

# Eintrittsprofile in der ambulanten und stationären Suchthilfe

**Stationäre sozialtherapeutische Suchthilfeeinrichtungen befürchten, dass der Zugang zum stationären Angebot aus Kostengründen eingeschränkt wird und sich dies auf die Einrichtungen und auf die KlientInnen negativ auswirken wird. Anhand der Suchthilfestatistik act-info kann aufgezeigt werden, dass die stationäre Behandlung eher Drogenabhängige in prekären Lebenssituationen anspricht, während ambulante Hilfe eher von Cannabis konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgesucht wird.**

## Lucy Bayer-Oglesby

Dr.sc.nat., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit HSA, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit ISAGE, Riggensbachstrasse 16, CH-4600 Olten, lucy.bayer@fhnw.ch, www.fhnw.ch/sozialearbeit/isage

## Holger Schmid

Prof.Dr., Institutsleiter ISAGE, holger.schmid@fhnw.ch

Schlagwörter: Suchthilfe | Behandlung | Eintrittsprofile | act-info |

## Stationäre Einrichtungen unter Druck

Sozialtherapeutische stationäre Einrichtungen für Personen mit Drogenproblemen sehen sich aufgrund der Entwicklungen in den letzten Jahren vermehrt unter Legitimationsdruck. Es gibt seit längerem Befürchtungen, dass der Zugang zum stationären Angebot aus Kostengründen eingeschränkt wird und sich dies sowohl auf die Einrichtungen wie auf KlientInnen negativ auswirken wird.<sup>1</sup> Von Verantwortlichen stationärer Suchthilfeinrichtungen werden neben dem zunehmenden Kostendruck und dem Abbau stationärer Angebote als weitere Problematiken der Vorwurf hoher Rückfallquoten und der schwierige Nachweis von Therapieerfolgen genannt.<sup>2</sup>

In der Schweiz wurde die stationäre Suchthilfe in den Jahren 1989 bis 1996 als Reaktion auf die offenen Drogenszenen rasch ausgebaut. Rund ein Viertel der Plätze wurde jedoch zwischen 1997 und 2004 aufgrund einer Änderung der Finanzierungspraxis der IV wieder abgebaut.<sup>3</sup> Nach einer Strukturbereinigung und Stabilisierung des Platzangebotes<sup>4</sup> weisen neueste Zahlen tendenziell eher auf einen weiteren Abbau in der stationären Suchthilfe hin.<sup>5</sup>

Die heutige Finanzierungspraxis bei Suchttherapien übt einen starken Kostendruck auf die sozialtherapeutischen stationären Einrichtungen aus.<sup>6</sup> In der stationären Behandlung sind die Gesamtkosten pro Tag direkt sichtbar, da es meist nur einen Leistungserbringer und einen Kostenträger gibt. Im ambulanten Setting hingegen verteilen sich die Kosten auf mehrere Leistungserbringer (Tageskliniken, Ambulatoen, betreute Wohnformen etc.) und mehrere Kostenträger, so dass die einzelnen

Kostenträger eher bereit sind, ihre Anteile zu übernehmen. Es entstehen jedoch indirekte Kosten für das soziale Umfeld der Drogenabhängigen, insbesondere für die Angehörigen.<sup>7</sup>

## Wer beginnt eine stationäre Therapie?

Es stellt sich die Frage, ob KlientInnen der stationären Suchthilfe zum Zeitpunkt des Eintritts spezifische Profile aufweisen, welche die Wahl eines stationären Aufenthaltes plausibel erklären und die damit für die Kostenträger verbundenen offensichtlich hohen Kosten rechtfertigen können. Ein Blick in die Suchthilfe-Statistiken act-info zeigt, dass in der Schweiz im Bereich der illegalen Drogen ein Grossteil der Suchthilfe in einem ambulanten Setting stattfindet: im Jahr 2011 wurden in der ambulanten, psychosozialen Beratung rund 2'100 Eintritte verzeichnet, während rund 600 KlientInnen in stationäre Einrichtungen eintraten (nur illegale Drogen).<sup>8</sup> Den insgesamt rund 1'200 Plätzen im stationären Bereich (illegalen Drogen und Alkohol)<sup>9</sup> stehen zudem fast 20'000 Personen gegenüber, die eine (ambulante) Substitutionsbehandlung mit Methadon<sup>10</sup> oder Heroin/Diacetylmorphin<sup>11</sup> erhalten.

## Vergleich der Eintrittsprofile

Anhand der Suchthilfestatistiken act-info<sup>12</sup> zeigt die vorliegende Arbeit auf, dass sich die relativ kleine Gruppe von Drogenabhängigen, die eine stationäre sozialtherapeutische Behandlung beginnt, deutlich von der Gruppe unterscheidet, die eine ambulante, psychosoziale Beratung in Anspruch nimmt.<sup>13</sup> Dies ist nicht zuletzt im Hinblick auf die Wirkungsforschung relevant, da für KlientInnen mit unterschiedlichen Eintrittsprofilen die Erfolgskriterien differenziert werden sollten.

## Soziodemografie und Lebenssituation<sup>14</sup>

Auffallend ist, dass die ambulante Suchthilfe im Vergleich zu den stationären Angeboten eine deutlich jüngere Klientel anspricht. Im ambulanten Sektor sind rund 30 Prozent der Hilfesuchenden zwischen 13 und 18 Jahre alt, während im stationären Sektor lediglich drei Prozent in diese jüngste Altersklasse fallen.



Im ambulanten Sektor ist im Vergleich zum stationären Setting zudem ein signifikant höherer Anteil in Ausbildung (35% vs. 5%) und ein ebenfalls signifikant höherer Anteil wohnt bei den Eltern (40% vs. 21%). Die stationären KlientInnen haben im Vergleich zur ambulanten Gruppe deutlich seltener eine stabile Wohnsituation (55% vs. 88%) und sind deutlich häufiger nicht erwerbstätig (82% vs. 39%). Auch bezüglich Zivilstand und Urbanität gibt es signifikante Unterschiede: In beiden Settings ist zwar die grosse Mehrheit ledig, die KlientInnen im ambulanten Bereich sind jedoch eher verheiratet, im stationären Bereich sind sie eher getrennt, geschieden oder verwitwet. Während zehn Prozent der stationären KlientInnen in einem Grossstadtzentrum leben, sind es im ambulanten Bereich lediglich rund 1 Prozent. Bezuglich Geschlecht und Nationalität unterscheiden sich die beiden Gruppen in der univariaten Analyse nicht: In beiden Settings sind 76% Männer und 70% haben einen Schweizer Pass.

### Behandlungsgrundlagen und Konsumproblematik

Im stationären Sektor waren 83% wegen der Suchtproblematik bereits einmal in Behandlung und 34% erhalten bei Eintritt eine Substitution. Im ambulanten Sektor trifft dies mit einem Anteil von 43% resp. 14% signifikant seltener zu. In Bezug auf die Konsumproblematik sind im stationären Setting Opate oder Stimulantien mit einem Anteil von je einem Drittel die dominierenden Hauptsubstanzen, im ambulanten Bereich hingegen dominiert Cannabis mit einem Anteil von knapp 50 Prozent. Entsprechend ist im stationären Setting der Anteil der KlientInnen, die je injiziert haben, mit 50% signifikant höher als im ambulanten Bereich (17%).

### Eintrittsprofile weisen auf prekäre Lebenssituationen hin

In multivariaten logistischen Regressionsmodellen wurde untersucht, ob sich die beobachteten Unterschiede bei den Eintrittsprofilen mit der deutlich jüngeren Klientel im ambulanten Sektor erklären lassen.<sup>15</sup> Es zeigt sich, dass die soziodemografischen Indikatoren Urbanität und Nationalität unabhängig vom Alter mit dem Behandlungssetting assoziiert sind, nicht jedoch das Geschlecht und der Zivilstand (adjustierte OR<sup>16</sup>). Auch Indikatoren für die Lebenssituation sind mit dem Behandlungssetting assoziiert: Wohnt jemand bei den Eltern oder in einer Institution, ist eine Behandlung im stationären Setting wahrscheinlicher, wohnt jemand zusammen mit einem Partner/einer Partnerin, wird eher eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen. Erwerbslose wiederum treten eher eine stationäre Behandlung an. Der Konsum von Opiaten, Stimulanzen oder Halluzinogenen als Hauptsubstanz (gegenüber Cannabis/Tabak) sowie frühere Behandlungen sind ebenfalls unabhängig vom Alter und den weiteren untersuchten Indikatoren mit einer stationären Behandlung assoziiert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in beiden Settings die Hilfesuchenden in der Mehrzahl Männer, Schweizer sowie ledig sind. Einen stationären Aufenthalt beginnen insbesondere Personen, die signifikant häufiger schon früher in Behandlung waren, als Hauptsubstanz Opate, Stimulanzen oder Halluzinogene konsumieren, nicht erwerbstätig sind und häufiger bei den Eltern oder in einer Institution<sup>17</sup> wohnen als Personen im ambulanten Setting – und dies unabhängig von Alter, Geschlecht, Zivilstand und Nationalität. Dies weist darauf hin, dass die sta-

tionäre Behandlung eher Personen in einer prekären Situation anspricht, während ambulante Hilfe überdurchschnittlich von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgesucht wird, die Cannabis konsumieren und in der Familie sowie in Ausbildung oder Beruf integriert sind. Weitere Indikatoren, die in den sektorspezifischen Jahresberichten von act-info publiziert sind,<sup>18</sup> unterstützen die Vermutung, dass eher KlientInnen aus einer prekären Lebenssituation heraus Hilfe in einer stationären Einrichtung suchen: bei Eintritt verfügen stationäre KlientInnen häufiger über Hafterfahrungen und leben seltener in einer festen Beziehung.<sup>19</sup> Diese Resultate legen nahe, dass die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen Gruppen Drogenabhängiger am besten durch ein differenziertes Angebot an ambulanter und stationärer Suchthilfe abgedeckt werden können.

Die Vermutung, dass die stationäre Suchttherapie ein spezifisches Kollektiv anspricht, wird von einer Studie von Sucht Wallis gestützt. In den ersten sechs Jahren nach Erstkontakt zu einer Suchthilfeeinrichtung war der Anteil KlientInnen mit mindestens einem stationären Aufenthalt beim Hauptproblem multipler Substanzkonsum (41%) deutlich höher als bei den Hauptproblemen Heroin oder Kokain (15%) sowie Cannabis (17%).<sup>20</sup> Der tiefe Anteil stationärer Behandlungen beim Hauptproblem Heroin oder Kokain im Wallis widerspricht zwar auf den ersten Blick den vorliegenden Resultaten (Abb. 1). In der Suchthilfestatistik act-info wurde jedoch multipler Substanzkonsum im Jahr 2011 noch nicht erfasst. Da vermutet werden kann, dass bei multiplen Substanzkonsum häufig Opiate oder Stimulanzien als Hauptsubstanz konsumiert werden, ist es wahrscheinlich, dass in der vorliegenden Arbeit die Kategorie «Opiate, Stimulantien, Halluzinogene etc.» einen Grossteil der KlientInnen mit Mehrfachkonsum umfasst. Im Wallis hatten KlientInnen mit stationärem Aufenthalt zudem in der Regel schwerere Probleme mit zwischenmenschlichen bzw. familiären Beziehungen und mit der psychischen Gesundheit als andere des Kollektivs. Sucht Wallis schliesst daraus, dass die stationäre Behandlung ein wichtiger Bestandteil des Betreuungssystems süchtiger Personen ist.<sup>21</sup>

### Wie den Behandlungserfolg messen?

In einer prekären Lebenssituation, die häufig auf Personen mit Mehrfachkonsum zutrifft<sup>22</sup> und die von abgebrochenen Behandlungsversuchen, instabiler Wohnsituation, Erwerbslosigkeit, Beziehungsproblemen, sowie Konflikten mit dem Gesetz geprägt ist, tritt als Behandlungsziel die Schadensminderung in den Vordergrund.<sup>23</sup> Die Stabilisierung der Gesundheit und insbesondere die Verbesserung der Lebensqualität können unter diesen Umständen bereits als Erfolg gewertet werden. Im Gegensatz zur Abstinenz oder zur Konsumreduktion, die relativ einfach festgestellt werden können, sind die Erfolgskriterien für das Behandlungsziel «Schadensminderung» jedoch weniger klar.

### Ausblick: Wirkungsforschung in der stationären Suchttherapie

Bei der Frage nach der Messbarkeit der Wirkung stationärer Suchttherapie setzt ein Pilotprojekt<sup>24</sup> der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW an. Es geht insbesondere der Frage nach, wie Aspekte der Lebensqualität und deren Veränderungen im Kontext der stationären Suchttherapie gemessen werden können. Dies im Hinblick auf einen Nutzen sowohl für die Forschung wie für die Praxis. In einem Praxis-Optimierungszyklus<sup>25</sup> wurde in Kooperation mit der Stiftung Sucht Basel ein Messinstrument entwickelt, welches die Wirkung der therapeutischen Arbeit nach wissenschaftlichen Kriterien belegen und gleichzeitig als therapeutisches Arbeitsinstrument für die Praxis dienen soll.<sup>26</sup> Das Instrument berücksichtigt zwölf Themenbereiche<sup>27</sup>, die mit

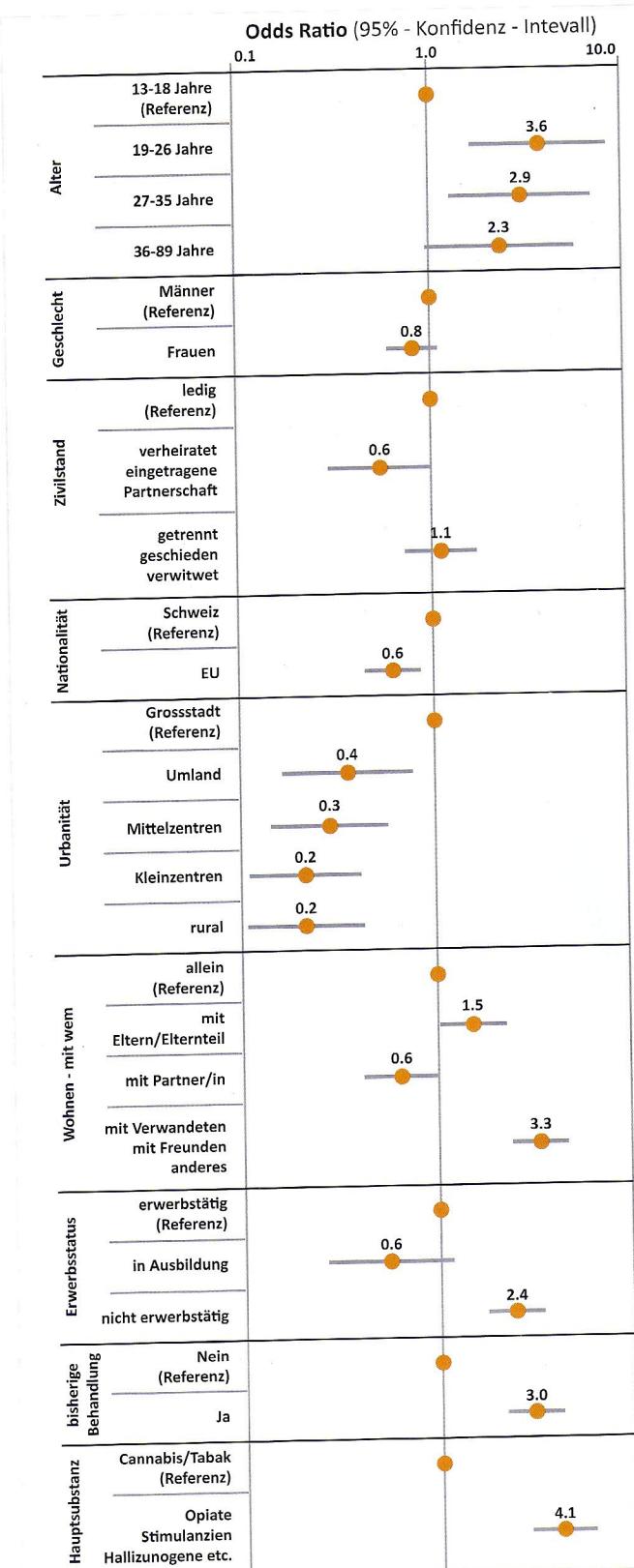


Abb. 1: **Adjustierte Odds Ratio (und 95% Konfidenz-Intervalle) für stationäre Behandlung (vs. ambulante Behandlung), assoziiert mit soziodemografischen Faktoren und mit Indikatoren für die Lebenssituation, die Behandlungsgrundlagen und die Konsumproblematik.<sup>29</sup>**

Lesebeispiele: Eine Person, welche bei den Eltern lebt, hat eine um 50 Prozent erhöhte Wahrscheinlichkeit, stationär statt ambulant behandelt zu werden, als eine Person, die alleine lebt ( $OR=1.5$ ). Eine Person, die aufgrund des Opiatkonsumenten Hilfe sucht, hat eine um den Faktor 4 erhöhte Wahrscheinlichkeit, stationär statt ambulant behandelt zu werden, als eine Person die Cannabis oder Tabak konsumiert ( $OR=4.1$ ). Eine Person, die in ländlicher Gegend wohnt (rural) hat eine um 80 Prozent erniedrigte Wahrscheinlichkeit stationär behandelt zu werden, als eine Person, die in der Grossstadt wohnt ( $OR=0.2$ ).

KlientInnen und Mitarbeitenden gemeinsam festgelegt wurden und bei denen jeweils in vier Dimensionen<sup>28</sup> Veränderungen der Lebensqualität gemessen werden können. Um die KlientInnen bei der Erreichung ihrer Ziele zu unterstützen, können mit dem Instrument konkrete Massnahmen formuliert sowie mögliche Interventionen beschrieben und festgehalten werden. Das Instrument wird zurzeit in den zwei stationären Einrichtungen der Stiftung Sucht Basel (Suchttherapie Chratten und Haus Gilgamesch) implementiert, während für die Weiterführung der Wirkungsforschung neue Finanzierungsmöglichkeiten abgeklärt werden.●

## Literatur

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2011): Die Nationale Methodon-Statistik. [www.tinyurl.com/dyzkrjy](http://www.tinyurl.com/dyzkrjy), Zugriff 17.06.2014.

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2012a): act-info Jahresbericht 2011. Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern: BAG.

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2012b): Die Heroingestützte Behandlung/ Behandlung mit Diacetylmorphin (HeGeBe) im Jahr 2011. Bern: BAG.

Bayer-Oglesby, L./Schmid, H. (2013): Innovative Methoden zur Wirkungsforschung in der stationären Suchttherapie. Messung von Veränderungen der Lebensqualität: 5. Fachtagung Klinische Sozialarbeit. Olten.

Clerc Bérod, A. (2012a): Evaluation de la clientèle et des approches thérapeutiques au sein de la Fondation Addiction Valais. Connaissances actuelles d'Addiction Valais sur la clientèle admise, son exposition au traitement et sur les effets des traitements effectués. Sitten: Fondation Addiction Valais.

Clerc Bérod, A. (2012b): Evaluation der Klientel und der therapeutischen Ansätze im Rahmen der Stiftung Sucht Wallis. Aktueller Wissensstand von Sucht Wallis betreffend der Klienten beim Eintritt, in Bezug auf Dauer und Wirkung der durchgeföhrten Behandlungen/ Beratungen. Deutsche Zusammenfassung Sitten: Stiftung Sucht Wallis.

Da Cunha, A./Caprani, I./Martins, E./Schmid, O./Stofer, S. (2010): Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur amublatoire et leur réseau médico-social. Rapport final. Université de Lausanne. .

Eckmann, F. (2013): Stationäre Suchttherapieinstitutionen. Auslastung und Interkantonale Platzierungen in der Schweiz 2012. Bern: Infodrog.

Eckmann, F. (2014): Stationäre Suchttherapieinstitutionen. Auslastung und Interkantonale Platzierungen in der Schweiz 2013. Bern: Infodrog.

Gehrig, M./Künzi, K./Stettler, P. (2012): Finanzierung der stationären Suchthilfe. Situation, Handlungsbedarf und Handlungsoptionen. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG.

Gredig, D. (2011): From research to practice: Research-based Intervention Development in social work: developing practice through cooperative knowledge production. European Journal of Social Work 14(1): 53-70.

Hellmüller, U./Bollag, R. (2014): Innovative Methoden zur Wirkungsforschung in der stationären Suchttherapie – Messung von Veränderung von Lebensqualität. Olten: Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.

Hermann, H./Simmel, U./Chisholm, A./Dietrich, N./Keller, A. (2006): Stationäre Suchttherapie Schweiz. Finanzierung. Gesamtschweizerische Umfrage bei stationären Suchttherapie-Einrichtungen für die Jahre 2004 und 2005. Bern: Infodrog/BAG.

IHRH (2010): Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der International Harm Reduction Association. [www.tinyurl.com/pt5abst](http://www.tinyurl.com/pt5abst), Zugriff 09.09.2014.

Vuille, E./Müller, H. (2013): Ein Plädoyer für den stationären Aufenthalt. SuchtMagazin 39(5): 45-50.

**Endnoten**

1 Vgl. Hermann/Simmel et al. 2006.

2 Vgl. Vuille/Müller 2013.

3 Vgl. Da Cunha/Caprani et al. 2010; Hermann et al. 2006.

4 Vgl. Gehrig/Künzi et al. 2012.

5 Vgl. Eckmann 2013; 2014.

6 Vgl. Hermann et al. 2006.

7 Vgl. ebd.

8 act-info, Eintritte 2011 mit Hauptproblem illegale Drogen. Da die Teilnahme an act-info freiwillig ist, vermittelt das Verhältnis ambulant (SAMBAD) zu stationär (FOS) lediglich eine Größenordnung.

9 Online-Belegungsstatistik der stationären Suchttherapieinstitutionen, vgl. (Eckmann 2014). Erklärung für die Diskrepanz zwischen Eintritten (n=600) und Plätzen (n=1200): Einerseits ist die Teilnahme an act-info freiwillig, während die Anzahl Plätze auf Zahlen der kantonalen Planungen basieren. Andererseits werden bei der act-info-Auswertung nur Eintritte mit dem Hauptproblem illegale Drogen berücksichtigt, während sich die Plätze auf die Hauptprobleme Alkohol und illegale Drogen beziehen.

10 Vgl. BAG 2011, 2012a.

11 Vgl. BAG 2011, 2012b.

12 Vgl. BAG 2012a, 2012b; act-info, ambulante (SAMBAD) und stationäre (FOS) Suchthilfe: Eintritte 2011 mit Hauptproblem illegale Drogen.

13 Die vollständigen Resultate sind im Schlussbericht auf der Seite der FHNW zugänglich: [www.tinyurl.com/oa6wbrs](http://www.tinyurl.com/oa6wbrs), Zugriff 09.09.2014.

14 Eine ausführliche Tabelle mit den Eintrittsprofilen der KlientInnen der stationären und ambulanten Suchthilfe ist auf den Internetseiten des SuchtMagazin abgelegt: [www.tinyurl.com/ozyxqgl](http://www.tinyurl.com/ozyxqgl) (Tabelle 1)

15 Mit Hilfe der logistischen Regression können die relativen Wahrscheinlichkeiten bestimmt werden, mit denen ein bestimmtes Ereignis (hier: Eintritt in eine stationäre Einrichtung) in Abhängigkeit von mehreren unabhängigen Variablen (hier: Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus etc.) eintritt. Variablen mit einem hohen Anteil fehlender Werte wurden in den Modellen ausgeschlossen. Da die Hauptsubstanz stark assoziiert ist mit den Indikatoren «Substitution aktuell» (Antwort =ja: Cannabis: 0.8%, Opiate: 60%) und «je injiziert» (Antwort =ja: Cannabis: 2.4%, Opiate: 70%), wurden durch den Ausschluss dieser Variablen Kollinearitätsprobleme vermieden. Die Operationalisierung von «Alter» in Quartilen statt als kontinuierliche Variable ergab ein etwas besseres Modell (gemessen an Cox&Snell R<sup>2</sup> und Nagelkerke R<sup>2</sup> in SPSS). Die Hauptsubstanz wurde binär codiert, mit Cannabis/Tabak vs. alle anderen Substanzen.

16 OR = Odds Ratio. Diese gibt an, um wie viel wahrscheinlicher (OR>1) oder weniger wahrscheinlich (OR<1) ein Ereignis (hier: Eintritt in stationäre Einrichtung) bei einer bestimmten Ausprägung einer Variablen (z.B. verheiratet) im Vergleich zur Referenzkategorie dieser Variablen (ledig) auftritt.

17 Wohnen mit «Verwandten/Freunden/anderes» entspricht vorwiegend «in einer Institution». Dies geht aus dem Vergleich der zwei Variablen «wohnen – mit wem» und «wohnen – wie» hervor (vgl. Endnote 14, Tabelle 1).

18 Für die vorliegende Arbeit nicht ausgewertet, da Modulfragen der einzelnen Behandlungssektoren und/oder hoher Anteil fehlender Werte.

19 Vgl. Bayer-Oglesby/Schmid 2013.

20 Vgl. Clerc Bérod 2012a.

21 Vgl. Clerc Bérod 2012b.

22 Vgl. Vuille et al. 2013.

23 Vgl. IHRH 2010.

24 Beschreibung des Pilotprojekts auf der Webseite der FHNW: [www.tinyurl.com/ocqdra8](http://www.tinyurl.com/ocqdra8), Zugriff 09.09.2014.

25 Vgl. Gredig 2011.

26 Vgl. Hellmüller/Bollag 2014.

27 Wohnen, Arbeit/Tagesstruktur, Freizeitgestaltung, Delinquenz/Juristisches, Finanzen/Administration, Familie, Physische Gesundheit, Psychische Gesundheit, Suchtmittel, Beziehungen, Sexualität, Identität

28 Zielerreichung, Kompetenz, Zufriedenheit, Einflussmöglichkeit

29 Vgl. act-info 2011; eigene Berechnungen.  
Vgl. auch Endnote 14 (Tabelle 2).