

# **act-info Jahresbericht 2024**

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. 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. 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                                                                              | 9         |
| 2.5 Untergruppen                                                                                        | 11        |
| 2.6 Zielvariablen                                                                                       | 11        |
| <b>3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2024</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        |
| 3.6 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. Entwicklung bis 2024</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 (1997-2024) | 25        |
| 4.3 Entwicklung der gesamten Behandlungsnachfrage nach Hauptproblem (2013-2024)                         | 26        |
| 4.4 Entwicklung der Erstbehandlungen nach Hauptproblem (2013-2024)                                      | 27        |
| 4.5 Geschlechtsverteilung nach Hauptproblem (2006-2024)                                                 | 28        |
| 4.6 Alter bei Eintritt nach Hauptproblem (2006-2024)                                                    | 29        |
| <b>Literaturverzeichnis</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 2024 erhoben wurden. Im Anschluss werden die Tendenzen der Behandlungsnachfrage über die Zeit dargestellt.

Ein Tabellenband mit detaillierten Auswertungen zum Berichtsjahr 2024 kann unter dem folgenden Link heruntergeladen werden: [www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-tabellenband-zum-jahresbericht-2024/](http://www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-tabellenband-zum-jahresbericht-2024/).

## 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), der Vorläuferorganisation der Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA), 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 2024 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 Opioid-Agonisten-Therapie (OAT,** auch Substitutionsbehandlung genannt): Diese Statistik umfasst alle Behandlungen, die darauf ausgerichtet sind, den Konsum illegaler Opiode 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 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 (siehe rechts).

**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 Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten 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 in *act-info* nicht erfasst werden. Diese werden im Folgenden kurz aufgeführt:

**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.

**(Nichtqualifizierte) Entzugsbehandlung:** Umfasst ambulante und stationäre Angebote für eine „einfache“, nichtqualifizierte Entgiftung, „die lediglich aus der medizinischen Behandlung der körperlichen Entzugssymptome besteht“ (Wendt 2017: 27). In diesem Rahmen ist der körperliche Entzug eine Vorstufe der weitergehenden 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, Kontakt- und Anlaufstellen, Injektionsräume, Spritzenabgabe- bzw. Spritzenaustauschprogramme oder Tagesstrukturangebote, die für die sozialen oder gesundheitserhaltenden Massnahmen keine Veränderung im Konsumverhalten der Betroffenen voraussetzen. Eine systematische Erfassung der Klienten und Klientinnen in diesem Bereich, wie sie *act-info* vorsieht, wäre aufgrund

des niederschweligen 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 2024 u.a. 1938 Online-Beratungen (mit 3870 Beratungskontakten) durchgeführt wurden (Infodrog 2025). Ähnlich den vorgenannten niederschweligen 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 OAT 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 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 OAT besteht eine Bewilligungspflicht auf kantonaler Ebene, die für die Sammlung von Basisdaten für die Nationale Statistik der OAT 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 OAT 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 adjustiert, 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 2024 in den verschiedenen Behandlungssektoren unterschiedlich aus. Der Sektor heroingestützte Behandlung (HeGeBe) erreicht aufgrund der Teilnahmepflicht für die behandelnden Stellen einen Abdeckungsgrad von 100%.

Im OAT-Bereich 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 Lücken 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 57% im stationären Behandlungssektor und 33% 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 Reprä-

2. Methodische Aspekte

sentativität der erfassten Fälle aufgrund systematischer Verzerrungen bestehen. Die Wahrscheinlichkeit von gravierenden Verzerrungen in den hier behandelten Daten wird als gering eingeschätzt, 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 OAT- 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 angegeben 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 OAT nicht erhoben werden.

Für das Jahr 2024 beträgt die Anzahl der Personen mit auswertbaren Angaben je nach Frage zwischen 2569 und 6675 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 (2024)

|           | Hochrechnung* eingetretene Klientinnen und Klienten 2024 Institutionenbefragung (N) |             | Registrierte Klientinnen und Klienten** bei Eintritt (2024) Klientenmonitoring <i>act-info</i> (n) |             | Teilnahme am Klientenmonitoring (%)*** |             |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------|-------------|
|           | psychosozial                                                                        | medizinisch | psychosozial                                                                                       | medizinisch | psychosozial                           | medizinisch |
| HeGeBe    | -                                                                                   | (165)       | -                                                                                                  | 165         | -                                      | 100%        |
| Stationär | 1201                                                                                | 13'967      | 683                                                                                                | 415         | 56.9%                                  | 3.0%        |
| Ambulant  | 10'772                                                                              | 14'048      | 3563                                                                                               | 352         | 33.1%                                  | 2.5%        |
|           | registrierte Eintritte** OAT-Bereich (N)                                            |             | registrierte Eintritte** mit Individualdaten (n)                                                   |             | Teilnahme OAT-Bereich (%)              |             |
| OAT       | 1529                                                                                |             | 1529                                                                                               |             | 100%                                   |             |

\*die ermittelte rohe Anzahl der Eintritte wurde mit dem Faktor adjustiert, der sich aus der Identifizierung der Mehrfachbehandlungen beim Klientenmonitoring ergibt (2024: 0.953).

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

\*\*\*Es handelt sich hierbei um den Anteil der im Klientenmonitoring registrierten Personen (siehe mittlere Spalten der Tabelle) an den laut Institutionenbefragung in der gesamten Schweiz im Jahr 2024 eingetretenen Personen (siehe linksseitige Spalten).

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 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 2024 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.

Tabelle II  
Monitoring act-info 2024: Registrierte Klienten und Klientinnen mit eigenen Suchtproblemen bei Eintritt und Austritt pro Teilstatistik

|                  | SAMBAD |       | Stationär<br>(FOS & Residalc) |       | OAT  |       | HeGeBe |       | act-info<br>(gesamt) |       |
|------------------|--------|-------|-------------------------------|-------|------|-------|--------|-------|----------------------|-------|
|                  | n      | %     | n                             | %     | n    | %     | n      | %     | n                    | %     |
| Eintritt         |        |       |                               |       |      |       |        |       |                      |       |
| Männer           | 2819   | 72.0  | 749                           | 68.2  | 1182 | 77.8  | 131    | 79.4  | 4881                 | 72.9  |
| Frauen           | 1096   | 28.0  | 349                           | 31.8  | 338  | 22.2  | 34     | 20.6  | 1817                 | 27.1  |
| Total            | 3915   | 100.0 | 1098                          | 100.0 | 1520 | 100.0 | 165    | 100.0 | 6698                 | 100.0 |
| fehlende Angaben | 1      |       | 0                             |       | 9    |       | 0      |       | 10                   |       |
| Austritt         |        |       |                               |       |      |       |        |       |                      |       |
| Männer           | 2710   | 70.3  | 787                           | 68.9  | 1398 | 76.6  | 116    | 78.9  | 5011                 | 71.9  |
| Frauen           | 1147   | 29.7  | 356                           | 31.1  | 426  | 23.4  | 31     | 21.1  | 1960                 | 28.1  |
| Total            | 3857   | 100.0 | 1143                          | 100.0 | 1824 | 100.0 | 147    | 100.0 | 6971                 | 100.0 |
| fehlende Angaben | 1      |       | 0                             |       | 7    |       | 0      |       | 8                    |       |

2.4 Institutionenbefragung

Um die Grössenordnung der Gesamtbeanspruchung der verschiedenen Behandlungsbereiche der Suchthilfe zu schätzen, wurde 2025 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 92%. Nach ein-

gehender Begutachtung der vorliegenden Datenbank und der über die Befragung erhaltenen Informationen konnten für den finalen Datensatz insgesamt 360 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 360 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. Die Hauptfragen der Befragung zielten einerseits auf die

Tabelle III  
Institutionenbefragung: Anzahl der Eintritte 2024 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                 | 5657               | 38.4       | 6266         | 55.5       | 7807                | 53.3       | 636          | 50.5       |
| Cannabis                | 1592               | 10.8       | 1350         | 11.9       | 1236                | 8.4        | 90           | 7.1        |
| Opioide*                | 2286               | 15.5       | 302          | 2.7        | 1446                | 9.9        | 106          | 8.4        |
| Kokain                  | 1658               | 11.3       | 1093         | 9.7        | 2107                | 14.4       | 327          | 26.0       |
| andere Stimulanzien     | 334                | 2.3        | 149          | 1.3        | 333                 | 2.3        | 37           | 2.9        |
| Hypnotika/Sedativa      | 1019               | 6.9        | 181          | 1.6        | 898                 | 6.1        | 21           | 1.7        |
| Halluzinogene           | 66                 | 0.4        | 33           | 0.3        | 112                 | 0.8        | 8            | 0.6        |
| flüchtige Stoffe        | 9                  | 0.1        | 3            | 0.0        | 5                   | 0.0        | 0            | 0.0        |
| Tabak                   | 525                | 3.6        | 178          | 1.6        | 113                 | 0.8        | 5            | 0.4        |
| andere Substanzen       | 411                | 2.8        | 105          | 0.9        | 168                 | 1.1        | 9            | 0.7        |
| Gambling, Glückspiel    | 338                | 2.3        | 677          | 6.0        | 90                  | 0.6        | 2            | 0.2        |
| Internet/Medien         | 366                | 2.5        | 364          | 3.2        | 51                  | 0.3        | 7            | 0.6        |
| Esstörungen             | 357                | 2.4        | 190          | 1.7        | 211                 | 1.4        | 11           | 0.9        |
| andere Verhaltensweisen | 118                | 0.8        | 409          | 3.6        | 74                  | 0.5        | 1            | 0.1        |
| <b>Total</b>            | <b>14736</b>       | <b>100</b> | <b>11300</b> | <b>100</b> | <b>14651</b>        | <b>100</b> | <b>1260</b>  | <b>100</b> |

\* OAT-Behandlungen in Arztpraxen sind von der Institutionenbefragung nicht erfasst.

Ermittlung der Anzahl der im Vorjahr (2024) eingetretenen Personen und andererseits auf die Gesamtbeanspruchung des Hilfesystems an einem definierten Stichtag (in einer üblichen Betriebszeit).

Die Ergebnisse von Tagesstrukturen 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 opioid-gestützter Behandlung (HeGeBe und OAT) mitgezählt. Hier sei daran erinnert, dass Opioid-Agonisten-Therapien (OAT) bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten von der Institutionenbefragung nicht erfasst sind. Zusätzlich wird danach unterschieden, ob eine medizinische, über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) finanzierte Ausrichtung vorliegt oder eine psychosoziale (nicht-KVG-finanzierte) Ausrichtung.

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 OAT-Behandlungen in Arztpraxen (N=7'296), zu den auf Verhalten spezialisierten Angeboten (N=328) und zu den Tagesstrukturen (N=329) dazu genommen, ergibt sich eine Gesamtschätzung von circa 48'000 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                 | 6829               | 29.9       | 8858         | 60.7       | 766                 | 51.6       | 388          | 43.4       |
| Cannabis                | 1789               | 7.8        | 1395         | 9.6        | 119                 | 8.0        | 64           | 7.2        |
| Opioide**               | 8227               | 36.0       | 470          | 3.2        | 116                 | 7.8        | 108          | 12.1       |
| Kokain                  | 2099               | 9.2        | 1257         | 8.6        | 223                 | 15.0       | 243          | 27.2       |
| andere Stimulanzien     | 442                | 1.9        | 205          | 1.4        | 23                  | 1.5        | 20           | 2.2        |
| Hypnotika/Sedativa      | 1048               | 4.6        | 214          | 1.5        | 95                  | 6.4        | 18           | 2.0        |
| Halluzinogene           | 77                 | 0.3        | 42           | 0.3        | 11                  | 0.7        | 7            | 0.8        |
| flüchtige Stoffe        | 2                  | 0.0        | 7            | 0.0        | 1                   | 0.1        | 0            | 0.0        |
| Tabak                   | 572                | 2.5        | 389          | 2.7        | 46                  | 3.1        | 24           | 2.7        |
| andere Substanzen       | 388                | 1.7        | 166          | 1.1        | 8                   | 0.5        | 3            | 0.3        |
| Gambling, Glückspiel    | 393                | 1.7        | 582          | 4.0        | 9                   | 0.6        | 4            | 0.4        |
| Internet/Medien         | 338                | 1.5        | 322          | 2.2        | 3                   | 0.2        | 7            | 0.8        |
| Essstörungen            | 349                | 1.5        | 190          | 1.3        | 50                  | 3.4        | 3            | 0.3        |
| andere Verhaltensweisen | 291                | 1.3        | 508          | 3.5        | 14                  | 0.9        | 4            | 0.4        |
| <b>Total</b>            | <b>22844</b>       | <b>100</b> | <b>14605</b> | <b>100</b> | <b>1484</b>         | <b>100</b> | <b>893</b>   | <b>100</b> |

\* Festgelegter Stichtag: Mittwoch, 19. März 2025

\*\* OAT-Behandlungen in Arztpraxen sind von der Institutionenbefragung nicht erfasst.

## 2. Methodische Aspekte

### 2.5 Untergruppen

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)) und in den Niederlanden ([www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers](http://www.ladis.eu/nl/over-ladis/kerncijfers)).

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 86.8% der gesamten registrierten Eintritte 2024 aus. Es handelt sich um folgende Kategorien:

1. Alkohol
  2. Opioide [missbräuchlich] (Heroin, Methadon, Buprenorphin, Fentanyl, andere Opioide)
  3. Kokain (Kokain-Pulver, Crack, anderer Typ) und
  4. Cannabis.
- Die Fallzahlen der restlichen Untergruppen sind wesent-

lich kleiner und schränken die Analysemöglichkeiten erheblich ein. Folglich wird das Profil der 2024 erfassten Klienten und Klientinnen, welche andere Stimulanzien als Kokain, 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

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 2024

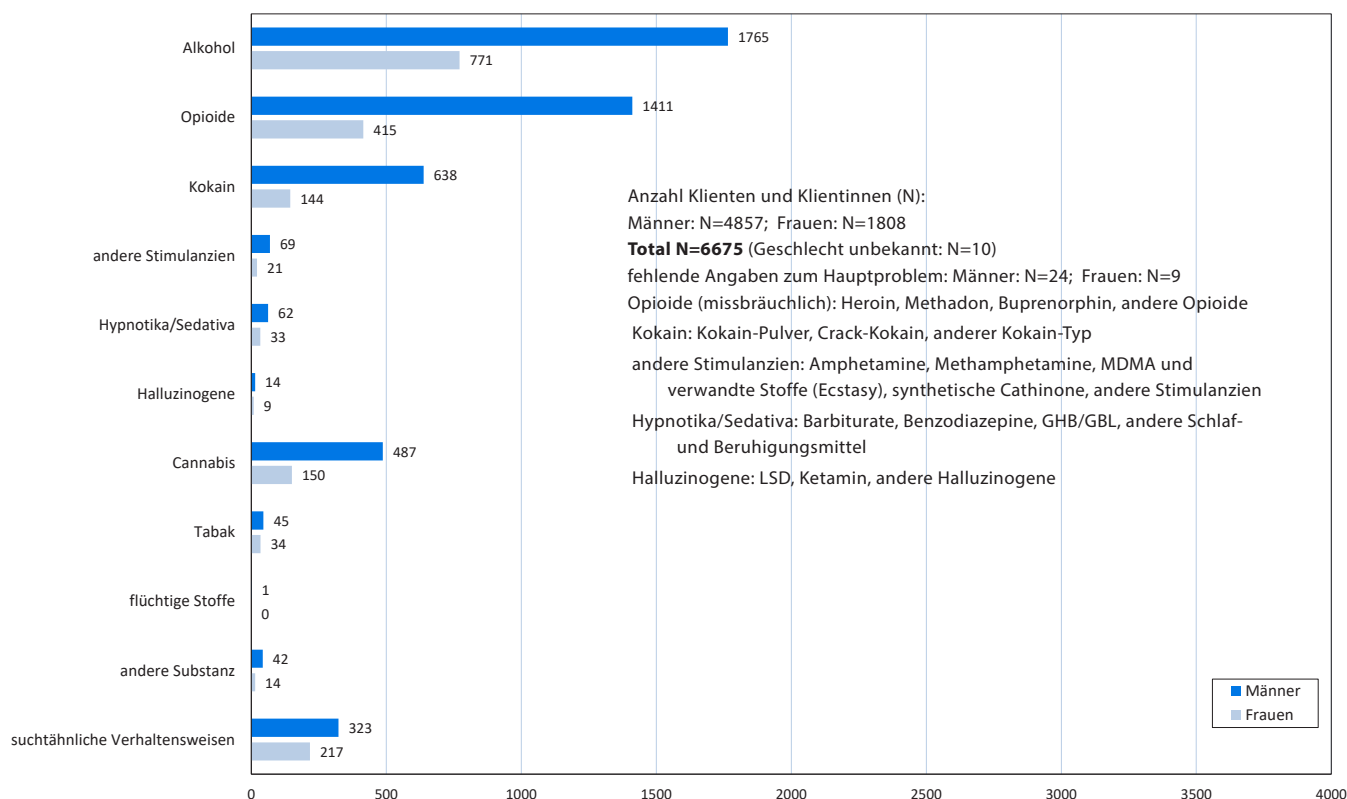
Im vorliegenden Kapitel werden die Haupteergebnisse der 2024 im Rahmen vom Monitoring *act-info* gesammelten Ein- und Austrittsdaten zusammengefasst. Sämtliche ausgewerteten Ergebnisse werden im separaten Tabellenband wiedergegeben (siehe Kapitel 1).

#### 3.1 Datenbasis: Registrierte Eintritte und Hauptproblem

In Grafik 1 wird die Verteilung des Hauptproblems unter den im Jahre 2024 registrierten Klientinnen und Klienten dargestellt. Dabei handelt es sich um substanzgebundene Probleme oder um suchtmännliche Verhaltensweisen wie z.B. pathologisches Spielen. Aufgrund der 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, Kokain und Cannabis angegeben haben. Wie schon erwähnt, stellen diese vier Substanzgruppen 86.8% 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 (2024)**

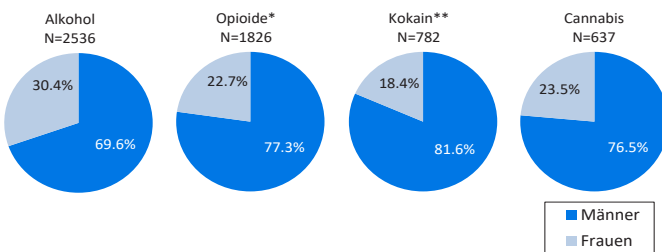


3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2024

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 30.4% ist er in der Hauptproblemgruppe „Alkohol“ am höchsten und mit 18.4% in der Hauptproblemgruppe „Kokain“ am geringsten.

Grafik 2  
Registrierte Klienten und Klientinnen bei Eintritt nach Hauptproblem (2024)

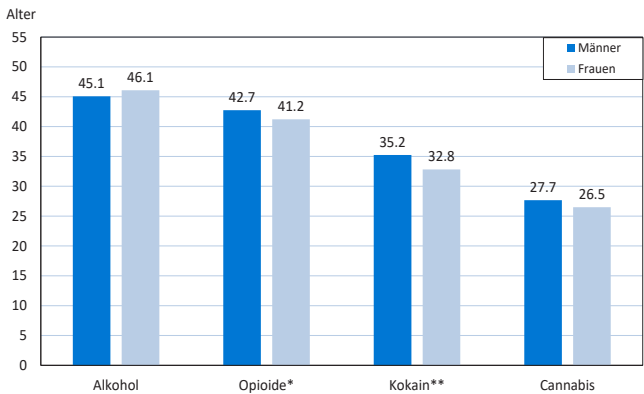


\* Opiode (missbräuchlich): Heroin, Methadon, Buprenorphin, andere Opiode  
\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

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 45.1 Jahren (Männer) bzw. 46.1 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: 27.7 Jahre; Frauen: 26.5 Jahre).

Grafik 3  
Durchschnittsalter der Klienten und Klientinnen bei Eintritt nach Hauptproblem (2024)

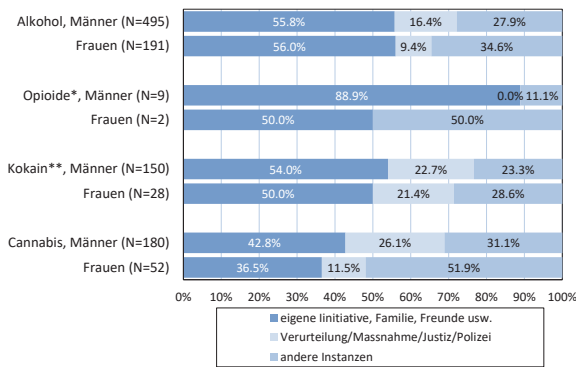


|                                                                          |      |      |      |      |     |     |      |      |
|--------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|-----|-----|------|------|
| N                                                                        | 1760 | 707  | 1411 | 415  | 638 | 143 | 483  | 150  |
| StAbw                                                                    | 12.9 | 13.6 | 12.0 | 12.6 | 9.6 | 9.1 | 10.5 | 11.0 |
| * Opiode (missbräuchlich): Heroin, Methadon, Buprenorphin, 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, Opioide 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. Der Anteil der Eigeninitiative bzw. der Motivation durch andere nahestehende Personen ist in der Problemgruppe „Cannabis“ auch relativ hoch (42.8% bei den Männern und 36.5% bei den Frauen). Zudem spielten hier bei den Männern gerichtliche Massnahmen mit 26.1% eine wichtige Rolle, während bei den Frauen andere Instanzen (z.B. medizinische oder soziale Dienste) von grosser Bedeutung waren (51.9%). Eine ausführliche Darstellung der Vermittlungen aller 2024 eingetretenen registrierten Klienten und Klientinnen findet sich im separaten Tabellenband.

Grafik 4  
Primäre zuweisende Instanz bei Erstbehandlungen nach Hauptproblem (2024)



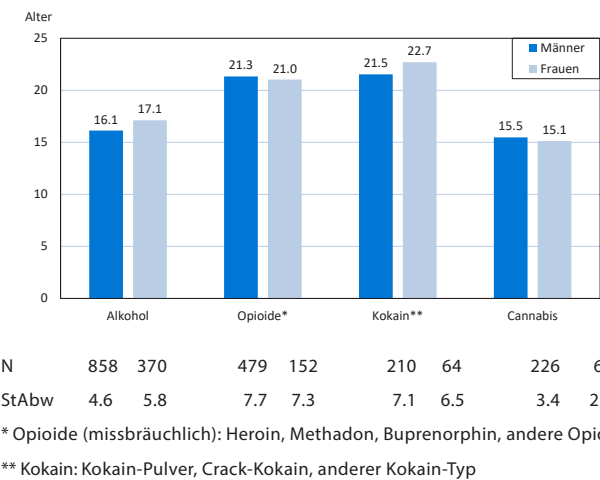
Filter: Nur Personen ohne bisherige Behandlungen, Beratungen oder Betreuungen wegen Suchtproblemen: N=1107  
\* Opioide (missbräuchlich): Heroin, Methadon, Buprenorphin, andere Opioide  
\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

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 sechs Jahre früher als der Erstkonsum von Opioden und sieben 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 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 (2024)



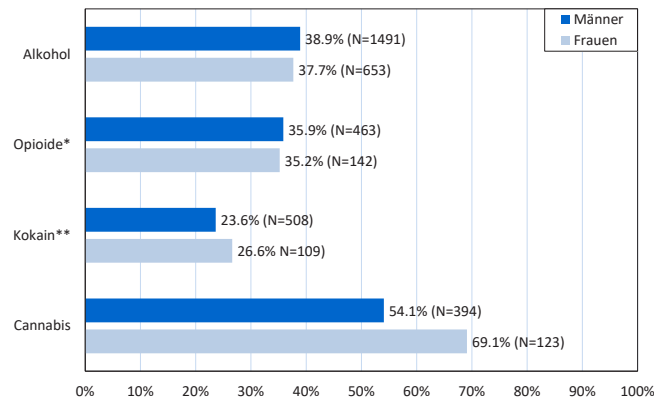
3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2024

3.6 Täglicher Konsum vor Eintritt

Grafik 6 gibt die Anteile der Klienten und Klientinnen im Berichtsjahr wieder, die einen täglichen Konsum ihrer Hauptproblemsubstanz in den 30 Tagen vor Eintritt angaben.

Fast 40% 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 in OAT-Behandlung 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 24% der Männer und 27% der Frauen dieser Gruppe). Dies könnte mit einem unterschiedlichen Konsumdruck, Preisaspekten und dem teilweise freizeitorientierten Charakter des Kokainkonsums (Wochenendkonsum) zusammenhängen. Bei Cannabis als Hauptproblem gaben mehr als die Hälfte der Personen an, 30 Tage vor Eintritt täglich konsumiert zu haben. Dabei ist insbesondere auf den grossen Anteil von Frauen zu verweisen, die einen täglichen Gebrauch berichteten (69.1% gegenüber 54.1% bei den Männern). Bei den anderen Substanzgruppen sind die Geschlechtsunterschiede weniger ausgeprägt.

Grafik 6  
Täglicher Konsum vor Eintritt nach Geschlecht und Hauptproblem (2024)



\* Opioid (missbräuchlich): Heroin, Methadon, Buprenorphin, andere Opioid  
\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ  
Referenzzeit: letzte 30 Tage vor Eintritt (bzw. vor Entzug oder Inhaftierung)

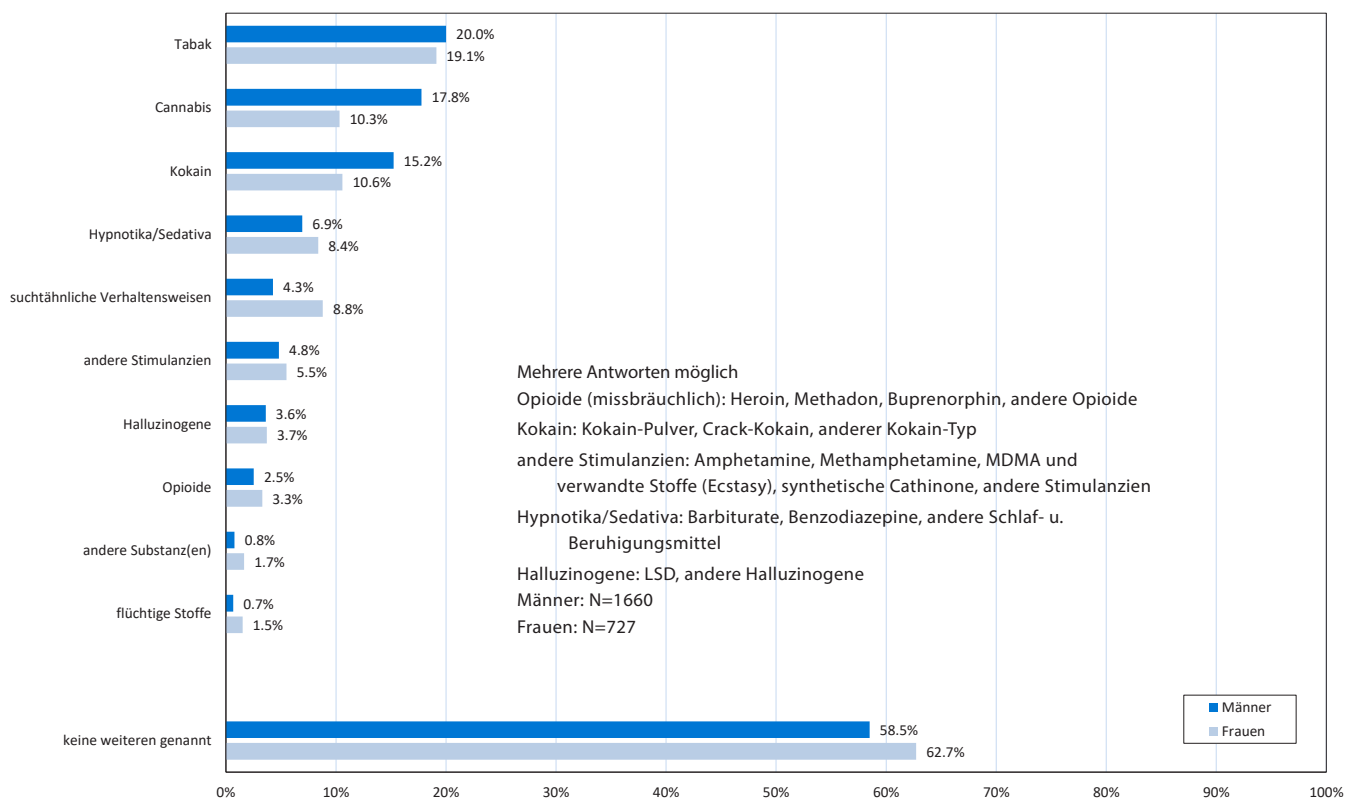
### 3.7 Weitere Suchtprobleme bei Eintritt

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 am häufigsten auftretenden Hauptproblemgruppen „Alkohol“ (7A), „Opiode“ (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 am häufigsten Tabak als weiteres Suchtproblem genannt, gefolgt von Cannabis und Kokain (7A). Bei mehr als der Hälfte der Klienten und Klientinnen dieser Gruppe werden keine weiteren Suchtprobleme berichtet.

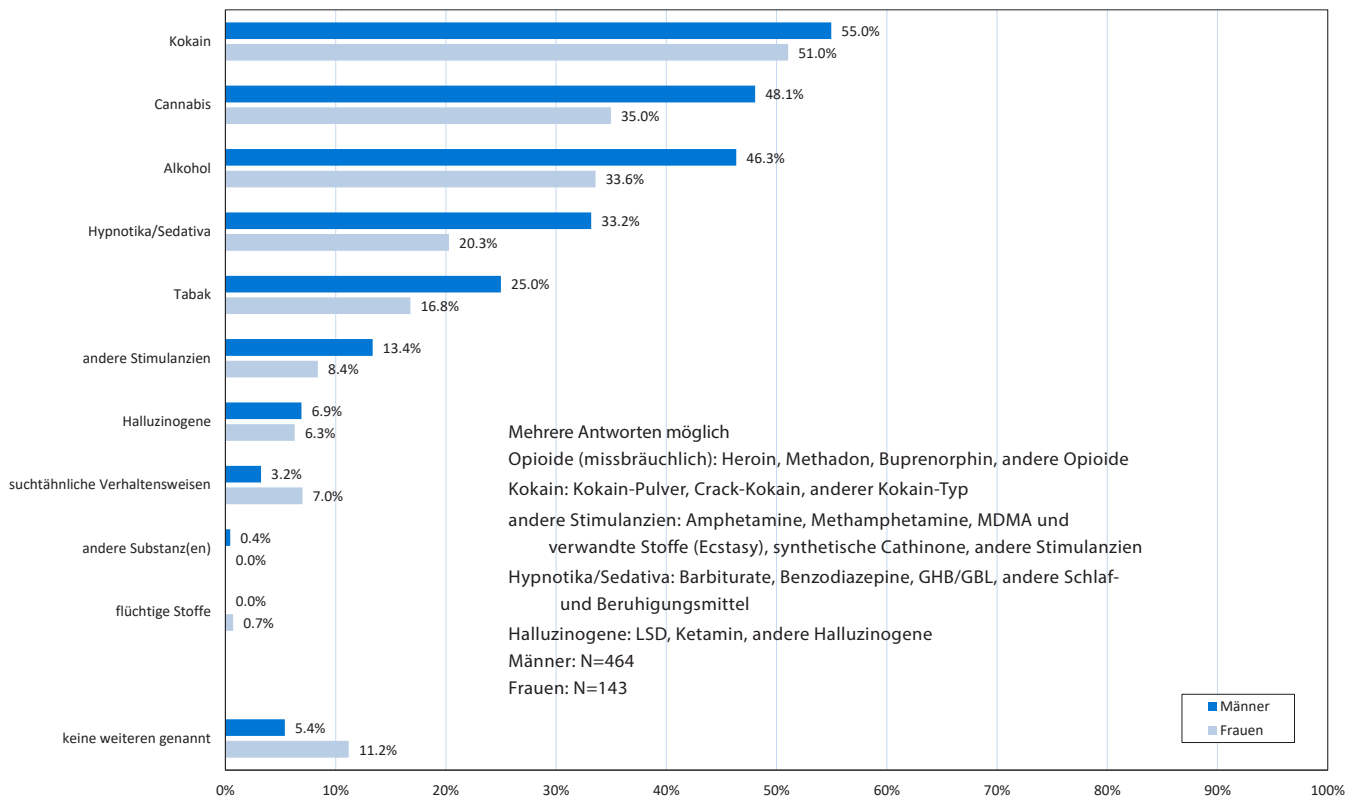
**Grafik 7A**  
**Hauptproblem Alkohol: Weitere Suchtprobleme der Klienten und Klientinnen vor Eintritt (2024)**



### 3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2024

Grafik 7B

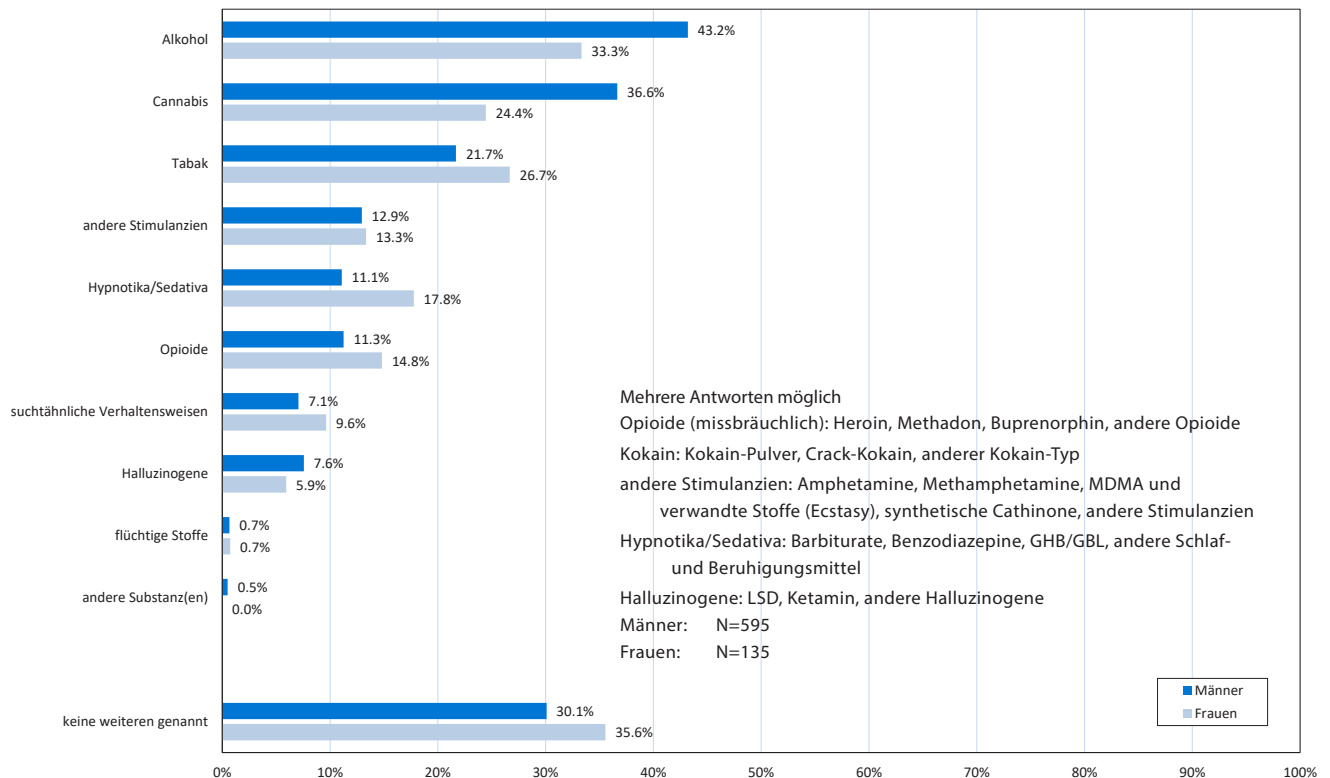
#### Hauptproblem Opiode: Weitere Suchtprobleme der Klienten und Klientinnen vor Eintritt (2024)



Die Klientengruppe mit Hauptproblem „Opiode“ fällt durch verschiedene zusätzliche Suchtprobleme auf: Kokain wurde am häufigsten genannt, gefolgt von Cannabis und Alkohol, und mit einigem Abstand kommen Schlaf-/Beruhigungsmittel und Tabak hinzu (7B). Auffällig ist, dass die Anteile bei den Männern höher sind als bei den Frauen. Der Anteil Klienten und Klientinnen ohne weitere Suchtprobleme ist insgesamt relativ gering (weniger als eine von zehn Personen dieser Gruppe), wobei er bei den Frauen etwas höher ist als bei den Männern.

**Grafik 7C**

**Hauptproblem Kokain: Weitere Suchtprobleme der Klienten und Klientinnen vor Eintritt (2024)**

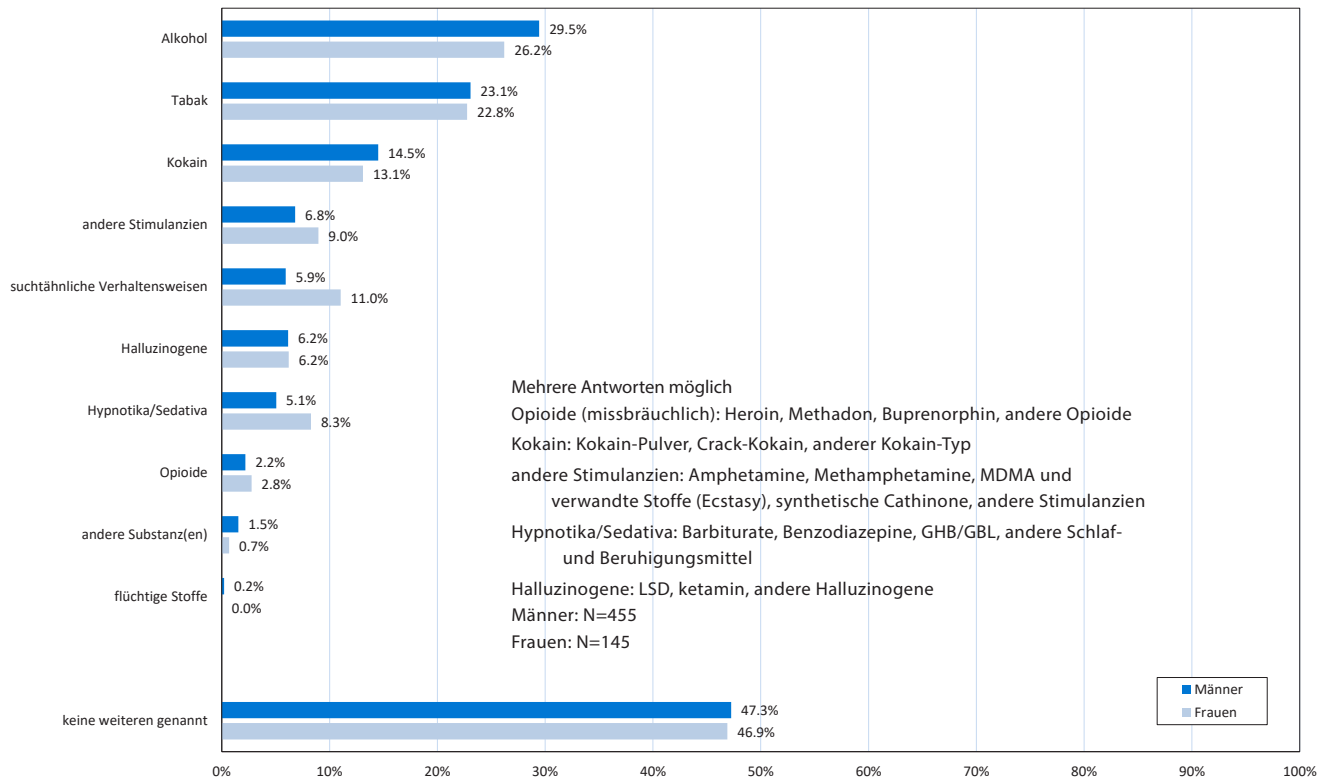


Auch die Klientengruppe mit Hauptproblem „Kokain“ ist häufig mehrfach belastet. Zusätzlich wurden am häufigsten, und insbesondere von Männern, Alkohol und Cannabis genannt, während Tabak an dritter Stelle steht (7C). Ausserdem gibt es einen erhöhten Anteil mit zusätzlichen Suchtproblemen wegen anderer Stimulanzien, Opioiden und Schlaf-/Beruhigungsmitteln, wobei v.a. letztere mehr von Frauen genannt wurden. Insgesamt berichtete knapp ein Drittel der Personen keine weiteren Suchtprobleme.

### 3. Profil der Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2024

Grafik 7D

#### Hauptproblem Cannabis: Weitere Suchtprobleme der Klienten und Klientinnen vor Eintritt (2024)

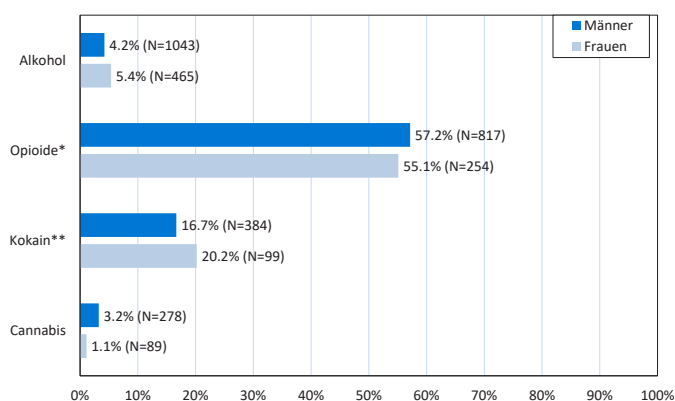


Bei der Klientengruppe mit Hauptproblem „Cannabis“ wurden seltener zusätzliche Suchtprobleme genannt als bei den Gruppen mit Opioiden oder Kokain als primäre Substanz. Die legalen Substanzen Alkohol und Tabak wurden dabei am häufigsten erwähnt, gefolgt von Kokain (7D). Fast die Hälfte der Personen dieser 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) (2024)**

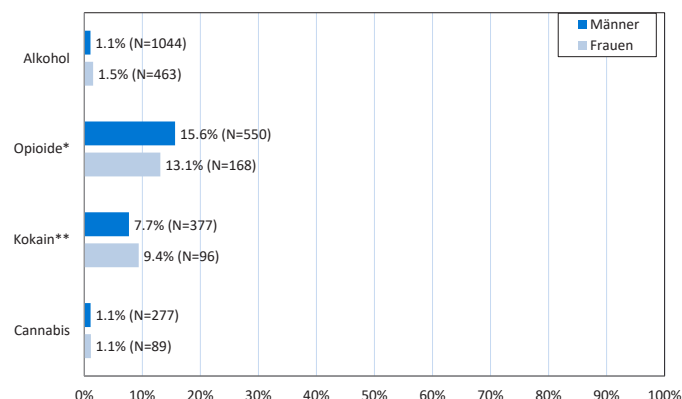


\* Opiode (missbräuchlich): Heroin, Methadon, Buprenorphin, andere Opiode

\*\* 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) (2024)**



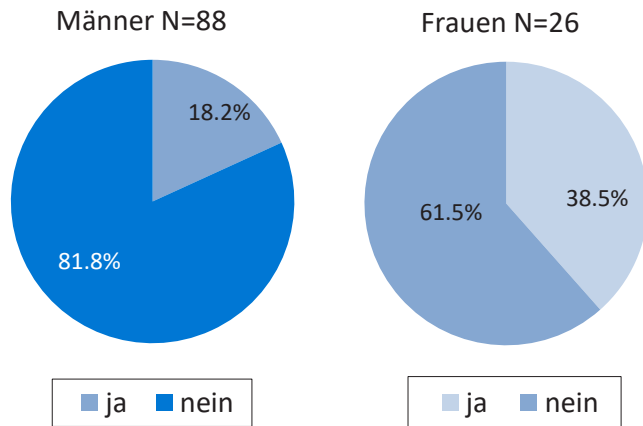
\* Opiode (missbräuchlich): Heroin, Methadon, Buprenorphin, andere Opiode

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

Knapp 15% der Personen aus der Gruppe mit Opioiden als Hauptproblem berichteten von Injektionserfahrungen im Jahr vor ihrem Eintritt, wobei der Anteil bei den Frauen etwas niedriger ist (Grafik 8B). Bei der Gruppe mit Kokain als Hauptproblem liegt der Anteil hingegen bei den Frauen (9.4%) ein wenig höher als bei den Männern (7.7%). 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 2024

**Grafik 9**  
**Gemeinsame Nutzung von Injektionsmaterial bei injizierenden Klienten und Klientinnen in den 12 Monaten vor Eintritt (2024)**



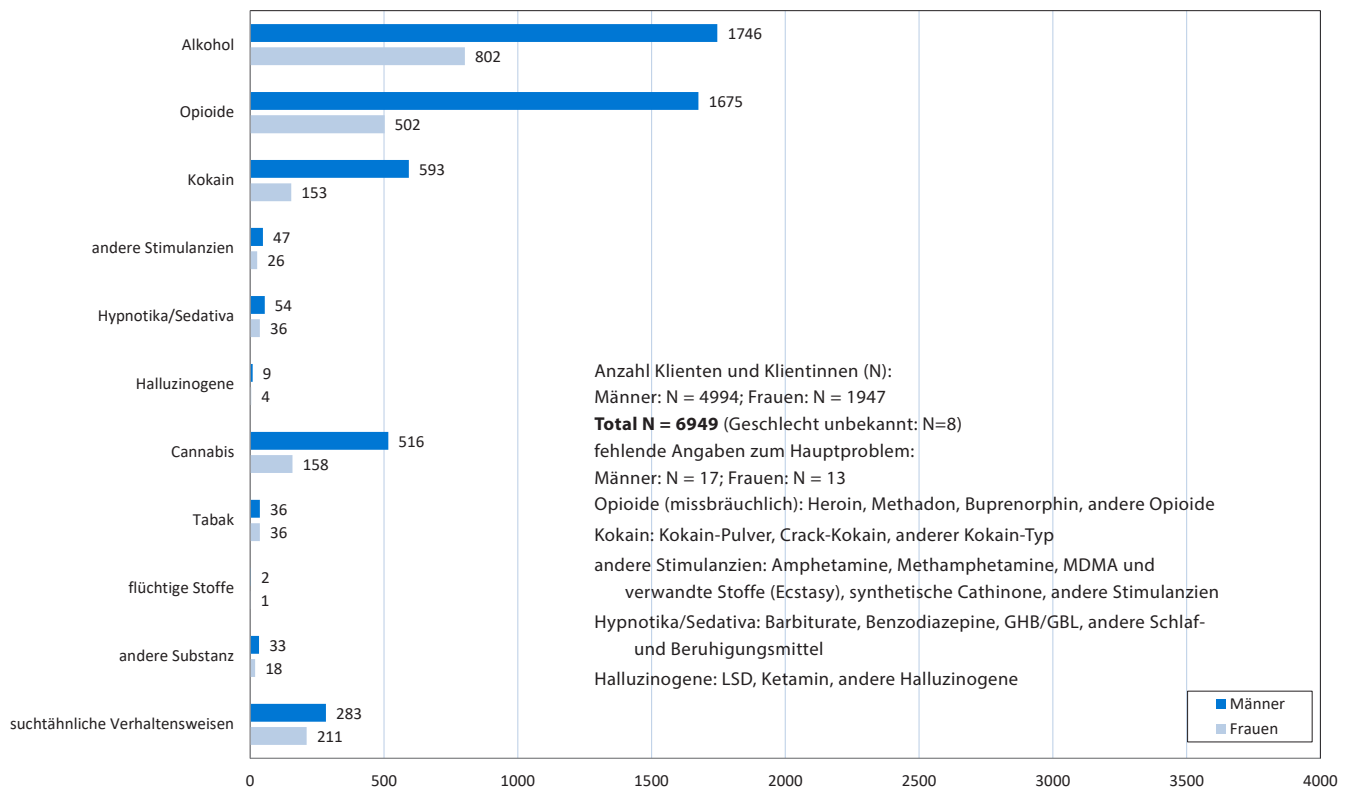
Grafik 9 gibt für alle Klienten und Klientinnen mit Injektionserfahrung in den letzten 12 Monaten vor Eintritt Auskunft darüber, ob sie in diesem Zeitraum Nadeln oder Spritzen mit anderen Personen gemeinsam benutzt haben. In der Grafik sind alle Hauptproblemgruppen zusammengefasst. Fast 20% der intravenös konsumierenden Männer und nahezu 40% der intravenös konsumierenden Frauen gaben an, Nadeln oder Spritzen mit anderen Personen gemeinsam benutzt haben. Angesichts der Gefahr von HIV- oder Hepatitisvirus-Infektionen handelt es sich um sehr hohe Anteile, auch wenn die Resultate wegen der niedrigen Fallzahlen mit Vorsicht zu betrachten sind.

### 3.9 Datenbasis: Registrierte Austritte und Hauptproblem

Im Jahr 2024 hat das Monitoringsystem act-info insgesamt 6979 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. Zudem gab es eine erhöhte Zahl von männlichen Austritten mit dem Hauptproblem Opiode.

**Grafik 10**  
**Hauptproblem bei Eintritt der austretenden Klienten und Klientinnen (2024)**



## 4. Entwicklung bis 2024

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 Interpretation 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 2024 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 Institutionen 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 bis 2018 ist ein erneuter Zuwachs zu beobachten, welcher sich in den 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, sowie in jüngerer Zeit im stationären Teilbereich Residalc. Einige merkliche Schwankungen im OAT-Bereich tragen ebenfalls zum allgemeinen Bild bei. Der Rückgang der Fälle seit dem Jahr 2023 hängt mit einer Änderung der Teilnahmemodalitäten einer grösseren Einrichtung im ambulanten Bereich zusammen, sowie mit einem Teilnahmeverzicht einzelner Institutionen.

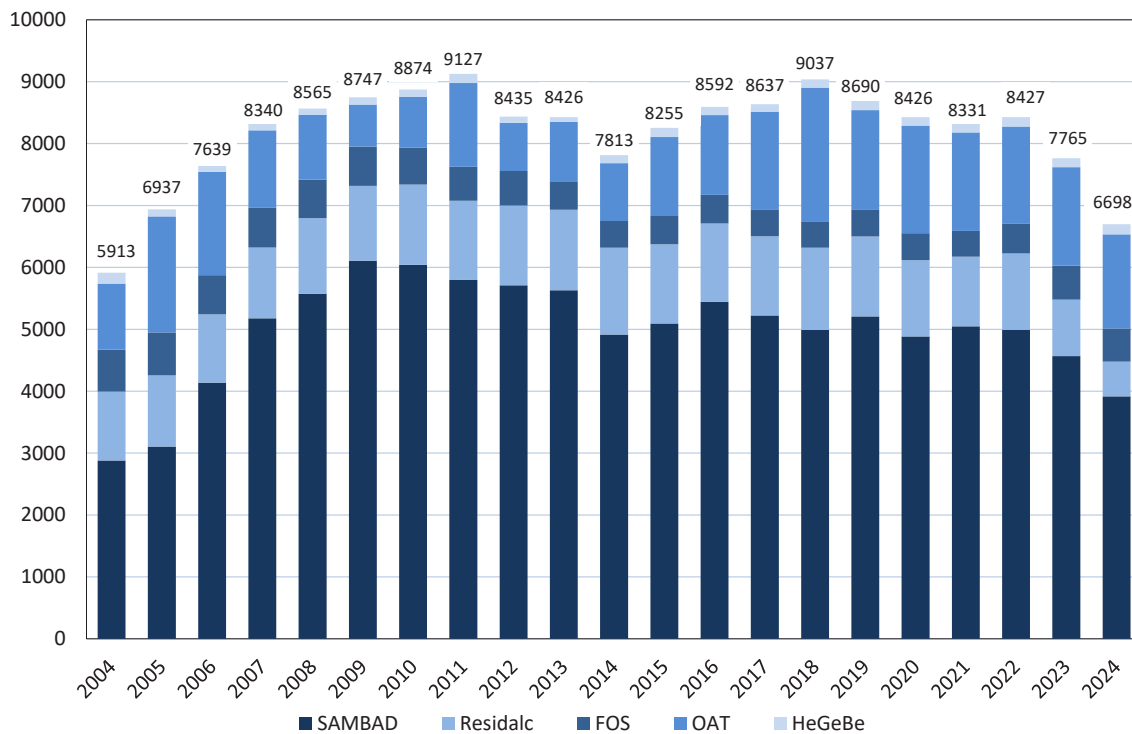
Aufgrund der grossenteils freiwilligen Beteiligung am Monitoringsystem und der damit einhergehenden Schwankungen in der Teilnahme dürfen die in Grafik 11A dargestellten jährlichen Fallzahlen nicht als Trend der tatsächlichen Beanspruchung des Suchthilfesystems gedeutet werden. Sie spiegeln vermutlich 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). Um zu grosse Datenverluste zu vermeiden, wurde hier eine kürzere Rückblickperiode von zwölf Jahren gewählt. Die dargestellte Entwicklung dürfte den tatsächlichen Tendenzen in der Behandlungsnachfrage mehr entsprechen, wobei der Rückgang seit 2023 wesentlich mit den oben erwähnten geänderten Teilnahmemodalitäten einer Institution zusammenhängt. 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.

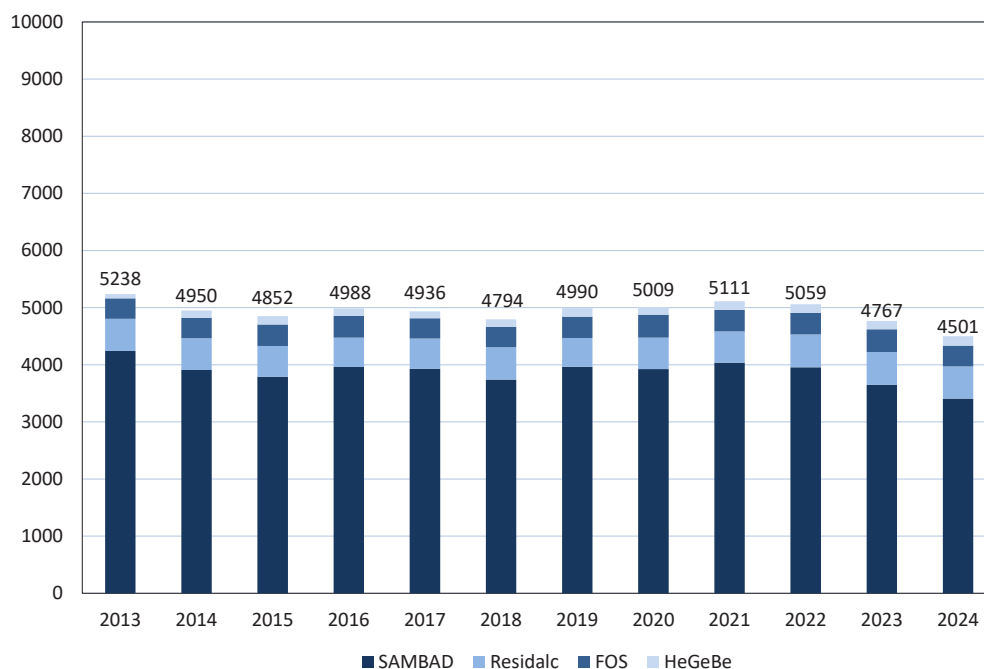
**Grafik 11A**

**Anzahl der jährlich durch act-info registrierten Personen bei Eintritt und Aufteilung nach Teilstatistik (2004-2024)**



**Grafik 11B**

**Anzahl der jährlich durch act-info registrierten Personen bei Eintritt aus Institutionen mit stetiger Datenlieferung nach Teilstatistik (2013-2024)**



## 4. Entwicklung bis 2024

### 4.2 Entwicklung der relativen Anteile der Hauptproblemsubstanzen im illegalen Drogenbereich (1997-2024)

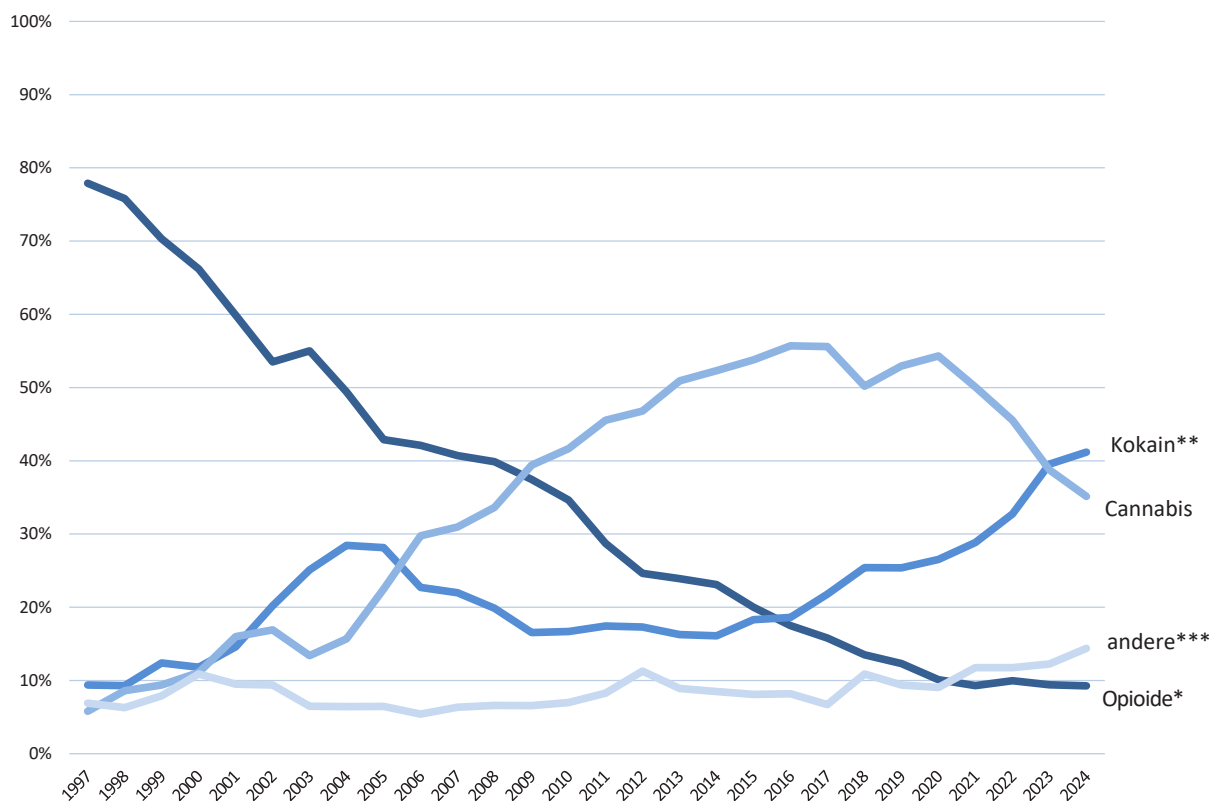
Als Datenquelle für einen ersten längerfristigen Rückblick im Suchthilfebereich (meist psychosoziale Ansätze) dienen die von SAMBAD und act-info-FOS registrierten Eintritte (nur Probleme mit illegalen Substanzen). In beiden Bereichen besteht in Bezug auf den Kernindikator eine hinreichend gute Vergleichbarkeit 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 Opioide, 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 opioidbedingtes Hauptproblem. Im weiteren Verlauf wird ein ziemlich gleichmässiger

Rückgang des Anteils dieser Eintritte beobachtet, welche 2024 knapp unter 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 drei Jahren ein deutlicher Rückgang (2024: 35.2%) 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, die 2024 (41.2%) die cannabisbedingten Eintritte übertrafen. 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 Opioide.

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) (1997-2024)



Für jedes Erhebungsjahr ist das Total 100 %.

Ohne Daten aus den Teilstatistiken OAT, HeGeBe und Residalc.

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

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

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

### 4.3 Entwicklung der gesamten Behandlungsnachfrage nach Hauptproblem (2013-2024)

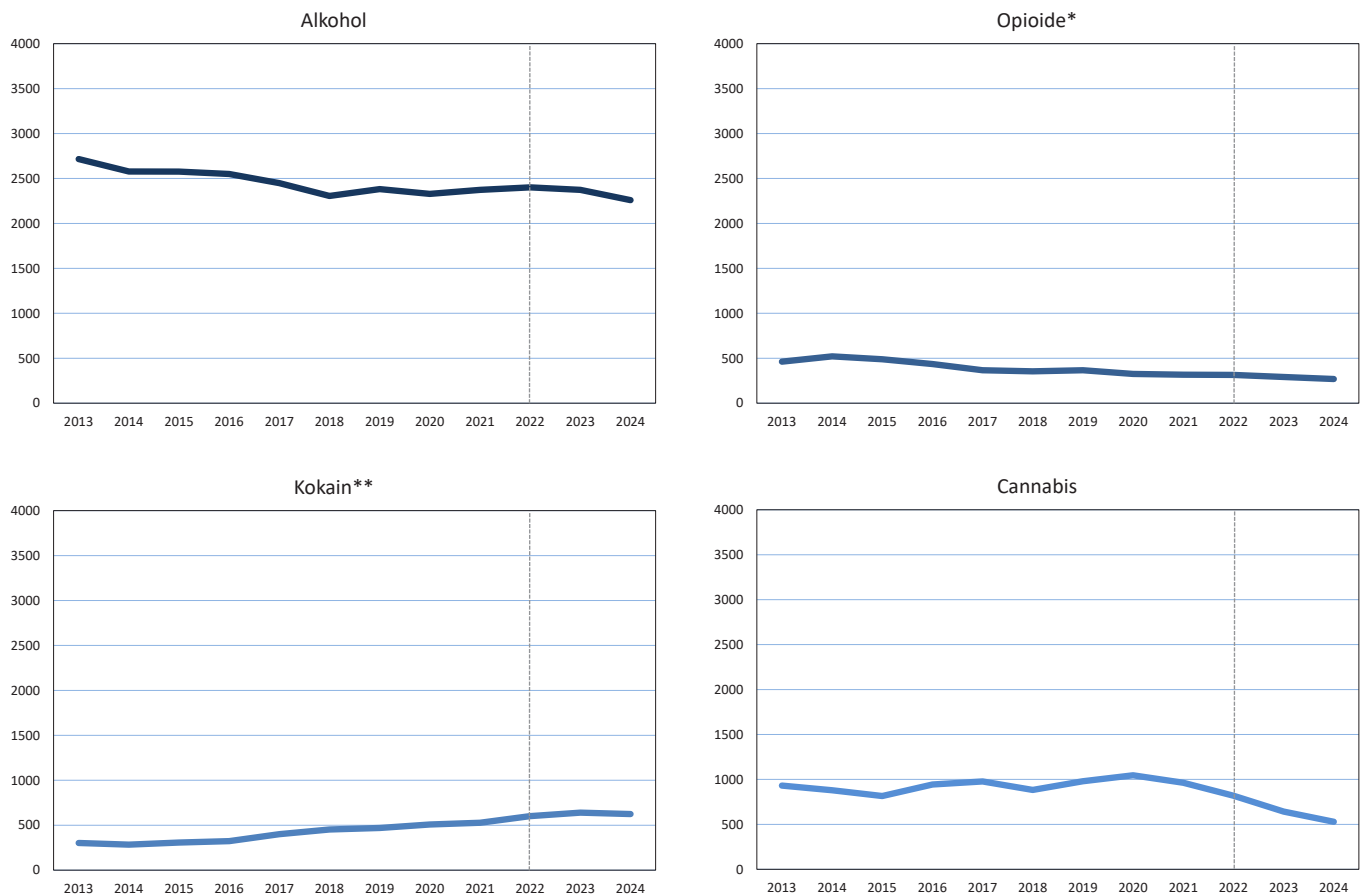
Um die aktuelle Entwicklung der problembezogenen Behandlungsnachfrage (Eintritte) im Bereich der Suchthilfe unabhängig von gegenseitigen Einflüssen und möglichst ohne teilnahmebedingte Verzerrungen zu verfolgen, wurden absolute Zahlen von Klientinnen und Klienten – also keine Anteile mehr – nach Hauptproblem (Alkohol, Opioide, Kokain und Cannabis) für eine Auswahl von Institutionen, die über die gewählte Beobachtungszeit (2013 bis 2024) Daten lieferten, ermittelt. Die Betrachtung eines kürzeren Zeitfensters erlaubt es, den Verlust an Fallzahlen zu begrenzen. Es sei erwähnt, dass der Bereich der OAT-Behandlungen hier nicht einbezogen werden konnte, da die Information über die Teilnahme Konstanz bis 2015 nicht verfügbar war. Unter diesen Bedingungen konnten für diese Berechnungen 59.4% 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 Behandlungs-

nachfrage hinsichtlich der Entwicklung - jedoch nicht des Umfangs - am besten nachgezeichnet werden. Aufgrund des begrenzten Anteils der berücksichtigten Einrichtungen steht die Entwicklung der Kurven im Vordergrund und nicht die absoluten Zahlen. Dabei ist die Entwicklung seit dem Jahr 2023 mit Vorsicht zu betrachten, da eine Änderung in den Teilnahmemodalitäten einer grösseren Einrichtung zu einem Rückgang der berichteten Fälle führte.

Die Behandlungsnachfrage für Alkohol als Hauptproblem hat bis 2018 abgenommen und zeigt seitdem leichte Schwankungen (Index 2013-2024: -16.8%). Die Behandlungsnachfrage für Opioide als Hauptproblem zeigt eine weitgehend abnehmende Tendenz (Index 2013-2024: -41.8%). Die Behandlungsnachfrage für primär cannabisbezogene Probleme weist einen deutlichen Rückgang seit 2021 auf (Index 2013-2024: -43.2%). Dieser steht in Verbindung mit einer Abnahme von Zuweisungen Minderjähriger durch die Justiz (vgl. 4.6). Die Behandlungsnachfrage für kokainbezogene Hauptprobleme hingegen erfährt eine deutliche Zunahme (Index 2013-2024: +105.9%), 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 2013-2024)**



2023: Datenbruch aufgrund geänderter Teilnahmemodalitäten einer grösseren Einrichtung (Rückgang der berichteten Fälle).

\* Opioide (missbräuchlich): Heroin, Methadon, Buprenorphin, andere Opioide; ohne Daten aus der Teilstatistik OAT

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

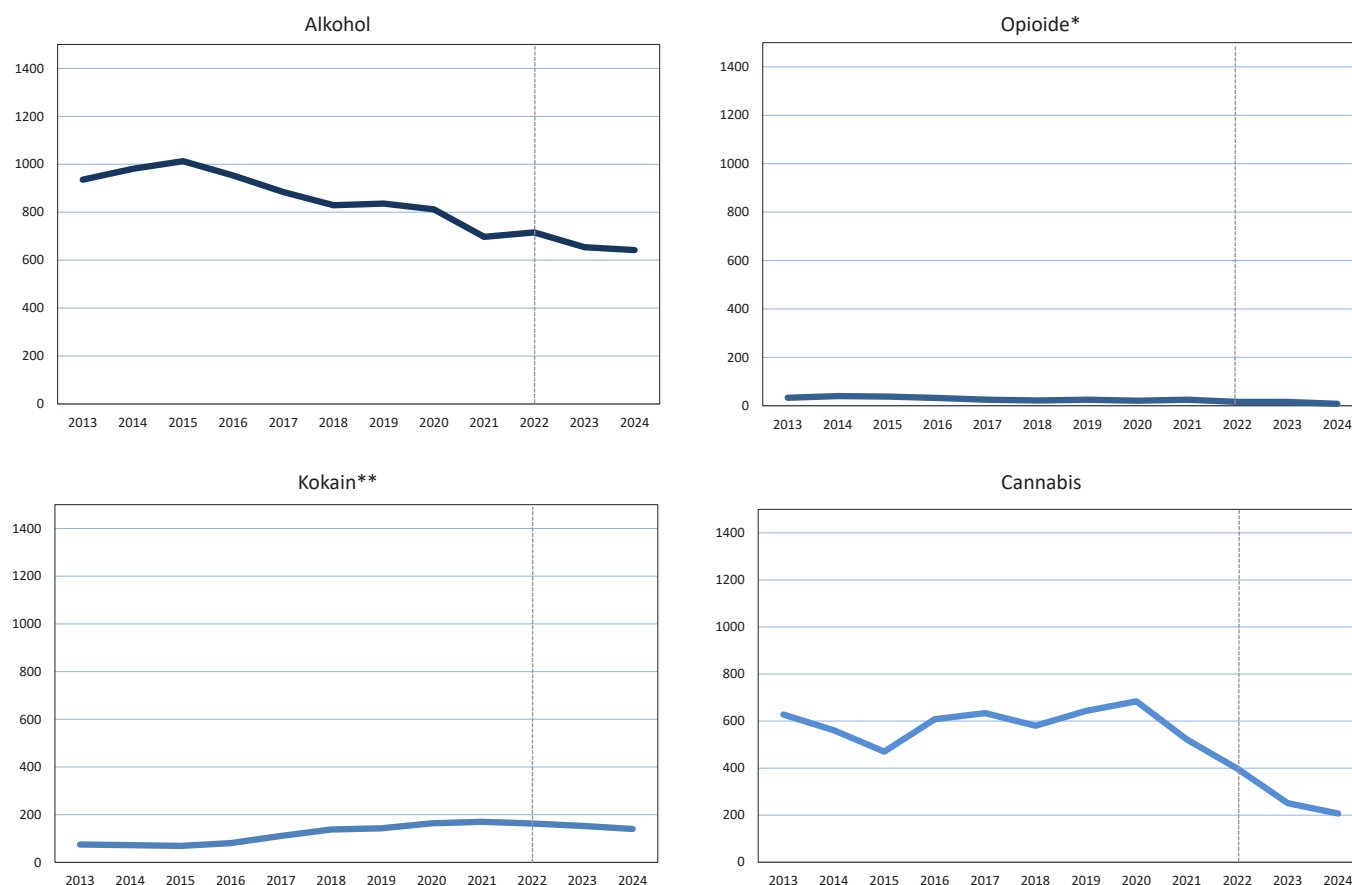
## 4. Entwicklung bis 2024

### 4.4 Entwicklung der Erstbehandlungen nach Hauptproblem (2013-2024)

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 2024 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. Bei der Interpretation der Entwicklung seit dem Jahr 2023 ist, wie oben erwähnt, wegen der geänderten Teilnahmemodalitäten einer grösseren Einrichtung Vorsicht geboten.

**Grafik 14**

**Entwicklung der Anzahl der Erstbehandlungen für Suchtprobleme, nach Hauptproblem (ausschliesslich Einrichtungen mit konstanter Datenlieferung über die Beobachtungszeit 2013-2024)**



2023: Datenbruch aufgrund geänderter Teilnahmemodalitäten einer grösseren Einrichtung (Rückgang der berichteten Fälle).

\* Opiode (missbräuchlich): Heroin, Methadon, Buprenorphin, andere Opiode; ohne Daten aus der Teilstatistik OAT

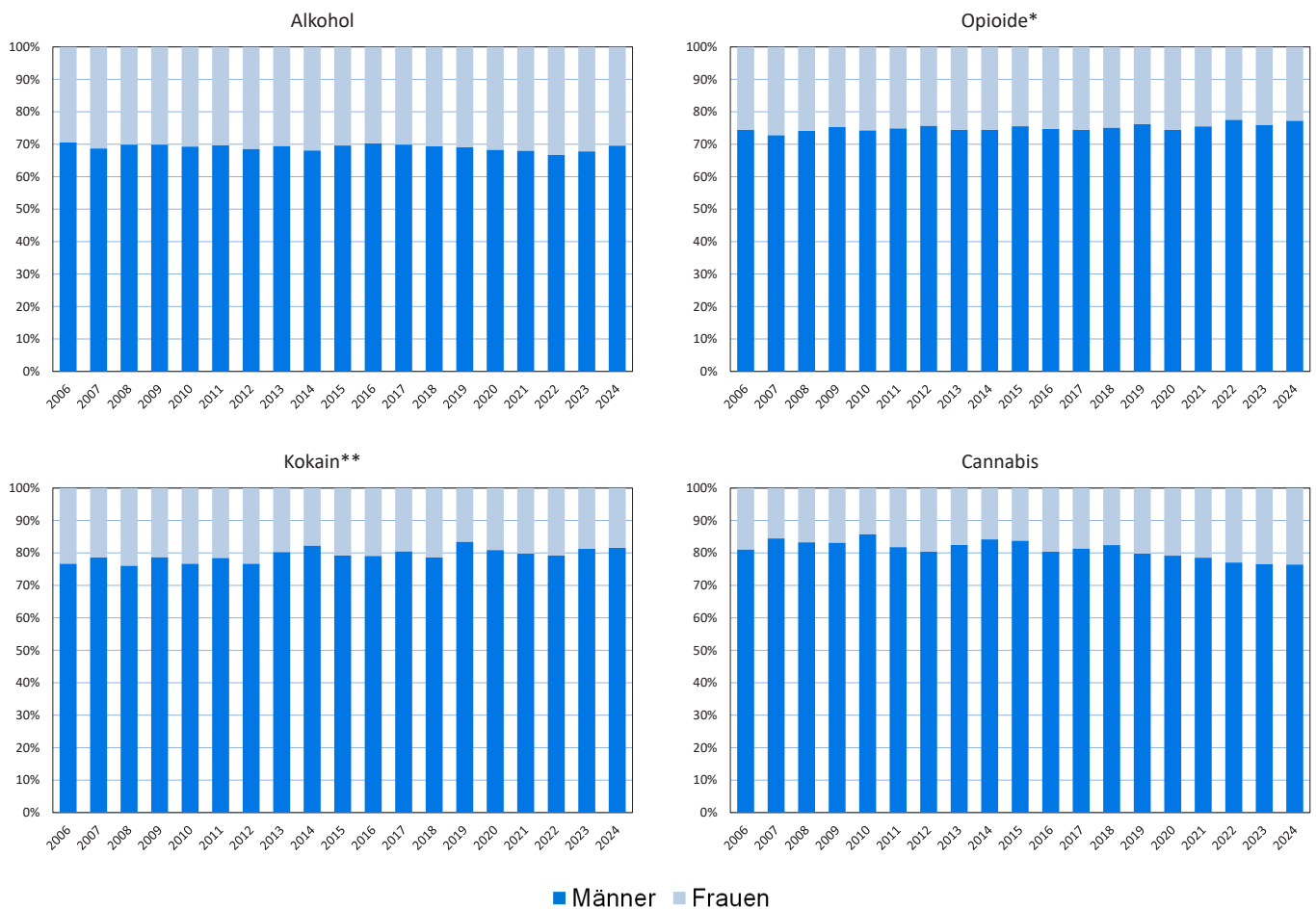
\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

In Grafik 14 wird die Anzahl der allerersten Behandlungen nach Hauptproblem dargestellt. Die Verläufe ähneln in weiten Teilen denen der Gesamtzahlen (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 allgemein abnehmenden Tendenz (Index 2013-2024: -31.4%). Die Entwicklung der Erstbehandlungen wegen Opioiden als Hauptproblem zeigt bei relativ niedrigen Zahlen eine allgemein abnehmende Tendenz (Index: 2013-2024: -75.8%). Bei den Erstbehandlungen wegen Kokain als Hauptproblem zeigt sich hingegen eine beachtliche Zunahmetendenz, wobei der leichte Rückgang der letzten Jahre mit dem Datenbruch verbunden sein könnte (Index 2013-2024: +86.7%). Bei Erstbehandlungen wegen Cannabis als Hauptproblem gibt es einen starken Rückgang seit 2020 (Index 2013-2024: -67.0%), der mit einer Abnahme von Zuweisungen durch die Justiz zusammenhängt (vgl. 4.6).

#### 4.5 Geschlechtsverteilung nach Hauptproblem (2006-2024)

In Grafik 15 werden die Anteile der Männer und Frauen nach Hauptproblem bei Eintritt für die vom Monitoring act-info zwischen 2006 und 2024 registrierten Klientinnen und Klienten dargestellt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Geschlechtsverteilung bei Eintritten mit Alkohol als Hauptproblem (Frauenanteil etwa 30%) relativ stabil bleibt. Bei Opioiden als Hauptproblem sind die Anteile auch relativ stabil mit einem Frauenanteil von etwa einem Viertel. Stärkere Schwankungen werden bei den beiden anderen Gruppen beobachtet. So schwankt der Frauenanteil zwischen 16.5% (2019) und 23.9% (2008) bei den Betroffenen mit Kokain als Hauptproblem und zwischen 14.2% (2010) und 23.5% (2024) bei denjenigen mit primären cannabisbezogenen Problemen. Der Frauenanteil ist über die gesamte Beobachtungszeit in der Gruppe der Personen mit Alkohol als Hauptproblem am höchsten. In der Gruppe mit primären cannabisbezogenen Problemen hat der Frauenanteil in den sechs letzten Jahren zugenommen, nachdem er zuvor jahrelang tiefer war als bei den Hauptproblemen Kokain und Opiode.

**Grafik 15**  
**Entwicklung der Geschlechtsverteilung, nach Hauptproblem (2006-2024)**



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

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

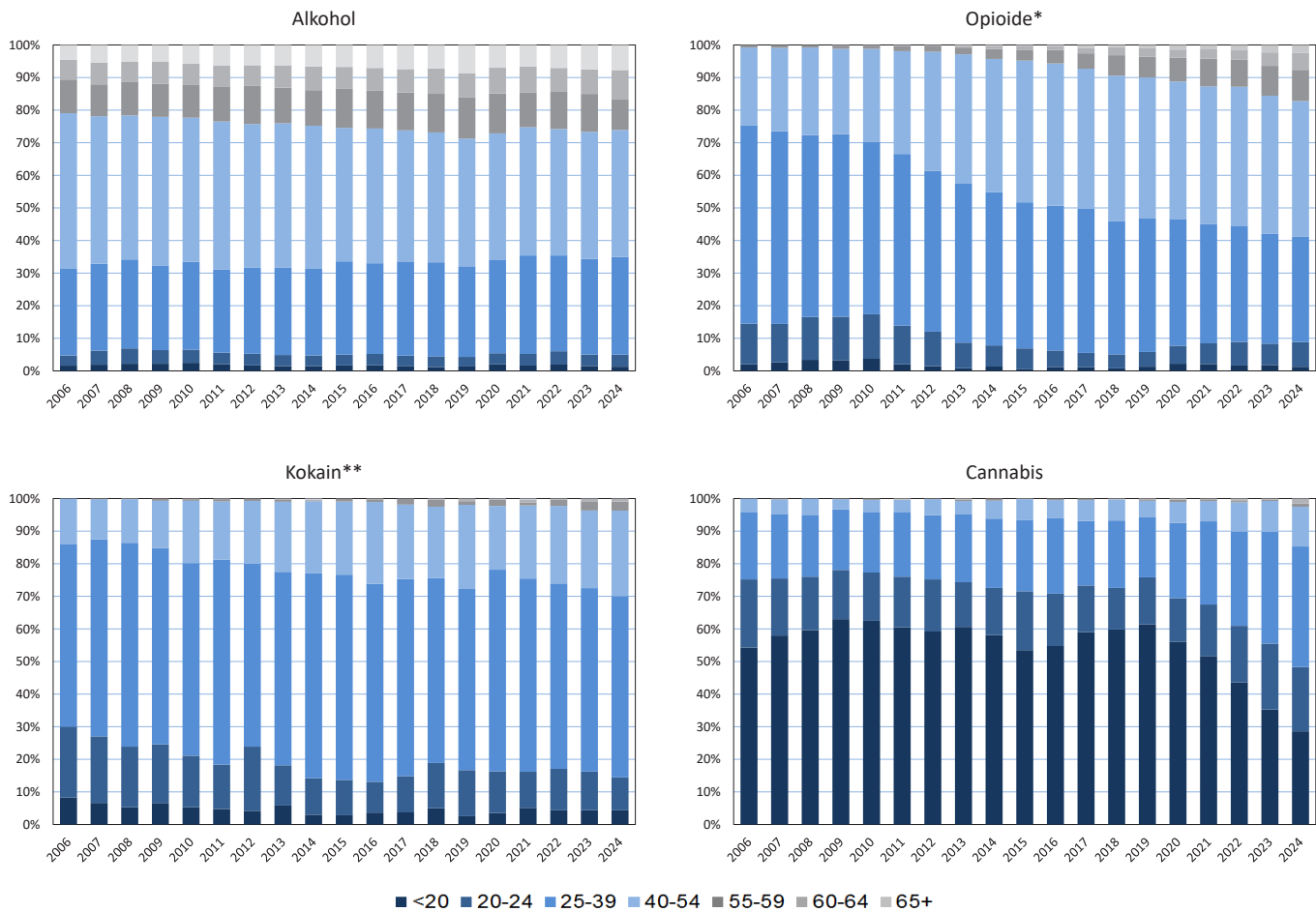
4. Entwicklung bis 2024

4.6 Alter bei Eintritt nach Hauptproblem (2006-2024)

Grafik 16 zeigt anhand von sieben Kategorien die Altersverteilung der Klientel bei Eintritt nach Hauptproblem. Die Analysen umfassen die Fälle, die zwischen 2006 und 2024 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 2024 (von 20.9% auf 26.1%) und eine entsprechende Abnahme des Anteils der Erwachsenen in mittleren Jahren (40- bis 54-Jährige) beobachtet (von 47.7% auf 39.0%). Bei den Personen mit primär opioidbezogenen Problemen wird ein starker Rückgang des Anteils der 25- bis 39-Jährigen zwischen 2006 und 2024 verzeichnet (von 60.9% auf 32.3%). 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 2024 eine bedeutende Zunahme des Anteils der 40- bis 54-Jährigen festgestellt werden (von 23.8% auf 41.6%). 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. Die Mehrheit der Klientinnen und Klienten mit Hauptproblem Kokain sind nach wie vor zwischen 25 und 39 Jahren alt. Bei den Personen mit Hauptproblem Cannabis stellten die unter 20-Jährigen lange Zeit mit über 50% die am stärksten vertretene Altersgruppe dar, wobei viele durch die Justiz zugewiesen wurden. Im Jahr 2019 entschied das Bundesgericht, dass der Besitz von Kleinmengen Cannabis auch bei Minderjährigen nicht mehr strafbar ist. Seitdem gibt es einen auffälligen Rückgang des Anteils der unter 20-Jährigen (von 61.4% im Jahr 2019 auf 28.6% im Jahr 2024), der durch die gleichzeitige Abnahme von Zuweisungen durch die Justiz in dieser Altersgruppe bedingt ist.

Grafik 16  
Entwicklung der Altersverteilung bei Eintritt, nach Hauptproblem (2006-2024)



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

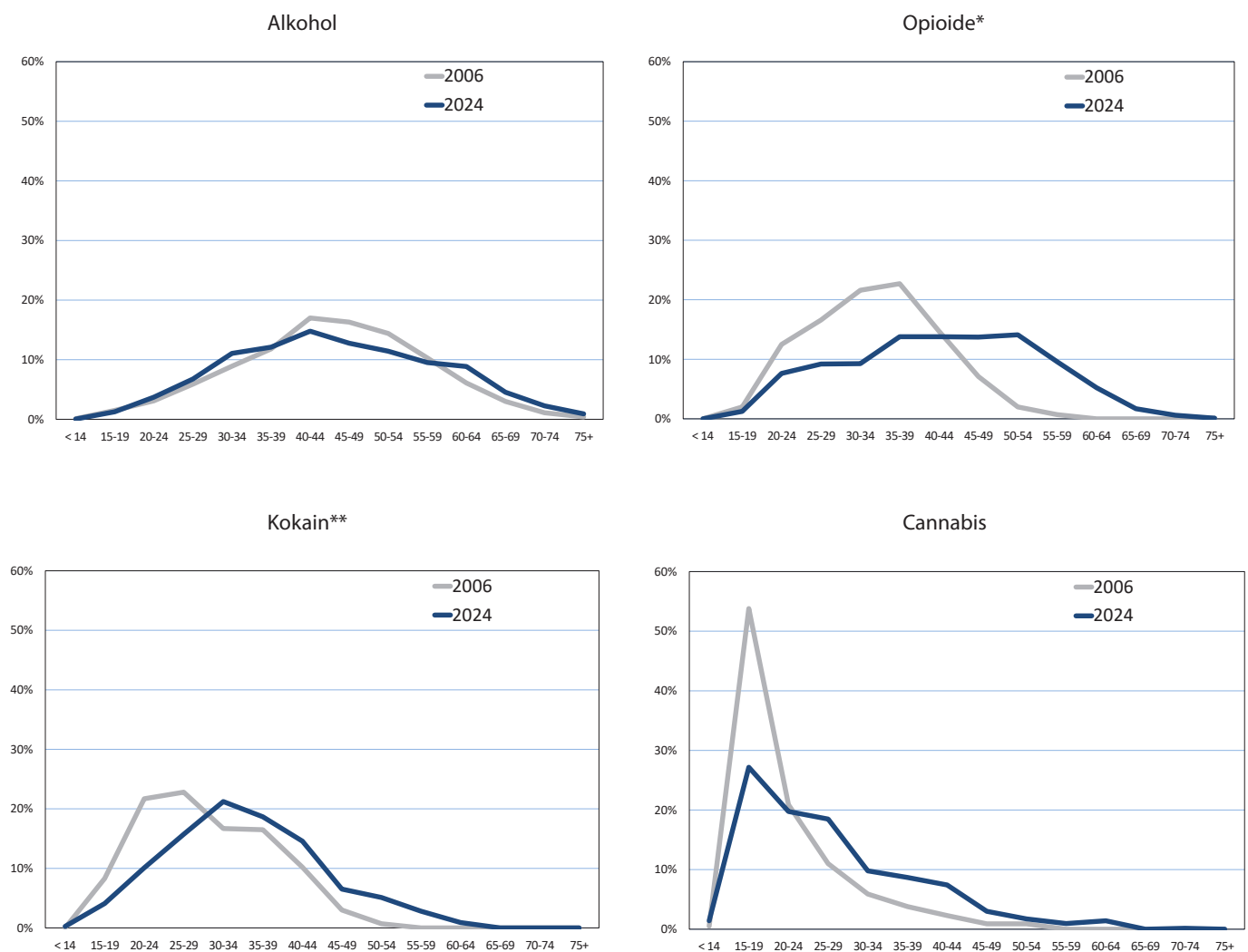
\*\* Kokain: Kokain-Pulver, Crack-Kokain, anderer Kokain-Typ

Grafik 17 bietet einen direkten Vergleich der Altersverteilung der Klientel bei Eintritt nach Hauptproblem (5-Jahreskategorien) für die Jahre 2006 und 2024. 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 60 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 Existenz einer alternden Kohorte, die in einem empfindlichen Alter der Heroinwelle der 90er Jahre ausgesetzt war. Insgesamt wird auch eine Verflachung der Altersstruktur zwischen 2006 und 2024 beobachtet, was auf eine gewisse Verbreitung des Spektrums dieser Klientengruppe über die Zeit hinweist. Die Erneuerungsrate der Klientel mit Opioiden als Hauptproblem scheint bei den jüngeren Alterskategorien 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 (2006-2024)**



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

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

#### 4. Entwicklung bis 2024

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 2024 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). Zudem ist eine Zunahme der Klientel zwischen 25 und 50 Jahren zu beobachten.

# Literaturverzeichnis

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 (2025). SafeZone.ch – Factsheet 2025. 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.

Wendt K (2017). Suchthilfe & Suchttherapie - Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Schattauer.

## Impressum

© Bundesamt für Gesundheit BAG  
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit BAG  
Publikationszeitpunkt: Dezember 2025

### Weitere Informationen:

BAG, Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung,  
Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, 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)

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

BAG OeG 2021-OEG-30d-15f