaus: Die Rückkehr der Sozialen Arbeit. In *Soziale Arbeit und Sucht* (S. 261–278). Springer VS, Wiesbaden.

Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF). (2022) <https://www.isgf.uzh.ch/de.html>

Service du médecin cantonal (2019). *Monitorage – Dispositif cantonal d'indication Addictions pour les*

*adultes – FRIADIC. Période 2014–2018.* Etat de Fribourg: Direction de la santé et les affaires sociales.

Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H., Kraus, L., Kostrzewa, R., Rheinländer, J., & Rummel, C. (2017). *Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden.* Sucht.

Schönig, W. (2008): *Sozialraumorientierung. Grundlagen und Handlungsansätze.* Schwalbach am Taunus: Wochenschau Verlag.

Schubert, H. (2017): *Entwicklung einer modernen Sozialplanung. Ansätze, Methoden und Instrumente.* In: Archiv der Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit 1/2017. 4–19.

Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). The biopsychosocial model of addiction. *Principles of addiction, 1*, 61–70.

Sommerfeld, P. (2016). *Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem?* SuchtMagazin. Heftnummer 6, 2016.

Steber Bächli, D., Grossmann, L., & Dreifuss, R. (2012). Die Schweizer Drogenpolitik im internationalen Kontext: Bekämpft, ignoriert, bewundert. In *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Rückblick auf dreissig Jahre Schweizer Drogenpolitik.*

Stremlow, J., Riedweg, W., & Bürgisser, H. (2019). *Gestaltung sozialer Versorgung. Ein Planungs- und Steuerungsmodell.* Springer VS.

Sucht Schweiz. (2020). *Act-info.* <https://www.suchtschweiz.ch/forschung/act-info/>

Vatter, A. (2014). *Das politische System der Schweiz.* Baden-Baden: Nomos.

World Health Organization. (2020). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Disorders due to addictive behaviours.* <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f499894965>

World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020a). *International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing.* World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>

**Hochschule Luzern**  
**Soziale Arbeit**  
Werftstrasse 1  
6002 Luzern

T +41 41 367 48 48  
sozialarbeit@hslu.ch  
hslu.ch/soziale-arbeit