

# act-info Jahresbericht 2022

Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz  
Ergebnisse des Monitoringsystems



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra





# Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>2</b>
1.1	Die Ziele von act-info	2
1.2	Entwicklung und Instrumente von act-info	2
1.3	Die act-info Teilstatistiken	4
1.4	Weitere Bereiche der Suchthilfe	5
<b>2</b>	<b>Methodische Aspekte</b>	<b>6</b>
2.1	Abdeckungsgrad des Monitorings act-info	6
2.1.1	Unterteilung medizinisch vs psychosozial	6
2.1.2	Methodische Vorkehrungen	6
2.1.3	Bereichsspezifische Beteiligungen	6
2.2	Fehlende Angaben	7
2.3	Untersuchungseinheit und Datenbasis	8
2.4	Institutionenbefragung zur gesamten Behandlungsnachfrage	9
2.5	Untergruppen (unabhängige Variablen)	11
2.6	Zielvariablen (abhängige Variablen)	11
<b>3</b>	<b>Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2022</b>	<b>12</b>
3.1	Datenbasis: Registrierte Eintritte und Hauptproblem	12
3.2	Geschlechtsverteilung nach Hauptproblem bei Eintritt	13
3.3	Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten bei Eintritt	13
3.4	Initiative zur Erstbehandlung	14
3.5	Durchschnittsalter zu Konsumbeginn nach Hauptproblemsubstanz	14
3.6	Täglicher Konsum vor Eintritt	15
3.7	Weitere Suchtprobleme bei Eintritt	16
3.8	Injektionsverhalten vor Eintritt	20
3.9	Datenbasis: Registrierte Austritte und Hauptproblem	22
<b>4</b>	<b>Entwicklung bis 2022</b>	<b>23</b>
4.1	Entwicklung der registrierten Personen in den verschiedenen Behandlungsbereichen	23
4.2	Entwicklung der relativen Anteile der Hauptproblemsubstanzen im illegalen Drogenbereich (1997-2022)	25
4.3	Entwicklung der gesamten Behandlungsnachfrage nach Hauptproblem (2013-2022)	35
4.4	Entwicklung der Erstbehandlungen nach Hauptproblem (2013-2022)	27
4.5	Geschlechtsverteilung nach Hauptproblem (2006-2022)	28
4.6	Alter bei Eintritt nach Hauptproblem (2006-2022)	29
	<b>Literaturhinweise</b>	<b>32</b>

# 1. Einleitung

*act-info* (Akronym für addiction, care and therapy information) ist ein einheitliches, gesamtschweizerisches Klientenmonitoringsystem für den Bereich der Suchthilfe. Dieses nationale Dokumentationssystem, das den Status einer statistischen Erhebung des Bundes hat, erhebt Informationen über die Klientel der ambulanten und stationären Behandlungs-/Beratungsangebote des schweizerischen Suchthilfesystems.

Der vorliegende Bericht informiert über den Inhalt und die Entwicklung des Gesamtprojektes und präsentiert in grafischer Form die Auswertung der gesamtschweizerischen *act-info*-Daten, welche 2022 erhoben wurden. Im Anschluss werden die Tendenzen der Behandlungsnachfrage über die Zeit dargestellt.

Ein Tabellenband mit detaillierten Auswertungen zum Berichtsjahr 2022 kann unter dem folgenden Link heruntergeladen werden: [www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-tabellenband-zum-jahresbericht-2022/](http://www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-tabellenband-zum-jahresbericht-2022/).

## 1.1 Die Ziele von *act-info*

*act-info* dient dazu, evidenzbasiertes Wissen zu liefern, das Akteure der Suchthilfe und Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung bei ihrer Arbeit unterstützt. Zu den spezifischen Zielen gehören:

- die Verbesserung der Kenntnisse über die Personengruppe, die wegen Suchtproblemen professionelle Unterstützung sucht: soziodemographische Angaben (z.B. Geschlecht, Alter), Angaben zu den Suchtproblemen (z.B. Hauptproblem, Konsumhäufigkeit), zum gesundheitlichen Zustand (z.B. übertragbare Krankheiten wie Hepatitis C) und zu den Grundlagen der Behandlung/Begleitung (z.B. zuweisende Instanzen).
- die frühzeitige Erkennung von Trends hinsichtlich der Charakteristika der behandelten Klientinnen und Klienten, deren Konsum- und Suchtverhalten sowie deren spezifische Probleme und Bedürfnisse.
- die Erweiterung der Kenntnisse über die nationale Entwicklung sowie die Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten.

Mit der Förderung der Monitoringtätigkeit und des Aufbaus eines harmonisierten und umfassenden Informationsnetzwerkes im Suchtbehandlungsbereich möchte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Grundlagen für eine evidenzgeleitete Gestaltung und Optimierung der Suchthilfe und -prävention in der Schweiz bereitstellen.

## 1.2 Entwicklung und Instrumente von *act-info*

*act-info* wurde 2004 ins Leben gerufen und entstand durch die Harmonisierung der Erhebungsinstrumente verschiedener bereichsspezifischer Teilstatistiken der Suchthilfe in der Schweiz (zum Vorgehen, siehe Maffli et al. 2008). Die Erhebungsinstrumente und Monitoringsysteme der Teilbereiche, die unter verschiedenen Bedingungen entwickelt worden waren, wurden dabei in ein kohärentes Gesamtmonitoring integriert. Die gemeinsame Datenbank erlaubt bereichsübergreifende Analysen zu den Merkmalen der Klienten und Klientinnen des Suchthilfesystems als Ganzem.

Das Monitoringsystem *act-info* orientiert sich am Treatment Demand Indicator (TDI), einem europäischen Standardprotokoll, das im Jahr 2000 erstmals im Rahmen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) verabschiedet wurde (EMCDDA 2000) und über die europäischen Grenzen hinaus Beachtung fand (Donmall 2006). Nach einem Revisionsprozess, an dem *act-info* beteiligt war, wurden die revidierten Standards 2013 europaweit eingeführt (EMCDDA 2012) und in diesem Zuge auch von *act-info* übernommen. Die im vorliegenden Bericht dargestellten Ergebnisse des Jahres 2022 beruhen folglich auf diesen internationalen Normen.

Das zugehörige *act-info*-Instrumentarium besteht aus einer Ansammlung von Fragen, die den Klientinnen und Klienten der teilnehmenden Institutionen bei Eintritt und bei Austritt gestellt werden. Die Fragen der Ein- und Austrittserhebungen orientieren sich an folgender Struktur:

## 1. Einleitung

**Kernfragen:** Die Erhebungsinstrumente bestehen aus einem Kernfragenset, das im Prinzip für alle Teilstatistiken von *act-info* verbindlich ist. Die Kernfragen sichern die Kompatibilität sowohl zwischen den verschiedenen Behandlungssektoren als auch mit den internationalen Normen (TDI, siehe oben). Die *act-info*-Eintritts- und Austrittsfragebogen enthalten insgesamt 45 ausführlich dokumentierte **Kernfragen**, welche die unten aufgeführten Bereiche abdecken.

**Bereichsspezifische Fragen** werden nur in einzelnen Behandlungssektoren (manchmal in mehreren) eingesetzt, sollen dort aber verbindlich ausgefüllt werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um Fragen für Personen, die wegen Suchtproblemen von Angehörigen eine Beratungsstelle aufsuchen, und die folglich nur im ambulanten Bereich sinnvoll sind. Auf diese Weise können auch partiell relevante Faktoren für eine bestimmte Zielgruppe flächendeckend erfasst werden.

### Inhalt Eintrittsfragebogen

#### **Behandlungsgrundlagen:**

Eintrittsdatum; eigene Suchtprobleme oder Probleme von Angehörigen; vorangegangene Behandlungen wegen Suchtproblemen; Erfahrung mit Substitutionsbehandlung; Haupteinweisungsinstanz.

#### **Soziodemographische Angaben:**

Geschlecht; Geburtsjahr; Urbanitätsgrad des Wohnortes; Zivilstand; Staatsangehörigkeit; Wohnsituation; Kinder; Haupteinkommensquelle; Haupterwerbsstatus; abgeschlossene Ausbildung(en).

#### **Substanzkonsum, Suchtverhalten:**

Suchtprobleme: Häufigkeit; Hauptproblem: Einnahmeart; Alter beim ersten sowie beim auffälligen Konsum bzw. Auftreten des Verhaltens; multipler Substanzgebrauch; Injektionsverhalten.

#### **Gesundheit:**

HIV-Test; Hepatitis C-Test, Hepatitis B-Test.

### Inhalt Austrittsfragebogen

#### **Behandlungsgrundlagen:**

Austrittsdatum; eigene Suchtprobleme oder Probleme von Angehörigen; Beendigungsgrund.

#### **Soziodemographische Angaben:**

Geschlecht; Geburtsjahr; Wohnsituation.

#### **Substanzkonsum, Suchtverhalten:**

Suchtprobleme bei Austritt.

### 1.3 Die act-info Teilstatistiken

Das nationale Monitoringsystem der Suchthilfe *act-info* umfasst verschiedene Behandlungsbereiche, deren Ursprünge in den 1980er und 1990er Jahren liegen (siehe Krizic et al. 2022). Diese Bereiche führen gemäss der modularen Struktur der Erhebungsinstrumente auch nach den sukzessiven Harmonisierungen weiterhin spezifische Statistiken und geben bereichsbezogene Berichte bzw. Auswertungen heraus. Im Folgenden werden die **fünf Teilstatistiken** kurz beschrieben. Weitere Projektinformationen sowie die bereichsspezifischen Jahresberichte können unter dem Link [www.suchtschweiz.ch/die-forschungsabteilung/forschung-beobachten-und-verstehen/act-info/](http://www.suchtschweiz.ch/die-forschungsabteilung/forschung-beobachten-und-verstehen/act-info/) eingesehen werden.

Der **stationäre Bereich** umfasst die Teilstatistiken **FOS** und **Residalc**. Die Teilstatistik *act-info-FOS* informiert über Klientinnen und Klienten in stationären Suchttherapieeinrichtungen, welche auf drogenbezogene Probleme spezialisiert sind. Die Teilstatistik *act-info-Residalc* hingegen bezieht sich auf stationäre Einrichtungen, welche vorwiegend auf Alkohol- und Medikamentenprobleme spezialisiert sind.

**SAMBAD:** Die Statistik im Bereich der ambulanten Suchthilfe (SAMBAD) umfasst sowohl ambulante Behandlungs- und Beratungsstellen, welche auf Suchtprobleme spezialisiert sind, als auch polyvalente Stellen, welche neben anderen Zielgruppen auch Personen mit einer Suchtproblematik betreuen. In der Regel bieten die Stellen Hilfe für ein breites Spektrum von Suchtproblemen an.

**Nationale Statistik der Substitutionsbehandlungen mit Opioid-Agonisten:** Diese Statistik umfasst alle Behandlungen, die darauf ausgerichtet sind, den Konsum illegaler Opioide durch die ärztliche Verordnung eines legalen Medikamentes mit ähnlicher Wirkung zu ersetzen (Methadon, Buprenorphin, orales retardiertes Morphin u.a.). Eine gesetzliche Grundlage für entsprechende Behandlungen gibt es in der Schweiz seit 1975. Die Überwachung der Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) liegt in der Verantwortung der Kantone. Obwohl sehr ähnlich, ist die ärztliche Verschreibung von Heroin (Diacetylmorphin) auf Bundesebene geregelt und Gegenstand der getrennten HeGeBe-Statistik (s.u.).

**HeGeBe:** Das Monitoring zur substitutionsgestützten Behandlung mit Diacetylmorphin (Abkürzung HeGeBe für heroingestützte Behandlung) informiert über die Klientel der Behandlungsstellen, welche zur Verabreichung von Diacetylmorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin) berechtigt sind. Die Bewilligungen werden vom BAG erteilt. Die HeGeBe-Stellen sind zur Teilnahme am Monitoring, das ab 2005 in *act-info* eingegliedert wurde, per Gesetz verpflichtet.

Seit 2018 wird zusätzlich zu den oben aufgeführten Teilstatistiken eine flächendeckende **Institutionenbefragung** durchgeführt. Diese richtet sich an alle Einrichtungen in der Schweiz, die strukturierte Behandlungen oder Beratungen für Personen mit substanzgebundenen Problemen oder suchtähnlichen Verhaltensweisen anbieten. Das Ziel besteht darin, das Ausmass der Behandlungsnachfrage für Suchtprobleme in der Schweiz einschätzen zu können, die Abdeckung des *act-info* Monitoringsystems (Klientenbefragung) zu beurteilen und zusätzliche Informationen zu den Angeboten zu erhalten (z.B. Spezialisierungen und Aufnahmekapazitäten).

## 1. Einleitung

### 1.4 Weitere Bereiche der Suchthilfe

Neben den Behandlungssektoren, welche die primären und traditionellen Zielbereiche des *act-info*-Monitorings darstellen, bestehen weitere Angebote der Suchthilfe, die im Folgenden kurz aufgeführt werden:

**Private und psychiatrische Kliniken:** Private Kliniken werden nicht einbezogen. Auch psychiatrische Einheiten mit stationären Suchtbehandlungsangeboten werden ausgelassen, da diese bereits an der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser teilnehmen (Bundesamt für Statistik). Basisdaten zu diesem Bereich werden jedoch über die Institutionenbefragung erfasst.

**Entzugsbehandlung:** Umfasst ambulante und stationäre Angebote für die somatische Entzugsbehandlung, spezialisierte Entzugsstationen, Entzug im Rahmen eines Spitals bzw. einer psychiatrischen Klinik. In der Regel ist der körperliche Entzug eine Vorstufe für eine weitergehende Behandlung, welche dann in den direkten Zielbereich von *act-info* fällt.

**Niederschwellige Angebote** zur Schadensminderung: In diese Kategorie fallen verschiedene Angebote wie Gassenarbeit (aufsuchende Sozialarbeit), Notschlafstellen, Injektionsräume, Spritzenabgabe- bzw. Spritzen-tauschprogramme oder Tagesstrukturangebote, die für die sozialen oder gesundheitserhaltenden Massnahmen voraussetzen. Eine systematische Erfassung der Klienten und Klientinnen in diesem Bereich, wie sie *act-info* vorsieht, wäre aufgrund des freien und oft anonymen Zugangs kaum realisierbar.

**Online-Beratungsangebote** bieten die Möglichkeit auf einfache und i.d.R. anonyme Weise über das Internet Hilfe in Anspruch zu nehmen, z.B. in Form von Online-Chats mit qualifizierten Fachpersonen. Als schweizweites Referenzangebot in diesem Bereich ist die Online-Plattform *SafeZone.ch* zu nennen, in deren Rahmen im Jahr 2022 u.a. 2130 Online-Beratungen (mit 5400 Beratungskontakten) durchgeführt wurden (Infodrog 2023). Ähnlich den vorgenannten niederschwelligen Angeboten ist eine mit *act-info* kompatible Erfassung dieser Klientel aufgrund des freien und anonymen Zugangs kaum zu gewährleisten.

**Wohnheime:** Umfasst Werk-, Wohn- und Pflegeangebote für Menschen mit einer Drogen- oder Alkoholproblematik, teilweise in der Funktion einer Nachsorge oder eines Überganges, teilweise in der Funktion eines Zuhauses für nicht resozialisierbare Personen.

**Aussenwohngruppen:** Umfasst sehr heterogene Angebote zur stationären Nachsorge im Anschluss an eine Therapie. Diese Angebote enthalten in der Regel keine suchtspezifische therapeutische Begleitung mehr und gehören daher nicht zum direkten Zielbereich vom *act-info*-Monitoring.

**Suchtbehandlung in Gefängnissen:** Nur Substitutionsangebote und heroingestützte Behandlungen in Gefängnissen werden über die entsprechenden Teilstatistiken Substitution und HeGeBe erfasst.

## 2. Methodische Aspekte

Um die dargestellten Resultate richtig einordnen zu können und um Fehlinterpretationen zu vermeiden, werden vor den folgenden Ergebniskapiteln einige zentrale methodische Aspekte angesprochen. Sie betreffen zunächst den Abdeckungsgrad des Monitorings in den beteiligten Teilstatistiken und das Problem der fehlenden Angaben. Dann werden die gewählten Optionen in Bezug auf die Untersuchungseinheit und die Durchführung der Institutionenbefragung beschrieben. In diesem Zusammenhang werden auch die Resultate der Institutionenbefragung bezüglich der Behandlungsnachfrage vorgestellt. Schliesslich werden die berücksichtigten Untergruppen (unabhängige Variablen) und auswertungsbezogene Aspekte behandelt (abhängige Variablen).

### 2.1 Abdeckungsgrad des Monitorings *act-info*

Das *act-info*-Monitoringsystem ist von Anfang an als Vollerhebung konzipiert worden. Die Teilnahme für die Einrichtungen ist jedoch weitgehend fakultativ und daher mit Unsicherheit verbunden. Mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes am 1. Juli 2011 und mit der Aufnahme der „Statistik der Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz (*act-info*)“ in die Liste der statistischen Erhebungen des Bundes (Statistikerhebungsverordnung Nr. 188 seit Januar 2014), wurde zwar eine rechtliche Grundlage für eine verpflichtende Datenerhebung in gewissen Bereichen geschaffen, die Teilnahme am Monitoring *act-info* bleibt jedoch in breiten Bereichen nach wie vor freiwillig. Im Bereich der heroingestützten Behandlungen besteht prinzipiell eine strenge obligatorische Teilnahme, welche mit der Bewilligung durch das BAG einhergeht. Auch im Bereich der Substitutionsbehandlung besteht eine Bewilligungspflicht auf kantonaler Ebene, die für die Sammlung von Basisdaten für die Nationale Statistik der Substitutionsbehandlungen mit Opioid-Agonisten genutzt wird. Weiter existieren in einigen Kantonen Auflagen, welche die Einrichtungen zur Beteiligung an einem standardisierten Dokumentationssystem verpflichten.

#### 2.1.1 Unterteilung medizinisch vs. psychosozial

Die Ergebnisse zur Beteiligung werden ab 2018 nicht mehr auf der Ebene der Einrichtungen, sondern direkt auf individueller Ebene (Anzahl der eingetretenen Personen) geschätzt. Dies wurde durch die Einführung der allgemeinen Institutionenbefragung möglich, bei der die Anzahl der jährlichen Eintritte möglichst vollständig erhoben wird (Beschreibung siehe 2.4). Dabei muss

berücksichtigt werden, dass nicht nur die traditionellen, meist psychosozial orientierten Zieleinrichtungen des Monitorings einbezogen wurden, sondern auch die medizinisch geleiteten Einrichtungen bzw. Einheiten, welche oft bereits andere Statistiken durchführen (z.B. Medizinische Statistik der Krankenhäuser). Für die Darstellung der Ergebnisse zur Beteiligung wurde daher eine Unterscheidung zwischen den medizinisch und den psychosozial geführten Einrichtungen vorgenommen. Diese Unterteilung ist insofern notwendig, da die Zieleinrichtungen des Monitorings *act-info* vornehmlich im psychosozialen Bereich liegen und die Berechnung der Beteiligung sich bis zum Berichtsjahr 2017 an diesem Angebotsbereich orientierte. Da die Substitutionsbehandlungen für das Monitoring über die kantonalen Behörden erfasst werden, sind sie hier extra gezählt.

#### 2.1.2 Methodische Vorkehrungen

Bei den Jahresauswertungen zum *act-info* Monitoring handelt es sich grundsätzlich um eine Personenstatistik (Mehrfachbehandlungen oder parallele Episoden nur einmal gezählt). Die aggregierten Zahlen aus der Institutionenbefragung wurden daher mit dem Faktor *adjusted*, der sich aus der Identifizierung der Mehrfachbehandlungen beim Monitoring ergibt.

#### 2.1.3 Bereichsspezifische Beteiligungen

In Tabelle I wird eine Gegenüberstellung der geschätzten Anzahl aller im Berichtsjahr vom Suchthilfesystem aufgenommenen Personen und der Anzahl der Personen, die vom Monitoring mit Individualdaten registriert wurden, vorgenommen. Die sich ergebenden Abdeckungen für die betreffenden Bereiche werden jeweils angegeben.

Wie in den vorangegangenen Jahren fällt die Beteiligung am Monitoring 2022 in den verschiedenen Behandlungssektoren unterschiedlich aus. Der Sektor heroingestützte Behandlung (HeGeBe) erreicht aufgrund der Teilnahmepflicht für die behandelnden Stellen einen Abdeckungsgrad von 100%.

Im Substitutionsbereich wurden für das Berichtsjahr von allen Kantonen Individualdaten erhalten und konnten in die gemeinsame Datenbank aufgenommen werden (Abdeckung 100%). Bei manchen Kantonen konnten allerdings nur grundlegende Daten geliefert werden, sodass teilweise themenbezogene Ausfälle in den Daten vorliegen. Die Abdeckung im stationären Behandlungssektor fiel höher als im ambulanten Bereich aus. Für den traditionellen Zielbereich von *act-info* (psychosoziale Ansätze) erreicht sie etwa 59% im stationären Behand-



## 2. Methodische Aspekte

lungssektor und 42% im ambulanten Bereich. Eine unvollständige Abdeckung der Erhebungen kann für die Generalisierung der Ergebnisse problematisch sein, insbesondere wenn ungenügend Fälle vorhanden sind und/oder wenn ernsthafte Zweifel an der Repräsentativität der erfassten Fälle aufgrund systematischer Verzerrungen bestehen. Das Vorliegen gravierender Verzerrungen in den hier behandelten Daten kann bezweifelt werden, da die Entscheidung zur Teilnahme vermutlich wenig mit dem Klientenprofil in der jeweiligen Stelle zu tun hat.

### 2.2 Fehlende Angaben

Fehlende Angaben entstehen üblicherweise, wenn Fragen versehentlich übersprungen oder Antworten verweigert werden bzw. nicht bekannt sind. Ein Teil der fehlenden Angaben in den vorliegenden Daten beruht jedoch auf der Verwendung von nur teilweise kompatiblen Fragebogen (vor allem im Substitutionsbereich und im ambulanten Bereich). Da aus diesem Grund der Anteil der fehlenden Angaben bei mehreren Fragestellungen nicht unerheblich ist, scheint es wichtig, auf dieses Problem hinzuweisen.

Bei allen für diesen Bericht durchgeführten Auswertungen zum Monitoring *act-info* werden die fehlenden Angaben für die Ergebnisse ausgeschlossen. Die Anzahl der ausgeschlossenen fehlenden Angaben wird jedoch für alle untersuchten Gruppen und Untergruppen ange-

geben und sollte bei der Interpretation der jeweiligen Auswertungen unbedingt berücksichtigt werden. Mit dem Ausschluss der fehlenden Angaben wird implizit angenommen, dass diese – wenn sie bekannt wären – sich nicht anders als die vorhandenen Angaben verteilen würden. Vor diesem Hintergrund sollten die Ergebnisse mit einem hohen Anteil an fehlenden Angaben besonders vorsichtig interpretiert werden. Die Untergruppe der Personen mit Opioiden als Hauptproblem ist dabei besonders betroffen, da viele Themen im Bereich der Substitutionsbehandlung nicht erhoben werden.

Für das Jahr 2022 beträgt die Anzahl der Personen mit auswertbaren Angaben je nach Frage zwischen 3238 und 8396 und ist somit ausreichend (Basis: Eintrittsdaten, ohne gefilterte Unterfragen). Die Ergebnisse müssen dennoch mit Vorsicht interpretiert werden, da die Daten keine gesicherte Repräsentativität der Zielpopulation gewährleisten. Insbesondere der medizinisch geführte Bereich der Suchthilfe ausserhalb der opioidgestützten Angebote ist von *act-info* nur schwach abgedeckt (siehe Tabelle I).

**Tabelle I**  
Abdeckung des Monitorings *act-info* im psychosozialen und medizinischen Bereich (2022)

	Hochrechnung* eingetretene Klientinnen und Klienten 2022 Institutionenbefragung (N)		Registrierte Klientinnen und Klienten** bei Eintritt (2022) Klientenmonitoring <i>act-info</i> (n)		Teilnahme am Klientenmonitoring (%)	
	psychosozial	medizinisch	psychosozial	medizinisch	psychosozial	medizinisch
HeGeBe	-	(152)	-	152	-	100%
Stationär	962	12'345	569	1143	59.1%	9.3%
Ambulant	11'021	12'962	4573	420	41.5%	3.2%
	registrierte Eintritte** Substitutionsbereich (N)		registrierte Eintritte** mit Individualdaten (n)		Teilnahme Substitutionsbereich (%)	
Substitution	1574		1574		100%	

\*die ermittelte rohe Anzahl der Eintritte wurde mit dem Faktor adjustiert, der sich aus der Identifizierung der Mehrfachbehandlungen beim Klientenmonitoring ergibt (2022: 0.942).

\*\*bei Mehrfachbehandlungen wird nur der erste Eintritt im Jahr berücksichtigt

### 2.3 Untersuchungseinheit und Datenbasis

Für die bereichsübergreifenden Jahresauswertungen wird gemäss den Vorgaben des TDI (EMCDDA 2012) eine personenbezogene Statistik angestrebt. Das heisst, dass im Gegensatz zu den sektorspezifischen Analysen, Personen mit mehreren Behandlungen im Berichtsjahr hier nur einmal gezählt werden. Dies wird über die Einführung eines für alle Behandlungsbereiche geltenden und anonymisierten Unique Identifiers erzielt (siehe Krizic et al. 2022). Mit diesem Schlüssel können prinzipiell parallele oder wiederholte Behandlungsepisoden derselben Person innerhalb des Berichtsjahres identifiziert werden. Für die Analysen, die auf den Eintrittsangaben basieren, wird ggf. der chronologisch erste Eintritt im Jahr als Referenz ausgewählt. Für die Auswertung der Austrittsangaben gilt analog hierzu der erste Austritt im Kalenderjahr als Referenz. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass ein gewisser Anteil an wiederholten oder parallelen Behandlungen nicht identifiziert werden kann. Dies liegt daran, dass die erforderlichen Elemente zur Generierung des Unique Identifiers manchmal fehlen. Weiter können bei der Generierung dieses Personencodes Eingabefehler nicht ausgeschlossen werden.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen wird die Anzahl der pro Teilstatistik registrierten Personen, welche im Berichtsjahr 2022 mindestens einen Eintritt bzw. mindestens einen Austritt aufweisen, in Tabelle II angegeben. Es sei darauf hingewiesen, dass die im ambulanten Bereich erhobenen Angaben zu Hilfesuchenden, die sich wegen Problemen von Angehörigen beraten lassen, hier nicht berücksichtigt werden, da dies einen Spezialfall des ambulanten Sektors darstellt. Entsprechende Auswertungen finden sich im Jahresbericht des SAMBAD-Bereichs (Vorlet & Krizic 2023).

Tabelle II  
Monitoring act-info 2022: Registrierte Klienten und Klientinnen mit eigenen Suchtproblemen bei Eintritt und Austritt pro Teilstatistik

	SAMBAD		Stationär (FOS & Residalc)		Substitution		HeGeBe		act-info (gesamt)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Eintritt</b>										
Männer	3488	69.9	1138	66.5	1218	77.5	113	74.3	5957	70.7
Frauen	1504	30.1	574	33.5	354	22.5	39	25.7	2471	29.3
<b>Total</b>	<b>4992</b>	<b>100.0</b>	<b>1712</b>	<b>100.0</b>	<b>1572</b>	<b>100.0</b>	<b>152</b>	<b>100.0</b>	<b>8428</b>	<b>100.0</b>
fehlende Angaben	1		0		2		0		3	
<b>Austritt</b>										
Männer	3541	70.4	1144	67.4	1313	75.9	56	70.0	6054	70.9
Frauen	1489	29.6	553	32.6	418	24.1	24	30.0	2484	29.1
<b>Total</b>	<b>5030</b>	<b>100.0</b>	<b>1697</b>	<b>100.0</b>	<b>1731</b>	<b>100.0</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>	<b>8538</b>	<b>100.0</b>
fehlende Angaben	1		0		3		0		4	

## 2. Methodische Aspekte

### 2.4 Institutionenbefragung zur gesamten Behandlungsnachfrage

Um die Grössenordnung der Gesamtbeanspruchung der verschiedenen Behandlungsbereiche der Suchthilfe zu schätzen, wurde 2023 wie in den Vorjahren eine Befragung bei allen bestehenden Einrichtungen durchgeführt, die strukturierte Behandlungen oder Beratungen für Personen mit substanzgebundenen Problemen oder suchtähnlichen Verhaltensweisen anbieten. Das Ziel besteht darin, bestmögliche Hochrechnungen für die Gesamtheit der Suchtbehandlung in der Schweiz zu ermöglichen. Nicht nur die globale Anzahl der behandelten Personen, sondern auch eine Aufteilung nach Hauptproblemen steht dabei im Vordergrund. Für diese jährliche Institutionenbefragung wurde die Grundgesamtheit der registrierten ambulanten und stationären Suchthilfeinstitutionen anhand des Online-Verzeichnisses „suchtindex.ch“ abgeglichen. Die identifizierten Institutionen wurden im Falle von geographisch getrennten Angeboten oder bei klar unterscheidbaren Strukturen mit verschiedenen Settings nachträglich in entsprechende Einheiten unterteilt. Nach mehreren Nachfassaktionen erreichte die Beteiligung

der angeschriebenen Einrichtungen rund 95%. Nach eingehender Begutachtung der vorliegenden Datenbank und der über die Befragung erhaltenen Informationen konnten für den finalen Datensatz insgesamt 362 Zieleinheiten identifiziert werden. Wie in den vergangenen Befragungsrunden wurden die nur auf Tabak ausgerichteten Institutionen nicht aufgenommen, da sie sich in ihrer Form von den übrigen Angeboten unterscheiden (z.B. Kurse ohne stark ausgerichtete individuelle Betreuung) und nur ungenügsam abgedeckt werden können.

Fast 30% der 362 identifizierten Zieleinheiten waren stationäre Angebote, während die übrigen als ambulant bezeichnet werden können: Davon hatten 218 Einheiten ein klassisches Angebot, 5 waren ausschliesslich auf Verhalten spezialisiert, 22 waren für heroingestützte Behandlungen zuständig und 9 weitere Einheiten waren Tagesstrukturen. Bei fehlenden Antworten oder Angaben wurden die Lücken mit den bestmöglichen Schätzungen ergänzt, um die Eigenschaften einer Vollerhebung beizubehalten. Dabei wurden, wenn verfügbar, Angaben aus Jahresberichten der betreffenden Einrichtungen, aus der vorjährigen Untersuchung oder aus weiteren Quellen herangezogen. In einigen

Tabelle III

**Institutionenbefragung: Anzahl der Eintritte 2022 nach Hauptproblem, Behandlungssetting und Ausrichtung des Angebots (Vollerhebung mit ergänzenden Schätzungen, Mehrfacheintritte möglich)**

	Ambulante Angebote				Stationäre Angebote			
	medizinisch		psychosozial		medizinisch		psychosozial	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	5415	39.3	6489	55.4	7691	58.7	512	50.1
Cannabis	1444	10.5	1721	14.7	827	6.3	79	7.7
Opioide*	2275	16.5	344	2.9	1373	10.5	113	11.1
Kokain	1421	10.3	1092	9.3	1654	12.6	243	23.8
andere Stimulanzien	339	2.5	164	1.4	263	2.0	30	2.9
Hypnotika/Sedativa	1058	7.7	160	1.4	777	5.9	17	1.7
Halluzinogene	23	0.2	20	0.2	46	0.4	3	0.3
flüchtige Stoffe	1	0.0	4	0.0	6	0.0	0	0.0
Tabak	572	4.2	145	1.2	13	0.1	0	0.0
andere Substanzen	83	0.6	118	1.0	122	0.9	12	1.2
Gambling, Glückspiel	264	1.9	518	4.4	60	0.5	3	0.3
Internet/Medien	282	2.0	366	3.1	64	0.5	4	0.4
Essstörungen	404	2.9	205	1.8	197	1.5	3	0.3
andere Verhaltensweisen	184	1.3	358	3.1	17	0.1	3	0.3
<b>Total</b>	<b>13765</b>	<b>100</b>	<b>11704</b>	<b>100</b>	<b>13110</b>	<b>100</b>	<b>1022</b>	<b>100</b>

\* Substitutionsbehandlungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind von der Institutionenbefragung nicht erfasst.

Fällen mussten die Angaben mit ‚missing imputation‘ Ansätzen geschätzt werden (Verwendung des Durchschnittswertes einer Referenzgruppe mit vergleichbarem Profil). Die Hauptfragen der Befragung zielten einerseits auf die Ermittlung der Anzahl der im Vorjahr (2022) eingetretenen Personen und andererseits auf die Gesamtbeanspruchung des Hilfesystems an einem definierten Stichtag (in einer üblichen Betriebszeit).

Die Ergebnisse von Tagestrukturen und Einrichtungen, die ausschliesslich auf Verhalten ausgerichtet sind, werden hier nicht detailliert dargestellt, da sie bisher von *act-info* ausgeschlossen wurden.

Die Ergebnisse der Institutionenbefragung zur Anzahl der Eintritte im Berichtsjahr und deren Verteilung nach Hauptproblem im ambulanten und im stationären Bereich können der nebenstehenden Tabelle III entnommen werden. Wie im letzten Berichtsjahr sind die Fälle mit opioidgestützter Behandlung (HeGeBe und Substitution) mitgezählt. Hier sei daran erinnert, dass Substitutionsbehandlungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten von der Institutionenbefragung nicht erfasst sind. Zusätzlich wird eine Unterteilung nach der Ausrichtung des An-

gebots bzw. der Finanzierung vorgenommen (medizinisch versus psychosozial).

In der untenstehenden Tabelle IV werden für die gleichen Einrichtungen die ermittelten Zahlen für die Stichtagerhebung aufgeführt (laufende Behandlungen am Stichtag). Werden die verfügbaren Schätzungen für Substitutionsbehandlungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (N=9055), zu den auf Verhalten spezialisierten Angeboten (N=377) und zu den Tagesstrukturen (N=313) dazu genommen, kommt man auf eine Gesamtschätzung von circa 49'000 Personen, die in der Schweiz wegen Suchtproblemen behandelt werden.

**Tabelle IV**

**Institutionenbefragung: Anzahl der Klientinnen und Klienten an einem üblichen Betriebstag\* nach Hauptproblem, Behandlungssetting und Ausrichtung des Angebots (Vollerhebung mit ergänzenden Schätzungen)**

	Ambulante Angebote				Stationäre Angebote			
	medizinisch		psychosozial		medizinisch		psychosozial	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohol	6543	29.3	9076	61.6	706	50.3	356	47.3
Cannabis	1733	7.8	1566	10.6	92	6.6	67	8.9
Opioide**	8029	35.9	815	5.5	156	11.1	89	11.8
Kokain	1732	7.8	1239	8.4	192	13.7	181	24.0
andere Stimulanzen	499	2.2	186	1.3	41	2.9	21	2.8
Hypnotika/Sedativa	1052	4.7	188	1.3	82	5.8	10	1.3
Halluzinogene	48	0.2	13	0.1	10	0.7	1	0.1
flüchtige Stoffe	11	0.0	2	0.0	1	0.1	0	0.0
Tabak	1081	4.8	233	1.6	36	2.6	0	0.0
andere Substanzen	162	0.7	159	1.1	14	1.0	13	1.7
Gambling, Glückspiel	335	1.5	367	2.5	15	1.1	3	0.4
Internet/Medien	245	1.1	304	2.1	13	0.9	7	0.9
Essstörungen	470	2.1	170	1.2	43	3.1	2	0.3
andere Verhaltensweisen	407	1.8	421	2.9	3	0.2	3	0.4
<b>Total</b>	<b>22347</b>	<b>100</b>	<b>14739</b>	<b>100</b>	<b>1404</b>	<b>100</b>	<b>753</b>	<b>100</b>

\* Festgelegter Stichtag: 15. März 2023

\*\* Substitutionsbehandlungen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind von der Institutionenbefragung nicht erfasst

## 2. Methodische Aspekte

### 2.5 Untergruppen (unabhängige Variablen)

Für die Standardauswertungen der Jahresdaten des Klientenmonitorings erschien eine Unterscheidung nach Geschlecht einerseits und nach dem Hauptproblem andererseits als sinnvoll. So werden die Ergebnisse durchgehend nach Geschlecht aufgeteilt dargestellt. Weiter schien es zweckmässig, die Ergebnisse nach Hauptproblemsubstanzgruppen darzustellen, da sich die abhängigen Variablen nur in Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Substanz bzw. Substanzgruppe sinnvoll interpretieren lassen. Auf eine Darstellung der Ergebnisse nach Behandlungsbereich wurde verzichtet, zumal sektorspezifische Auswertungen bereits vorliegen und somit Vergleiche auf dieser Ebene bereits möglich sind. Für die Unterteilung nach Hauptproblemsubstanzen gilt auch bei den Ergebnissen zum Austritt die bei Eintritt erfasste Angabe. Diese Form der Ergebnisdarstellung nach Hauptproblem findet sich auch in anderen Monitoringsystemen wie beispielsweise in Deutschland ([www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de)), in den Niederlanden ([www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers](http://www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers)) oder in den Vereinigten Staaten (<https://www.datafiles.samhsa.gov/dataset/treatment-episode-data-set-admissions-2019-teds-2019-ds0001>).

Bei Fällen von Mehrfachgebrauch wird grundsätzlich immer versucht, die subjektiv schwerwiegendste Problemsubstanz zu identifizieren. Als zusätzliche Information kann jedoch angegeben werden, dass es sich eigentlich um multiplen Substanzgebrauch gemäss ICD-10 handelt. Die Hauptproblemsubstanz von Personen aus der Statistik der Substitutionsbehandlungen mit Opioid-Agonisten oder aus der HeGeBe-Statistik ist prinzipiell Heroin, da die Heroinabhängigkeit grundsätzlich den Hauptanlass für die entsprechende Behandlung bildet. Für die Standardanalysen werden die vier wichtigsten Untergruppen hinsichtlich der Angaben zum Hauptproblem berücksichtigt. Diese machen zusammen 87.0% der gesamten registrierten Eintritte 2022 aus. Es handelt sich um folgende Kategorien:

1. Alkohol
2. Opioide (Heroin, Methadon [missbräuchlich], Buprenorphin [missbräuchlich], Fentanyl, andere Opioide)
3. Kokain (Kokain-Pulver, Crack, anderer Typ) und
4. Cannabis.

Die Fallzahlen der restlichen Untergruppen sind wesentlich kleiner und schränken die Analysemöglichkeiten erheblich ein. Folglich wird das Profil der 2022 erfassten Klienten und Klientinnen, welche andere Stimulanzien, Halluzinogene, Schlaf-/Beruhigungsmittel, Tabak oder andere Substanzen als Hauptproblem angegeben haben, in diesem Rahmen nicht detailliert analysiert. Das gleiche gilt für die Hilfesuchenden mit primären nichtsubstanzgebundenen Problemen (Essstörungen, Glücksspiel, problematische Computer- bzw. Internetnutzung und andere suchtähnliche Verhaltensweisen), die ebenfalls mit *act-info* erfasst worden sind.

### 2.6 Zielvariablen (abhängige Variablen)

Die Auswahl der analysierten Themenbereiche ist durch die definierten gemeinsamen Kernvariablen vorgegeben. Diese orientieren sich zum grossen Teil an den durch das TDI-Protokoll festgelegten Inhalten. Da Personen in stationärer Behandlung nicht selten zuvor eine Entzugsbehandlung absolvieren oder manchmal inhaftiert werden, war es bei den Fragen zur Situation der Klienten und Klientinnen vor dem Eintritt und zum Konsumverhalten wichtig, die Referenzzeit gegebenenfalls auf die letzten 30 Tage vor dem Entzug oder vor der Inhaftierung zu beziehen. Dies ermöglicht, die Lebenssituation und die Problemlage vor der Intervention und nicht etwa während einer möglichen Vorbehandlung oder eines Gefängnisaufenthalts zu erfassen.

# 3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2022

Im vorliegenden Kapitel werden die Hauptergebnisse der 2022 im Rahmen vom Monitoring *act-info* gesammelten Ein- und Austrittsdaten zusammengefasst. Sämtliche ausgewerteten Ergebnisse werden im separaten Tabellenband wiedergegeben (siehe Kapitel 1).

## 3.1 Datenbasis: Registrierte Eintritte und Hauptproblem

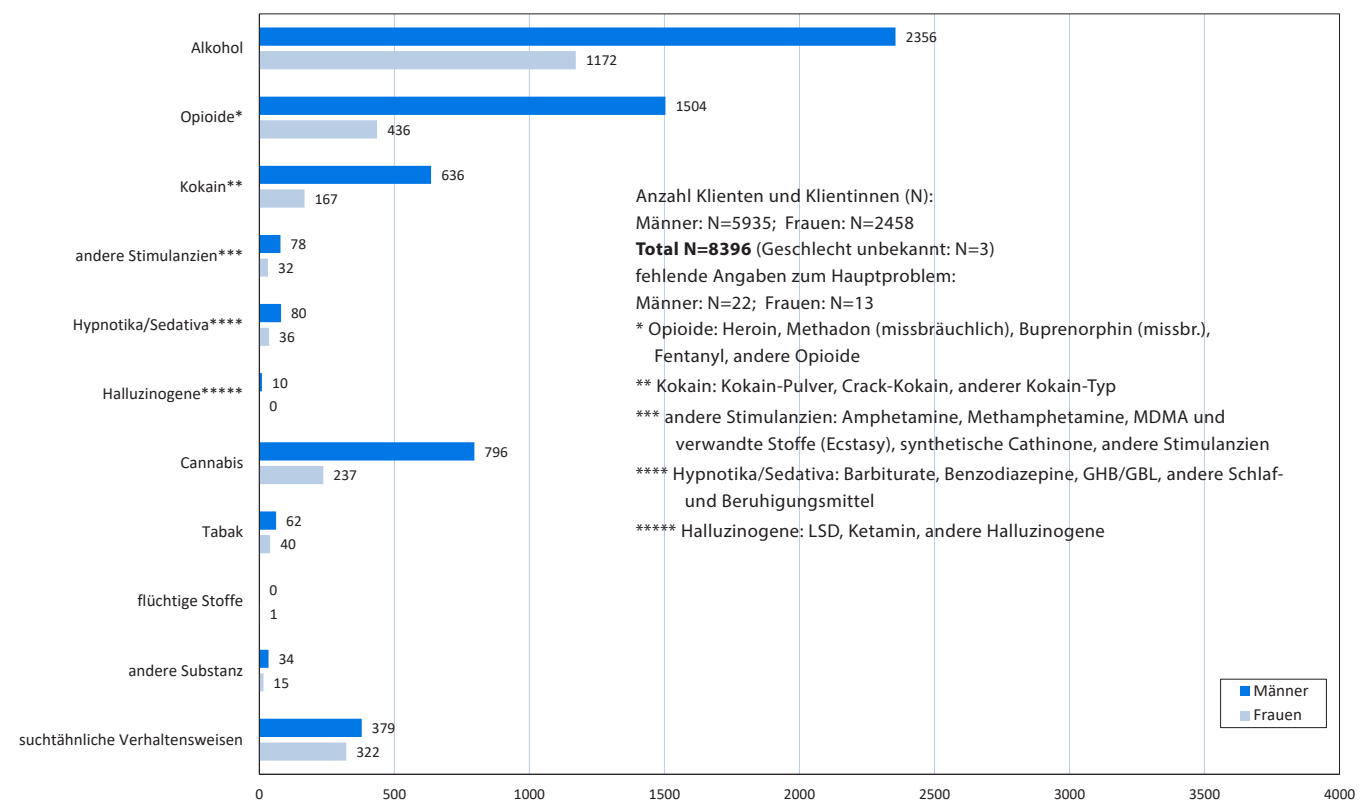
In Grafik 1 wird die Verteilung des Hauptproblems unter den im Jahre 2022 registrierten Klientinnen und Klienten dargestellt. Dabei handelt es sich um substanzgebundene Probleme oder um suchtähnliche Verhaltensweisen wie z.B. pathologisches Spielen oder problematische Computer- bzw. Internetnutzung. Bei den substanzgebundenen Problemen wurden Heroin, Methadon und weitere Opiate zur Substanzgruppe „Opiode“ zusammengefasst. Entsprechend wurden zur Substanzgruppe „Kokain“ neben Kokain in Pulverform auch Crack (Kokainsalz und Natriumhydrogencarbonat) sowie andere

Formen von Kokain gezählt.

Aufgrund der noch bestehenden Lücken in der Erfassung durch das Monitoringsystem entsprechen die vorliegenden Anteile nicht unbedingt der tatsächlichen Verteilung der Probleme in der Zielpopulation (siehe hierzu die Verteilung aus den Daten der Institutionenbefragung, Tabelle III). Aus diesem Grund werden hier nur die absoluten Zahlen angegeben. Wie in Grafik 1 ersichtlich, werden mit *act-info* in erster Linie Klienten und Klientinnen registriert, die bei Eintritt in eine Beratung oder eine ambulante oder stationäre Behandlung den Hauptgrund Alkohol, gefolgt von Opioiden, Cannabis und Kokain angegeben haben. Wie schon erwähnt, stellen diese vier Substanzgruppen 87.0% der durch *act-info* registrierten Hauptprobleme dar.

Halluzinogene (z.B. LSD) und flüchtige Stoffe als Hauptproblem wurden, wenn überhaupt, nur vereinzelt angegeben. Substanzen, die selten als Hauptproblem angegeben werden, können jedoch als sekundäre Probleme eine gewisse Rolle spielen (siehe 3.7).

**Grafik 1**  
Hauptproblem der registrierten Personen bei Eintritt nach Geschlecht (2022)

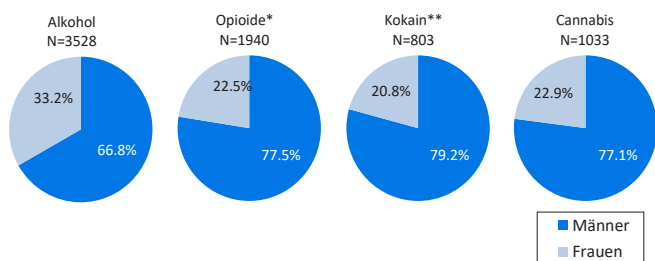


### 3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2022

#### 3.2 Geschlechtsverteilung nach Hauptproblem bei Eintritt

Grafik 2 stellt die Verteilung der Männer und Frauen in den vier am häufigsten genannten Hauptproblemsubstanzgruppen dar. Der Frauenanteil ist in jeder Gruppe deutlich geringer als der Männeranteil. Mit 33.2% ist er in der Hauptproblemgruppe „Alkohol“ am höchsten und mit 20.8% in der Hauptproblemgruppe „Kokain“ am geringsten.

**Grafik 2**  
Registrierte Klienten und Klientinnen bei Eintritt nach Hauptproblem (2022)



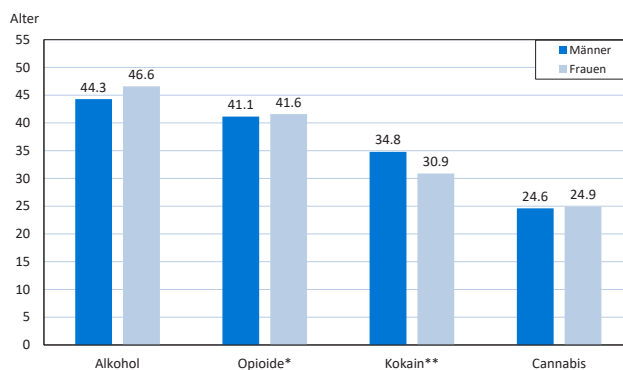
\* Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), andere Opiode

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

#### 3.3 Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten bei Eintritt

In der Grafik 3 ist das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten zum Zeitpunkt des Eintritts aufgeteilt nach Hauptproblemgruppe abgebildet. Mit einem Durchschnittsalter von 44.3 Jahren (Männer) bzw. 46.6 Jahren (Frauen) ist die Gruppe der Klienten und Klientinnen mit Alkohol als Hauptproblem im Durchschnitt älter als Personen in den anderen Gruppen. Auf der anderen Seite erweist sich die Gruppe der Personen, die sich hauptsächlich wegen Problemen mit Cannabis beraten oder behandeln lassen, mit Abstand als die jüngste Gruppe (Männer: 24.6 Jahre; Frauen: 24.9 Jahre).

**Grafik 3**  
Durchschnittsalter der Klienten und Klientinnen bei Eintritt nach Hauptproblem (2022)



	Alkohol	Opiode*	Kokain**	Cannabis
N	2352	1504	635	795
StAbw	13.0	11.1	9.0	9.7

\* Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), andere Opiode

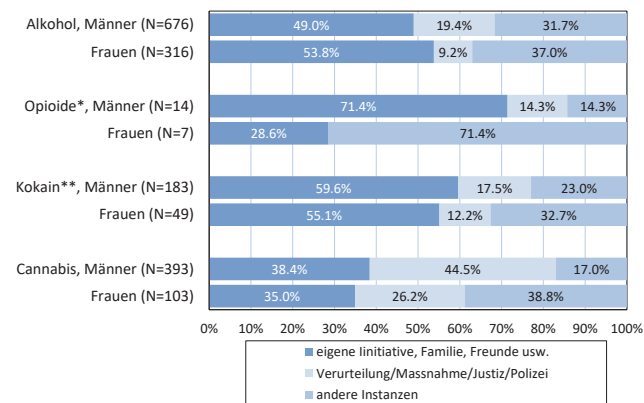
\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

### 3.4 Initiative zur Erstbehandlung

Um einen Einblick in die Beweggründe zur erstmaligen Inanspruchnahme einer Suchtberatung oder -therapie zu gewinnen, werden an dieser Stelle nur Klienten und Klientinnen berücksichtigt, die sich zum ersten Mal überhaupt in Beratung oder Behandlung begeben haben (Grafik 4). Über die Hälfte der Hilfesuchenden, die Alkohol (knappe Hälfte bei den Männern) und Kokain als Hauptproblem berichteten, gaben an, auf eigene Initiative Hilfe gesucht zu haben bzw. dass sie durch ihre Familie, Freunde oder andere Bekannte (Arbeitgeber ausgeschlossen) dazu bewegt worden sind. Dies gilt auch für die Gruppe der Männer mit Hauptproblem Opiode, wohingegen bei den Frauen andere Instanzen (z.B. andere Suchthilfeeinrichtungen) die wichtigste Rolle spielten. Der Anteil der Eigeninitiative bzw. der Motivation durch andere nahstehende Personen ist in der Problemgruppe „Cannabis“ ebenfalls gering. Hier überwiegen andere zuweisende Instanzen.

Eine ausführliche Darstellung der Vermittlungen aller 2022 eingetretenen registrierten Klienten und Klientinnen findet sich im separaten Tabellenband.

**Grafik 4**  
Primäre zuweisende Instanz bei Erstbehandlungen nach Hauptproblem (2022)



Filter: Nur Personen ohne bisherige Behandlungen, Beratungen oder Betreuungen wegen Suchtproblemen: N=1801

\* Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), andere Opiode

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

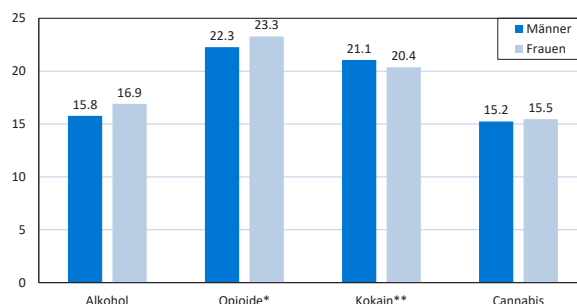
### 3.5 Durchschnittsalter zu Konsumbeginn nach Hauptproblemsubstanz

Grafik 5 gibt Auskunft über das Durchschnittsalter der Klienten und Klientinnen bei erstmaligem Konsum der Hauptproblemsubstanz. Es ist darauf hinzuweisen, dass

es sich hier um retrospektive Angaben über eine oftmals grössere Zeitspanne handelt und daher die Angaben nicht immer mit grosser Genauigkeit mitgeteilt werden können. Laut den Angaben der Klientinnen und Klienten liegt der Konsumbeginn von Cannabis bei einem durchschnittlichen Alter von 15 Jahren. Damit erfolgt der erstmalige Konsum von Cannabis im Schnitt knapp sieben Jahre früher als der Erstkonsum von Opioiden und fast sechs Jahre früher als derjenige von Kokain bei Personen mit diesen jeweiligen Hauptproblemsubstanzen. Das Durchschnittsalter des erstmaligen Alkoholkonsums bei Personen mit einer vorrangigen Alkoholproblematik liegt laut den erhobenen Angaben bei knapp unter 16 (Männer) bzw. 17 Jahren (Frauen). Aufgrund des allgemein höheren Alters bei Eintritt in eine Behandlung der Gruppe mit der Hauptproblemsubstanz Alkohol ergibt sich eine längere Zeitspanne des Rückblicks als in den anderen Gruppen. Direkte Vergleiche bezüglich des Erstkonsumalters sind somit problematisch. Auch hat der Erstkonsum von einer gesellschaftlich akzeptierten Substanz wie Alkohol eine andere Bedeutung als der Erstkonsum von illegalen Substanzen.

Hinsichtlich des angegebenen Alters bei Erstkonsum der Hauptproblemsubstanz unterscheiden sich Männer und Frauen innerhalb der Hauptproblemsubstanzgruppen nicht erheblich.

**Grafik 5**  
Durchschnittsalter der Klienten und Klientinnen zu Konsumbeginn nach Hauptproblem (2022)



N	1301	630	515	161	408	110	508	142
StAbw	4.4	5.2	8.1	9.0	6.1	6.3	2.5	3.3

\* Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), andere Opiode

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ



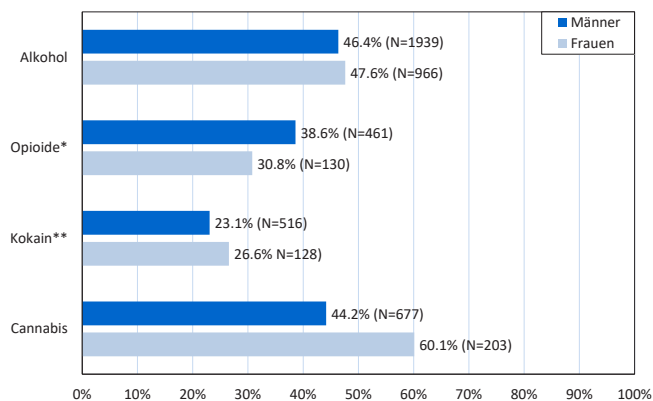
### 3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2022

#### 3.6 Täglicher Konsum vor Eintritt

Der tägliche Konsum von psychoaktiven Substanzen ist ein wichtiger Indikator für die Gesamteinschätzung der Suchtproblematik, insbesondere hinsichtlich der Feststellung von Abhängigkeit. Grafik 6 gibt die Anteile der Klienten und Klientinnen im Berichtsjahr wieder, die einen täglichen Konsum ihrer Hauptproblemsubstanz in den 30 Tagen vor Eintritt (bzw. vor Entzug oder Inhaftierung) angaben.

Fast die Hälfte der Klienten und Klientinnen mit Hauptproblem Alkohol haben vor Therapie- oder Beratungsbeginn einmal oder mehrmals täglich Alkohol konsumiert. Der Anteil der Klienten und Klientinnen mit Opioiden als Hauptproblem, die ihre Problemsubstanz vor Eintritt täglich konsumierten, ist mit Werten um 35%, angesichts des hohen Abhängigkeitspotentials von Opioiden, nicht so hoch wie erwartet. Dies mag daran liegen, dass ein Teil dieser Personen bereits vor dem hier registrierten Eintritt substituiert war und daher keinen (unkontrollierten) Konsum berichtete (siehe Tabellenband). Der Anteil der täglichen Einnahme von Kokain als primäre Substanz fällt allgemein etwas geringer aus als bei den anderen Untergruppen (bei knapp 23% der Männer und bei fast 27% der Frauen dieser Gruppe). Dies weist auf den z.T. freizeitbezogenen Charakter des Kokaingebrauchs hin (Wochenendkonsum). Bei den Personen mit Cannabis als Hauptproblem ist auf den grossen Anteil von Frauen zu verweisen, die einen täglichen Gebrauch vor Eintritt berichteten (60.1% gegenüber 44.2% bei den Männern). Bei den anderen Substanzgruppen sind die Geschlechtsunterschiede weniger ausgeprägt. Lediglich beim Hauptproblem Opioiden fällt der leicht erhöhte Anteil des täglichen Konsums bei den Männern auf (38.6% gegenüber 30.8% bei den Frauen).

**Grafik 6**  
**Häufigkeit des täglichen Konsums vor Eintritt (bzw. vor Entzug oder Inhaftierung) nach Geschlecht und Hauptproblem (2022)**



\* Opioiden: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), andere Opioiden

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

Referenzzeit: letzte 30 Tage vor Eintritt (bzw. vor Entzug oder Inhaftierung)

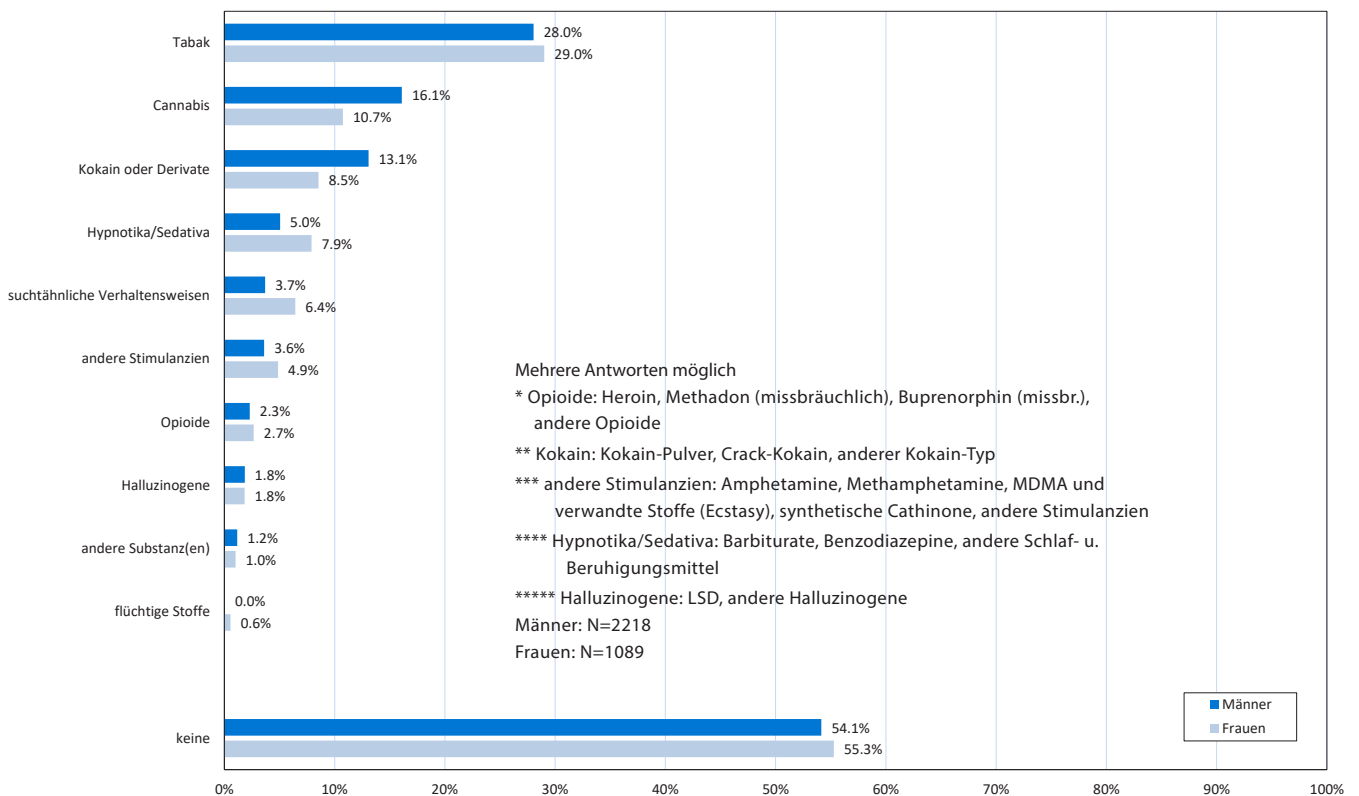
### 3.7 Weitere Suchtprobleme bei Eintritt

Das Vorliegen weiterer substanzbezogener oder suchtähnlicher Probleme neben dem Hauptproblem stellt in der Suchthilfe eine besondere Herausforderung dar. Aus den Grafiken 7A bis D wird ersichtlich, welche weiteren Substanzen oder suchtähnlichen Verhaltensweisen zusätzlich zum Hauptproblem als problematisch genannt werden. Die Darstellung der Ergebnisse bezieht sich auf die vier grössten Hauptproblemgruppen „Alkohol“ (7A), „Opioid“ (7B), „Kokain“ (7C) und „Cannabis“ (7D). Der Klientenanteil ohne zusätzliches Problem wird in der Grafik unter der Rubrik ‚keine weiteren‘ genannt

separat ausgewiesen. Die Reihenfolge der zusätzlichen Suchtprobleme richtet sich nach dem Anteil der Nennungen. Es sei darauf hingewiesen, dass Mehrfachnennungen möglich sind.

Bei der Gruppe mit Hauptproblem „Alkohol“ wird hauptsächlich Tabak als weiteres Suchtproblem genannt (7A). Im Vergleich dazu werden andere Suchtprobleme relativ selten angeführt. Etwas mehr als die Hälfte der Klienten und Klientinnen dieser Gruppe nennt keine weiteren Suchtprobleme.

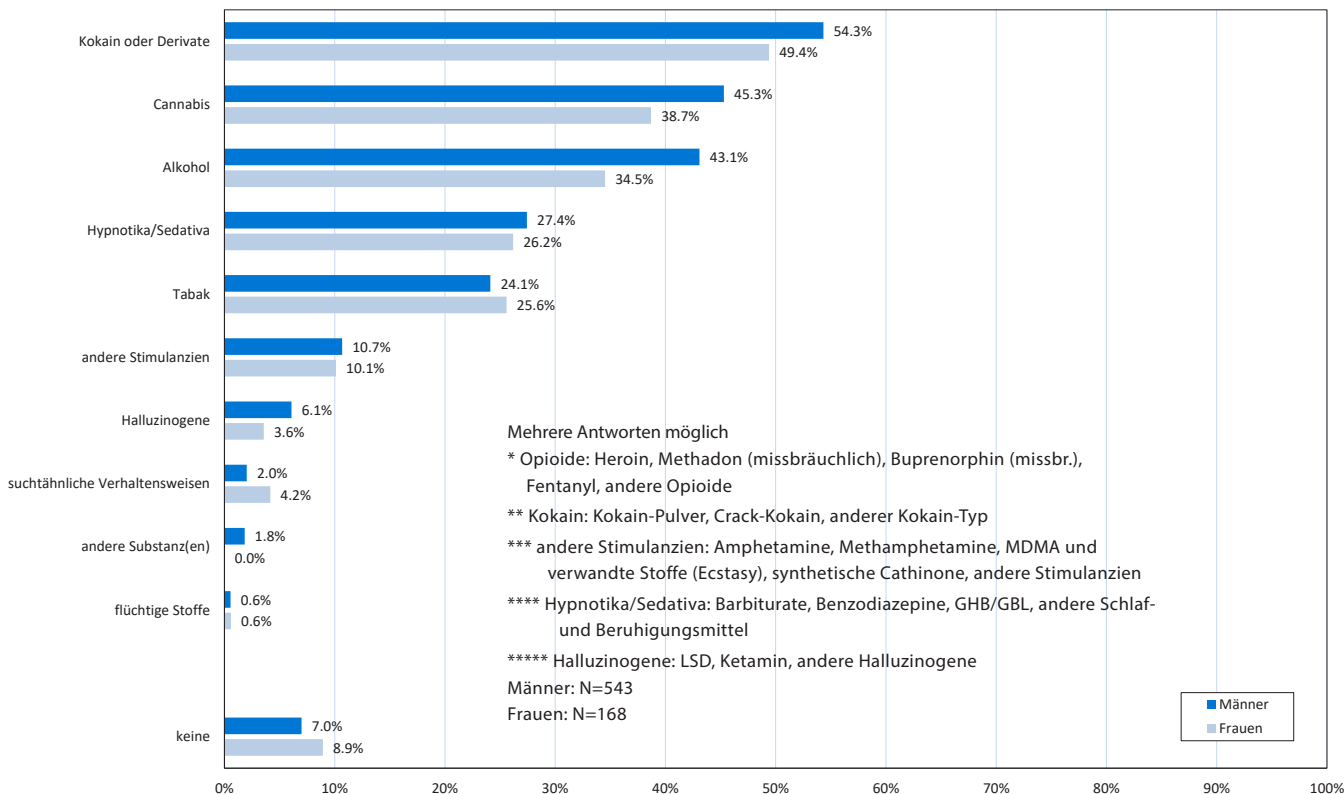
**Grafik 7A**  
**Hauptproblem Alkohol: Weitere Suchtprobleme der Klienten und Klientinnen vor Eintritt (2022)**



### 3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2022

Grafik 7B

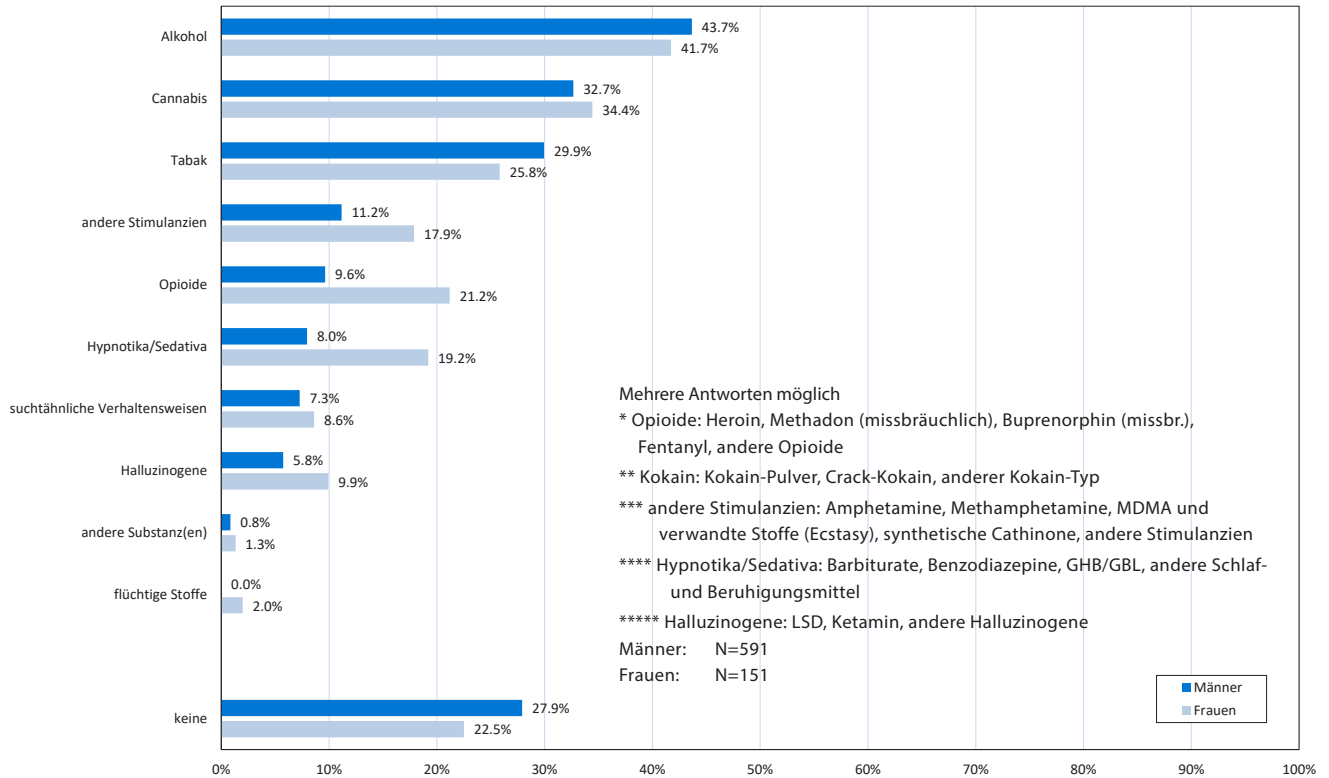
Hauptproblem Opiode\*: Weitere Suchtprobleme der Klienten und Klientinnen vor Eintritt (2022)



Die Klientengruppe mit Hauptproblem „Opiode“ zeichnet sich durch verschiedene zusätzliche Suchtprobleme aus: Kokain, Cannabis, Alkohol, Schlaf-/Beruhigungsmittel und Tabak wurden am häufigsten genannt (7B). Der Anteil Klienten und Klientinnen ohne weitere Suchtprobleme ist relativ gering (weniger als eine von zehn Personen dieser Gruppe).

**Grafik 7C**

**Hauptproblem Kokain\*\*\*: Weitere Suchtprobleme der Klienten und Klientinnen vor Eintritt (2022)**

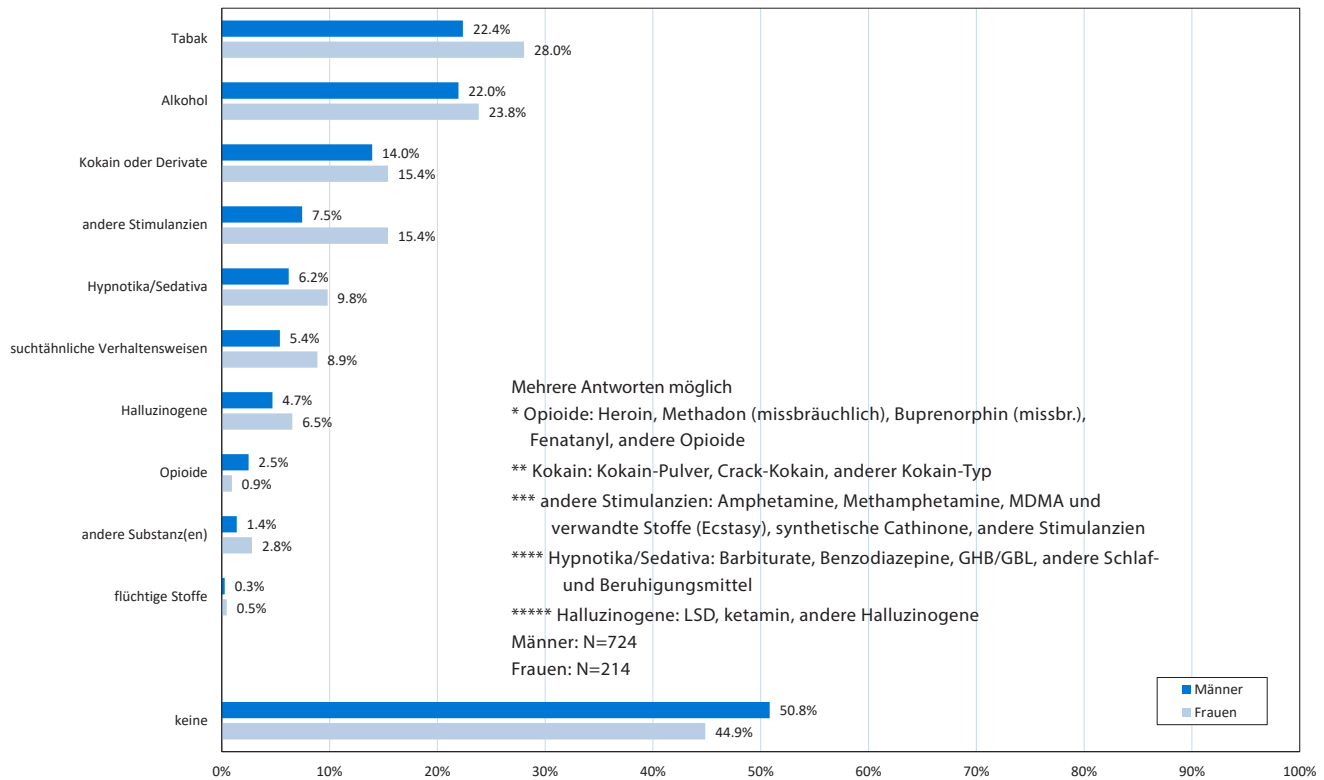


Auch die Klientengruppe mit Hauptproblem „Kokain“ ist häufig mehrfach belastet. Zusätzlich werden am häufigsten genannt: Alkohol, Cannabis, Tabak, andere Stimulanzien, Opiode und Schlaf-/Beruhigungsmittel (7C). Insgesamt berichtete ein gutes Viertel der Personen dieser Gruppe keine weiteren Suchtprobleme.

### 3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2022

Grafik 7D

#### Hauptproblem Cannabis: Weitere Suchtprobleme der Klienten und Klientinnen vor Eintritt (2022)

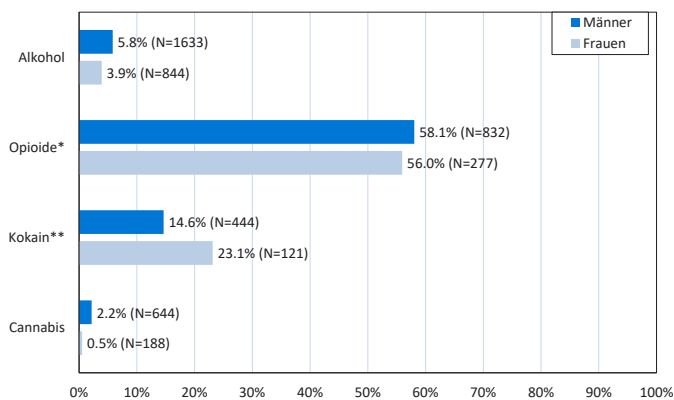


Bei der Klientengruppe mit Hauptproblem „Cannabis“ wurden seltener zusätzliche Suchtprobleme als bei den Gruppen mit Opioiden oder Kokain als primäre Substanz genannt. Die legalen Substanzen Tabak und Alkohol wurden dabei am häufigsten erwähnt. Kokain und andere Stimulanzien kamen als weitere Probleme auch gehäuft vor. Fast die Hälfte der Personen dieser Gruppe berichteten keine weiteren Suchtprobleme.

### 3.8 Injektionsverhalten vor Eintritt

Die Grafik 8A gibt für die vier Hauptproblemgruppen die Anteile Klienten und Klientinnen wieder, die je in ihrem Leben illegale Substanzen injiziert haben (Lebenszeitprävalenz). Grafik 8B bezieht sich auf das Injektionsverhalten in den letzten 12 Monaten vor Beratungs- oder Therapiebeginn (12-Monats-Prävalenz). Informationen über die injizierte Substanz wurden nicht erhoben. Die Bezugsgrösse wird jeweils angegeben (N=100%).

**Grafik 8A**  
Injektionsverhalten der Klienten und Klientinnen vor Eintritt nach Hauptproblem (Lebenszeitprävalenz) (2022)

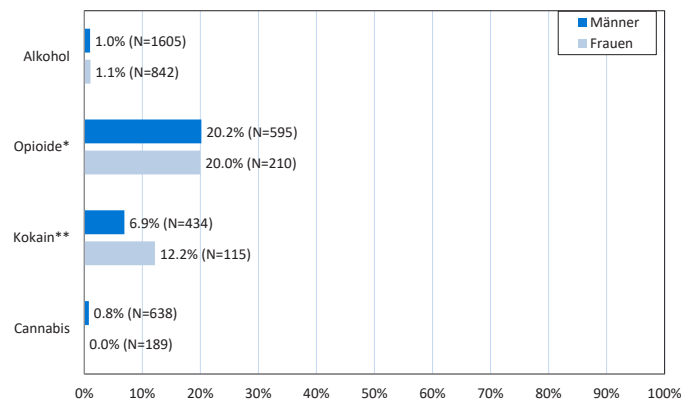


\* Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), andere Opiode

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

Erwartungsgemäss berichteten hauptsächlich Klienten und Klientinnen mit Opioiden als Hauptproblem (mehr als die Hälfte), in ihrem Leben illegale Substanzen injiziert zu haben. Bei der Gruppe mit Kokain als Hauptproblem sind die Anteile niedriger, wobei hier der höhere Anteil Frauen gegenüber dem Männeranteil etwas auffällt (Grafik 8A).

**Grafik 8B**  
Injektionsverhalten der Klienten und Klientinnen vor Eintritt nach Hauptproblem (12-Monats-Prävalenz) (2022)



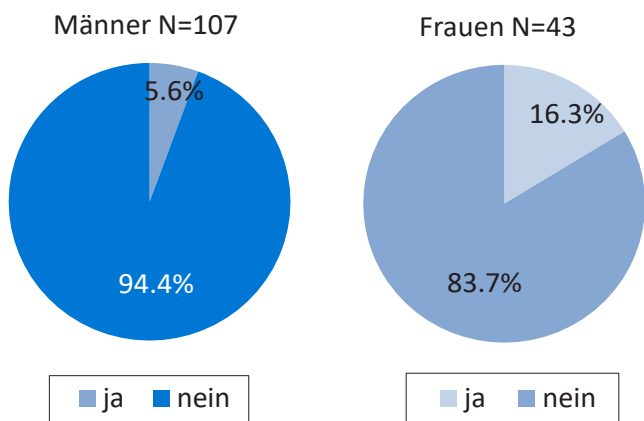
\* Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), andere Opiode

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

Bei der 12-Monats-Prävalenz des Injektionsverhaltens zeigt sich ein ähnliches Bild (Grafik 8B). Etwa zwei von zehn Personen aus der Gruppe mit Opioiden als Hauptproblem berichteten von Injektionserfahrungen im Jahr vor ihrem Eintritt. Bei der Gruppe mit Kokain als Hauptproblem liegt der Anteil hingegen bei unter 10%. Bei den Klientengruppen mit hauptsächlich Alkohol- oder Cannabisproblemen sind die Anteile der in den letzten 12 Monaten injizierenden Klienten und Klientinnen sehr gering (unter 1.5% in beiden Gruppen). Dies lässt sich mit den Beobachtungen zu weiteren Suchtproblemen in Verbindung bringen: Bei den Hauptproblemen Alkohol und Cannabis wurden ebenfalls relativ geringe Anteile an injizierbaren Drogen als weitere Probleme genannt (siehe 3.7).

### 3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2022

**Grafik 9**  
**Austausch von Injektionsmaterial bei injizierenden Klienten und Klientinnen in den 12 Monaten vor Eintritt (2022)**



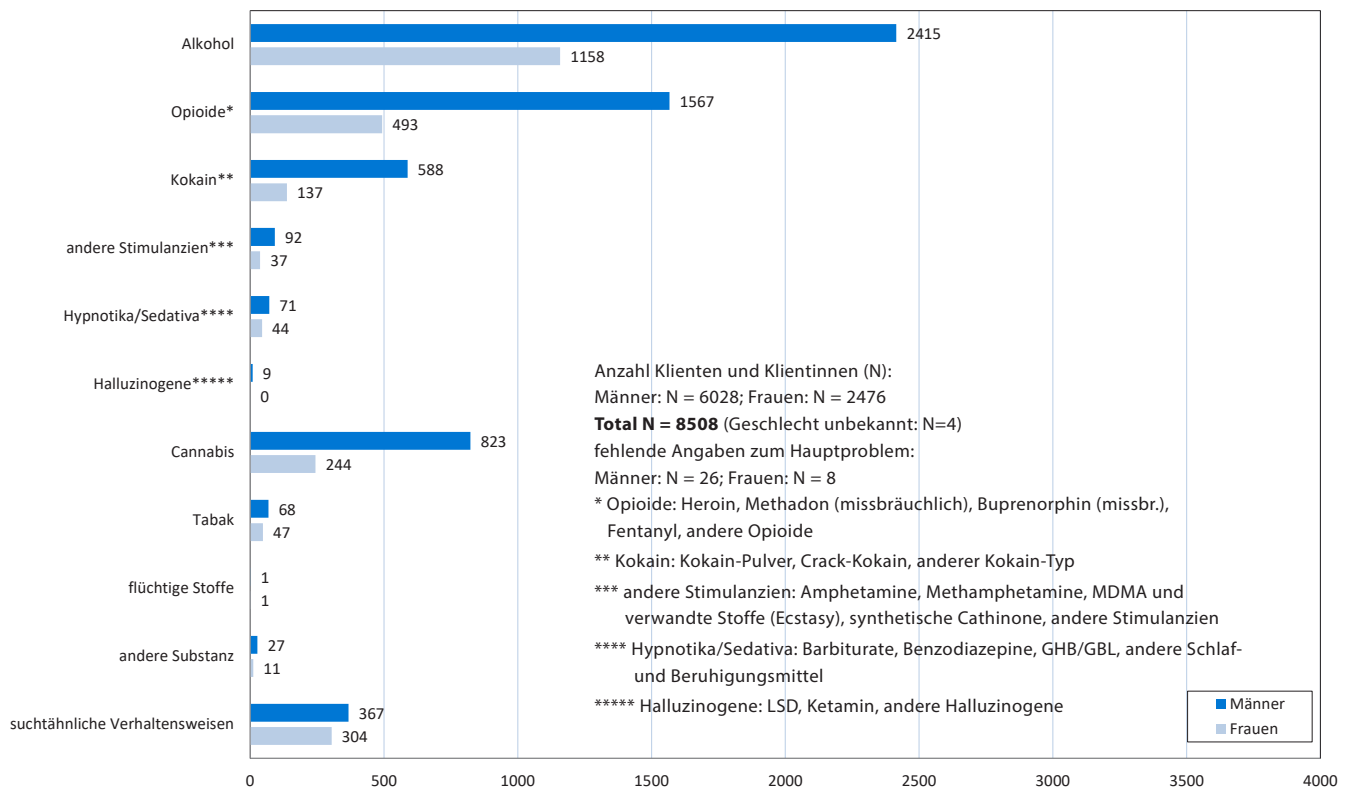
Grafik 9 gibt für alle Klienten und Klientinnen mit Injektionserfahrung in den letzten 12 Monaten vor Eintritt Auskunft darüber, ob sie in diesem Zeitraum Nadeln oder Spritzen mit anderen Personen gemeinsam benutzt haben. In der Grafik sind alle Hauptproblemgruppen zusammengefasst. Angesichts der Gefahr von HIV- oder Hepatitisvirus-Infektionen handelt es sich um einen nicht zu vernachlässigenden Anteil von knapp 9% der intravenös konsumierenden Klienten und Klientinnen, die Nadeln oder Spritzen mit anderen Personen gemeinsam benutzt haben. Besonders auffällig ist der hohe Anteil von 16.3% bei den Frauen.

### 3.9 Datenbasis: Registrierte Austritte und Hauptproblem

Im Jahr 2022 hat das Monitoringsystem act-info insgesamt 8542 ausgetretene Personen registriert. Grafik 10 bezieht sich auf die im Berichtsjahr ausgetretenen Klienten und Klientinnen, für welche das Hauptproblem bei Eintritt bekannt war. Dargestellt wird das Hauptproblem, das die ausgetretenen Personen bei Eintritt genannt haben. Personen, deren Angaben zum Hauptproblem bei Eintritt und/oder zum Geschlecht fehlen, sind in dieser Grafik

ausgeschlossen. Wie bei Grafik 1 werden hier aufgrund der bestehenden Lücken in der Erfassung durch das Monitoringsystem nur die absoluten Zahlen und keine Prozentwerte angegeben. So entspricht die vorliegende Verteilung der Hauptproblemsubstanzen nicht unbedingt der tatsächlichen Verteilung der Probleme in der Zielpopulation. Ein Grossteil der erfassten ausgetretenen Klienten und Klientinnen begaben sich wegen vorrangigen Alkoholproblemen in Beratung bzw. Behandlung.

**Grafik 10**  
**Hauptanlass der Behandlungen der austretenden Klienten und Klientinnen (2022)**





## 4. Entwicklung bis 2022

Dieses Kapitel präsentiert im Rahmen des Jahresberichts eine Auswahl von Trendergebnissen, welche die Tendenzen in Bezug auf die Behandlungsnachfrage allgemein und auf einige grundlegende Merkmale der Hilfesuchenden abzubilden vermögen. Das Monitoringsystem *act-info* erfasst seit 2004 Daten im Suchthilfebereich und bietet die Möglichkeit, sowohl langfristige Tendenzen als auch aktuelle Trends in diesem Bereich nachzuzeichnen. Bei den Harmonisierungs- und Revidierungsprozessen wurde auf die Einhaltung der Vergleichbarkeit der Instrumente mit ihren vorangegangenen Versionen geachtet. Die Hauptschwierigkeit bei der Interpretierung der Entwicklung der Ergebnisse besteht vor allem in der schwankenden Teilnahme der Einrichtungen. Es muss daran erinnert werden, dass die Mehrzahl der Erhebungen auf freiwilliger Basis durchgeführt werden, was zu unvermeidbaren Einschränkungen hinsichtlich der Abdeckung führt. Diese müssen folglich bei der Einschätzung von Trends berücksichtigt werden. Je nach Ausrichtung der Fragestellungen, erfordern diese Bedingungen eine differenzierte Verwendung der Daten. Insbesondere für *Aussagen zur Entwicklung der Behandlungsnachfrage* gilt es, mögliche Teilnahmeeffekte durch geeignete Massnahmen zu kontrollieren. Die Methode der Wahl besteht hier in der Auswahl von Einrichtungen, welche über die Zeit eine stetige Datenlieferung aufweisen. Da die Anzahl der in Frage kommenden Einrichtungen mit der Länge der Beobachtungszeit immer geringer wird und die Aussagekraft damit geschwächt werden könnte, scheint es hier sinnvoll, auf kürzere Zeitreihen zurückzugreifen, welche auch die aktuellen Tendenzen am besten wiedergeben können. Hingegen dürften Fragestellungen, die auf *die Entwicklung von bestimmten Klientenmerkmalen über die Zeit* abzielen, gegenüber Teilnahmeschwankungen viel weniger empfindlich sein. In diesem Fall werden Anteile berechnet und es kann davon ausgegangen werden, dass die entsprechenden Werte relativ unabhängig von der verfügbaren Anzahl der jährlich registrierten Fälle ermittelt werden können. Für entsprechende Analysen, die auf allen registrierten Daten beruhen können, sind daher längere Rückblickperioden möglich.

### 4.1 Entwicklung der registrierten Personen in den verschiedenen Behandlungsbereichen

In Grafik 11A wird die Entwicklung der jährlichen Anzahl der von *act-info* registrierten Personen seit Beginn der gemeinsamen Erhebungen bis 2022 nach Behandlungssektor abgebildet. Gemäss den europäischen Normen des TDI (EMCDDA 2000, 2012) werden soweit wie möglich Personen mit mehrfachen Eintritten innerhalb eines Kalenderjahres

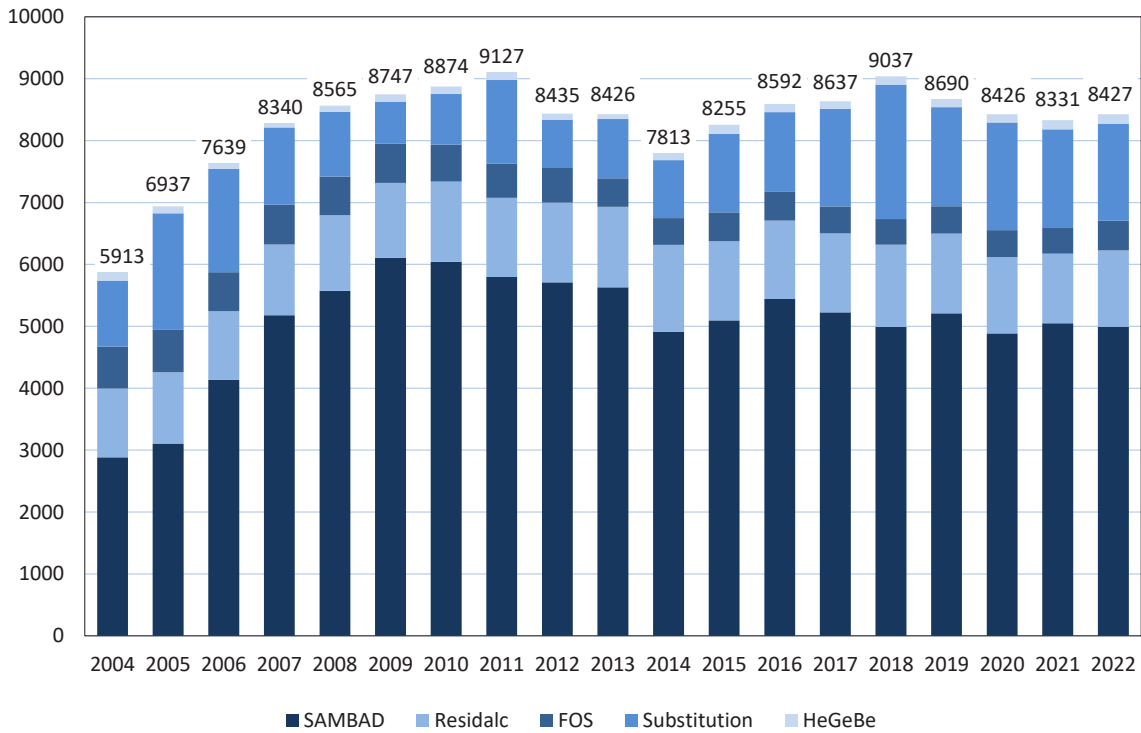
nur einmal gezählt. Die anfänglichen Herausforderungen in Bezug auf die Gewinnung von neuen teilnehmenden Einrichtungen in der Startphase von *act-info* sind deutlich in der Anzahl der registrierten Klientinnen und Klienten zu erkennen. Erst nach einigen Jahren wurde eine gewisse Sättigung in der Teilnahme erreicht. So wird bis 2011 eine Zunahme der Anzahl der vom Monitoring registrierten Klientinnen und Klienten beobachtet. Danach folgt ein Rückgang der erfassten Fälle bis 2014. Von 2015 an ist ein erneuter Zuwachs zu beobachten, welcher sich in den vier letzten Jahren nicht mehr fortsetzt. Dieser zeitliche Trend in der Anzahl der jährlichen personenbezogenen Eintritte lässt sich hauptsächlich durch die Entwicklung der registrierten Personen im ambulanten Bereich (SAMBAD) erklären. Einige merkliche Schwankungen im Substitutionsbereich tragen ebenfalls zum allgemeinen Bild bei, während die anderen Bereiche stabilere Fallzahlen über die Zeit aufweisen. Aufgrund der grossenteils freiwilligen Beteiligung am Monitoringsystem und der damit einhergehenden Schwankungen in der Teilnahme dürfen die in Graphik 11A dargestellten jährlichen Fallzahlen nicht als Trend der tatsächlichen Beanspruchung des Suchthilfesystems gedeutet werden. Sie spiegeln vermutlich vielmehr die Teilnahme am Klientenmonitoring *act-info* wider.

Wenn nun ausschliesslich diejenigen Einrichtungen berücksichtigt werden, welche über die Zeit ohne Unterbrechung am Klientenmonitoring teilgenommen haben, sieht die Entwicklung etwas anders aus (Grafik 11B) und dürfte den tatsächlichen Tendenzen in der Behandlungsnachfrage mehr entsprechen. Um zu grosse Datenverluste zu vermeiden, wurde hier eine kürzere Rückblickperiode von zehn Jahren gewählt. Es können dabei keine besonderen Tendenzen, sondern nur leichte Schwankungen erkannt werden. So liegen die Zahlen von 2013 und 2022 relativ dicht beieinander. Da hier alle vorkommenden Hauptprobleme gemischt sind, können die spezifischen Tendenzen, die zum Gesamtbild beitragen, noch nicht erkannt werden. Eine substanzbezogene Darstellung der Trends basierend auf diesen absoluten Zahlen wird weiter unten in den Abschnitten 4.3 und 4.4 vorgenommen.

Die anderen Trendergebnisse, die in diesem Kapitel vorgestellt werden, stellen jeweils Anteile dar und können, wie oben ausgeführt, auf alle registrierten Fälle bezogen werden und längere Perioden umfassen.

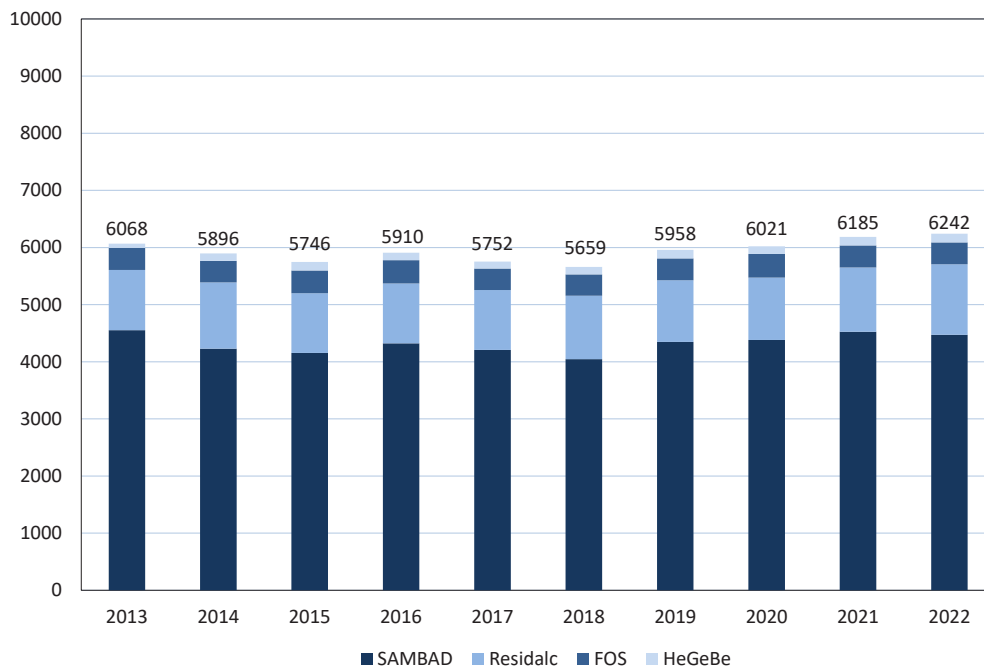
**Grafik 11A**

**Anzahl der jährlich durch act-info registrierten Personen bei Eintritt und Aufteilung nach Behandlungsbereich (2004-2022)**



**Grafik 11B**

**Anzahl der jährlich durch act-info registrierten Personen bei Eintritt aus Einrichtungen mit stetiger Datenlieferung nach Behandlungsbereich (2013-2022)**



## 4. Entwicklung bis 2022

### 4.2 Entwicklung der relativen Anteile der Hauptproblemsubstanzen im illegalen Drogenbereich (1997-2022)

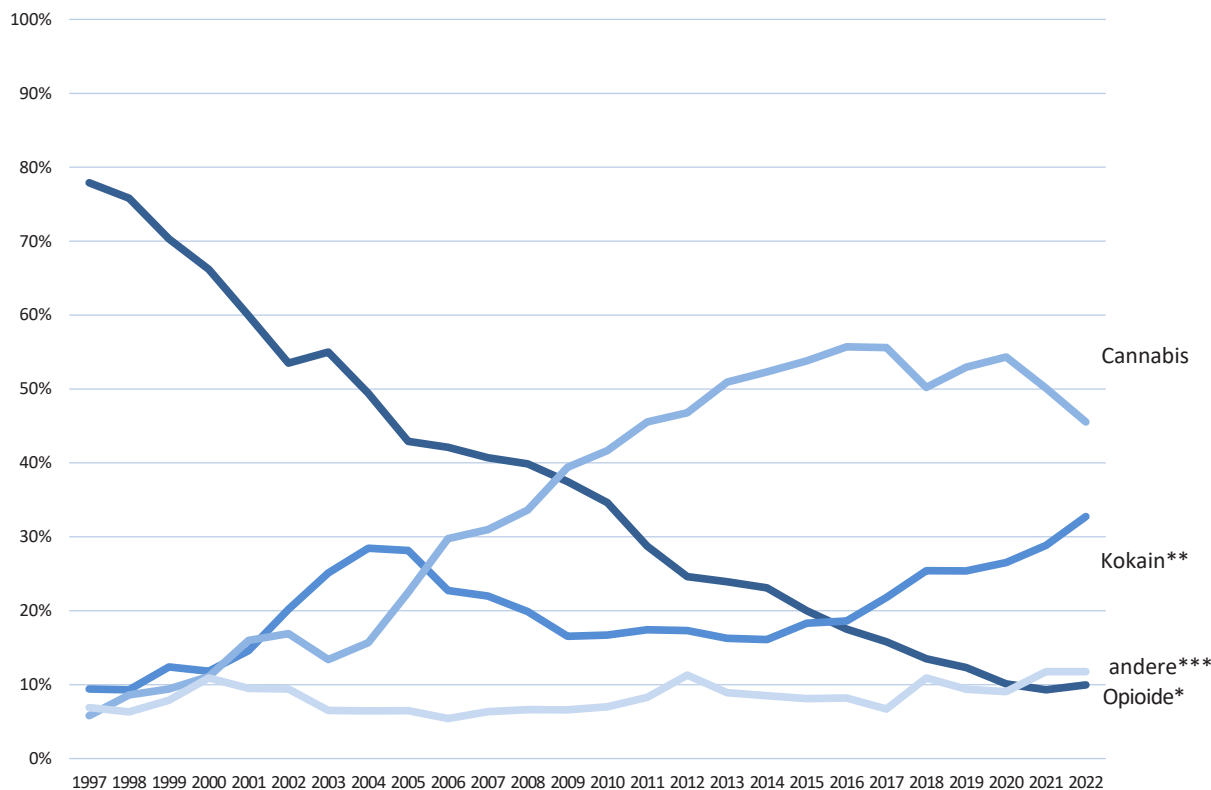
Als Datenquelle für einen ersten längerfristigen Rückblick im Drogenhilfebereich (meist psychosoziale Ansätze) dienen die von SAMBAD und act-info-FOS registrierten Eintritte (nur Probleme mit illegalen Substanzen). In beiden Bereichen besteht in Bezug auf den Kernindikator eine hinreichend gute Vergleichbarkeit mit den Angaben, die in der Zeit vor der Einführung der ersten harmonisierten Instrumente von act-info 2004 erhoben wurden. In Grafik 12 wird die Entwicklung der relativen Anteile der Eintritte von Klientinnen und Klienten mit den Hauptproblemen Opioid, Kokain, Cannabis oder einer anderen psychoaktiven Substanz dargestellt (Tabak und Alkohol ausgenommen). Diese Perspektive bietet den Vorteil einer längeren Rückblickzeit und ist gegenüber Teilnahmeschwankungen nur wenig empfindlich, da es sich in jedem Jahr um relative Anteile handelt. Fast vier von fünf Eintritten (77.9%) im illegalen Bereich betrafen 1997 ein Opioid-bedingtes Hauptproblem. Im weiteren Verlauf wird ein ziemlich gleichmässiger Rückgang

des Anteils dieser Eintritte beobachtet, welche 2022 knapp 10% der registrierten Eintritte ausmachen. In der gleichen Zeit wird ein beachtlicher Zuwachs des Anteils der Eintritte wegen Cannabis als Hauptproblem verzeichnet. So wuchs dieser Anteil von 5.8% im Jahr 1997 auf über die Hälfte aller registrierten Eintritte im Jahr 2020 (54.3%), wobei in den letzten zwei Jahren ein deutlicher Rückgang (2022: 45.5%) zu beobachten ist. Der Anteil der Behandlungsanfragen wegen Kokain erreichte 2004 eine Spitze (28.4%) und verringerte sich dann wieder bis etwa 2009 (16.5%). In den letzten Jahren wird eine erneute Zunahme des Anteils der kokainbedingten Eintritte beobachtet (2022: 32.7%). Der Anteil der Eintritte aufgrund anderer illegaler Substanzen überschritt 2021 die 10-Prozent-Marke und übertraf zum ersten Mal den Anteil der Eintritte mit dem Hauptproblem Opioid.

Zwar mag die Darstellung der relativen Anteile ziemlich unempfindlich gegenüber Teilnahmeschwankungen sein, doch sind die Anteile abhängig voneinander und können nicht isoliert interpretiert werden.

Grafik 12

Entwicklung der relativen Häufigkeit der Hauptproblemsubstanz bei Eintritt (ausschliesslich Eintritte aus den Einrichtungen SAMBAD (nur illegale Drogen) und act-info-FOS) (1997-2022)



Für jedes Erhebungsjahr ist das Total 100 %.

\* Opioid: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), Fentanyl, andere Opioid

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

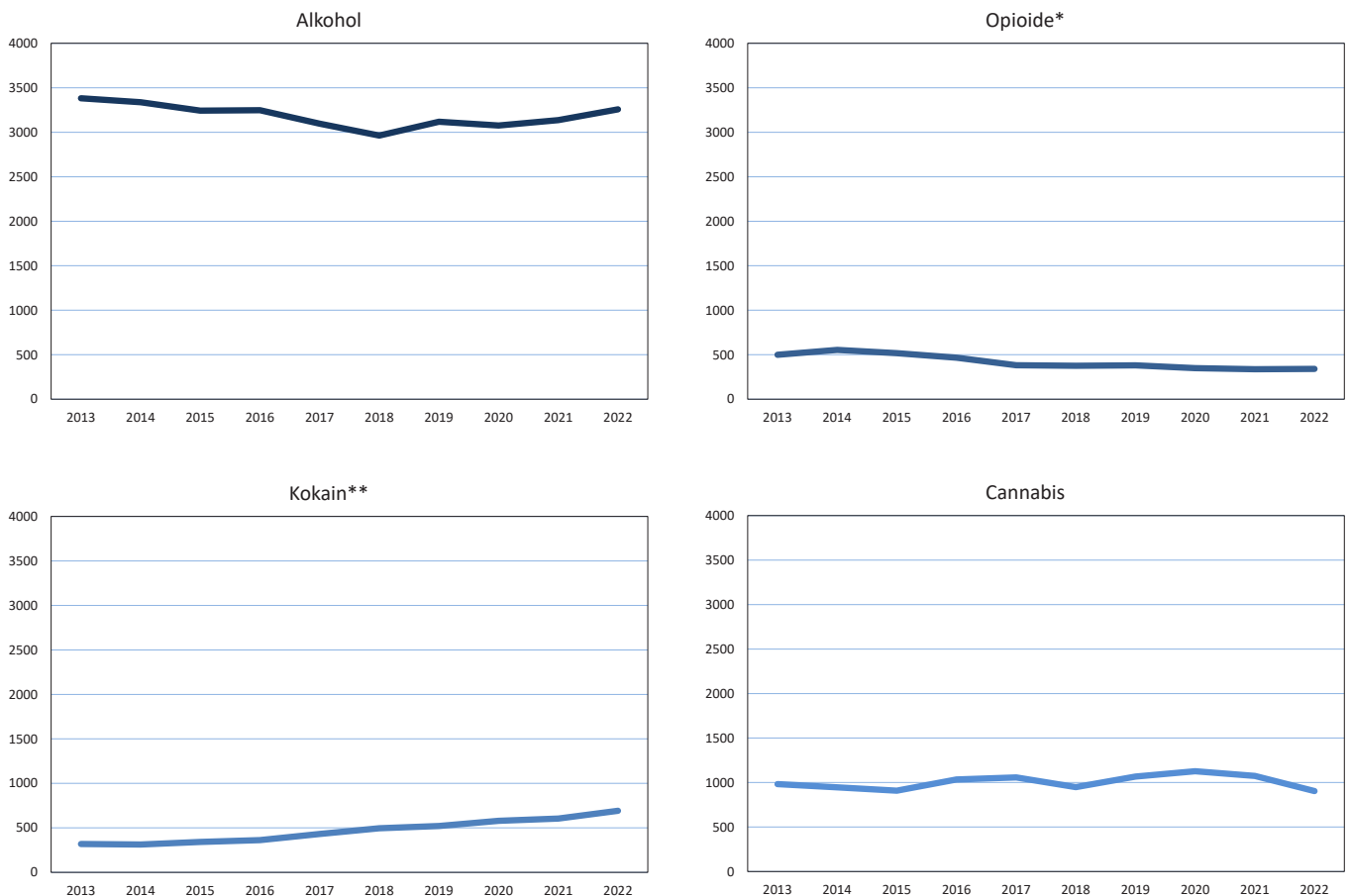
\*\*\* andere: psychotrope Substanzen, ausser Alkohol und Tabak

### 4.3 Entwicklung der gesamten Behandlungsnachfrage nach Hauptproblem (2013-2022)

Um die aktuelle Entwicklung der problembezogenen Behandlungsnachfragen im Bereich der Suchthilfe unabhängig von gegenseitigen Einflüssen und möglichst ohne teilnahmebedingte Verzerrungen zu verfolgen, wurden absolute Zahlen von Hilfesuchenden – also keine Anteile mehr – nach Hauptproblem (Alkohol, Opioide, Kokain und Cannabis) für eine Auswahl von Einrichtungen, die über die gewählte Beobachtungszeit (2013 bis 2022) Daten lieferten, ermittelt. Die Betrachtung eines kürzeren Zeitfensters erlaubt es, den Verlust an Fallzahlen zu begrenzen. Es sei erwähnt, dass der Bereich der Substitutionsbehandlungen hier nicht einbezogen werden konnte, da die Information über die Teilnahmekonstanz bis 2015 nicht verfügbar war. Unter diesen Bedingungen konnten für diese Berechnungen 69.9% der von act-info registrierten Fälle mit einer Angabe zum Hauptproblem berücksichtigt werden. In Grafik 13 wird dementsprechend die Entwicklung der Anzahl der Klientinnen und Klienten für jedes Hauptproblem

dargestellt. So können die Tendenzen der Behandlungsnachfrage hinsichtlich der Entwicklung - jedoch nicht des Umfangs - am besten nachgezeichnet werden. Aufgrund des begrenzten Anteils der berücksichtigten Einrichtungen sind die Zahlenangaben hier nicht wirklich relevant. Im Vordergrund steht folglich die Entwicklung der Kurven und nicht deren zugrundeliegenden Zahlen. Demnach scheint die Behandlungsnachfrage für Alkohol als Hauptproblem zwischen 2013 und 2022 zunächst ab- und dann wieder zuzunehmen (Index 2013-2022: -3.7%). Die Behandlungsnachfrage für ein Hauptproblem in Zusammenhang mit Opioiden zeigt nach einer leichten Zunahme zwischen 2013 und 2014 eine seitdem abnehmende Tendenz (Index 2013-2022: -31.7%). Die Behandlungsnachfrage für primär cannabisbezogene Probleme weist einen schwankenden Verlauf auf mit einem deutlichen Rückgang im Jahr 2022 (Index 2013-2022: -7.9%). Die Behandlungsnachfrage für kokainbezogene Hauptprobleme hingegen erfährt eine deutliche Zunahme (Index 2013-2022: +116.9%), wie auch in anderen europäischen Ländern (Antoine et al. 2021).

**Grafik 13**  
**Entwicklung der Anzahl der Behandlungsnachfragen für Suchtprobleme, nach Hauptproblem (ausschliesslich Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung über die Beobachtungszeit 2013-2022)**



\* Opioide: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), Fentanyl, andere Opioide

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

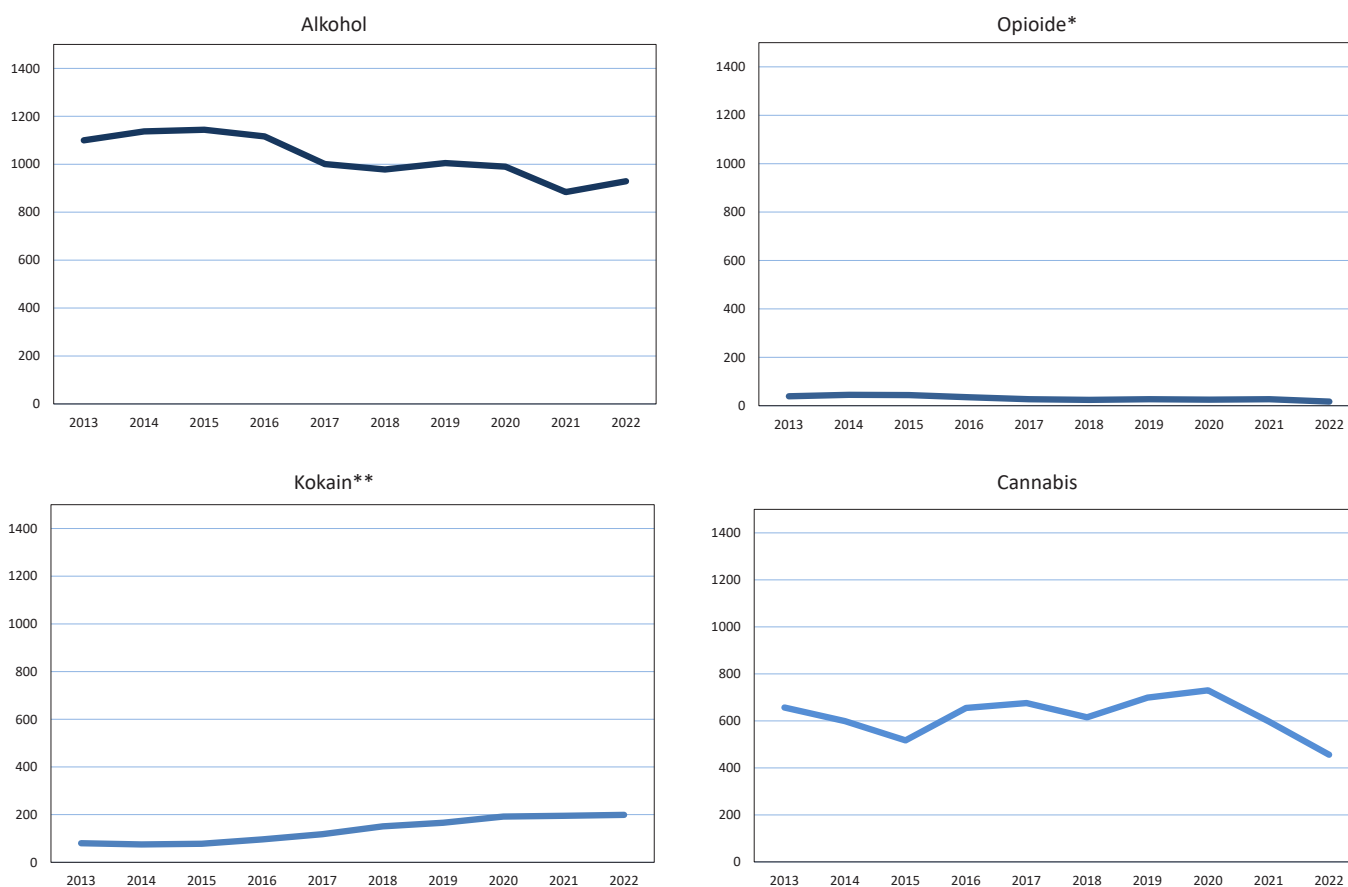
## 4. Entwicklung bis 2022

### 4.4 Entwicklung der Erstbehandlungen nach Hauptproblem (2013-2022)

Die Anzahl der Klientinnen und Klienten, die zum allerersten Mal eine Suchtbehandlung beanspruchen, kann als Proxy-Indikator für die Entwicklung der Inzidenz der entsprechenden Probleme in der Allgemeinbevölkerung betrachtet werden. Die Entwicklung der Inzidenz liefert eine akkurate Messung für die Tendenz der Verbreitung einer Störung und zur Geschwindigkeit dieser Verbreitung. Die methodologischen Ausführungen zur Grafik 13 gelten gleichermaßen für Grafik 14. Die präsentierten Zahlen stellen die registrierten Fälle von Einrichtungen dar, die zwischen 2013 und 2022 kontinuierlich am act-info-Monitoring teilgenommen haben. Auch hier ist die Betrachtung des Kurvenverlaufs und nicht der Zahlen an sich zentral, denn letztere spiegeln nur einen Teil der Nachfrage wider. In Grafik 14 wird die Anzahl der allerersten Behandlungen nach Haupt-

problem dargestellt. Insgesamt werden relativ ähnliche, auch wenn ausgeprägtere Verläufe wie bei den Gesamtzahlen beobachtet (vgl. 4.3) – jedoch auf tieferem Niveau - insbesondere in Bezug auf das Hauptproblem «Opiode», was auf eine Chronifizierung dieser Problematik hinweist (hoher Anteil an wiederholten Behandlungen). Die Nachfrage für Erstbehandlungen wegen Alkohol als Hauptproblem zeigt Schwankungen mit einer allgemeinen abnehmenden Tendenz (Index 2013-2022: -15.5%). Die Entwicklung der Erstbehandlungen wegen Opioiden als Hauptproblem zeigt bei relativ niedrigen Zahlen eine allgemein abnehmende Tendenz (Index: 2013-2022: -56.4%). Bei den Erstbehandlungen wegen Kokain als Hauptproblem wird hingegen eine beachtliche Zunahmetendenz beobachtet (Index 2013-2022: +148.8%). Bei Erstbehandlungen wegen Cannabis als Hauptproblem sind relativ grosse Schwankungen über die Zeit zu beobachten mit einem starken Rückgang seit 2020 (Index 2013-2022: -30.6%).

**Grafik 14**  
**Entwicklung der Anzahl der Erstbehandlungen für Suchtprobleme, nach Hauptproblem (ausschliesslich Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung über die Beobachtungszeit 2013-2022)**



\* Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), Fentanyl, andere Opiode

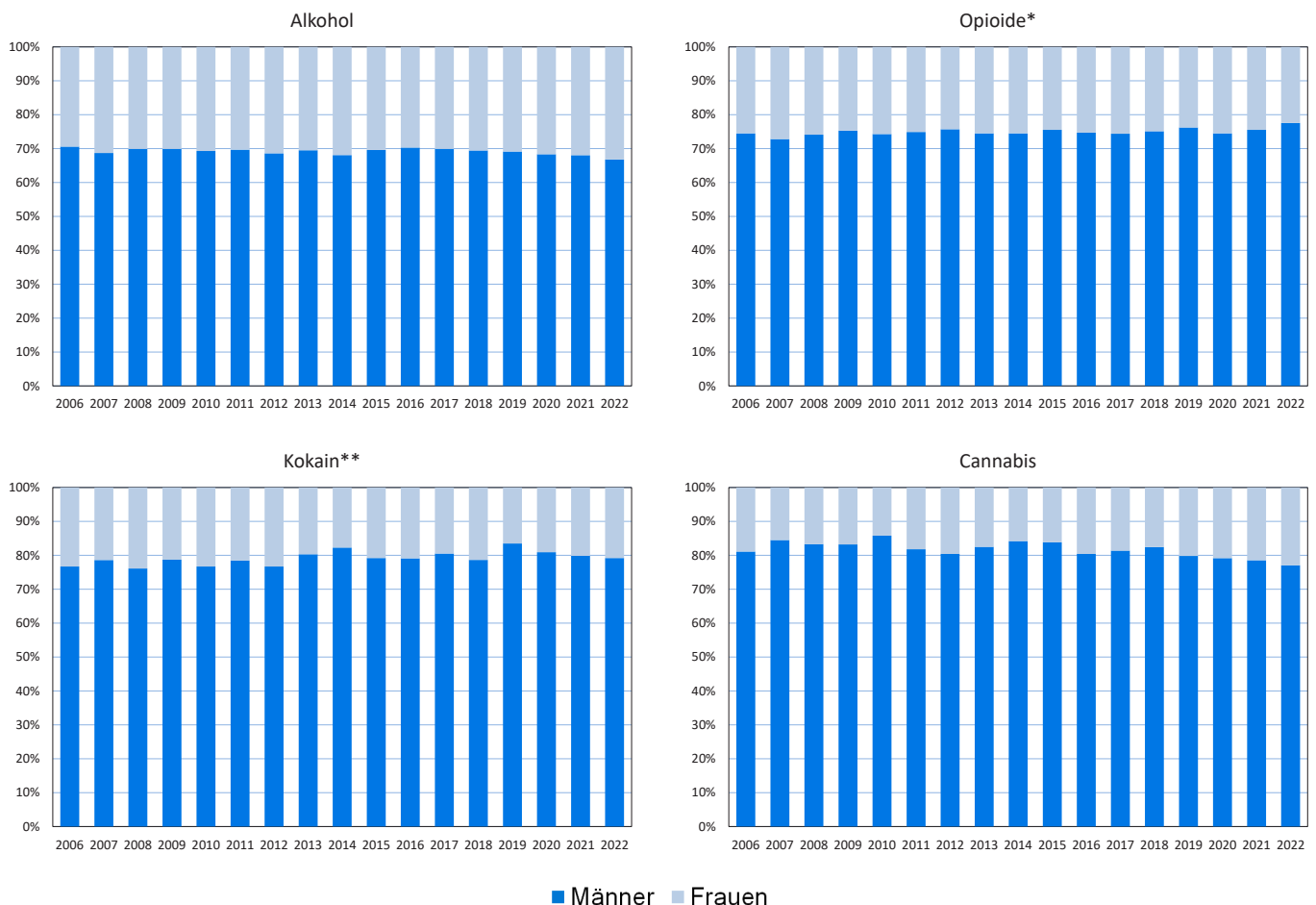
\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

#### 4.5 Geschlechtsverteilung nach Hauptproblem (2006-2022)

In Grafik 15 werden die Anteile der Männer und Frauen nach Hauptproblem bei Eintritt für die vom Monitoring act-info zwischen 2006 und 2022 registrierten Klientinnen und Klienten dargestellt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Geschlechtsverteilung unter den Hilfesuchenden mit Alkohol (Frauenanteil etwa 30%) relativ stabil bleibt, wobei seit 2016 ein leichter Anstieg des Frauenanteils zu verzeichnen ist. Bei Opioiden als Hauptproblem (Frauenanteil etwa ein Viertel) sind die Anteile auch relativ stabil mit einem

leichten Zuwachs des Männeranteils seit 2020. Stärkere Schwankungen werden bei den beiden anderen Gruppen beobachtet. So schwankt der Frauenanteil zwischen 16.5% (2019) und 23.9% (2008) bei den Hilfesuchenden mit Kokain als Hauptproblem und zwischen 14.2% (2010) und 22.9% (2022) bei denjenigen mit primären cannabisbezogenen Problemen. Der Frauenanteil ist über die gesamte Beobachtungszeit in der Gruppe der Personen mit Alkohol als Hauptproblem am höchsten und in der Gruppe mit primären cannabisbezogenen Problemen am tiefsten, wobei der Frauenanteil in den vier letzten Jahren bei cannabisbezogenen Problemen zunimmt.

**Grafik 15**  
Entwicklung der Geschlechtsverteilung, nach Hauptproblem (2006-2022)



\* Opioide: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), Fentanyl, andere Opioide

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

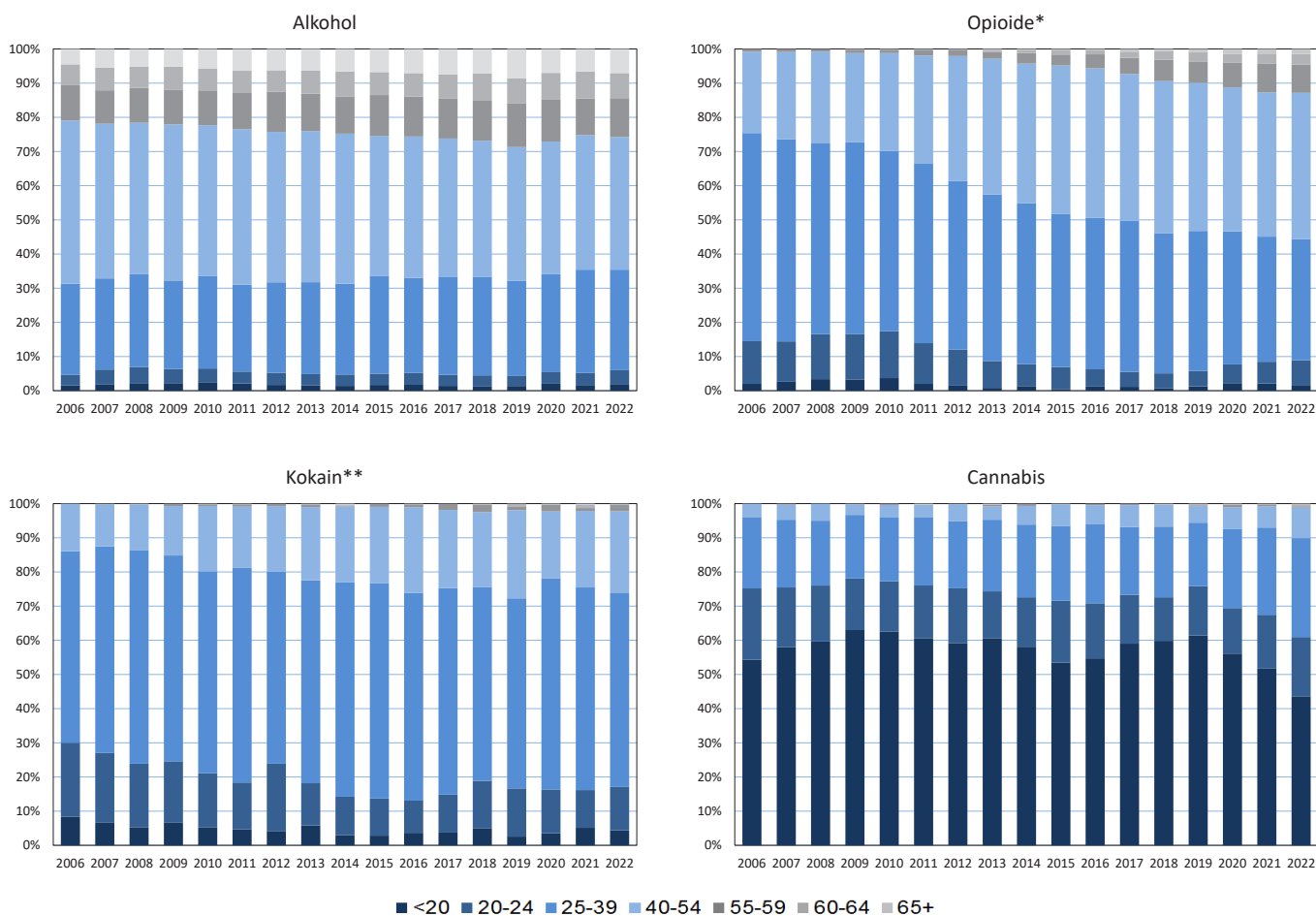
## 4. Entwicklung bis 2022

### 4.6 Alter bei Eintritt nach Hauptproblem (2006-2022)

Grafik 16 zeigt anhand von sieben Kategorien die Altersverteilung der Hilfesuchenden bei Eintritt nach Hauptproblem. Die Analysen umfassen die Fälle, die zwischen 2006 und 2022 von *act-info* registriert worden sind. Bei den Personen mit Alkohol als Hauptproblem wird eine Zunahme des Anteils der über 54-Jährigen zwischen 2006 und 2022 (von 20.9% auf 25.8%) und eine entsprechende Abnahme des Anteils der Erwachsenen in mittleren Jahren (40- bis 54-Jährige) beobachtet (von 47.7% auf 38.8%). Diese letzte Kategorie stellt jedoch nach wie vor die am stärksten vertretene Altersgruppe dar. Bei den Personen mit primär opioidbezogenen Problemen wird ein starker Rückgang des Anteils der 25- bis 39-Jährigen zwischen 2006 und 2022 verzeichnet (von 60.9% auf 35.4%). Dies ist auch der Fall in den jüngsten Kategorien, auch wenn hier seit 2018 eine leichte Zunahme zu beobachten ist. Weiterhin kann zwischen 2006 und 2022 eine bedeutende Zunahme

des Anteils der 40- bis 54-Jährigen festgestellt werden (von 23.8% auf 42.8%). In den letzten Jahren werden ebenfalls zunehmend Personen über 54 Jahren mit Opioiden als Hauptproblem beobachtet. Das Gesamtbild weist auf die Existenz einer alternden Kohorte von opioidbetroffenen Personen hin. In der Gruppe der Klientinnen und Klienten mit Kokain als Hauptproblem wird eine abnehmende Tendenz in den Anteilen der unter 25-Jährigen bis 2016 beobachtet. Danach wächst dieser Anteil wieder zeitweise an. Bei den Personen mit Hauptproblem Cannabis stellen die unter 20-Jährigen die am stärksten vertretene Altersgruppe dar. Nach einer Zunahme ihres Anteils zwischen 2006 und 2009 ist ein allmählicher Rückgang bis 2015 zu beobachten. Zwischen 2015 und 2019 wird ein erneuter Anstieg des Anteils der unter 20-Jährigen verzeichnet, gefolgt von einem auffälligen Rückgang, von 61.4% im Jahr 2019 auf 43.6% im Jahr 2022.

**Grafik 16**  
Entwicklung der Altersverteilung bei Eintritt, nach Hauptproblem (2006-2022)



\* Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), Fentanyl, andere Opiode

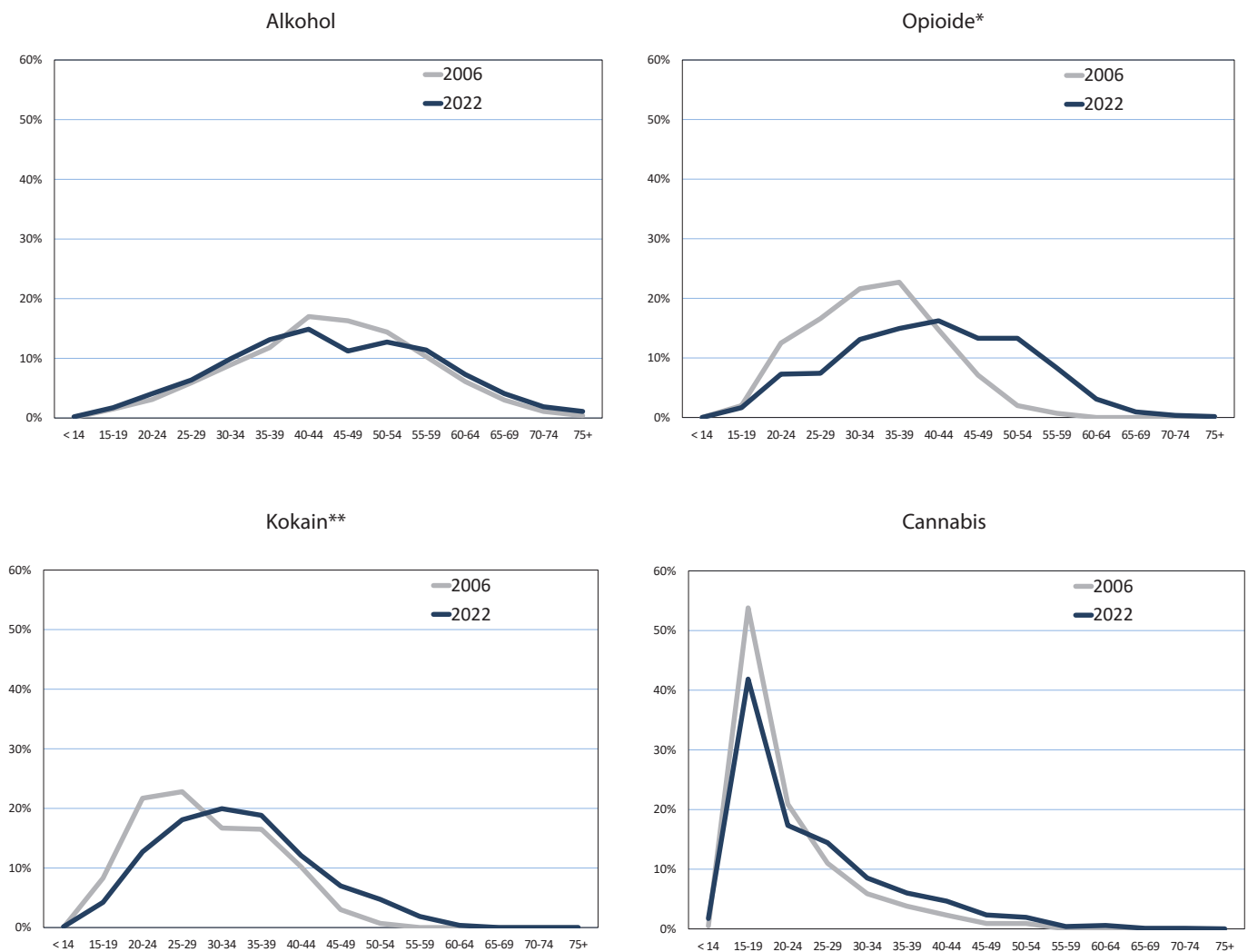
\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

Grafik 17 bietet einen direkten Vergleich der Altersverteilung der Klientel bei Eintritt nach Hauptproblem (5-Jahreskategorien) für die Jahre 2006 und 2022. Insgesamt werden wieder sehr unterschiedliche Entwicklungen je nach Substanz beobachtet. Bei Klientinnen und Klienten mit Alkohol als Hauptproblem weist die Verschiebung des Gipfels der Verteilungskurven auf einen mit der Zeit etwas ausgeprägteren Behandlungsbedarf bei Personen über 50 Jahren und unter 35 Jahren hin.

Hingegen wird bei den Hilfesuchenden mit Opioiden als Hauptproblem eine klare Verschiebung der gesamten Altersstruktur beobachtet, wobei ein Grossteil der Klientel

über etliche Jahre behandlungsbedürftig bleiben dürfte. Dies steht im Einklang mit der bereits erwähnten Vermutung der Existenz einer alternden Kohorte, welche in einem empfindlichen Alter der Heroine welle der 90er Jahre besonders ausgesetzt wurde. Insgesamt wird auch eine Verflachung der Altersstruktur zwischen 2006 und 2022 beobachtet, was auf eine gewisse Verbreitung des Spektrums dieser Klientengruppe über die Zeit hinweist. Die Erneuerungsrate der opioidbezogenen Klientel bei den jüngeren Alterskategorien scheint mit der Zeit geringer geworden zu sein, was auf eine sinkende Attraktivität dieser Substanzgruppe bei Jugendlichen hindeutet.

**Grafik 17**  
**Entwicklung der Altersstruktur bei Eintritt, nach Hauptproblem (2006-2022)**



\* Opiode: Heroin, Methadon (missbräuchlich), Buprenorphin (missbr.), Fentanyl, andere Opiode



#### 4. Entwicklung bis 2022

Auch bei Klientinnen und Klienten mit Kokain als Hauptproblem wird eine leichte Verschiebung der Altersstruktur mit der Zeit beobachtet, die auf eine gewisse Alterung dieser Klientel hindeutet. Während es 2006 kaum Klientinnen und Klienten über 50 Jahre gab, ist es 2022 keine Seltenheit mehr.

Die Altersverteilung der Klientinnen und Klienten mit Cannabis als Hauptproblem zeigt zwar gewisse Schwankungen über die Zeit, jedoch bleibt diese Gruppe durch einen ausgeprägt hohen Anteil an sehr jungen Personen gekennzeichnet, und dies unabhängig von den Schwankungen in der Behandlungsnachfrage (siehe 4.3).

\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

# Literaturhinweise

Antoine J, Berndt N, Astudillo M, Cairns D, Jahr S, Jones A, Kuijpers W, Llorens N, Lyons S, Maffli E, Magliocchetti N, Molina Olivas M, Palle C, Schwarzkopf L, Wisselink J, Montanari L. (2021). Cocaine treatment demands in 10 western European countries: observed trends between 2011 and 2018. *Addiction* 116:1131-1143.

Donmall M (2006). Guidance for the measurement of drug treatment demand. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2000). Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2012). Treatment Demand Indicator (TDI) Standard Protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Infodrog (2023). SafeZone.ch – Factsheet 2022. Bern: Infodrog.

Krizic I, Maffli E, Balsiger N, Gmel G, Labhart F, Vorlet J (2022). act-info Jahresbericht 2021 Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Maffli E, Schaaf S, Delgrande Jordan M, Güttinger F (2008). Treatment of substance-related problems in Switzerland: implementing a new harmonised monitoring system. *Int J Public Health* 53: 31-39.

Vorlet J, Krizic I (2023). Bereich ambulante Suchthilfe: Ergebnisse der Teilstatistik act-info-SAMBAD 2022. Sucht Schweiz.

## **Hinweis zu den Fragebogen**

Die Fragebogen (Eintritt und Austritt) der verschiedenen Teilstatistiken können unter [www.suchtschweiz.ch/die-forschungsabteilung/forschung-beobachten-und-verstehen/act-info/](http://www.suchtschweiz.ch/die-forschungsabteilung/forschung-beobachten-und-verstehen/act-info/) eingesehen werden.

## Impressum

© Bundesamt für Gesundheit BAG  
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit BAG  
Publikationszeitpunkt: Dezember 2023

### Weitere Informationen:

BAG, Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung, Sektion Wissenschaftliche Grundlagen  
3003 Bern, Telefon +41 (0)58 465 71 73  
E-Mail: [sebastian.mader@bag.admin.ch](mailto:sebastian.mader@bag.admin.ch), [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer Sprache

Autorenschaft: Ivo Krizic, Nora Balsiger, Gerhard Gmel, Florian Labhart, Jeanne Vorlet, Joanna Amos  
Layout: Silversign, visuelle Kommunikation, Bern  
Illustration: Silversign, visuelle Kommunikation, Bern  
Fotos: Pexels

BAG OeG 2021-OEG-30d-15f

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier