

# Im Brennpunkt 1 / 2011

Jährliche Informationen von act-info zu aktuellen Themen der Suchtberatung und -behandlung in der Schweiz

## Zum ersten Mal in Suchtbehandlung

Klienten und Klientinnen in Erstbehandlung: Entwicklung zwischen 2005 und 2009

### 1. Vielfältiges Hilfsangebot für unterschiedliche Bedürfnisse

Da es sich bei substanzbezogenen Problemen oft um längerfristige oder gar chronische Störungen handelt, beanspruchen Personen mit Suchtproblemen in ihrem Lebensverlauf häufig mehrere Behandlungen (Dennis & Scott, 2007). Die Daten des Monitoringsystems act-info zeigen in der Tat, dass ein Grossteil der Klienten und Klientinnen, die eine suchtspezifische Behandlung beginnen, bereits über Erfahrungen mit vorangegangenen Hilfsangeboten verfügen (z.B. Maffli et al., 2010). So können in verschiedenen Lebensphasen unterschiedliche Angebote der Suchthilfe in Anspruch genommen werden. Folgebehandlungen können zudem auf erfolgte Therapiefortschritte in vorangegangenen Behandlungen aufbauen.

Personen mit einem Suchtproblem steht in der Schweiz eine breite Palette von individualisierten Unterstützungsangeboten zur Verfügung: von niederschweligen anonymen Betreuungsangeboten über ambulante Beratung bzw. Therapie und Substitutionsprogramme bis hin zu Kurz-, Mittel- und Langzeittherapien in stationären Suchthilfeeinrichtungen und Spezialabteilungen für Patienten und Patientinnen mit Dualdiagnosen (siehe [www.suchtindex.ch](http://www.suchtindex.ch)). Das diversifizierte Angebot ermöglicht es, eine auf die Bedarfssituation der Klienten und Klientinnen zugeschnittene Hilfestellung auszusuchen. Die Vielfalt der Ansätze erhöht auch die Chance, dass Angebote von den betroffenen Personen überhaupt in Anspruch genommen werden.

Personen, die eine Suchtproblematik entwickeln, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, zum ersten Mal professionelle Hilfe zu beanspruchen, wenn sie aufgrund ihres Verhaltens ernsthafte negative Konsequenzen zu befürchten oder erfahren haben (Gache, 2003). Es ist z.B. der Fall, wenn sie von Angehörigen oder dem Arbeitsgeber zu einer Behandlung gedrängt oder durch Behörden dazu gezwungen werden. Es kann aber angenommen werden, dass mit zunehmender Problemlast die meisten betroffenen Personen das Suchthilfesystem auch ohne Druck von aussen beanspruchen werden (Tooley & Moyers, 2012).

### 2. Erstbehandlung als Indikator für gegenwärtige Konsumtendenzen

Auch wenn die Erstbehandlungen insgesamt eine Minderheit der Eintritte in das Behandlungssystem darstellen (z.B. Maffli et al., 2010), bilden sie einen im Vergleich zu anderen Informationsquellen (z.B. epidemiologische Untersuchungen oder Verkaufszahlen) wichtigen und ergänzenden Indikator zu aktuellen Tendenzen hinsichtlich des problematischen Konsums von psychoaktiven Substanzen in der Allgemeinbevölkerung.

Im Vergleich zu Wiedereintritten liegt der Erstkontakt mit einer Suchthilfeeinrichtung zeitlich am nächsten beim Einstieg in die Suchtproblematik. Insbesondere kann aufgrund der Daten von Erstbehandelten z.B. dem Aufkommen neuer Substanzen und dem Risikoverhalten in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Bei einer Erstbehandlung werden auch zum ersten Mal Informationen zur Suchtgeschichte der betreffenden Personen

erhoben. Auch liefern Daten zu Erstbehandelten wichtige Erkenntnisse zum Profil von Personen, die aufgrund der hinreichend belastenden Auswirkungen ihres Substanzkonsums die Schwelle zur ersten Inanspruchnahme von Hilfe erreichen. Entsprechende Daten stellen somit eine wertvolle Informationsquelle zur Population derjenigen Personen mit anfänglichen, jedoch bereits bedeutsamen Suchtproblemen dar. Besonders relevant sind diese Informationen für die Erarbeitung von gezielten präventiven Massnahmen und Interventionen, da sie über andere Kanäle wie z.B. Bevölkerungsbefragungen kaum zu gewinnen sind (Goddard, 2002).

In der Datenbank des Monitoringssystems *act-info* (siehe Kasten) kann die Gruppe der Klienten und Klientinnen identifiziert werden, die erstmals eine Suchtberatung oder –behandlung in Anspruch nehmen. Die vorliegende Brennpunktausgabe widmet sich dieser Gruppe der Klienten und Klientinnen in Erstberatung bzw. –behandlung.

Das nationale Monitoringsystem *act-info* umfasst fünf Behandlungssektoren, die in Teilstatistiken zusammengefasst sind: ambulante psychosoziale Suchthilfe (SAMBAD), stationäre Behandlung von Alkoholabhängigkeit (*act-info-Residalc*), stationäre Therapie von Drogenabhängigkeit (*act-info-FOS*), heroingestützte Behandlung (HeGeBe) und Nationale Methadonstatistik. Das modulare Klientenmonitoringsystem mit gemeinsamen Kernfragen erfasst Charakteristika und Lebenssituation von Klientinnen und Klienten bei Ein- und Austritt. Die Teilnahme am Monitoringsystem *act-info* geschieht in der Regel auf freiwilliger Basis seitens der behandelnden Einrichtungen. Auf gesamtschweizerischer Ebene liegen entsprechende Daten seit 2004 vor.

### 3. Herausforderung wechselnde Teilnahmebereitschaft der Suchthilfeeinrichtungen

In einer (nahezu) Vollerhebung kann bereits eine einfache Zählstatistik der in Suchtbehandlung aufgenommenen Personen ein direktes Mass für die Behandlungsnachfrage generell und für die Nachfrage an Erstbehandlungen im Besonderen darstellen. Kann über ein Monitoringsystem die Nachfrage an Erstbehandlungen für Substanzprobleme annähernd vollständig nachgebildet werden, so kann diese als robuster Indikator für die Inzidenz der jeweiligen substanzgebundenen Störungen dienen und so eine zuverlässige Basis für die Überwachung der Veränderungen substanzbezogener Probleme in der Allgemeinbevölkerung darstellen.

In Monitoringsystemen, die sich auf eine unvollständige oder wechselnde Teilnahmebereitschaft von Suchthilfeeinrichtungen beziehen müssen, gestaltet sich die Bestimmung von zuverlässigen Indikatoren um einiges schwieriger. Dies ist in der Schweiz mit ihrer ausgeprägten föderalistischen Struktur der Fall: Die Teilnahme am *act-info*-Monitoring ist für Suchthilfeeinrichtungen – mit Ausnahme des Sektors heroingestützte Behandlung – bisher nicht obligatorisch und hängt vom Interesse und der Ressourcenlage der Einrichtungen bzw. von den Auflagen der Trägerschaften ab. Um Schwankungen in der Datenlage, die mit der Teilnahmebereitschaft der Suchthilfeeinrichtungen zu tun haben, annähernd zu kontrollieren, werden für die vorliegende Auswertung der Erstbehandlungen lediglich Daten derjenigen Einrichtungen berücksichtigt, die sich während der Beobachtungsperiode 2005-2009 durchgehend an der *act-info*-Statistik beteiligt und konstant Daten mit geringen Anteilen an fehlenden Angaben geliefert haben. Mit dieser Auswahl kann gewährleistet werden, dass beobachtete Änderungen im Verlauf der Jahre, nicht auf Veränderungen in der Anzahl bzw. in den Typen der teilnehmenden Stellen zurückzuführen sind.

### 4. Fragestellungen zur Erstbehandlung von Suchtproblemen

Eines der wichtigsten Anliegen eines Monitoringsystems wie *act-info* besteht darin, Erkenntnisse über die Entwicklung von substanzgebundenen Problemen, Konsummustern, sekundären Risiken (z.B. Spritzentausch) und Folgeproblemen in der Allgemeinbevölkerung zu gewinnen. Hauptsächlich interessieren zudem die soziodemografischen Merkmale der Hilfesuchenden sowie deren Ressourcenlage und Mehrfachbelastung. Um die entsprechenden Trends möglichst getreu der

aktuellen Entwicklungen einschätzen zu können, werden mögliche Veränderungen betreffend demografische Basismerkmale und Konsumverhalten anhand der Population der Erstbehandelten nachgezeichnet.

## 5. Datenbasis und Anteil Erstbehandlungen

Als Datenbasis dienen die durch die act-*info*-Behandlungssektoren zwischen 2005 und 2009 erfassten Daten, wobei die Angaben der Nationalen Methadonstatistik, welche sich lediglich auf Basisinformationen zuhanden der kantonalen Genehmigungsbehörden beziehen, für die spezifische Auswertung zur Erstbehandlung nicht verwendet werden können.

Um die Schwankungen in der Teilnahmebereitschaft der behandelnden Institutionen in Bezug auf die Trendaussagen zu kontrollieren, wurden nur jene Einrichtungen berücksichtigt, welche seit 2005 durchgehend Daten geliefert haben und bei denen der Anteil an fehlenden Daten hinsichtlich den Variablen ‚Hauptproblem bei Eintritt‘ und ‚Behandlungsstatus‘ (für Erst- vs wiederholte Suchtbehandlung) in keinem der Kalenderjahre 20% überstieg<sup>1</sup>. Dieses Kriterium stellt ein annehmbarer Kompromiss zwischen der notwendigen Datenmenge und Datenqualität dar. Für die Auswertung wurden lediglich Datensätze mit gültiger Angabe zum Behandlungsstatus ausgewählt (96.8% der verbliebenen Fälle). Bei diesen Kriterien konnte rund die Hälfte der dokumentierten Datensätze für die vorliegende Analyse berücksichtigt werden (49.2%).

*Tabelle 1* gibt die Anzahl der berücksichtigten Fälle sowie die Anteile der Ersteintritte zur Gesamtanzahl der Eintritte pro Jahr nach Teilstatistik wieder. Wie erwartet, fällt der jährliche Anteil an Ersteintritten im ambulanten Behandlungsbereich mit einem Verhältnis von etwa 4 zu 10 am höchsten aus. Mit nur 6% erweist sich der entsprechende Anteil in der stationären Drogentherapie als deutlich tiefer. In der stationären Alkoholbehandlung zeichnet sich eine leicht steigende Tendenz ab, wobei der Anteil an Erstbehandelten in den letzten drei Berichtsjahren etwa 12% erreicht. Erstbehandlungen sind wie erwartet äusserst selten im Bereich der Heroin gestützten Behandlung, da diese im Prinzip erst nach einer Mindestanzahl abgebrochener bzw. erfolgloser Therapieversuche begonnen wird. Insgesamt werden durch diese Ergebnisse die klassischen Stellungen der ambulanten und stationären Angebote im therapeutischen Behandlungsnetz wiedergespiegelt, wobei letztere häufig erst dann ansetzen, wenn andere Formen der Intervention ohne nachhaltigen Erfolg bleiben.

*Tabelle 1: Anzahl der Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung und Anzahl registrierter Eintritte sowie Anteil Ersteintritte nach Behandlungssektor und Berichtsjahr (2005-2009)*

Behandlungssektor	Einrichtungen <i>n</i>	2005		2006		2007		2008		2009	
		alle Eintritte*	Ersteintritte	alle Eintritte*	Ersteintritte	alle Eintritte*	Ersteintritte	alle Eintritte*	Ersteintritte	alle Eintritte*	Ersteintritte
		<i>n</i>	<i>n</i> (%)	<i>n</i>	<i>n</i> (%)	<i>n</i>	<i>n</i> (%)	<i>n</i>	<i>n</i> (%)	<i>n</i>	<i>n</i> (%)
ambulante psychosoziale Suchthilfe	28	1787	739 (41.4%)	1719	689 (40.1%)	1795	754 (42.0%)	1808	761 (42.1%)	1795	754 (42.0%)
stationäre Drogentherapie	44	596	37 (6.2%)	587	31 (5.3%)	608	39 (6.4%)	609	40 (6.6%)	572	34 (5.9%)
stationäre Alkoholbehandlung	14	1181	105 (8.9%)	1167	95 (8.1%)	1217	142 (11.7%)	1295	158 (12.2%)	1277	149 (11.7%)
Heroin gestützte Behandlung	23	121	0 (0.0%)	106	1 (0.9%)	92	1 (1.1%)	107	4 (3.7%)	119	0 (0.0%)
Total	109	3685	881	3579	816	3712	936	3819	963	3763	937

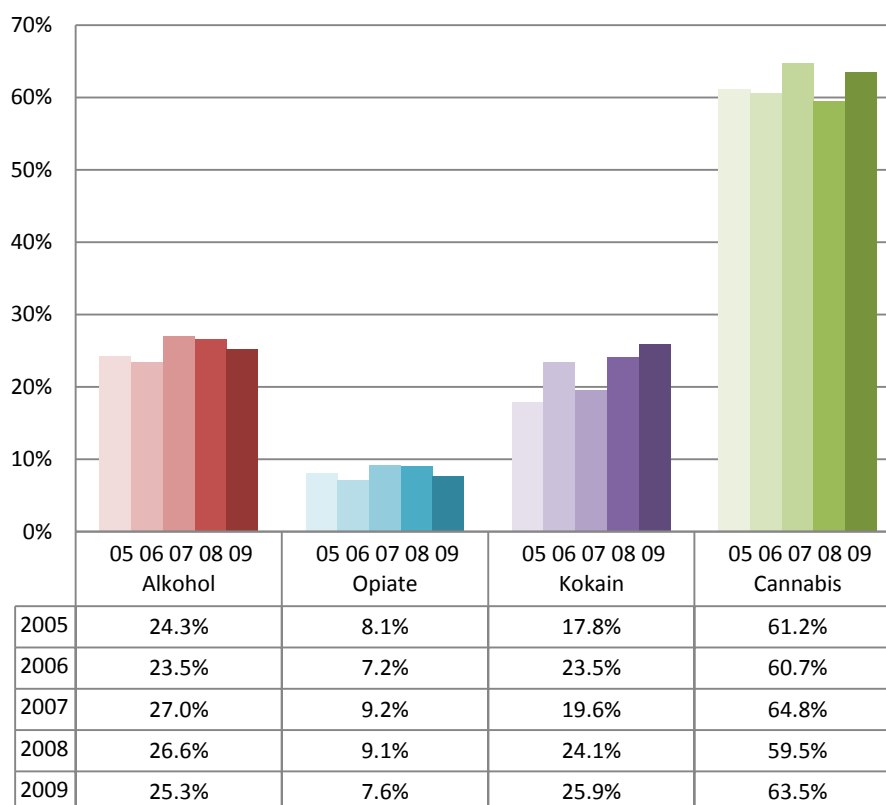
\*alle Eintritte mit bekanntem Behandlungsstatus

<sup>1</sup> Die zugrundeliegende Datenbank musste über die einzelnen Teilstatistiken neu zusammengestellt werden, da sich aus Datenschutzgründen die für die Einschlusskriterien benötigten Informationen nur auf der Ebene der Teilstatistiken befinden. Die resultierende Datenbank enthielt wiederum keine sensiblen Informationen mehr.

Auch wenn Klienten und Klientinnen mit Suchtproblemen – insbesondere Personen mit Heroin- oder Kokainproblemen – oft mehrere unterschiedliche psychoaktive Substanzen in abwechselnder Häufigkeit und Kombination konsumieren, teilweise je nachdem, was auf dem Markt erhältlich ist, kann bei fast allen Klienten und Klientinnen in Suchtbehandlung eine Hauptproblemsubstanz identifiziert werden. Der Einfachheit halber beschränkt sich die Auswertung auf die vier Hauptproblemsubstanzgruppen Alkohol, Opiate (in 90-95% der Fälle Heroin), Kokain und Derivate (in mindestens 95% der Fälle Kokain) und Cannabis, welche zusammen mehr als 90% der registrierten Fälle ausmachen (z.B. Maffli et al., 2010)<sup>2</sup>.

Wird der Anteil an Erstbehandelten nun unabhängig vom Behandlungssektor nach Hauptproblem betrachtet, so zeigt sich folgendes Bild (*Graphik 1*): Der Anteil Erstbehandlungen bei Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem Alkohol kann als relativ stabil bezeichnet werden – er schwankt lediglich zwischen 23% (2006) und 27% (2007). Bei der Hauptproblemsubstanzgruppe Opiate fällt der Anteil Erstbehandlungen im Vergleich zu den anderen Hauptproblemsubstanzen am niedrigsten aus und bewegt sich zwischen 7% (2006) und 9% (2007-2008) auf relativ stabilem Niveau. Der Anteil Klienten und Klientinnen, die hauptsächlich wegen eines Kokainproblems erstmals eine Behandlung oder Beratung aufsuchen, nimmt von 18% (2005) auf 26% (2009) zu. Den höchsten Anteil Erstbehandlungen weisen Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem Cannabis auf. Er schwankt zwischen 60% (2008) und 65% (2007), ohne dass sich eine klare Tendenz über die Beobachtungsjahre erkennen lässt.

*Graphik 1: Anteile der Ersteintritte nach Hauptproblem und Berichtsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)*



Anmerkungen: Opiate=Heroin, Methadon und andere Opiate (z.B. Morphin oder Codein) sowie Cocktails (Heroin und Kokain). Kokain=Kokain, Crack, Freebase

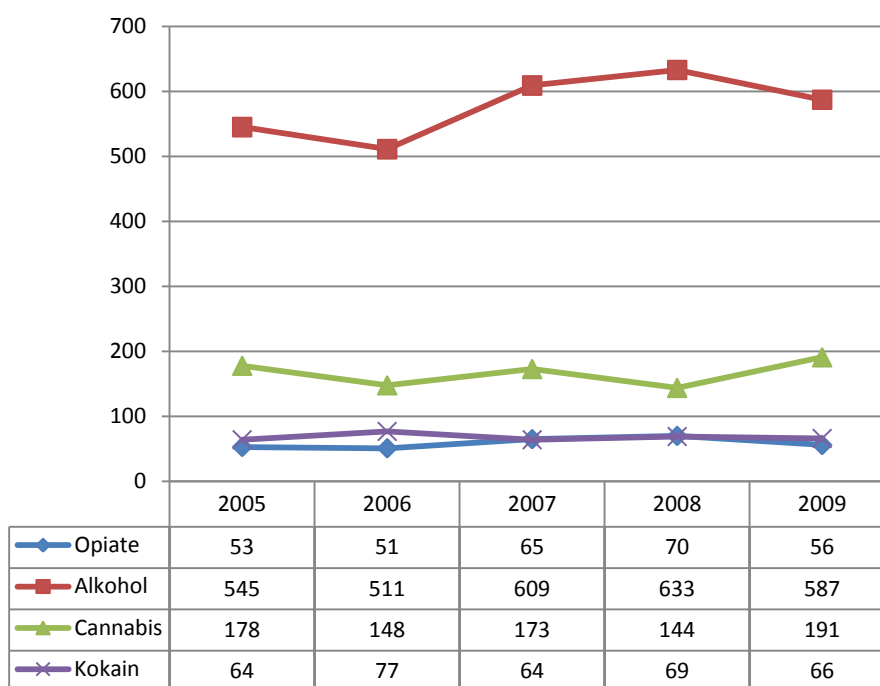
<sup>2</sup> Gültige Angaben zur Hauptproblemsubstanz lagen in 99.5% der Fälle vor, zum Behandlungsstatus in 86%.

## 6. Trends der Hauptproblemsubstanzen bei den Erstbehandlungen

Die Anzahl registrierter Eintritte in eine Erstbehandlung bei Einrichtungen, die zwischen 2005 und 2009 konstant am Monitoring teilgenommen haben, kann als weicher Indikator für die Entwicklung der Inzidenz der jeweiligen Suchtprobleme in der Allgemeinbevölkerung betrachtet werden. Als Inzidenz wird in der Epidemiologie der Anteil von neu auftretenden Fällen in einer bestimmten Bevölkerung innerhalb einer gegebenen Zeitspanne für eine bestimmte Störung bezeichnet (z.B. Bonita et al., 2006). Die Entwicklung der Inzidenz liefert eine akkurate Messung für die Tendenz der Verbreitung einer Störung und zur Geschwindigkeit dieser Verbreitung.

In *Grafik 2* werden die jährlich registrierten Eintritte in der Einrichtungsgruppe mit konstanter Datenlieferung nach Hauptproblemsubstanzgruppe dargestellt.

*Graphik 2: Anzahl der Ersteintritte nach Hauptproblem und Berichtsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)*



Anmerkungen: Opiate=Heroin, Methadon und andere Opiate (z.B. Morphin oder Codein) sowie Cocktails (Heroin und Kokain). Kokain=Kokain, Crack, Freebase

Zwischen 2006 und 2008 kann ein Anstieg von Erstbehandlungen bei alkoholbezogenen Problemen beobachtet werden, der im letzten Beobachtungsjahr 2009 wieder leicht abfällt. Die Anzahl Erstbehandlungen im Zusammenhang mit den Hauptproblemsubstanzgruppen Opiate bzw. Kokain (und Derivate) bewegt sich auf einem niedrigen Niveau und zeigt kaum Veränderungen über die Zeit. Die Erstbehandlungen von Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem Cannabis zeigen leichte Schwankungen, welche einen erneuten Anstieg im letzten Beobachtungsjahr 2009 verzeichnen.

Aufgrund der geringen Fallzahlen in den Problembereichen Opiate und Kokain (und Derivate) beschränken sich die weiteren Analysen auf die Erstbehandelten mit den Hauptproblemsubstanzen Alkohol und Cannabis.

## 7. Merkmale der Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem Alkohol in Erstbehandlung: Zunahme der Nachfrage bei Personen unter 25 Jahren

Die demografischen Basismerkmale der Klienten und Klientinnen, die sich hauptsächlich aufgrund eines Alkoholproblems in Erstbehandlung begeben, bleiben über die Beobachtungsperiode 2005-2009 weitgehend ähnlich (*Tabelle 2*): Der Anteil Frauen bleibt mit rund einem Viertel stabil. Das Durchschnittsalter bei Eintritt beträgt während der Beobachtungsperiode 43-44 Jahre. Werden die verschiedenen Altersklassen näher betrachtet, so können jedoch Änderungen innerhalb der Gruppe der jungen Klienten und Klientinnen beobachtet werden.

*Tabelle 2: Merkmale der Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem Alkohol in Erstbehandlung, nach Berichtsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)*

		2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009
Geschlecht	Männer	75.6%	75.5%	75.2%	75.0%	74.6%	75.2%
	Frauen	24.4%	24.5%	24.8%	25.0%	25.4%	24.8%
	<i>gültige N</i>	545	511	609	633	587	2'885
Alter bei Eintritt	<15	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.1%
	15-19	2.0%	2.6%	3.1%	3.5%	4.3%	3.1%
	20-24	4.8%	6.1%	5.6%	8.6%	7.2%	6.5%
	25-29	8.1%	6.1%	8.2%	7.2%	7.3%	7.4%
	30-34	7.8%	8.5%	10.2%	8.1%	11.1%	9.2%
	35-39	12.4%	9.6%	13.0%	10.4%	10.6%	11.2%
	40-44	16.1%	14.6%	12.9%	15.3%	11.4%	14.0%
	45-49	14.4%	15.0%	13.5%	12.6%	12.3%	13.5%
	50-54	13.0%	13.2%	12.2%	10.7%	12.8%	12.3%
	55-59	10.6%	8.5%	8.7%	9.2%	9.7%	9.3%
	>59	10.7%	15.9%	12.4%	14.3%	13.3%	13.3%
	Mittelwert	43.7	44.4	42.8	43.0	42.8	43.3
	Median	43.6	44.6	43.1	42.6	43.1	43.5
<i>gültige N</i>	540	508	607	628	586	2'869	
Alter bei erstem problematischem Alkoholkonsum <sup>a</sup>	Mittelwert	34.3	32.8	33.2	32.7	33.1	33.2
	Median	34.0	33.0	31.0	30.0	31.0	31.0
	<i>gültige N</i>	231	214	261	303	294	1'303
Konsumhäufigkeit vor Eintritt <sup>b</sup>	nie	3.6%	4.5%	4.1%	4.8%	4.6%	4.4%
	1 Tag pro Woche oder weniger	6.6%	10.7%	9.0%	7.3%	7.7%	8.3%
	2-6 Tage pro Woche	40.6%	34.1%	35.4%	38.4%	38.3%	37.3%
	täglich	49.2%	50.7%	51.5%	49.5%	49.4%	50.1%
	<i>gültige N</i>	362	422	534	547	522	2'387

Anmerkungen:

<sup>a</sup> Laut des *act-info* Manuals ist der Konsum als auffällig zu betrachten, wenn er von andern Leuten kritisiert wird, wenn er Schuldgefühle verursacht, wenn Versuche unternommen werden, ihn zu reduzieren usw.

<sup>b</sup> In den letzten 6 Monaten

Während wegen eines Alkoholproblems erstbehandelte Klienten und Klientinnen unter 15 Jahren nur vereinzelt vorkommen, steigt der Anteil der 15- bis 19-jährigen Klienten und Klientinnen in Erstbehandlung von 2.0% im Jahr 2005 auf 4.3% im Jahr 2009 an. Bei den 20- bis 24-Jährigen wird eine Tendenz zur Zunahme von Erstbehandlungen festgestellt, welche sich allerdings zwischen 2008 und 2009 nicht fortsetzt. Insgesamt beträgt der Anteil der unter 25-jährigen Erstbehandelten, die im Jahr 2009 wegen eines primären Alkoholproblems Hilfe suchen, 11.5%, während der entsprechende Anteil im Jahre 2005 nur 6.8% beträgt. Hingegen kann bei den älteren Altersklassen keine klare Tendenz im Verlauf der Beobachtungszeit festgestellt werden. Nach wie vor sind mindestens 60% der Erstbehandelten wegen primären Alkoholproblemen 40 Jahre oder älter. Das Durchschnittsalter bei erstmaliger alkoholbezogener Problemwahrnehmung beträgt über die Beobachtungsperiode gesehen 33 Jahre (Mittelwert) bzw. 31 Jahre (Median) und variiert wenig (etwas höher im ersten Beobachtungsjahr). Auch die Konsumhäufigkeit in den sechs Monaten vor Behandlungsbeginn variiert während der Beobachtungsperiode kaum bzw. in keiner erkennbaren Richtung: Durchschnittlich die Hälfte der Klienten und Klientinnen konsumierten vor Behandlungsbeginn täglich Alkohol, 37% an zwei bis sechs Tagen pro Woche und 8% einmal pro Woche oder seltener.

## **8. Merkmale der Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem Cannabis in Erstbehandlung: nach wie vor hauptsächlich junge Männer**

Die Ergebnisse zu den Merkmalen der Erstbehandelten mit Hauptproblem Cannabis werden in *Tabelle 3* dargestellt. Der Frauenanteil in dieser Gruppe beträgt durchschnittlich lediglich 15% (mit gewissen Schwankungen zwischen den Jahren, jedoch ohne erkennbare Tendenz). Hinsichtlich des Alters bei Behandlungsbeginn fallen im letzten Beobachtungsjahr (2009) die höher werdenden Anteile an Erstbehandelten zwischen 25 und 29 sowie zwischen 30 und 34 Jahren. Hingegen sinkt in diesem Jahr der Anteil der 20 bis 24 Jährigen. Die Mehrheit der wegen primär Cannabis-bezogenen Problemen Erstbehandelten bleibt über die Beobachtungsperiode jedoch unter 20 Jahren mit Anteilen zwischen 55% (2007) und 65% (2005). Werden die unter 25-Jährigen insgesamt betrachtet, bewegen sich die Anteile zwischen 72% (2009) und 84% (2005). Das durchschnittliche Alter bei Erstgebrauch der Problemsubstanz bleibt mit rund 15 Jahren etwa gleich über die Beobachtungszeit (Mittelwert, Median) und der Anteil Erstbehandelter mit täglichem Cannabisgebrauch vor Behandlungsbeginn schwankt zwischen 44% (2006, 2009) und 46% (2005) nur wenig.

*Tabelle 3: Merkmale der Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem Cannabis in Erstbehandlung, nach Berichtsjahr (nur Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung)*

		2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009
Geschlecht	Männer	84.3%	86.5%	83.2%	86.8%	85.3%	85.1%
	Frauen	15.7%	13.5%	16.8%	13.2%	14.7%	14.9%
	<i>gültige N</i>	<i>178</i>	<i>148</i>	<i>173</i>	<i>144</i>	<i>191</i>	<i>834</i>
Alter bei Eintritt	<15	1.1%	0.0%	0.0%	1.4%	2.6%	1.1%
	15-19	64.0%	58.5%	55.5%	57.3%	55.0%	58.1%
	20-24	18.5%	21.1%	20.8%	22.4%	14.1%	19.1%
	25-29	5.1%	9.5%	9.8%	9.8%	14.7%	9.9%
	30-34	5.6%	6.1%	5.8%	3.5%	8.4%	6.0%
	35-39	3.4%	4.8%	4.6%	2.8%	1.6%	3.4%
	40-44	1.7%	0.0%	2.3%	1.4%	2.6%	1.7%
	45-49	0.0%	0.0%	1.2%	1.4%	0.5%	0.6%
	50-54	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.2%
	55-59	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	>59	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Mittelwert	20.1	20.5	21.4	20.3	21.1	20.7
	Median	17.8	18.1	18.0	17.9	18.1	18.0
<i>gültige N</i>	<i>178</i>	<i>147</i>	<i>173</i>	<i>143</i>	<i>191</i>	<i>832</i>	
Alter bei erstem Gebrauch	Mittelwert	14.9	14.9	15.3	14.7	14.9	14.9
	Median	15.0	15.0	15.0	14.0	15.0	15.0
	<i>gültige N</i>	<i>113</i>	<i>97</i>	<i>118</i>	<i>123</i>	<i>159</i>	<i>610</i>
Konsumhäufigkeit vor Eintritt <sup>a</sup>	nie	2.4%	9.8%	6.8%	9.1%	6.5%	6.8%
	1 Tag pro Woche oder weniger	15.4%	18.8%	22.7%	21.8%	19.0%	19.5%
	2-6 Tage pro Woche	35.8%	27.7%	25.0%	23.6%	30.7%	28.7%
	täglich	46.3%	43.8%	45.5%	45.5%	43.8%	44.9%
	<i>gültige N</i>	<i>123</i>	<i>112</i>	<i>132</i>	<i>110</i>	<i>153</i>	<i>630</i>

Anmerkung: <sup>a</sup> In den letzten 6 Monaten



## 9. Diskussion

Aufgrund des teilweise wechselnden Abdeckungsgrades des gesamtschweizerischen Monitoringsystems *act-info* basieren die Ergebnisse bezüglich erstmaliger Inanspruchnahme von Suchtbehandlung auf der Subgruppe teilnehmender ambulanter und stationärer Einrichtungen, die während der ganzen Beobachtungsperiode von 2005 bis 2009 konstant Daten zu registrierten Eintritten geliefert haben. Infolge dieser Selektion fließen die Daten von rund drei Vierteln der stationären und von mehr als einem Drittel der ambulanten Einrichtungen, welche während der Beobachtungszeit Daten für das Monitoringsystem *act info* geliefert haben, in die Auswertung ein. Dabei sei jedoch angemerkt, dass die daraus folgende Übergewichtung der stationären Einrichtungen teilweise dadurch als kompensiert angesehen werden kann, dass Erstbehandlungen im stationären Behandlungsbereich relativ selten vorkommen, beispielsweise weil für viele stationäre Drogentherapien eine ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung vorausgesetzt wird. Im Rahmen der Auswertungen konnte keine angemessene Nachgewichtung der Ergebnisse stattfinden, da diese genauere Kenntnisse über die Struktur der fehlenden Einrichtungen voraussetzen würde. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung können die dargestellten Ergebnisse zu den Erstbehandelten innerhalb der Gruppe der Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung als bestmögliche Schätzung für Entwicklungstendenzen in der Behandlungsnachfrage von Personen mit neu auftretenden Suchtproblemen in der Schweiz aufgefasst werden. Diese stellt wiederum einen weichen, jedoch brauchbaren Indikator für die Entwicklung der Inzidenz der jeweiligen Suchtprobleme in der Allgemeinbevölkerung dar.

Im *Alkoholbereich* verweisen die Ergebnisse auf eine Zunahme der Inanspruchnahme von Erstbehandlung oder –beratung zwischen 2005 und 2009, besonders seitens Personen jüngerer Alters (Altersgruppen zwischen 15 und 25 Jahren). Dieser Befund steht im Einklang mit den Ergebnissen der dritten und vierten Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), welche 2002 und 2007 durchgeführt wurden. Hier wurde eine leichte Zunahme der Prävalenz von chronischem, risikoreichem Alkoholkonsum bei jungen Menschen (15-24 Jahre) beobachtet, während der allgemeine Trend eher auf eine Abnahme des Alkoholkonsums hinweist (Delgrande Jordan & Notari, 2011). Diese Zunahme des Bedarfs an Erstbehandlung für alkoholbezogene Probleme bei jungen Menschen stimmt ebenfalls mit der wachsenden Anzahl Hospitalisierungen wegen Alkoholvergiftung bei 10- bis 23-jährigen Menschen überein, die im Zeitraum von 2001 und 2007 in der Schweiz beobachtet werden konnten (Wicki & Gmel, 2009). In diesem Zusammenhang stellt sich jedoch die Frage, ob die Zunahme der erstmaligen Behandlungsnachfrage in den jüngeren Altersklassen sich mehr durch eine reale Zunahme der Inzidenz des Risikokonsums oder möglicherweise mehr durch eine erhöhte Sensibilisierung gegenüber alkoholrauschbezogenen Risiken erklärt (z.B. durch vermehrten Medienmeldungen zum Phänomen des Rauschtrinkens bei jungen Menschen, welche zu einer Herabsetzung der Schwelle für die Beanspruchung von Hilfe führen könnte). Die Ergebnisse der SGB unterstützen eher die Hypothese einer realen Zunahme der Inzidenz des Risikokonsums bei Personen unter 25 Jahren, da die Schwellen anhand Mengenangaben zum konsumierten Alkohol bestimmt werden.

Der Anteil Erstbehandlungen bei den Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem *Opiate* ist im Vergleich zum Hauptproblem Alkohol niedrig und zeigt keinen eindeutigen Trend. Der während der ganzen Beobachtungsperiode gleich bleibende geringe Anteil an Erstbehandlungen im Verhältnis zu wiederholten Behandlungen deutet nach wie vor auf eine schwer zu heilende Suchtform hin. Der Vergleich mit Daten von Bevölkerungsbefragungen ist kaum möglich, da die Angaben zum aktuellen Gebrauch von Heroin in den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 2002 und 2007 keine Aussage zu einem allfälligen Trend erlauben (jeweils unter 10 Fällen in den Stichproben der Befragungen von 2002 und 2007, siehe Notari et al., 2009). In der Tat sind aufgrund der schweren Erreichbarkeit dieser Populationen mittels Telefonbefragungen und des illegalen Status des Konsumverhaltens bekannte Hindernisse für die Gewinnung von aussagekräftigen Informationen zu diesem spezifisch Problembereich im Rahmen von klassischen Bevölkerungsbefragungen (Caetano, 2001).

Laut den Ergebnissen in der Gruppe der Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung bleibt die Nachfrage (d.h. die Anzahl) an Erstbehandlungen für Klienten und Klientinnen, die sich hauptsächlich wegen eines *Kokainproblems* in Behandlung begeben, über die Beobachtungsperiode hinweg relativ stabil. Allerdings kann eine Zunahme des Anteils der kokainbezogenen Erstbehandlungen im Verhältnis zu den wiederholten Behandlungen beobachtet werden, was im Prinzip auf eine Abnahme der kokainbezogenen wiederholten Behandlungen hinweist. Hingegen deuten die Ergebnisse der zwei letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragungen hinsichtlich des aktuellen Kokaingebrauchs eher auf eine Zunahme der Prävalenz hin (Windlin & Notari, 2009).

Die Erstbehandlungen innerhalb der Einrichtungssubgruppe mit konstanter Datenlieferung weisen auf eine Veränderung der Inzidenz des Behandlungsbedarfs für die Hauptproblematik *Cannabis* hin, ohne dass sich ein eindeutiger Trend über den Zeitraum 2005 bis 2009 herauskristallisiert. Eine mögliche Zunahme zeichnet sich jedoch im letzten Beobachtungsjahr ab, welche allerdings noch der Bestätigung aufgrund der Entwicklung in den Folgejahren bedarf. Eine Zunahme stünde eher im Kontrast zu den Befunden der letzten zwei Schweizerischen Gesundheitsbefragungen, bei denen eine Abnahme des aktuellen Cannabisgebrauchs bei unter 25-jährigen Personen beobachtet wurde (Annaheim et al., 2009). Dieselben Tendenzen zeigten sich bei unter 30-jährigen Personen in zwei repräsentativen Untersuchungen zu Cannabisgebrauch, die 2004 und 2007 in der Schweiz durchgeführt wurden: Die 6-Monats-Prävalenz nahm in dieser Zeitspanne von 13.3% auf 11.2% ab (Arbeitsgruppe Cannabismonitoring, 2008).

## 10. Schlussfolgerungen

Die auffälligsten beobachteten Änderungen hinsichtlich der Erstbehandelten betreffen die Zunahme der Behandlungsnachfrage bei primären Alkoholproblemen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Altersklassen zwischen 15 und 24 Jahren). Auch wenn ein Teil dieser Zunahme auf einer höher werdenden Sensibilisierung für die Problematik beruhen kann, weisen die Zahlen anderer Indikatoren auf eine objektive Verschärfung der Alkoholproblematik bei jungen Menschen während der Beobachtungsperiode hin. Da Alkoholexzesse in den jüngeren Altersklassen besonders risikobehaftet sind (Newbury-Birch et al., 2008), scheint eine Ausweitung von gezielten präventiven Massnahmen für diese Population zweckmässig zu sein. Massnahmen zum Zugang und zum Preis der alkoholischen Getränke scheinen hier besonders wirksam zu sein (Babor et al., 2010). Als auffällig erweist sich des Weiteren die Zunahme des Anteils an Erstbehandelten unter den Klienten und Klientinnen mit Kokain (und Derivate) als Hauptproblem, auch wenn die entsprechende absolute Anzahl über den Beobachtungszeitraum eher stabil geblieben ist. Im Hinblick auf die aufgezeigten Tendenzen bei den letzten zwei Schweizerischen Gesundheitsbefragungen und angesichts des allgemein breiten Marktangebots an Kokain in der Schweiz (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2005) besteht die Gefahr eines steigenden Trends in diesem Bereich. Auch hier sind gezielte vorbeugende oder intervenierende Massnahmen zu empfehlen, wie beispielsweise webbasierte Instrumente zur therapeutischen Selbsthilfe bei Problemen mit Kokain, welche den Vorteil haben, verdeckte Gruppen erreichen zu können (Schaub et al., 2011).

Auch wenn die angewandte methodische Korrektur (Auswahl von Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung) einen gewissen Schutz vor potentiell groben Artefakten in den Ergebnissen bieten kann, kann die Sicherheit einer Vollerhebung damit noch nicht erreicht werden. Nach wie vor besteht in der Schweiz der Bedarf, das bestehende Monitoringsystem im Suchtbehandlungsbereich zu einer Vollerhebung auszuweiten, zumindest für eine beschränkte Anzahl relevanter Variablen. Dabei stellen die Angaben zu vorangegangenen Behandlungserfahrungen entscheidende Informationen dar. Valide Monitoringdaten im Bereich der Drogenbehandlung sind umso wichtiger, als brauchbare drogenbezogene Daten über den Weg der Bevölkerungsbefragungen nur in begrenzter Masse zu erhalten sind.

## Literaturhinweise

- Annaheim, B., Wicki, M., Notari, L., & Kuntsche, S. (2009). Cannabisgebrauch und psychische Gesundheit – Eine epidemiologische Untersuchung in der Schweizer Bevölkerung. *Abhängigkeiten*, 2, 53-73.
- Arbeitsgruppe Cannabismonitoring. (2008). *Veränderungen im Cannabiskonsum 2004 bis 2007 - Ergebnisse des Schweizerischen Cannabismonitorings*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. Geneva: World Health Organization.
- Caetano, R. (2001). Non-response in alcohol and drug surveys: A research topic in need of further attention. *Addiction*, 96(11), 1541-1545.
- Delgrande Jordan, M., & Notari, L. (2011). *Consommation d'alcool en Suisse. Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007* (Rapport de recherche No 57). Lausanne: Addiction Info Suisse.
- Dennis, M., & Scott, C. K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1), 45-55.
- Gache, P. (2003). Pourquoi les patients stoppent-ils leur addiction? *Médecine & Hygiène*, 61(2451), 1804-1807.
- Goddard, E. (2002). *The value and feasibility of a national survey of drug use among adults in the United Kingdom*. (National Statistics Methodological Series, Nr. 30). London: Office for National Statistics.
- Maffli, E., Delgrande Jordan, M., Schaaf, S., Schaub, M., Künzi, U., & Eastus, C. (2010). *act-info Jahresbericht 2009. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz - Ergebnisse des Monitoringsystems*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Newbury-Birch, D., Gilvarry, E., McArdle, P., Ramesh, V., Stewart, S., Walker, J., et al. (2008). *The impact of alcohol consumption on young people: A review of reviews*. Newcastle: Newcastle University.
- Notari, L., Delgrande Jordan, M., & Maffli, E. (2009). *Zusammenfassende Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2007, 2002, 1997 und 1992 hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen* (Tabellenbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Schaub, M., Sullivan, R., & Stark, L. (2011). Snow control - An RCT protocol for a web-based self-help therapy to reduce cocaine consumption in problematic cocaine users. *BMC Psychiatry*, 11, 153.
- Tooley, E. M., & Moyers, T. B. (2012). Motivational interviewing in practice. In S. T. Walters & F. Rotgers (Eds.), *Treating substance abuse. Theory and technique* (3rd ed., pp. 28-47). New York: The Guilford Press.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2005). *World drug report 2005. Volume 1: Analysis*. Vienna, Austria: UNODC.
- Wicki, M., & Gmel, G. (2009). *Alkohol-Intoxikationen Jugendlicher und junger Erwachsener. Ein Update der Sekundäranalyse der Daten Schweizer Spitäler bis 2007* (Forschungsbericht). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Windlin, B., & Notari, L. (2009). Gebrauch illegaler Drogen in der Schweiz – Ergebnisse aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93, 1997, 2002 und 2007. *Abhängigkeiten*, 2, 74-88.