



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2002

**Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2001.
Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher
Behandlungserfahrung.**

Schaaf, Susanne ; Reichlin, Marcus ; Hampson, Denise ; Grichting, Esther

Other titles: La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2001. Comparison de client(e)s aux parcours thérapeutiques différents.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-93137>

Published Research Report

Published Version

Originally published at:

Schaaf, Susanne; Reichlin, Marcus; Hampson, Denise; Grichting, Esther (2002). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2001. Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.

Institut für Suchtforschung (ISF)
Konradstr. 32
CH-8005 Zürich
Fon 01 448 11 60
Fax 01 448 11 70
Mail info@sf.unizh.ch
Web <http://www.suchtforschung.ch>



Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2001

- Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik
- Vergleich von Klientinnen und
Klienten mit unterschiedlicher
Behandlungserfahrung

Hrsg: Koordinationsstelle des FOS (KOFOS)

Zusammengestellt von Susanne Schaaf, Marcus Reichlin,
Denise Hampson und Esther Grichting unter Mitarbeit von
Heidi Bolliger

Das Projekt wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert

©

Der ganze Text ist für alle interessierten Personen frei zugänglich. Werden Inhalte kopiert, zitiert oder andersweitig verwendet, so muss ein Verweis auf die ursprüngliche Quelle angebracht werden.

F O S
Forschungsverbund
stationäre Suchttherapie

Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung
Nr. 146 2002



INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG.....	5
1. EINFÜHRUNG.....	8
1.1. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS)	8
1.2. Themenschwerpunkt Behandlungserfahrung	10
2. TÄTIGKEITSBERICHT 2001	13
2.1. Personelle Besetzung der Koordinationsstelle des FOS	13
2.2. Teilnehmende Einrichtungen.....	13
2.2.1. Liste der FOS-Einrichtungen 2001.....	14
2.3. FOS-Veranstaltungen	16
2.4. Weitere Aktivitäten der Koordinationsstelle FOS	16
2.4.1. Berichte und Informationen	16
2.4.2. Harmonisierte Suchthilfestatistik – act-info	17
2.4.3. Zusammenarbeit auf nationaler und kantonaler Ebene	17
2.4.4. Regelmässige Arbeiten.....	18
2.5. Koordinierte Projekte.....	18
2.5.1. Nachbefragung der Klientele stationärer Therapieeinrichtungen	18
2.5.2. Follow-up bei der Klientele der stationären Therapieeinrichtungen des Kantons Bern	19
2.5.3. Spezialstudie SCL-90-R.....	19
2.5.4. Zusammenarbeit mit der HSA Bern	20
2.5.5. Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Aargau.....	20
2.5.6. Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Tessin.....	20
2.6. Öffentlichkeitsarbeit und Publikationen.....	21
2.6.1. Öffentlichkeitsarbeit	21
2.6.2. Publikationen	21
2.7. Ausblick	22
3. KLIENTENSTATISTIK DES FORSCHUNGSVERBUNDES STATIONÄRE SUCHTTHERAPIE FOS.....	23
3.1. Methodik.....	23
3.1.1. Instrumente und Datenerhebung	23
3.1.2. Stichproben	24
3.1.3. Codieren und Datenkontrolle, Regelung des Datenschutzes	25
3.1.4. Elektronische Datenerfassung.....	26

3.1.5. Plausibilitätskontrollen und Recodierungen	26
3.1.6. Fokus der vorliegenden Statistiken	27
3.2. Grafikteil: Behandlungserfahrung	28
3.2.1. Einleitung zum Grafikteil	28
3.2.2. Methodische Hinweise zum Grafikteil	28
3.2.3. Grafiken zu den Austritten 2001	64
3.2.4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	68
3.3. Tabellenband: Tabellen der Eintritte und Austritte 2001	74
3.3.1. Einleitung zum Tabellenband	74
3.3.2. Tabellen zu den Eintritten und Austritten 2001	76

Abbildungsverzeichnis

Abb. G1: Verteilung der vier Klientengruppen über die Jahre 1995 bis 2001	31
Abb. G2: Geschlecht [E1.3]	32
Abb. G3: Alter bei Eintritt [E1.2]	33
Abb. G4: Letzter Wohnsitz: Urbanisierungsgrad [E1.6]	34
Abb. G5: unmittelbarer Eintritt nach Entzugsbehandlung [E1.13]	35
Abb. G6: Eintrittsmodalität [E12.7]	36
Abb. G7: mit wem gewohnt (letzte 12 Monate)? [E2.2] / Teil 1	37
Abb. G8: mit wem gewohnt (letzte 12 Monate)? [E2.2] / Teil 2	38
Abb. G9: Anzahl Arbeitstage (letzte 12 Monate)? [E3.2]	39
Abb. G10: Lebensunterhalt (letzte 12 Monate)? [E5.2]/ Teil 1	40
Abb. G11: Lebensunterhalt (letzte 12 Monate)? [E5.2]/ Teil 2	41
Abb. G12: Lebensunterhalt (letzte 12 Monate)? [E5.2]/ Teil 3	42
Abb. G13: Ausgaben für Drogen (letzte 30 Tage)? [E5.1]	43
Abb. G14: Schulbildung (höchste besuchte Schule) [E4.1]	44
Abb. G15: Stand der Berufsausbildung [E4.2, E4.3]	45
Abb. G16: Eltern getrennt oder Elternteil verstorben [E6.1, E6.4]	46
Abb. G17: Belastungen in der Herkunftsfamilie [E6.22] / Teil 1	47
Abb. G18: Belastungen in der Herkunftsfamilie [E6.22] / Teil 2	48
Abb. G19: Häufigkeit der Kontakte mit Freunden und Drogenkonsum der Freunde [E8.1]	50
Abb. G20: Drogenkonsum (letzte 12 Monate) [E9.1] , Teil 1	51
Abb. G21: Drogenkonsum (letzte 12 Monate) [E9.1] , Teil 2	52
Abb. G22: Hauptproblemdrogen Alkohol und Heroin [E9.5A_R2]	53
Abb. G23: Mehrere Drogen am gleichen Tag [E9.4]	54
Abb. G24: Einstiegsalter (erstmalig regelmäßiger täglicher Konsum) [E9.6]	55
Abb. G25: Alter erstmals Drogen intravenös [E9.7]	56
Abb. G26: Zeitraum zwischen erstmaligem und erstmals regelmäßig tägl. Heroinkonsum [E9.6]	57
Abb. G27: Konsumdauer (Heroin täglich oder fast täglich) [E9.6]	58
Abb. G28: Je an Hepatitis erkrankt? [E10.7.1]	59

Abb. G29: Psychische Probleme vor und nach Suchtbeginn [E10.10] / Teil 1	60
Abb. G30: Psychische Probleme vor und nach Suchtbeginn (E10.10) / Teil 2	61
Abb. G31: Suizidversuche vor und nach Suchtbeginn [E10.11].....	62
Abb. G32: Verurteilungen vor und nach Suchtbeginn [E12.1].....	63
Abb. G33: Gesamtdauer des Aufenthaltes [A1.4].....	65
Abb. G34: Anschlussprogramm [A1.10].....	66
Abb. G35: Strukturelle Lebenssituation bei Austritt bzw. Übertritt [A3.4, A3.6, A5.3].....	67

Dank

Mit dem Forschungsverbund hat sich eine wertvolle Struktur der Zusammenarbeit etabliert, die wir auch im Teilprojekt FOS-act-info weiterführen und pflegen möchten. An dieser Stelle sei allen gedankt, die am FOS beteiligt sind und zum Erscheinen des Berichts beigetragen haben:

- den Klientinnen und Klienten für die Bereitschaft zur Befragung
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der am FOS bzw. FOS-act-info beteiligten therapeutischen Einrichtungen für ihr Engagement
- dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Auftraggeber des Projektes sowie den im BAG zuständigen Verantwortlichen

Koordinationsstelle des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie

Zusammenfassung

2001 konnte der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS) in seinem siebten Jahr eine gesamtschweizerische Dokumentation der Klientele stationärer Rehabilitation realisieren. Der Bericht enthält die Jahresstatistik mit dem Schwerpunktthema *Behandlungserfahrung* sowie den Tätigkeitsbericht der Koordinationsstelle KOFOS.

Im Rahmen des FOS-Dreistufenmodells führte die KOFOS eine Reihe von Spezialprojekten durch: zwei Nachbefragungsstudien, die Spezialstudie SCL-90-R, Projekte mit den Kantonen Bern, Aargau und Tessin. Im Rahmen der geplanten Umsetzung der nationalen Suchthilfestatistik act-info startete am 1. Juli 2001 das FOS-act-info-Pilotprojekt mit fünf stationären Therapieeinrichtungen. Ziel des Pilotprojektes war die Überprüfung der Fragebogen und der Praktikabilität des Erhebungsprozederes. Die KOFOS verfasste einen internen Zwischenbericht zur Beurteilung der Pilotphase, welche bis zum flächendeckenden Einsatz von act-info weitergeführt wird. In einer Arbeitsgruppe, welche sich aus Vertreter/innen der bestehenden Suchthilfestatistiken sowie weiteren externen Fachpersonen zusammensetzt, wird eine EDV-gestützte act-info-Erfassung per Ende 2002 entwickelt und zu Jahresbeginn eingeführt. Die Verbundstruktur des FOS soll sinnvollerweise weiterhin ein Gefäss für den Forschung-Praxis-Transfer bleiben.

Im Rahmen des Themenschwerpunktes *Behandlungserfahrung* wurden Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung (Substitutionsbehandlung und stationäre Suchttherapie) miteinander verglichen. Hintergrund dieser Themenwahl ist die aktuelle, kontroverse Diskussion über Legitimation, Stellenwert und Zukunft von Substitutionsprogrammen und stationären, abstinenzorientierten Suchthilfeangeboten. Dabei wurde der Fragestellung nachgegangen, ob sich Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung a) hinsichtlich ihrer Lebenssituation im Jahr vor Therapiebeginn und b) hinsichtlich ihrer Austrittssituation voneinander unterscheiden. Datengrundlage bildeten a) die Angaben der Eintritte 2001 und b) die Angaben der Austritte 2001 und der entsprechenden Eintrittsdaten der vorangegangenen Jahre. 659 Eintritts- und 730 Austrittsfragebogen flossen in die Auswertungen ein.

Es liessen sich vier Klientengruppen mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung bilden, welche unterschiedliche Profile aufweisen:

- Die Klientinnen und Klienten mit **ausschliesslich Substitutionsbehandlung** haben vor stationärem Therapiebeginn mindestens eine Substitutionsbehandlung begonnen, jedoch keine Erfahrung in stationärer Therapie oder Suchtbehandlung in einer psychiatrischen Klinik. Personen dieser Gruppe sind hauptsächlich Mitte bis Ende 20. Die Hauptproblemdroge ist Heroin - im Jahr vor Therapieeintritt wurden täglich oder fast täglich Heroin, illegale Opiatersatzmittel und Cocktails konsumiert. Die Klienten bleiben häufiger länger in Therapie, 12-18 Monate und treten in ein Anschlussprogramm über.

- Die Klientinnen und Klienten mit **ausschliesslich stationärer Suchtbehandlung** (in Therapiegemeinschaft und/oder psychiatrischer Klinik) haben bisher noch nie an Substitutionsprogrammen teilgenommen. Die Klientele ist häufiger Anfang bis Mitte 20. Sie konsumierten im Jahr vor Therapieeintritt seltener Heroin oder Cocktails, sind auch eher später in den regelmässigen Drogenkonsum eingestiegen - ihre Hauptproblemdroge ist der Alkohol. Sie bleiben häufiger 6-12 Monate in Therapie.
- Die Klientinnen und Klienten mit **umfassender Behandlungserfahrung**, haben sowohl mindestens eine Substitutionsbehandlung und mindestens eine stationäre Therapie begonnen. Sie haben häufiger mehrmalige ambulante und stationäre Entzugsbehandlungen hinter sich und nahmen auch häufiger ambulante Suchthilfe in Anspruch. Im letzten Jahr vor Therapieeintritt haben sie häufiger die meiste bis ganze Zeit in therapeutischen Gemeinschaften gewohnt. Die Personen sind 30 Jahre und älter und weisen eine deutlich *Mehrfachproblematik* auf: stärkere psychische Belastungen bereits in der Herkunftsfamilie, früher Drogeneinstieg, Justizkontakte, lange Suchtkarriere, aber auch immer wieder erneute Ausstiegsversuche. Diese Personen bleiben 6-12 Monate in der Therapie.
- Die Klientinnen und Klienten, welche **weder Substitutions- noch stationäre Suchttherapieerfahrung** aufweisen, haben auch seltener andere Hilfsangebote beansprucht. Sie sind häufig 19 Jahre und jünger. Im Jahr vor Therapieeintritt wiesen sie eine gewisse Integration auf (Unterstützung durch soziales Netzwerk, Finanzierung durch eigene Arbeit) und sind auch nicht so schnell und tief in die Drogensucht eingestiegen. Sie verbleiben eher kurz in der Therapie, bis zu 3 Monaten, brechen die Therapie aber nicht häufiger als die anderen Klientengruppen ab.

Die vier Klientengruppen weisen eine interessante Verteilung, auch über die Jahre 1995 – 2001, auf: Der Anteil an Klienten mit ausschliesslich Substitutionserfahrung nimmt sukzessive ab, während der Anteil Personen *ohne* Substitutions- oder stationäre Erfahrung kontinuierlich zugenommen hat. Dies, obwohl das Durchschnittsalter der FOS-Klientele und die Suchtdauer über die Jahre ebenfalls kontinuierlich gestiegen sind. Offenbar gibt es eine immer grössere Gruppe von Personen, welche längere Zeit Drogen konsumiert, ohne diese Suchthilfeangebote in Anspruch zu nehmen, und sich allenfalls in anderen supportiven Umfeldern bewegen. - Mit einem Fünftel liegt der Anteil Klienten mit ausschliesslich stationärer Erfahrung relativ hoch. Dies weist darauf hin, dass die bislang postulierte Behandlungshierarchie „zuerst Substitution – dann abstinenzorientierte Therapie“ auf eine bestimmte Personengruppe *nicht* zutrifft. Für diese Klienten ist stationäre Behandlung aus unterschiedlichen Gründen die Behandlung erster Wahl. Die Klientengruppe mit umfassender Erfahrung und *Mehrfachproblematik* stellt besondere Ansprüche an die Suchttherapie, da sie eine umfassende, ganzheitliche Unterstützung und Förderung benötigt. Gerade bei diesem Personenkreis ist eine vertiefte Forschung hinsichtlich *Qualität und Wirksamkeit* der kumulierten Behandlungsepisoden sinnvoll. Die Bedeutung der früheren Behandlungserfahrung für den aktuellen Therapieprozess ist komplex und in der Forschung kontrovers diskutiert. Für umfassende Aussagen müssen die Reihenfolge und Länge der Episoden sowie deren Bedeutung für den Klienten ebenso berücksichtigt wer-

den wie Therapieerfolg, der Selektionsprozess bei der Behandlungswahl und das Matching von Angebot und Klientenbedürfnissen. Dass die vier Klientengruppen trotz unterschiedlicher Behandlungserfahrung und Ressourcen eine *ähnliche* Quote an regulären Austritten aufweisen, kann dahingehend ausgelegt werden, dass zwischen den Klientenbedürfnissen und dem Therapieangebot eine gewisse Passung besteht und die Suchteinrichtungen flexibel auf die individuelle Situation ihrer Klientinnen und Klienten eingehen. Die Individualisierung der Suchttherapie scheint sich etabliert zu haben.

-

1. Einführung

Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS) erstellt seit sieben Jahren eine breit abgestützte Dokumentation der Klientele stationärer Suchttherapieeinrichtungen. Im Berichtsjahr 2001 gehören insgesamt 79 Einrichtungen dem Verbund an. Die Gesamtstatistik für das Jahr 2001 umfasst 811 Eintritts- und 767 Austrittsbogen von 61 Einrichtungen.

Nach dem kurzen Einführungskapitel zum Forschungsverbund wird das diesjährige Schwerpunktthema "Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung" beschrieben, gefolgt vom Tätigkeitsbericht des FOS für das Jahr 2001 (personelle Besetzung der KOFOS, teilnehmende Einrichtungen, koordinierte Projekte u.a.)

Im dritten Kapitel folgt die Klientenstatistik. In der diesjährigen Auswertung gehen wir der Frage nach, inwiefern sich Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung hinsichtlich ihrer Lebenssituation bei Therapiebeginn und hinsichtlich ihrer Austrittssituation voneinander unterscheiden. Der Tabellenband im Anhang enthält umfassende Häufigkeitsauszählungen zu den Ein- und Austritten 2001, welche nach Geschlecht aufgeschlüsselt sind.

Die Jahresgesamtsstatistik wird allen am FOS teilnehmenden Einrichtungen zusammen mit ihrer institutionseigenen Statistik zugestellt. Dies ermöglicht den Vergleich der Einrichtungs- mit den Gesamtdaten. Die Gesamtstatistik steht zudem dem Bundesamt für Gesundheit als Auftraggeber sowie allen weiteren Interessierten zur Verfügung. Ab Frühjahr/Sommer 2001 können sämtliche FOS-Jahresberichte als pdf-Files von der ISF-Homepage (www.suchtforschung.ch) heruntergeladen werden.

1.1. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS)

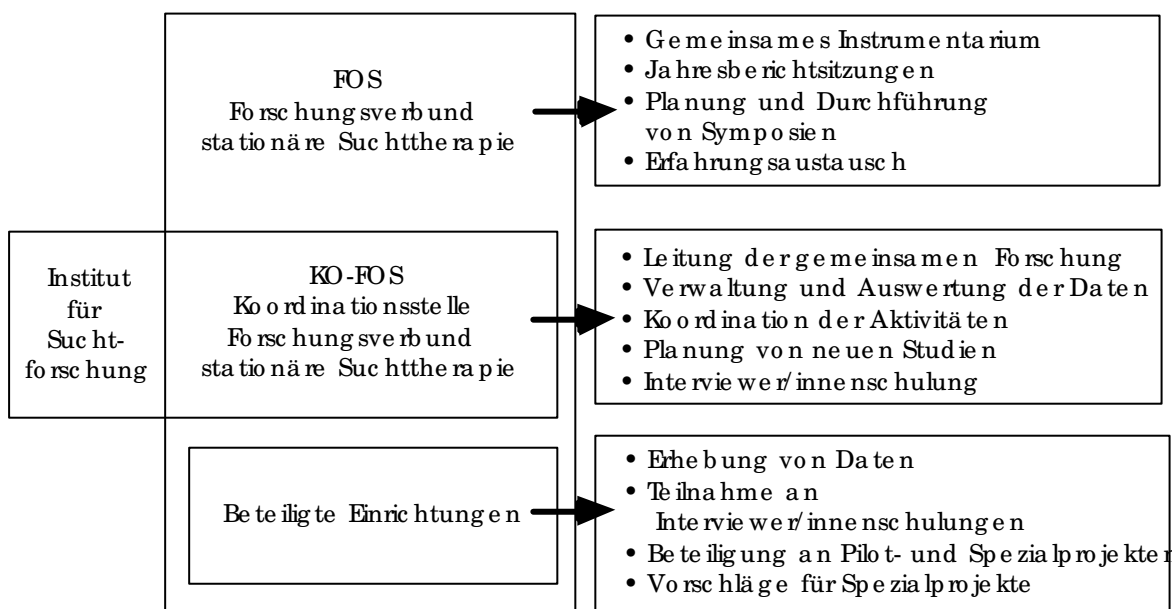
Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS) hat zum Ziel, eine kontinuierliche gesamtschweizerische Klientendokumentation und Verlaufsevaluation in stationären drogentherapeutischen Einrichtungen zu gewährleisten. Bei Eintritt wie Austritt der Klientinnen und Klienten werden Informationen zu deren sozialer Situation (Wohnen, Erwerb, Herkunft, Beziehungen etc.), zu Drogenkonsum und Behandlungserfahrungen, zu Gesundheit, zu Legalstatus etc. erhoben.

Die Dokumentation der Klientele stationärer Drogentherapieeinrichtungen in der Schweiz wird seit 1995 im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) auf breiter Basis

durchgeführt und jährlich ausgewertet, wobei 1995 nur Einrichtungen der Deutschschweiz, seit Januar 1996 auch therapeutische Zentren aus der Romandie und dem Tessin beteiligt sind.

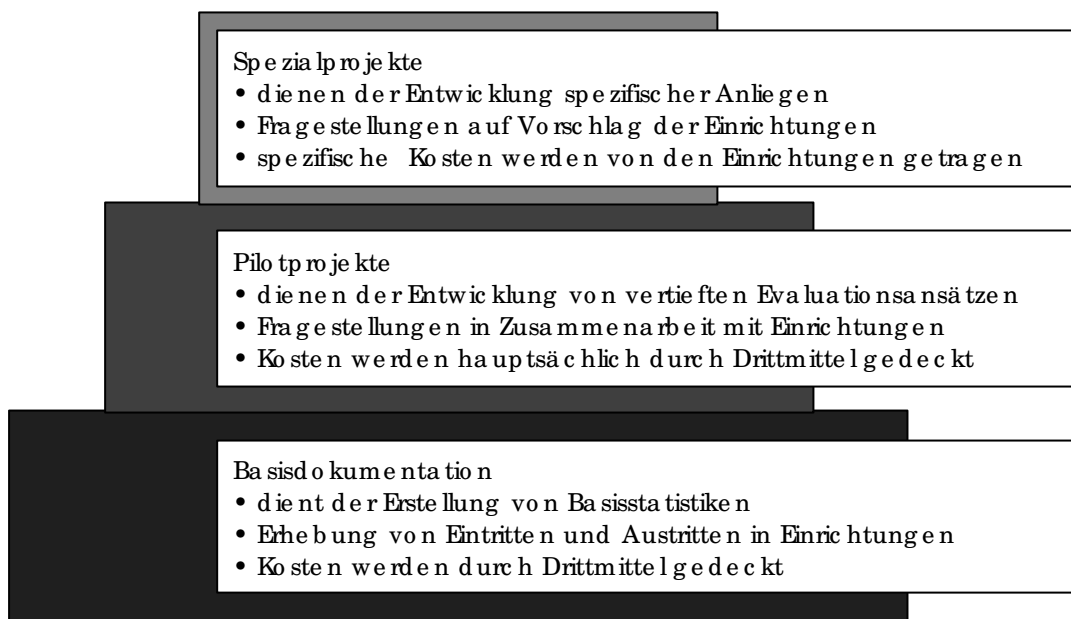
Ziel des Forschungsverbundes ist nicht nur, Daten zur Klientele stationärer Therapie zu sammeln und zur Verfügung zu stellen, sondern auch zur Entwicklung einer praxisorientierten Evaluation stationärer Therapie und damit zur Qualitätssicherung und -verbesserung des therapeutischen Angebotes beizutragen. Dies bedingt, dass die Evaluation in engem Kontakt und in der Auseinandersetzung mit der Praxis erfolgt. Der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Einrichtungen einerseits und der Forschungsstelle andererseits, wie sie in der Organisationsstruktur des FOS zum Ausdruck kommt (Abb. B1), fällt daher eine zentrale Bedeutung zu.

Abb. B1: Organisationsstruktur des FOS



Um zur Qualitätssicherung und -verbesserung des therapeutischen Angebotes beitragen und den Stellenwert abstinenzorientierter stationärer Therapie innerhalb der Therapielandschaft auch angesichts aktueller Probleme wie Finanzknappheit und Strukturanpassungen sichtbar zu machen, können die Ergebnisse der Klientendokumentation mit Resultaten aus vertiefenden Projekten kombiniert werden. Das in Abb. B2 dargestellte Stufenmodell des FOS bietet dazu eine geeignete Struktur an:

Abb. B2: Stufenmodell der Verbundforschung



Neben der Basisdokumentation (Dokumentation der Klientele) ermöglichen Pilotprojekte (zweite Stufe) die vertiefte Bearbeitung von Fragestellungen im Rahmen der Evaluation von Therapieprogrammen. Spezialprojekte bieten einzelnen Einrichtungen oder Einrichtungsgruppen die Gelegenheit, sich an der Untersuchung spezifischer Fragestellungen zu beteiligen (aktuelle Spezialprojekte siehe Kap. 2). Welche Projekte aktuell laufen und wie deren Ergebnisse kombiniert mit den Daten aus der Basisdokumentation genutzt werden, ist dem Tätigkeitsbericht (Kap. 2) zu entnehmen.

1.2. Themenschwerpunkt Behandlungserfahrung

Der Themenschwerpunkt der diesjährigen Jahresstatistik ist die Behandlungserfahrung der Klientinnen und Klienten, hauptsächlich in Zusammenhang mit Substitutionsprogrammen und stationärer Suchttherapie.

Der Ausstieg aus einer drogenbestimmten Laufbahn ist ein Prozess, in welchem sich Phasen der Rehabilitation mit Phasen des Wiederkonsums und Wiedereinstiegs in die Szene abwechseln. Suchtfreie oder Erholungsphasen können innerhalb oder ausserhalb eines professionellen Behandlungssettings stattfinden. Den Klientinnen und Klienten steht ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten zur Verfügung, das auch auf unterschiedliche Weise genutzt wird. Das Angebot reicht von schwellenlosen Treffpunkten zur medizinischen Versorgung, für soziale Kontakte und Tagesstruktur über nieder- und höherschwellige Substitutionsprogramme mit und ohne weiterführende Integrationsangebote

hin zu teilstationären oder stationären lebensfeldersetzenden Therapiegemeinschaften. Diese unterscheiden sich wiederum hinsichtlich der konzipierten Behandlungsdauer - wobei immer mehr Einrichtungen Kurzzeitprogramme, mehrmonatige Orientierungsphasen oder Intervall-Therapien (stationäre und ambulante Intervalle) anbieten - und hinsichtlich der Ausprägung des Abstinenzanspruches. Stationäre Therapie ist durchlässig und flexibel geworden. Klientinnen und Klienten bringen daher unterschiedliche Behandlungserfahrungen in die stationäre Therapie mit: knapp zwei Drittel der FOS-Klientele haben Erfahrungen mit Substitutions- und/oder stationären Therapien.

Unter dem aktuellen verschärften Finanzdruck hauptsächlich auf die stationären Therapien hat das Bundesamt für Gesundheit u.a. zwei Initiativen gestartet: FiSu (Finanzierung stationäre Suchttherapie) zur Einführung eines fairen, angebotsorientierten Finanzierungsmodells und QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen und Alkohol) zur weiterführenden Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Suchthilfe. Trotz dieser Bemühungen läuft weiterhin eine kontroverse Diskussion in Bezug auf die Legitimation der „richtigen“ Suchtbehandlung: Substitutionstherapie chronifiziere Drogenabhängigkeit, fördere den polytoxikomanen Konsum, liefere nur Scheinerfolge, vertrete ein technisches Menschenbild. Abstinenzorientierte Suchttherapie hingegen sei zu teuer, der Abstinenzansatz moralisierend und ideologisierend, die Ziele nicht offengelegt, wenn von gesellschaftlicher Integration und Lebensqualität des Klienten gesprochen, aber Abstinenz gemeint sei (z.B. abhängigkeiten 1/2000).

Dass Klientinnen und Klienten in unterschiedlichen Behandlungssettings unterschiedliche Profile aufweisen, wurde bereits in verschiedenen Studien dargestellt¹ In der diesjährigen Jahresstatistik konzentrieren wir uns auf die Behandlungserfahrung, welche Klientinnen und Klienten mitbringen, die 2001 einer stationären, abstinenzorientierten Therapie standen.

Die *Bedeutung* der Behandlungserfahrung für die aktuelle Therapie ist eine komplexe Thematik, die Evidenz von kumulierter Therapiewirksamkeit schwierig zu interpretieren. Frühere Behandlung als Prädiktor für Therapieerfolg wird in der Forschung kontrovers diskutiert: einerseits wird frühere Behandlung wegen Opiatabhängigkeit als Prädiktor für *fortgesetzten* Drogenkonsum identifiziert (Brewer et al, 1998²; Moos, 1998³; Zemlin, Herder & Dornbusch, 1999⁴). Andererseits weisen verschiedene Studien auf den kumulativen

¹ z.B. Kap. 5.3. Vergleich mit Befunden aus stationären Abstinenzbehandlungen und Substitutionsbehandlungen mit Methadon in: Uchtenhagen A, Gutzwiller F & Dobler-Mikola A (Hrsg). 1997. Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten. Zürich: Institut für Suchtforschung, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

² Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR & Fleming CB (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use and after treatment for opiate addiction. In: addiction, 93(1), 73-92.

³ Moos RH (1998). Understanding the Quality and Outcome of Treatment. In: Substanz Use & Misuse, 33(4), 2789-2794.

⁴ Zemlin U, Herder F & Dornbusch P (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. In: Sucht Aktuell, Sonderdruck (2), 1-18.

Effekt von erfolgten Behandlungsepisoden hin (Stark, 1992⁵; Condelli & Hubbard, 1994⁶; Hser et al, 1997⁷)⁸.

Für umfassende Aussagen müssen bestimmte wichtige Aspekte berücksichtigt werden wie z.B. die Reihenfolge und Länge der Behandlungsmodule, die Qualität und die Bedeutung der Therapie für den Klienten, Therapieangebot und Klientenbedürfnisse (Ansprüche, Motivation, Möglichkeiten) sowie der Erfolg der vorangegangenen Behandlungen. Ferner sind Behandlungserfahrungen lediglich ein Teil einer Bandbreite von Faktoren, welche den Therapieerfolg bestimmen. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen wäre Gegenstand einer Spezialstudie. Diese Angaben werden im Rahmen der FOS-Basisstatistik *nicht* in dieser Weise erfasst.

Die quantitative Erfassung der erfolgten Behandlungsbeginne, die der folgenden Auswertung zugrunde liegt, ermöglicht jedoch einen Überblick über die Häufigkeit und das Spektrum der Inanspruchnahme des Suchthilfeangebotes. Dieser Erfahrungsrucksack wird mit der Lebenssituation der Klientinnen und Klienten in Verbindung gebracht: wir gehen der Frage nach, wie sich Klientinnen und Klienten, welche sich im Jahr 2001 in einer stationären Langzeittherapie befanden, hinsichtlich der Behandlungserfahrung unterscheiden und wie sich die verschiedenen Behandlungserfahrungstypen wiederum in Bezug auf Lebensumstände, Ressourcen und Defizite bei Eintritt und bezüglich Therapiedauer und erfolgreichem Therapieabschluss voneinander unterscheiden. Mit dieser Annäherung an die kumulierten Behandlungserfahrungen möchte der Jahresbericht – im Rahmen einer Basisstatistik - einen Beitrag zur Reflektion der Bedeutung von Therapieerfahrung für den therapeutischen Prozess leisten.

⁵ Stark, MJ (1992). Dropping Out of Substance Abuse Treatment: A Clinically Oriented Review. In: Clinical Psychology Review, 12, 93-116.

⁶ Condelli WS & Hubbard RL (1994). Relationship Between Time Spent in Treatment and Client Outcome from Therapeutic Communities. In: Journal of Substance Abuse Treatment, 11(1), 25-33.

⁷ Hser, YI, Anglin MD, Grella C, Longshore D & Prendergast ML (1997). Drug Treatment Careers: a Conceptual Framework and Existing Research Findings. In: Journal of Substance Abuse Treatment, 14 (6), 543-558.

⁸ Weiterführende Aspekte in: Grichting E (2000). Die Bedeutung einer stationären abstinenzorientierten Behandlungsepisode für die Rehabilitation Drogenabhängiger vor dem Hintergrund der individuellen Behandlungsgeschichte. Exposé Dissertation. Internes Papier. Zürich.

2. Tätigkeitsbericht 2001

2.1. Personelle Besetzung der Koordinationsstelle des FOS

Folgende Personen waren im Jahr 2001 im Rahmen der FOS-Projekte bzw. für die Koordinationsstelle FOS am Institut für Suchtforschung (ISF) tätig:

- Susanne Schaaf, lic. phil. Psychologin: Projektleitung der FOS-Basisdokumentation und des act-info-Teilprojektes FOS/act-info
- Esther Grichting, lic. phil., dipl. Sozialarbeiterin: Projektleitung der FOS-Spezialprojekte sowie Kontaktperson FOS-Basis für die französisch- und italienischsprachigen Institutionen.
- Marcus Reichlin, lic. phil. Psychologe, Primarlehrer: Datenmanagement und Datenauswertung FOS-Basisdokumentation und FOS-Spezialprojekte
- Denise Hampson, lic. phil. Psychologin: Datenmanagement und Datenauswertung FOS-Spezialprojekte
- Anne-Sophie Nyman, Psychologin und Psychotherapeutin: Interviewkoordination FOS-Nachbefragungen
- Heidi Bolliger: Projektmitarbeiterin, Sekretariat der Koordinationsstelle FOS
- Mark Rhiner, lic. phil. Psychologe (externer Mitarbeiter): Dokumentation der Klientele in den Entzugseinrichtungen des Kantons Aargau
- Als Forschungsleiter für die FOS-Projekte zuständig ist Prof. Dr. Jürgen Rehm.

2.2. Teilnehmende Einrichtungen

Im Berichtsjahr waren gesamtschweizerisch 73 therapeutische Einrichtungen am FOS beteiligt. Davon befinden sich 55 Institutionen in der Deutschschweiz, 14 in der Romandie und 4 italienischsprachige Gemeinschaften im Tessin. Von 61 Einrichtungen sind Klientenfragebogen in die Auswertung eingeflossen.

Im Laufe des Jahres 2001 sind 3 Einrichtungen aus dem Forschungsverbund ausgestiegen, weil sie entweder ihr Angebot auf eine andere Zielgruppe ausgerichtet haben oder geschlossen wurden. Es sind keine Einrichtungen neu dazugekommen.

An der Pilotphase des Teilprojektes FOS-act-info (Start 1. Juli 2001) beteiligten sich 4 FOS-Einrichtungen sowie zwei stationäre Nicht-FOS-Einrichtungen. Die Eintritte in diese 4 FOS-Einrichtungen während des ersten Halbjahres wurden in den FOS-Datenpool aufgenommen.

2.2.1. Liste der FOS-Einrichtungen 2001

2.2.1.1. FOS-Basisdokumentation

AG	Institut für Sozialtherapie, Sozialtherapeutische Klinik, 5704 Egliswil
	Inst. für Sozialtherapie, Stiftung, Reha.zentrum Niederlenz, 5702 Niederlenz
	Kaisten, Therapeutische Wohngemeinschaft, 5082 Kaisten
	Stiftung Wendepunkt, Wohngemeinschaft Shalom, 5033 Oftringen
AR	Best Hope, 9104 Waldstatt/Herisau
BE	Aebihus / Maison Blanche, Stiftung, 2533 Evilard/Leubringen
	Arche, Wohngemeinschaft, 3400 Burgdorf
	Chly Linde, Therapeutische Gemeinschaft, 3089 Vorderfultigen
	Oase Brüggbach, Therapeutische Wohngruppe, 3512 Walkringen
	Therapiehaus Längmatt, 4922 Bützberg
	St. Johannsen, Massnahmenzentrum, 2525 Le Landeron
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft zum Schlüssel, 3036 Detligen
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Melchenbühl, 3073 Gümligen
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Brienzwiler, 3856 Brienzwiler
	Stiftung Terra Vecchia, Familienplätze, 3011 Bern
	Stiftung Hilfe zum Leben, 3006 Bern
	Stiftung Hilfe für Dich, Ther. Gem., 3555 Trubschachen (bis Feb. 2001)
	Stiftung Contact Bern, PRISMA, 3000 Bern
	Rüdli, Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft, 3752 Wimmis
BL	Arxhof, Arbeitserziehungsanstalt, 4435 Niederdorf
	Obere Au, Therapeutische Gemeinschaft, 4438 Langenbruck
	Waldruh, Therapeutische Gemeinschaft, 4461 Böckten
	SPEKTRUM, Kontaktstelle für Familienplatzierungen, 4410 Liestal
	Smaragd, Therapeutische Gemeinschaft, 4153 Reinach
BS	Gatternweg, Therapeutische Gemeinschaft, 4125 Riehen
FR	Foyer Horizon, Fondation Le Tremplin, 1783 PENSIER
	Le Radeau, Centre d'Accueil communautaire, 1693 Orsonnens
	Magma, Ther. Wohngemeinschaft, 3210 Kerzers (bis Juni 2001)
GE	CRMT Centre résidentiel à moyen terme, 1226 Thônex
	Le Toulourenc, Communauté thérapeutique, 1256 Troinex

	Maison de Pinchat, 1227 Carouge (bis Dezember 2001)
GL	Fuente Alamo Kontaktstelle, 8750 Glarus
JU	Kleingruppe CTM, Ther. Wohngemeinschaft, 2923 Courtemaiche
LU	Ausserhofmatt (AHM), Therapeutische Gemeinschaft, 6105 Schachen
	Lehn, Therapie- und Bildungswerkstatt, 6012 Obernau/Kriens
	Neuhof, Therapeutische Gemeinschaft, 6020 Emmenbrücke
	Ufwind, 6206 Neuenkirch
NE	Foyer André, 2117 La Côte-aux-Fées
	Pontareuse, Fondation Goéland, 2017 Boudry
SG	IGL Verein Lebensfreude WG Minousch, 9012 St. Gallen
SO	Chratten, Therapeutische Wohngemeinschaft, 4229 Oberbeinwil
	Im Schache, Therapiezentrum, 4543 Deitingen
	Lilith, Teil/stationäre therap. Frauen-Kind Wohngem., 4625 Oberbuchsitzen
	Unikat, 4710 Balsthal
TG	Brotegg, Therapeutische Wohngemeinschaft, 8500 Frauenfeld
	Quellenhof, 8674 Dinhard
TI	Bognago, Therapeutische Wohngemeinschaft, 6614 Brissago
	Centro Residenziale a medio terme, 6516 Gerra Piano
	Il Gabbiano, Fondazione, Comunità terapeutica, 6904 Lugano
	Villa Argentina, Centro terapeutico, 6900 Lugano
	Teen Challenge in Svizzera, Com. terapeutica Casa Shalom, 6605 Locarno-Monti
	Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Bordeji, 6657 Palagnedra
VD	Espace Santé, Fondation Bartimée, 1422 Grandson (bis Oktober 2001)
	Fondation Bartimée, 1422 Grandson
	Fondation Le Levant, 1005 Lausanne
	Foyer du Relais, Association du Relais, 1110 Morges
VS	Centre Gai-Matin, 1891 Vérossaz
ZG	Sennhütte, Therapeutische Gemeinschaft, 6300 Zug
ZH	Am Schärme, Therapeutische WG, Stiftung Santa Catarina, 8032 Zürich
	Arche, Therapiegemeinschaft, 8180 Bülach
	Aussenwohngruppe Frankental, 8044 Zürich
	Frankental, Drogenstation, 8049 Zürich
	Freihof Küsnacht, Wohngruppe, 8700 Küsnacht
	Meilestei, 8124 Uessikon bei Maur
	Neuthal, Therapeutische Gemeinschaft, 8344 Bäretswil
	Pro Juventute, DRZ Cugnanello, 8032 Zürich
	Ulmenhof, 8913 Ottenbach
	Start Again, Drogentherapiestation, 8032 Zürich
	Sonnenbühl Klinik, 8311 Brütten

2.2.1.2. act-info (ab 1. Juli 2001)

AG	Klinik im Hasel, 5728 Gontenschwil
AR	RehabilitationsZentrum Lutzenberg, 9426 Lutzenberg
BE	Nicht-FOS: Stiftung Terra Vecchia, Gemeinschaft Saurehorn, 3054 Schüpfen
	Zueflucht, Christlich-therap. Wohngemeinschaft, 3715 Adelboden
SG	Nicht-FOS: Flüeli, Christl.-therap. WG Ausserdorf, 9122 Mogelsberg
SO	Casa Fidelio, 4626 Niederbuchsiten

2.3. FOS-Veranstaltungen

Im Jahr 2001 fanden wiederum verschiedenen Veranstaltungen statt, welche dem kontinuierlichen Informations- und Erfahrungsaustausch dienen.

Jahresbericht-Sitzungen: Die Vertreterinnen und Vertreter der FOS-Einrichtungen wurden an den Jahresbericht-Sitzungen über die Jahresstatistik bezüglich der Ein- und Ausstritte 2000 informiert. Die deutschsprachige Jahresbericht-Präsentation fand am 22. März 2001 in Zürich statt, die französischsprachigen Veranstaltungen wurden am 17. Mai 2001 in Lausanne bzw. am 7. Juni 2001 für die Tessiner FOS-Einrichtungen in Bellinzona durchgeführt.

Symposium: Am 26. Oktober 2001 fand in Zürich das XI. FOS-Symposium zum Thema: „Was uns hilft und zufriedenstellt“ Therapieerfolg und –zufriedenheit aus Klientensicht statt.

2.4. Weitere Aktivitäten der Koordinationsstelle FOS

2.4.1. Berichte und Informationen

Jahresbericht 2000: Im ersten Trimester 2001 wurden die Jahresgesamtsstatistik sowie die institutionsspezifischen Statistiken erstellt. Schwerpunktthema Konsummustertypen.

Weitere Berichte: Die zusammengefassten Beiträge des FOS-Symposiums können als Tagungsmappen in deutscher und französischer Sprache von www.suchtforschung.ch (FOS downloads) heruntergeladen werden.

Info-Bulletin: Im Januar des Berichtsjahres wurde ein Info-Bulletin an die deutschsprachigen FOS-Einrichtungen versandt.

Rundschreiben: Im Dezember 2001 wurden die Einrichtungen über die Zukunft des Forschungsverbundes und das weitere Vorgehen von act-info informiert.

2.4.2. Harmonisierte Suchthilfestatistik – act-info

Im Mai 1999 startete das Projekt „Harmonisierte Suchthilfestatistik“ – heute „act-info“ - unter der Federführung des Bundesamtes für Gesundheit und des Bundesamtes für Statistik. Ziel ist die Einführung einer gesamtschweizerischen Suchthilfestatistik, welche Klienten- und Behandlungsdaten sowohl aus dem ambulanten als auch stationären Suchthilfereich erfasst. Berücksichtigt werden illegale und legale Drogen sowie nicht-substanzgebundene Abhängigkeiten. Die Daten dienen dem epidemiologischen Erkenntnisgewinn, der Behandlungsplanung sowie zu Forschungszwecken.

Per 1. Juli 2001 startete die Pilotphase des Teilprojektes FOS-act-info mit fünf ausgewählten Therapieeinrichtungen. Im Dezember 2001 verfasste die KOFOS einen internen Zwischenbericht zur Bewertung der Erfahrungen mit den neuen Fragebogen und dem Erhebungsprozedere zuhanden der act-info-Projektleitung.

Die KOFOS beteiligte sich an Arbeitsgruppentreffen, um Instrumente zu entwickeln, Methodik und weiteres Vorgehen zu diskutieren sowie die Besonderheiten der stationären Suchttherapie in die Gestaltung einer nationalen Basisstatistik einzubringen.

Informationen zum Gesamtprojekt finden sich auf www.act-info.ch, Ausführungen zum Teilprojekt FOS-act-info finden sich unter www.suchtforschung.ch (> FOS > act-info).

2.4.3. Zusammenarbeit auf nationaler und kantonaler Ebene

QuaTheDA: Unter der Federführung von Prof. Dr. Martin Sieber von der Forel Klinik beteiligte sich die KOFOS im Rahmen einer Arbeitsgruppe an der Ausarbeitung eines Fragebogens zur Erfassung von Klientenzufriedenheit und der Planung von Durchführung und Auswertung. Im Herbst 2001 startete eine Pilotphase mit 15 QuaTheDA-Einrichtungen.

Der zweijährige Schulungszyklus für stationäre Suchthilfeinrichtungen zur Einführung von QuaTheDA zur Qualitätssicherung und –entwicklung in der Suchttherapie wurde per Ende 2001 erfolgreich abgeschlossen. Die KOFOS beteiligte sich in der Rolle der Co-Moderation und im Rahmen der Konzeptgruppe.

Weiterführende Informationen siehe

<http://www.bag.admin.ch/sucht/praevention/quatheda/d/>

KOFOS-KOSTE: zwischen der KOFOS und der Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE besteht eine Kooperationsverein-

barung mit dem Ziel des regelmässigen schriftlichen und mündlichen Informationsaustausches: gegenseitiges Zustellen aktueller Berichte, Informationen über geplante Veranstaltungen, geplante Forschungsprojekte, über bestehenden Forschungsbedarf, relevante laufende Geschäfte und Weiterbildungsangebote.

AG Therapie der Drogenkommission des Kantons Zürich: Die KOFOS beteiligte sich an einem interdisziplinären Arbeitstreffen der Drogenkommission am 5. Sept. 2001 zur Kontroverse in der Suchttherapie. Ziel war der Austausch unter Fachleuten der unterschiedlichen Behandlungsansätze - hauptsächlich Substitutionsbehandlung und stationäre abstinentenorientierte Therapie - sowie die Identifikation der Konfliktfelder. Eine Weiterführung der Arbeitstreffen ist geplant.

2.4.4. Regelmässige Arbeiten

Nebst den genannten Tätigkeiten war die KOFOS mit den üblichen regelmässigen Arbeiten betraut:

- Registrieren und Codieren der ausgefüllten Fragebogen, Organisation der Dateneingabe, Erstellen der Gesamtfiles etc. neu auch für act-info
- Information, Aufnahme und individuelle Einführung von interessierten Einrichtungen
- Erteilen von Auskünften in Zusammenhang mit der Datenerhebung
- Koordination und Öffentlichkeitsarbeit
- Arbeiten im Rahmen koordinierter Projekte

2.5. Koordinierte Projekte

2.5.1. Nachbefragung der Klientele stationärer Therapieeinrichtungen

Die Nachbefragung der ehemaligen Klientele stationärer Suchttherapie wurde im Jahr 2001 als FOS-Spezialprojekt weitergeführt und im Hinblick auf die mittelfristige Fortsetzung neu konzipiert. Ziel der Nachbefragung ist es, Aufschluss über die Lebensumstände der ehemaligen Klienten und Klientinnen nach Therapieaustritt und über ihre rückblickende Beurteilung der Therapie zu gewinnen. Diese Informationen werden im Rahmen der Verbundforschung in einheitlicher Form gewonnen und den beteiligten Institutionen mittels einer jährlichen Standardauswertung zurück gemeldet.

Weiterführung und Abschluss der Nachbefragung bei den Austritten 1999: Die Datenerhebung dieser Nachbefragungsrunde lief bis Ende Juli 2001. Anschliessend wurden die Rückmeldungen zu Händen der 29 teilnehmenden Institutionen erstellt.

Neukonzipierung der Nachbefragung im Rahmen des FOS: Die Neukonzipierung resultierte aus einer in den letzten Jahren gesunkenen Erreichungsquote und aus fehlender Kostendeckung. In Rücksprache mit den Institutionen wurde beschlossen, die Nachbefragung künftig als telefonische – und nicht mehr als persönliche – Befragung zu konzipieren. Die Vorbereitungen zur nächsten Nachbefragungsrunde (Ausschreibung zu Händen der FOS-Institutionen, Entwicklung eines geeigneten Fragebogens, Bereitstellen der Infrastruktur, Eingabe bei Ethikkommission) fanden in der zweiten Jahreshälfte statt. Ab Januar 2002 wird die Nachbefragung bei den Austritten 2001 in telefonischer Form ein Jahr nach Therapieaustritt durchgeführt.

2.5.2. Follow-up bei der Klientele der stationären Therapieeinrichtungen des Kantons Bern

Im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern wurde im Juni 2001 ein Nachbefragungsprojekt gestartet, welches mehrere Follow-ups bei ehemaligen Klienten und Klientinnen aus Berner Therapieeinrichtungen vorsieht. Ehemalige mit Therapieaustritt im Jahr 1998 oder 1999, welche bereits an der regulären FOS-Nachbefragung teilgenommen haben, werden ca. drei Jahre nach Austritt telefonisch und vier Jahre nach Austritt persönlich interviewt. Ziel ist es, Informationen über längerfristige Entwicklungsverläufe und Veränderungen nach einer stationären Rehabilitation zu gewinnen, welche für die Therapieeinrichtungen von Nutzen sein können. Die Datenauswertung sieht Querschnitt- und Längsschnittanalysen vor. Das Projekt dauert bis Ende 2004.

2.5.3. Spezialstudie SCL-90-R

Die Datenerhebung für die Spezialstudie mit dem Gesundheitsfragebogen SCL-90-R (Symptom Check List von Derogatis) wurde im Jahr 2001 weitergeführt. Der SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch neunzig vorgegebene körperliche und psychische Symptome und wird von den Klienten der teilnehmenden Einrichtungen erstmals vier Wochen nach Eintritt, dann alle drei Monate sowie bei Austritt ausgefüllt. Die Auswertung bezieht sich auf die körperliche und psychische Verfassung bei Eintritt und bei Austritt. Durch die periodische Erhebung können diese beiden Angaben auch für Therapieabbrecher berücksichtigt werden. Eine ausreichende Anzahl von „Eintritts“-SCL lag bereits Ende 2000 vor, sodass im Jahr 2001 keine neu eintretenden Klienten mehr einbezogen, sondern nur noch „Austritts“-SCL erhoben wurden. Die Datenauswertung sieht

sowohl Querschnittsauswertungen bei Eintritt und Austritt als auch eine Längsschnittauswertung zu den Veränderungen zwischen Eintritt und Austritt vor.

2.5.4. Zusammenarbeit mit der HSA Bern

Das Institut für Sozialplanung und Sozialmanagement der HSA Bern hat im Jahr 2001 zum Thema „Zeitverständnis in der stationären Suchttherapie“ und unter der Federführung von Prof. Dr. Harald Klingemann ein Nationalfondsprojekt gestartet. Einbezogen werden interessierte Institutionen der stationären Suchttherapie aus den Bereichen illegale Drogen und Alkohol. Die KOFOS beteiligt sich an diesem Projekt, indem sie für die teilnehmenden FOS-Institutionen die Verknüpfung der „Zeitverständnis-Daten“ mit den Klientendaten aus der Basisstatistik vornimmt.

2.5.5. Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Aargau

Auch im Jahr 2001 wurde für die Gesundheitsdirektion des Kantons Aargau die Dokumentation der Klientele der Entzugseinrichtungen sowie der stationären Therapieeinrichtungen weitergeführt. Letztere basiert auf den FOS-Daten, womit Doppelspurigkeiten in der Datenerhebung vermieden werden. Diese routinemässig durchgeführten Beschreibungen der Klientele erfolgen im Rahmen des kantonalen Controllings.

2.5.6. Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Tessin

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Tessin hat das Institut für Suchtforschung Ende 2001 mit einem umfassenden Projekt beauftragt, welches Grundlagen für die Dokumentation und Planung der Suchthilfe zur Verfügung stellen soll. Neben der Auswertung bestehender Daten (Klientendaten, Therapieangebot) sind eine Bestandesaufnahme zur Versorgungssituation und deren Beurteilung sowie zu laufenden Datenerhebungen vorgesehen. Dabei sollen auch allfällige Lücken identifiziert werden. Die betroffenen Institutionen werden in das Projekt einbezogen.

2.6. Öffentlichkeitsarbeit und Publikationen

2.6.1. Öffentlichkeitsarbeit

- Grichting, E. Vortrag "Behandlungserfolg stationärer Therapien für Drogenabhängige: FOS-Nachbefragungen". ISF Forum, Zürich, 2. Oktober 2001.
- Grichting, E. Vortrag "Die Therapie im Rückblick - ihre Wirkung aus Sicht der ehemaligen Klientinnen und Klienten vor dem Hintergrund der Lebenssituation nach Austritt". FOS Symposium, Zürich, 26. Oktober 2001.
- Grichting, E. Vortrag "FOS – La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie" und "Comparaison de clients qui présentent différents modèles de consommation". Riunione Gruppo Esperti, Bellinzona, 7. November 2001.

2.6.2. Publikationen

- KOFOS (Hrsg.) (2001). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2000. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik. Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlichem Konsummuster. Forschungsbericht Nr. 119. Zürich: Institut für Suchtforschung.
- Service de coordination de la Ligue FOS (Ed.) (2001). La Ligue pour l'évaluation de traitements résidentiels de la toxicomanie en 2000. Rapport d'activité et statistique annuelle globale. Comparaison des types de comportement en matière de consommation. Rapport No 120. Zurich: Institut de recherche sur les addictions.
- Schaaf, Susanne (2001). act-info. Beurteilung der Pilotphase. Einführung von act-info bei ausgewählten Einrichtungen des Forschungsverbunds stationäre Suchttherapie FOS. Interner Zwischenbericht. Zürich: Institut für Suchtforschung.

2.7. Ausblick

Die Jahre 2001 und 2002 standen bzw. stehen ganz im Zeichen des Übergangs von FOS in die nationale harmonisierte Suchthilfestatistik act-info. Per Juli 2001 startete die Pilotphase des Teilprojektes FOS-act-info mit fünf stationären Therapieeinrichtungen. Die Bestandesaufnahme nach der halbjährigen Testphase zeigte, dass nach anfänglichen Anlaufschwierigkeiten die act-info-Bogen schnell und einfach ausgefüllt werden konnten. Da die Pilotphasen der Suchthilfestatistiken SAMBAD und SAKRAM/CIRSA noch nicht abgeschlossen sind und die Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge ausstehen, verzögern sich Finalisierung der Erfassungsinstrumente und Auswertungsplanung. Die flächendeckende Einführung von act-info, welche für die FOS-Einrichtungen ursprünglich per Sommer 2002 geplant war, verschiebt sich ins Frühjahr 2003. Per 1. Jan. 2003 beginnen die FOS-Einrichtungen mit der act-info-Erhebung mit einer Papierversion. Bis März 2003 werden sämtliche ambulante und stationäre Institutionen sukzessive auf EDV-gestützte Erfassung umstellen. Die Umstellung wird durch eine Schulung begleitet. Die entsprechende Software eCASE entwickelt bzw. adaptiert die Firma Infogate im Auftrag des BAG und in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der laufenden Suchthilfestatistiken. Die damit verbundenen Fragen zu Datenhoheit, Datensicherheit, Datenzugriffsrechten, Leistungen vonseiten der Einrichtungen, Dienstleistungen vonseiten des BAG und der Forschung u.ä. werden an den Jahresberichtssitzungen 2002 diskutiert und in entsprechenden Dokumenten festgehalten. Die konkrete Rolle der KOFOS im Zusammenhang mit der amtlichen Bundesstatistik und dem erweiterten Informationssystem wird noch definiert. Die KOFOS wird sich jedoch aufgrund der frei werden Ressourcen auf vertiefende Auswertungen zu ausgewählten Fragestellungen konzentrieren. Mit dem Gesamtdatenpool von umfassenden Klientendaten der Jahre 1995 - 2001 aus rund 70 Einrichtungen steht der KOFOS eine einmalige Datenquelle zur Verfügung. Zur aktuellen Entwicklung des Projektes siehe www.suchtforschung.ch (> FOS > act-info).

3. Klientenstatistik des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS

3.1. Methodik

3.1.1. Instrumente und Datenerhebung

Die Datenerhebung im Rahmen der FOS-Basisdokumentation erfolgt mittels standardisierter Fragebogen, welche in deutscher, französischer und italienischer Sprache vorliegen. Seit 1. Juli 2001 kommen *Kurzversionen* der Fragebogen zum Einsatz (Eintritt E3.1 und Austritt A3.1). Diese Kurzversionen werden wie folgt eingesetzt:

- Eintrittsbogen: bei Eintritt des Klienten, der Klientin in die Therapieeinrichtung
- Austrittsbogen: bei Austritt des Klienten, der Klientin aus der Therapieeinrichtung (regulärer Austritt oder Abbruch) sowie bei Übertritt in eine institutionseigene Aussenwohngruppe (AWG)
- Austrittsbogen AWG: zusätzlich zum obengenannten Austrittsbogen, wenn eine Klientin oder ein Klient aus der institutionseigenen AWG austritt.

Die Häufigkeitsauszählungen zu den Ein- und Austritten 2001 (s. Tabellenband) beruhen auf der Kurzversion. Im Grafikteil werden dieses Jahr Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung verglichen.

Die Datenerhebung für die Basisdokumentation findet in den am FOS beteiligten Einrichtungen statt: ein Teammitglied führt die Eintrittsbefragung mit der Klientin oder dem Klienten innerhalb der ersten zwei Wochen nach Eintritt durch. Der Austrittsbogen wird ebenfalls durch ein Teammitglied ausgefüllt, jedoch nicht zwingend im Rahmen einer Klientenbefragung, da dies aufgrund irregulärer Austritte (Abbrüche) oft nicht möglich ist.

Die erhobenen Klientendaten beruhen somit einerseits auf Selbstangaben der befragten Personen (bei Eintritt) und andererseits auf dem Kenntnisstand des Teams (bei Austritt).

Um eine möglichst einheitliche Datenerhebung zu gewährleisten, wurden den Forschungsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern aus den Therapieeinrichtungen bis 2000 regelmäßige Interviewschulungen angeboten. Diese Dienstleistung wurde aus Kostengründen und hinsichtlich der baldigen Überführung in act-info auf eine telefonische Infoline reduziert. Weiterhin dient der Leitfaden zur Datenerhebung, der von der KOFOS zur Verfügung gestellt wird, als Orientierungshilfe.

3.1.2. Stichproben

Die Datenerhebung erfolgt kontinuierlich bei allen ein- und austretenden Klientinnen und Klienten der FOS-Einrichtungen, ab 1. Juli 2001 mit einer Kurzversion der Fragebogen. Angaben zur Lage der behandelnden Institutionen nach Sprachregion sowie Angaben zur Vollständigkeit der erhaltenen Daten – "nur Grundangaben", falls nur die Seiten 1-3 des Fragebogens ausgefüllt wurden – können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden. Der Übersicht halber sind auch die Ein- und Austritte im Rahmen des Teilprojektes FOS-act-info angegeben, welche jedoch nicht in die Auswertung der FOS-Daten 2001 eingeflossen sind.

Tab. 1: Datenbasis für den Jahresbericht 2001

Vollständigkeit der Fragebogen ----- Sprachregion	EINTRITTE			AUSTRITTE		
	nur Grundangaben	umfass. Angaben	Total	nur Grundangaben	umfass. Angaben	Total
Deutsch-Schweiz*	75	464	539	33	511	544
Französ. Schweiz	38	165	203	3	147	150
Italienische Schweiz *	3	66	69	1	72	73
TOTAL FOS Schweiz	116	695	811	37	730	767
<i>act-info ab 1. Juli 2001</i>		46	46		59	59
TOTAL FOS und act-info Schweiz		741	857		789	826

*Deutschsprachige Einrichtungen, die im Tessin lokalisiert sind, werden der Deutschschweiz zugerechnet.

Insgesamt trugen 61 Institutionen Angaben über ein- oder austretende Klienten für die Datenbasis des Jahresberichts 2001 bei, 48 aus der Deutschschweiz, 9 aus der französischen Schweiz sowie 4 aus der italienischen Schweiz. Im Vergleich zur Statistik 2000 liegt die Zahl der Eintrittsbefragungen 2001 mit 811 um lediglich 22 Eintritte tiefer – berücksich-

tigt man die separat erfassten act-info-Eintritte, wurden gegenüber dem Vorjahr sogar 24 Eintrittsbefragungen mehr registriert. Mit 767 Austritten wurden im Jahr 2001 30 Austritte mehr erfasst als letztes Jahr. Wie sind diese Zahlen im Kontext von im Grunde abnehmenden Belegungsquoten zu verstehen? Die beobachtete Fluktuation hängt interessanterweise nicht mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer und einem damit verbundenen „Therapiehopping“ der Klientele 2001 zusammen, wie der Vergleich mit den letztjährigen Zahlen zeigt. Zwar verzeichneten kleine und mittelgrosse Institutionen im Jahr 2001 teilweise mehr Eintritte, die Schwankungen sind jedoch hauptsächlich dadurch entstanden, dass eine Reihe von FOS-Institutionen, welche letztes Jahr keine Fragebogen geschickt hatten, sich neu wieder in der Verbundforschung engagierten.

14% der Eintrittsbogen (N=116) enthalten nur die Grundangaben der Klienten, weil z.B. eine ausführliche Befragung bei einem Aufenthalt von wenigen Tagen nicht möglich war.

Unter Einbezug aller seit 1995 im Rahmen des FOS erhobenen Daten umfasst der aktuelle Datenpool 5923 Eintrittsbefragungen, wobei für das 2. Halbjahr 2001 nur die Variablen der Fragebogen-Kurzversion erhoben wurden. Bei den Austritten handelt es sich 4908 Datensätze, ebenfalls ab 1. Juli 2001 nur noch Angaben gemäss der Kurzversion.

Die Auswertungen im Tabellenband basieren, was die soziodemografischen Angaben betrifft, auf der jeweiligen Hauptstichprobe, in allen weiteren Fragen auf einer Teilstichprobe, welche nur die Fragebogen mit „umfassenderen Angaben“ berücksichtigt. Für die Auswertung zum Grafikteil wurden nur Fälle mit umfassenden Angaben einbezogen.

3.1.3. Codieren und Datenkontrolle, Regelung des Datenschutzes

Die ausgefüllten Fragebogen wurden der KOFOS von den meisten Einrichtungen im Abstand von ungefähr drei Monaten zugestellt. Die Bogen wurden anschliessend codiert, d.h. für die Dateneingabe aufbereitet.

Um den Datenschutz zu gewährleisten, erhält die KOFOS die Fragebogen anonymisiert. Zur Identifikation von Mehrfacheintritten in eine stationäre Therapie wird ein Codewort erfragt, welches sich aus dem ersten Buchstaben des Vornamens, dem zweiten des Nachnamens sowie dem Geburtsdatum der befragten Person zusammensetzt. Diese sog. Identifikationsnummer wird in einem separaten Datenfile gespeichert, welches nur mittels Passwort zugänglich ist. Die entsprechende Seite des Fragebogens wird von der KOFOS vor der Dateneingabe herausgenommen und getrennt aufbewahrt.

Auch die Anonymität der Einrichtungen, in denen die Klientenbefragungen durchgeführt werden, bleibt gemäss den „Vertraglichen Vereinbarungen“ zwischen der KOFOS und den FOS-Partnereinrichtungen gewahrt: es werden keine einrichtungsbezogen ausgewerteten Daten an Dritte weitergeleitet, es sei denn mit explizitem Einverständnis der entsprechenden Institution.

Dasselbe Vorgehen gilt für die Handhabung der act-info-Fragebogen.

3.1.4. Elektronische Datenerfassung

Im Anschluss an die Codierung der Fragebogen durch die KOFOS erfolgte die elektronische Dateneingabe weitgehend durch eine externe Firma mittels File-maker-pro-Eingabemasken; teilweise wurden die Daten im ISF selbst eingegeben. Die elektronisch erfassten Daten wurden ins Statistikprogramm SPSS eingelesen und weiterbearbeitet. Nach der Erstellung der Jahresstatistik werden die Daten mit denjenigen aus früheren Jahresstatistiken zu einem Gesamtfile verbunden. Dieses Gesamtfile bildet die Grundlage für weiterführende Auswertungen.

3.1.5. Plausibilitätskontrollen und Recodierungen

Eine erste Plausibilitätskontrolle der Daten erfolgte bereits im Rahmen der Codierung der Fragebogen, eine weitere nach Einlesen der Daten ins Statistikprogramm SPSS aufgrund der Überprüfung der Häufigkeitsauszählungen. Dabei wurde wie folgt vorgegangen:

- In einem ersten Schritt wurden die im SPSS eingelesenen Daten nochmals bezüglich "Ausreisser" und eventuelle Einlesefehler kontrolliert. Anschliessend wurden die Angaben auf ihre Plausibilität hin überprüft und die notwendigen Korrekturen durchgeführt. Besondere Aufmerksamkeit wurde sog. Filterfragen gewidmet.
- In einem zweiten Schritt wurden die "Missing Data" definiert. Als Missing Data wurden alle fehlenden Angaben bestimmt sowie jene Fragen, bei welchen die befragte Person die Antwort verweigerte oder nicht wusste. Zudem fallen in einzelnen Fragen jene Personen unter Missing Data, für die diese Fragen nicht zutreffen.

Hinsichtlich der Datenauswertung hatte auch dieses Jahr eine termingerechte Fertigstellung der Jahresstatistik Priorität. Die üblichen Plausibilitätskontrollen wurden wie beschrieben durchgeführt, sodass keine groben Unstimmigkeiten vorkommen sollten.

- Nach Abschluss der Plausibilitätsüberprüfungen wurden die für den Tabellenband und für die Grafiken notwendigen Recodierungen vorgenommen.

Grundsätzlich wurde bei den Recodierungen darauf geachtet, dass die Verteilungen im Tabellenband analog zu den entsprechenden Kategorien im Fragebogen wiedergegeben werden. Grössere Änderungen wurden diesbezüglich bei folgenden Variablen gemacht:

- Das Geburtsjahr wurde in 'Alter' umgerechnet. Die Kategorien unter 18 Jahre und über 30 Jahre wurden jeweils zusammengezogen.

- Auf Basis der Postleitzahl wurde für den Tabellenband der Urbanisierungsgrad des letzten Wohnsitzes errechnet.
- Auf Basis der aktuellen Schulsituation wurde eine Variable zur höchsten, je besuchten Schulstufe berechnet und tabelliert.
- Angaben zum Alkoholkonsum – Anzahl Gläser Alkohol und Tage pro Woche, an welchen Alkohol getrunken wurde – sind für den Tabellenband zu einer Variable zusammengefasst. Die Kategorien 'kein Alkoholkonsum' und 'gelegentlicher Alkoholkonsum' entsprechen den Angaben für die Schwere des Alkoholkonsums, wie sie im Fragebogen Europ-ASI definiert werden.

Zusätzlich wurden einzelne Fragen der Übersichtlichkeit halber in den Tabellen kategorisiert. Diese Recodierungen sind an den entsprechenden Kategorienlabels erkennbar. Bei den Variablen im Grafikteil wurden teilweise etwas ausführlichere Recodierungen durchgeführt, um die wesentlichen Informationen prägnanter zusammenzufassen.

3.1.6. Fokus der vorliegenden Statistiken

Die Jahresstatistik des FOS besteht aus einem Grafikteil und dem Tabellenband, welche je einen unterschiedlichen Fokus setzen. Während im Grafikteil eine spezifische Fragestellung vertieft wird, werden im Tabellenband die Daten möglichst vollständig wiedergegeben.

Der Schwerpunkt des *Grafikteils* liegt auf dem Vergleich der bisherigen Behandlungserfahrungen der Klientinnen und Klienten, insbesondere in Bezug auf Substitutionsbehandlungen und stationäre Therapien bzw. keine dieser Behandlungserfahrungen. Dargestellt werden zum einen das soziale Profil der Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung bei ihrem Therapieeintritt 2001, zum andern die Austrittssituation 2001 der Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung zum Zeitpunkt ihres Therapieeintritts.

Der Tabellenband ist nach Geschlecht aufgeschlüsselt, wobei die Angaben für die gesamte Stichprobe sowie für Männer und Frauen entweder in derselben Tabelle aufgeführt sind oder aus Gründen der Übersichtlichkeit in drei separaten Tabellen.

Aus Platzgründen wurden die Häufigkeitsauszählungen zu jenen Fragen, die sowohl bezogen auf die letzten 12 Monate als auch die letzten 30 Tage vor der Entzugsbehandlung gestellt werden (z.B. Wohnsituation), nur noch für den längeren und zuverlässiger zu beurteilenden Zeitraum aufgeführt.

3.2. Grafikteil: Behandlungserfahrung

3.2.1. Einleitung zum Grafikteil

Die Klientinnen und Klienten können aufgrund ihrer Behandlungserfahrung im Jahr vor Therapieantritt in vier Klientengruppen eingeteilt und hinsichtlich a) der Klientenmerkmale bei Eintritt und b) der Austrittssituation verglichen werden. In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen:

1. Unterscheiden sich Klienten mit *unterschiedlicher Behandlungserfahrung* (1. nur Substitutionsbehandlung, 2. stationäre Suchttherapie und stationäre Suchtbehandlung in psychiatrischer Klinik, 3. beides, 4. weder noch) hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, ihrer sozialen und gesundheitlichen Situation, ihres Drogenkonsums zum Zeitpunkt ihres Eintritts in die stationäre Therapie?
2. Unterscheiden sich Klienten mit *unterschiedlicher Behandlungserfahrung* hinsichtlich ihrer Austrittssituation (Aufenthaltsdauer, Austrittsmodus, Integration)?

Die Darstellungen in den folgenden Kapiteln liefern die Antworten.

3.2.2. Methodische Hinweise zum Grafikteil

Die folgenden Angaben basieren a) auf den 2001 erhobenen Eintritts- und Austrittsdaten und b) auf den für die Austritte 2001 entsprechenden Eintrittsdaten aus den vorangegangenen Jahren (1997 bis 2001). Bezüglich der Methodik der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung sei auf Kap. 3.1 Methodik verwiesen.

Bei den grafisch dargestellten Ergebnissen handelt es sich um deskriptive Statistik (Häufigkeitsauszählungen, Kreuztabellen). Die Berechnungen geben Aufschluss über die Verteilung der einzelnen Klientenmerkmale und über die Unterschiede zwischen den Behandlungserfahrungsgruppen.

Die Bildung der Behandlungserfahrungstypen bezieht sich auf das Variablenset „Behandlungen und Beratungen vor dem jetzigen Aufenthalt wegen Abhängigkeit von harten Drogen oder Alkoholabhängigkeit, (e11.1). Berücksichtigt wurde die Anzahl *Behandlungsbeginne*, weil diese – im Gegensatz zu *regulär abgeschlossenen* Behandlungen und Beratungen – auf einen grösseren Anteil der Klienten zutreffen und somit weniger Personen aus der Auswertung ausgeschlossen werden müssen. Behandlungsbeginne sind zudem eindeutiger zu definieren.

Behandlungserfahrung umfasst folglich:

- *Substitutionsprogramme* (Methadon, Heroin; E11.1D/E) und
- *stationäre Aufenthalte* (Suchteinrichtung, psychiatrische Klinik; E11.1G/I).

Suchtbehandlung in stationärer Therapiengemeinschaft und in psychiatrischer Klinik wurde zu einer Gruppe zusammengefasst. Zur Prüfung der Homogenität dieser Klientengruppe – Personen mit Psychiatrieerfahrung nehmen möglicherweise eine Sonderstellung ein – wurden die Klienten in drei *Subgruppen* unterteilt: von den 129 Personen mit stationärer Erfahrung entfallen 60% auf „nur stationäre Suchttherapie“, 24% auf „nur psychiatrische Klinik“ und 16% auf „beides“. Die Gegenüberstellung dieser drei Subgruppen ergab keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich ausgewählter Variablen aus den Bereichen soziodemografische Angaben und Konsumverhalten. Unterschiede ergaben sich im Zusammenhang mit psychischen Belastungen vor Suchtbeginn – Klientinnen und Klienten mit Erfahrungen in stationärer Therapie und psychiatrischer Klinik hatten häufiger Depressionen und Angstzustände bereits vor Suchtbeginn. Allerdings handelt es sich hierbei um eine relativ kleine Gruppe, sodass diese Personen durchaus in der übergeordneten Kategorie „nur stationäre Suchttherapie“ zusammengefasst werden können.

Für die Typenbildung nicht berücksichtigt wurde der Bereich der Entzugsbehandlungen (ambulant und stationär, freiwillig und unfreiwillig; E11.1A-C), da der Grossteil der Klienten, welche sich derzeit in einer abstinentenorientierten Therapiengemeinschaft befindet, einen Entzug oder Teilentzug durchgeführt hat. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurde die Beanspruchung ambulanter Hilfsangebote (Drop-In, psychologische Beratung; E11.1F/J/K/L), welche durchaus in Anspruch genommen wurden und auch einen Indikator für die Einbindung des Klienten in das Suchthilfenetz darstellen können. Vor dem Hintergrund der aktuellen, kontroversen Diskussion über das Verhältnis von Substitutionsbehandlung und stationärer, abstinentenorientierter Langzeittherapie fokussiert die Typenbildung jedoch auf diese beiden genannten Angebote. Falls ambulante Angebote auffallend häufig bei einer bestimmten Klientengruppe auftreten, wird dies an entsprechender Stelle erwähnt. Tagesbetreuung, andere Klinik und die Kategorie „anderes“ konnten ausgeschlossen werden, da sie nur vereinzelt in Anspruch genommen wurden.

Der Grafikteil ist kürzer als letztes Jahr, weil für die Auswertungen die Variablen der Kurzversion berücksichtigt wurden.

Als Lesehilfe für die Grafiken: in jeder Grafik ist vermerkt, wieviele Datensätze in die Auswertung einfließen, wobei "n" das Total der berücksichtigten Fälle bzw. Antworten und „md“ (missing data) die Anzahl der in der entsprechenden Frage fehlenden Antworten bezeichnet. In den Grafiken sind md nur dort angegeben, wo md vorkommen. Die Datenanalyse richtet sich an zwei statistischen Grössen aus: der Signifikanz und dem Kontingenzkoeffizienten Cramer's V. In den Grafiken, welche auf Kreuztabellen basieren, sind alle Signifikanzen angegeben, wobei gilt: $p < .05 = *$; $p < .01 = **$; $p < .001 = ***$. Ist ein Zusammenhang nicht signifikant, so wird dies mit dem Kürzel "ns" gekennzeichnet.

3.2.2.1. Darstellung der vier Typen Behandlungserfahrung

Die folgenden Auswertungen basieren auf 615 Eintritten und 730 Austritten (Ausführungen zu den Austrittsdaten siehe Kap. 3.2.3.). Es handelt sich dabei um Eintritte, zu welchen „umfassende Angaben“ vorliegen, wobei Angaben zur Behandlungserfahrung vor Eintritt zwingend sind. Die Behandlungserfahrungstypen beziehen sich auf die Angaben zu den letzten 12 Monaten vor Eintritt in die Entzugsbehandlung und können wie folgt beschrieben werden:

1. Nur Substitution (N= 150, 24%)

Die Klientinnen und Klienten dieser Gruppe haben vor Eintritt in die derzeitige Einrichtung mindestens eine Substitutionsbehandlung (Methadon, Heroin) begonnen, jedoch *keine* Behandlungserfahrung in stationärer Suchttherapie oder psychiatrischer Klinik (für Suchtbehandlung) angegeben. 59% der Klienten haben einmal, 34% mehrmals mit einem Substitutionsprogramm begonnen. 7% der Klienten haben ein- oder mehrmals an einer heroingestützten Behandlung teilgenommen. Die Gruppe erhält die Bezeichnung „nur Substitution“.

2. Nur stationäre Suchttherapie (N= 129, 21%)

Die Klientinnen und Klienten dieser Gruppe haben vor Eintritt mindestens einen Aufenthalt in einer stationären Suchteinrichtung oder psychiatrischen Klinik begonnen, aber *keine* Erfahrung mit Substitutionsprogrammen. 50% der Klienten haben einmal, 26% haben mehrmals eine stationäre Suchttherapie begonnen. 21% der Klienten waren bereits einmal, 19% bereits mehrmals in einer psychiatrischen Klinik zur Suchtbehandlung. Die Bezeichnung für diese Gruppe lautet „nur stationär“.

3. Substitution und stationäre Suchttherapie - beides (N=209, 34%)

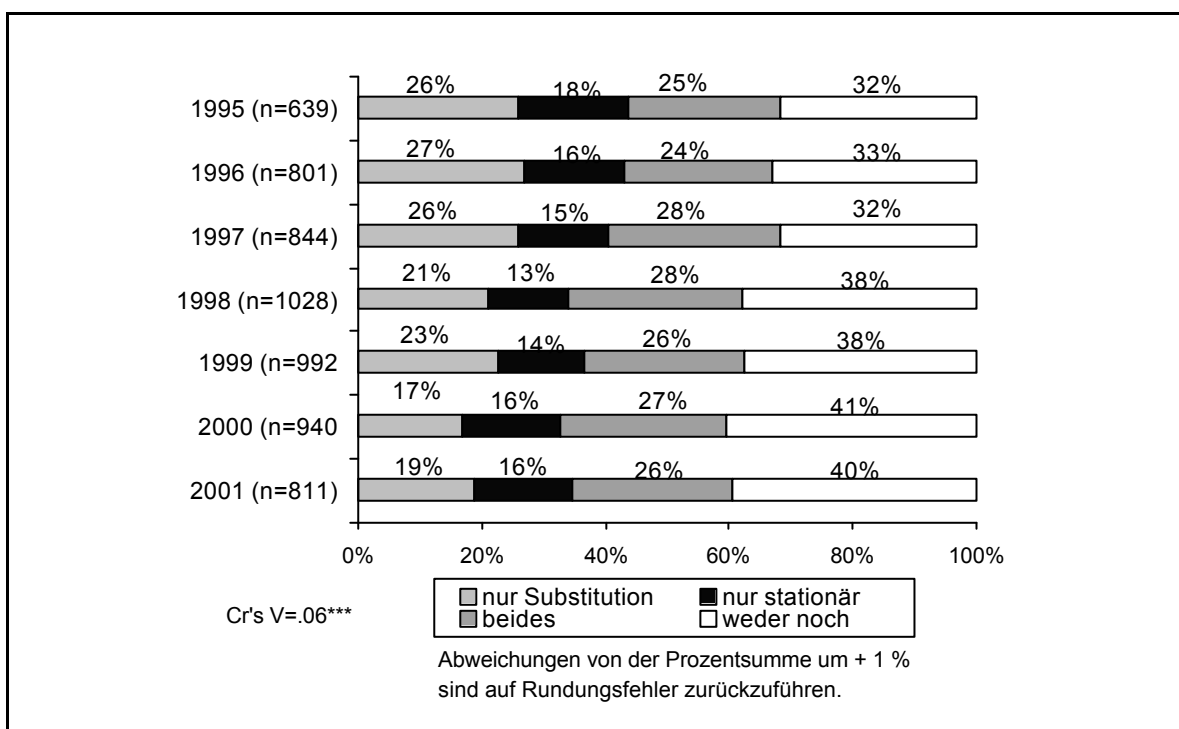
Die Klientinnen und Klienten dieser Gruppe haben sowohl mindestens einmal an einem Substitutionsprogramm teilgenommen als auch mindestens einen Aufenthalt in einer stationären Suchteinrichtung oder psychiatrischen Klinik begonnen. 47% haben einmal, 52% haben mehrmals eine Substitutionsbehandlung begonnen. 44% der Klienten haben einmal, 39% haben mehrmals eine stationäre Suchttherapie begonnen. Die Bezeichnung für diese Gruppe für die weiteren Ausführungen und Grafiken lautet „beides“. Diese Klientengruppe weist zudem signifikant häufiger mehrmalige ambulante und stationäre Entzugsbehandlungen auf und hat auch häufiger ambulante Suchthilfe in Anspruch genommen. Diese Klienten verfügen über eine umfassende Behandlungserfahrung.

4. Weder Substitution, noch stationäre Suchttherapie - weder noch (N=127, 21%)

Die Klientinnen und Klienten dieser Gruppe haben weder Erfahrung mit Behandlungen in stationären Suchteinrichtungen oder psychiatrischen Kliniken noch mit Substitutionsprogrammen. Für die weiteren Ausführungen und Grafiken erhält die Gruppe das Label „weder noch“. Diese Klientengruppe hat zudem bedeutend seltener von ambulanten Suchthilfeangeboten gebraucht gemacht.

Ein Vergleich der Verteilung der vier Klientengruppen über die FOS-Berichtsjahre 1995 bis 2001 zeigt, dass Klienten, welche *nur* Substitutionserfahrung aufweisen, in den Jahren 1996 und 1997 stärker vertreten waren, und dass deren Anteil in den letzten beiden Jahren - gegenüber den anderen Klientengruppen - signifikant abgenommen hat (Abb. G1, Cr's V=.06***). Gegenläufig hat der Anteil Personen ohne Substitutions- oder stationäre Erfahrung kontinuierlich zugenommen und im Jahr 2001 einen Anteil von 40% erreicht.

Abb. G1: Verteilung der vier Klientengruppen über die Jahre 1995 bis 2001

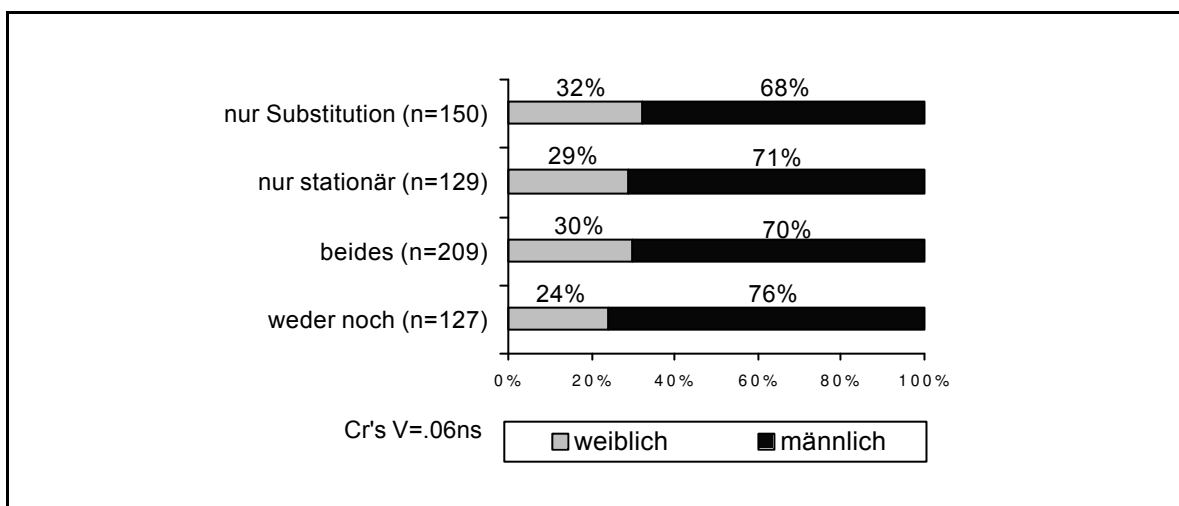


3.2.2.2. Soziodemografische Grundangaben

Geschlecht

Der Frauenanteil beträgt in allen vier Behandlungserfahrungstypen rund ein Viertel bis ein Drittel. Die unerfahrene Gruppe „weder Substitution noch stationäre Suchttherapie“ weist mit 24% einen tendenziell geringeren Frauenanteil auf (Abb. G2).

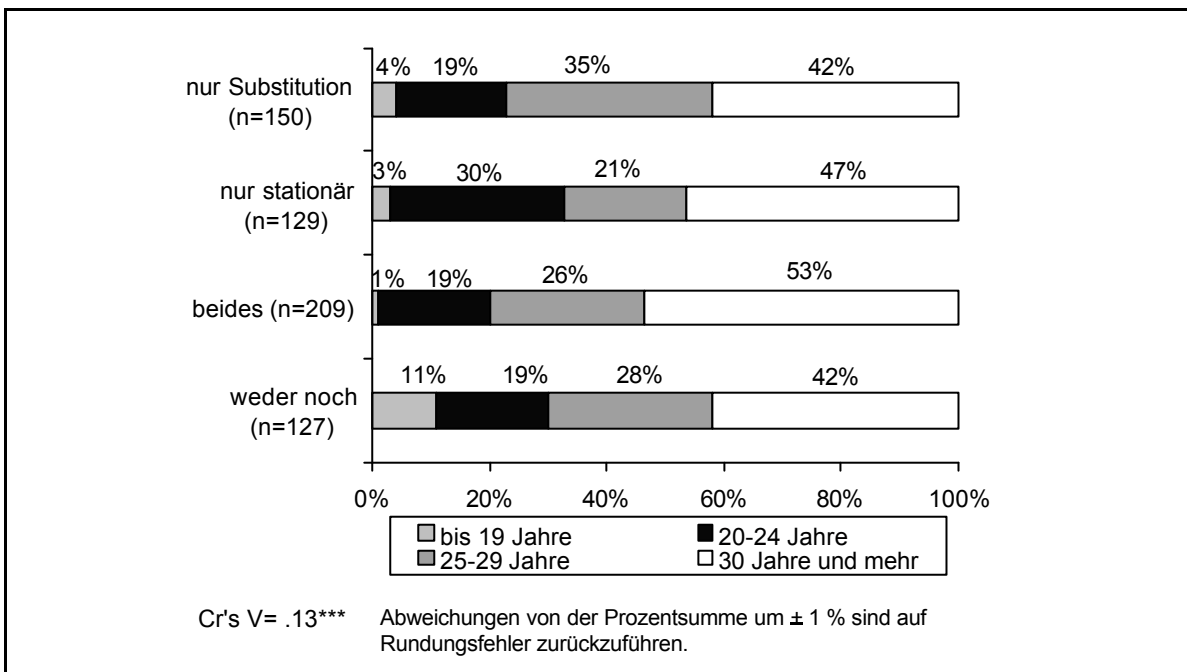
Abb. G2: Geschlecht [E1.3]



Alter bei Eintritt

Knapp die Hälfte der FOS-Klient/innen ist bei Therapieeintritt 30 Jahre und älter alt. Die vier Klientengruppen unterscheiden sich hinsichtlich Altersstruktur erwartungsgemäss signifikant: die Klientengruppe „nur Substitution“ fällt durch einen hohen Anteil an 25-29jährigen Personen auf, während in der Gruppe „nur stationär“ der Anteil 20-24jähriger Personen stark vertreten ist. Klient/innen mit umfassender Erfahrungen sind häufiger über 30 Jahre alt bzw. Klient/innen ohne Behandlungserfahrung sind bei Eintritt in die Therapie bedeutend häufiger 19 Jahre und jünger (Abb. G3; Cr's V=.13***).

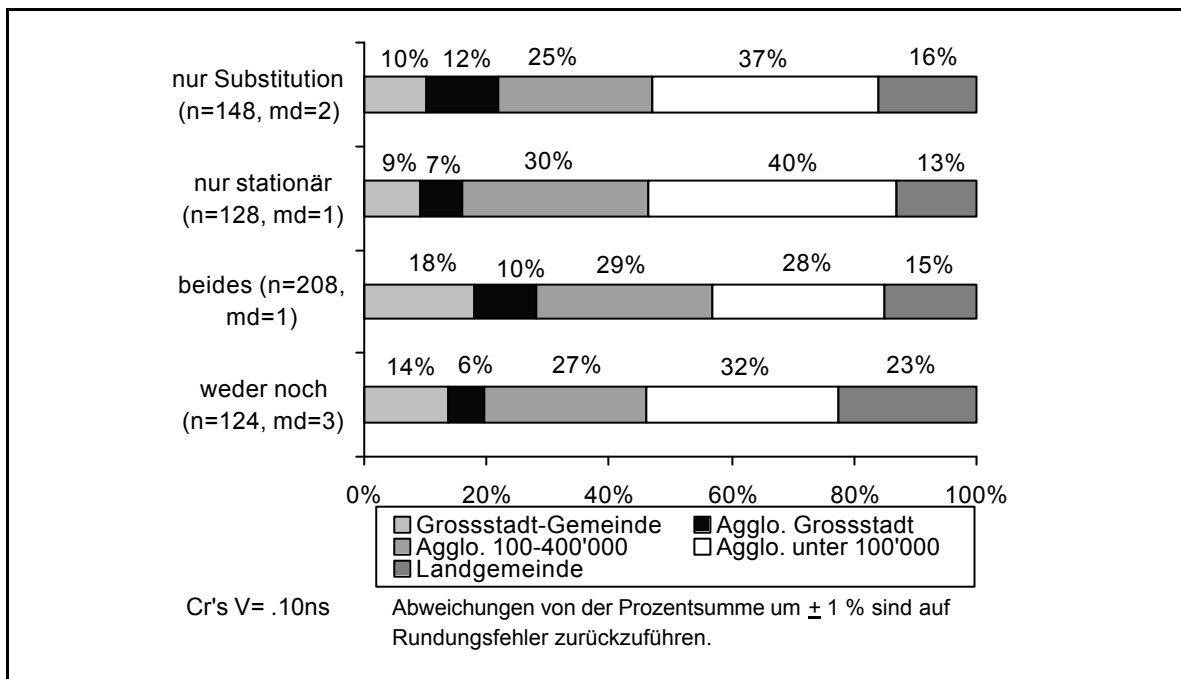
Abb. G3: Alter bei Eintritt [E1.2]



Letzter Wohnsitz

Basierend auf den Angaben zum letzten Wohnsitz vor Therapiebeginn wurden Kategorien hinsichtlich des Urbanitätsgrads erstellt.⁹ Die vier Klientengruppen unterscheiden sich nicht signifikant. Personen mit umfassender Therapieerfahrung hatten ihren letzten Wohnsitz jedoch tendenziell häufiger in einer Grossstadt (Abb. G4)

Abb. G4: Letzter Wohnsitz: Urbanisierungsgrad [E1.6]



Nationalität

Die Klientengruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Anteils ausländischer Klientinnen und Klienten. Dieser beträgt im Durchschnitt 22%. Ebenfalls kein Unterschied zeigt sich beim Anteil Personen mit ausländischen Eltern bzw. einem ausländischen Elternteil: bei 36% der Personen ist der Vater Ausländer, bei 36% die Mutter Ausländerin.

⁹ Die entsprechenden Berechnungen wurden auch dieses Jahr von Herrn Dr. Matthias Bopp, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, durchgeführt.

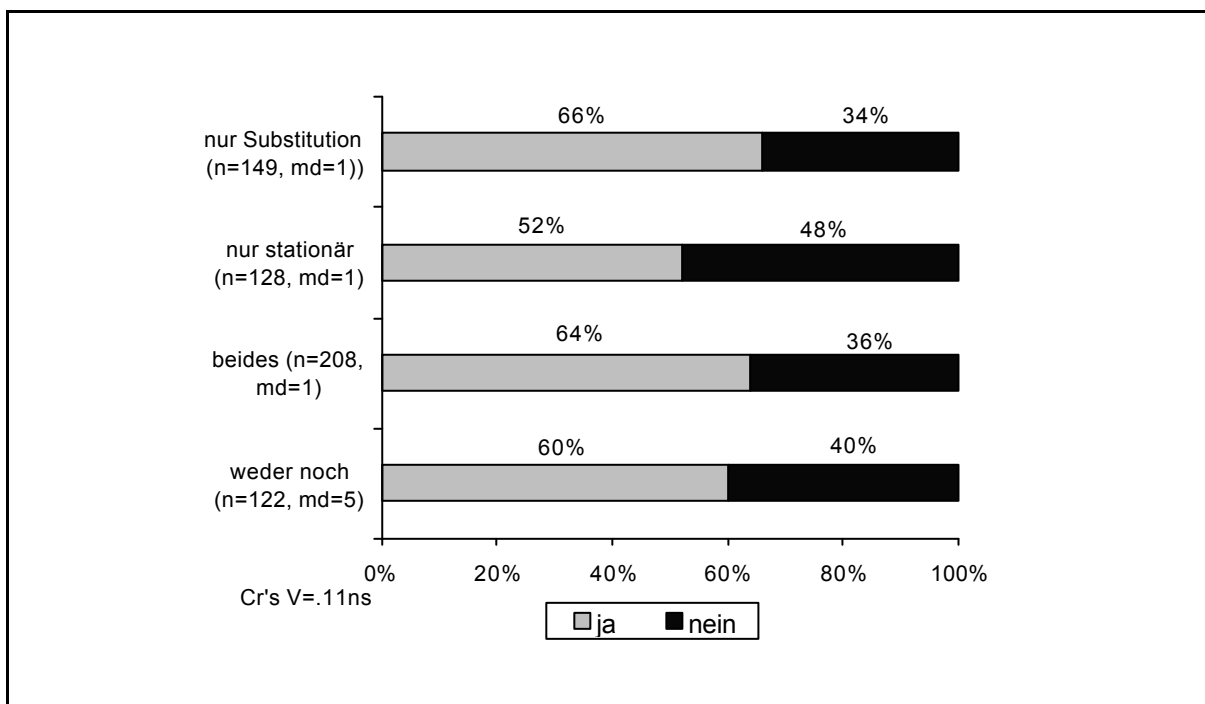
3.2.2.3. Eintrittssituation

Neben den soziodemografischen Merkmalen der Klientinnen und Klienten ist die Frage von Interesse, wie sich ihre Situation kurz vor Therapiebeginn gestaltete: wo wurde die letzte Entzugsbehandlung vor Eintritt in die stationäre Therapie durchgeführt? konnte die Klientin, der Klient unmittelbar nach der somatischen Behandlung in die Rehabilitation übertreten? Wie lange dauerte eine allfällige Übertrittsphase? Erfolgte der Eintritt freiwillig oder aufgrund einer Massnahme?

Zeitraum von Entzug bis Eintritt in die Therapie

Lediglich die Hälfte bis zwei Drittel der Klientinnen und Klienten ist nach der Entzugsbehandlung direkt ohne Wartezeit oder Zwischenphase in die stationäre Rehabilitation übergetreten – die Klientengruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht signifikant. Mit 52% sind Personen mit „nur stationären“ Erfahrungen jedoch tendenziell seltener direkt in das stationäre Therapiezentrum übergetreten (Abb. G5)

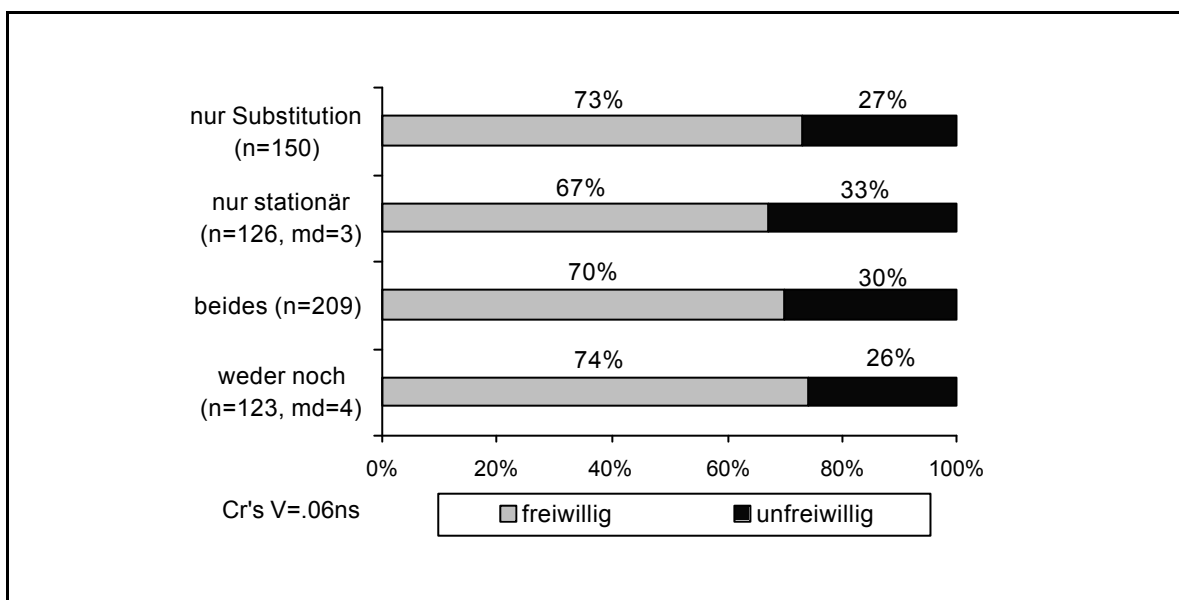
Abb. G5: unmittelbarer Eintritt nach Entzugsbehandlung [E1.13]



Eintrittsmodalität

Die Eintrittsmodalität unterscheidet zwischen freiwilligem und unfreiwilligem Eintritt. Die Kategorie „unfreiwillig“ umfasst Eintritte aufgrund einer strafrechtlichen Massnahme (auch mit vorzeitigem Antritt) sowie vormundschaftliche und ärztliche Zuweisungen. Ein Viertel bis ein Drittel der Klientinnen und Klienten trat unfreiwillig in die stationäre Therapie ein. Die vier Klientengruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Mit 33% liegt der Anteil unfreiwilliger Eintritte bei der Klientengruppe „nur stationär“ jedoch tendenziell höher. (Abb. G6)

Abb. G6: Eintrittsmodalität [E12.7]



Strukturelle Integration im Jahr vor Entzugsbehandlung

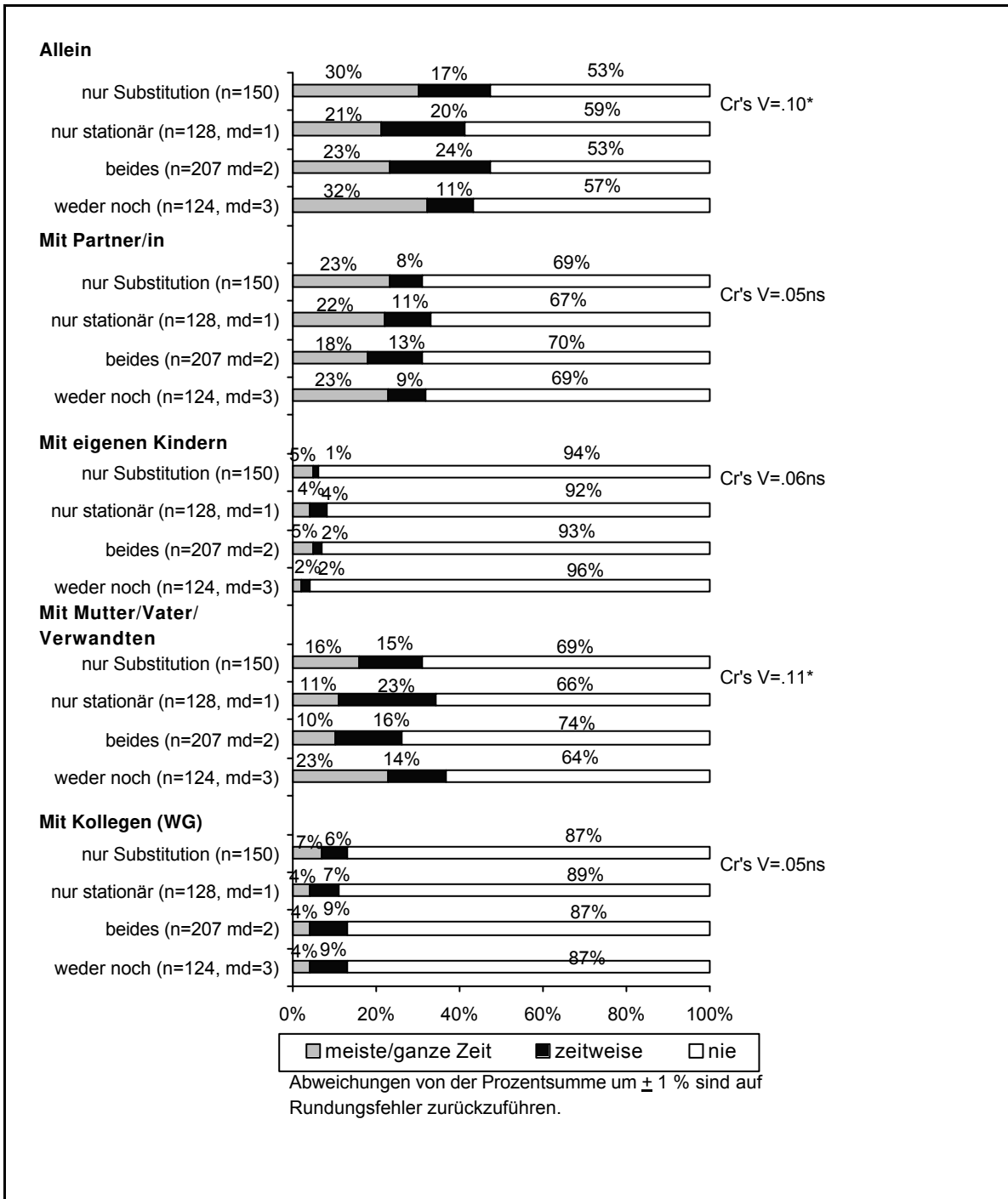
Hinweise auf die strukturelle Integration vor Eintritt in die Therapie werden anhand der Bereiche Wohnen, Arbeiten, Lebensunterhalt und Schulden in den 12 Monaten vor Eintritt beschrieben.

Wohnsituation letzte 12 Monate

Die Angaben zur Wohnsituation beruhen hauptsächlich auf der Frage „wohnen mit wem?“. In Abb. 7 sind zunächst Angaben zu eigenständigem, nicht-institutionellem Wohnen zusammengestellt (Mehrfachnennungen waren möglich). Die häufigsten Wohnformen generell waren allein bzw. mit dem Partner/ der Partnerin wohnen (je ein Viertel). Die

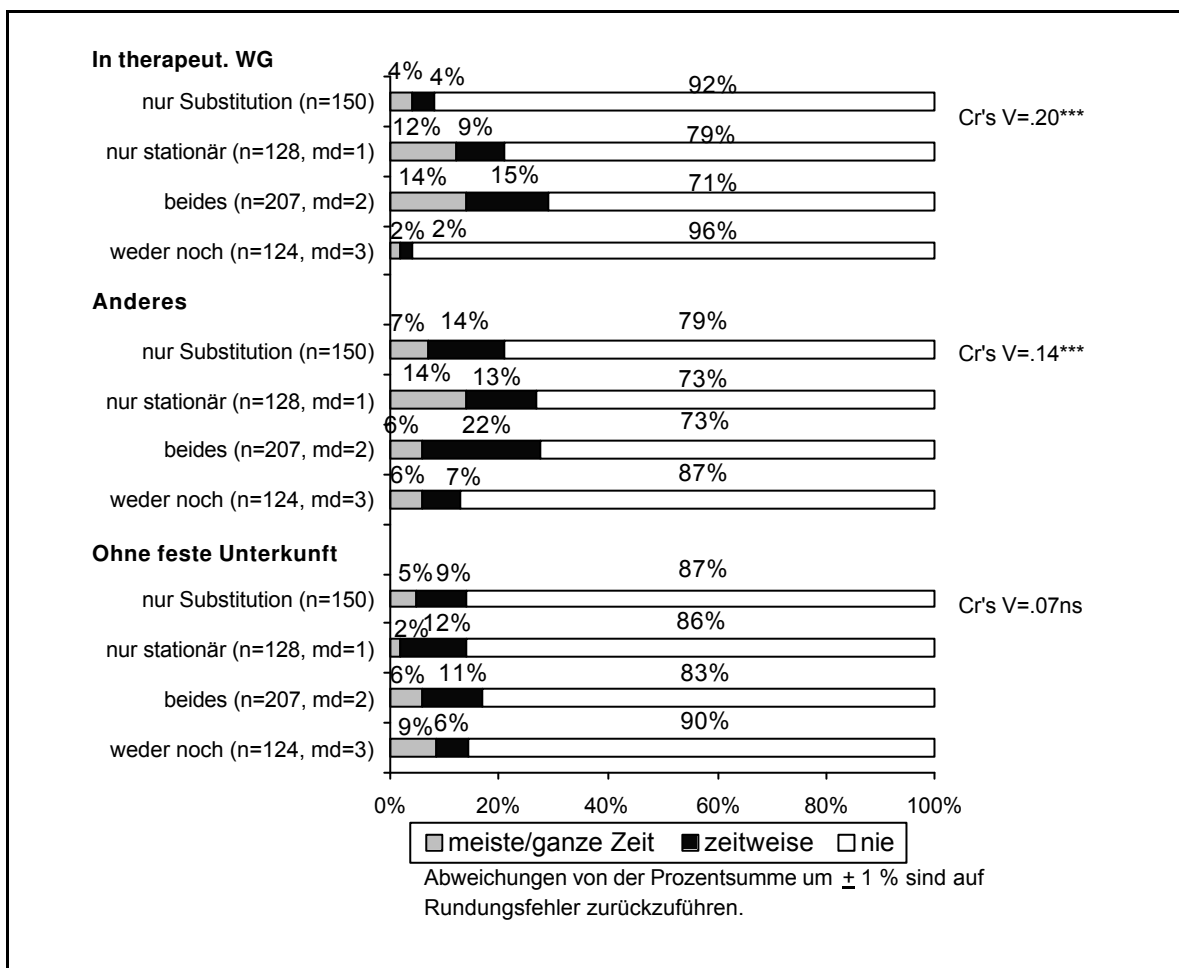
Klientengruppe ohne Behandlungserfahrung hat signifikant seltener nur zeitweise allein und häufiger bei den Eltern, einem Elternteil oder Verwandten gelebt (Cr's V=.10* bzw. 11*).

Abb. G7: mit wem gewohnt (letzte 12 Monate)? [E2.2] / Teil 1



Die Klientengruppe mit umfassender Behandlungserfahrung hat signifikant häufiger im letzten Jahr sowohl die ganze/meiste Zeit als auch zeitweise in einer therapeutischen Gemeinschaft gewohnt. Personen ohne Substitutions- oder stationärer Erfahrung hingegen haben signifikant seltener im therapeutischen Setting gewohnt (Abb: G8; Cr's V=20***). Klientinnen und Klienten mit lediglich stationärer Erfahrung haben in letzten Jahr signifikant seltener in anderen Wohnformen gewohnt (Cr's V=.14***).

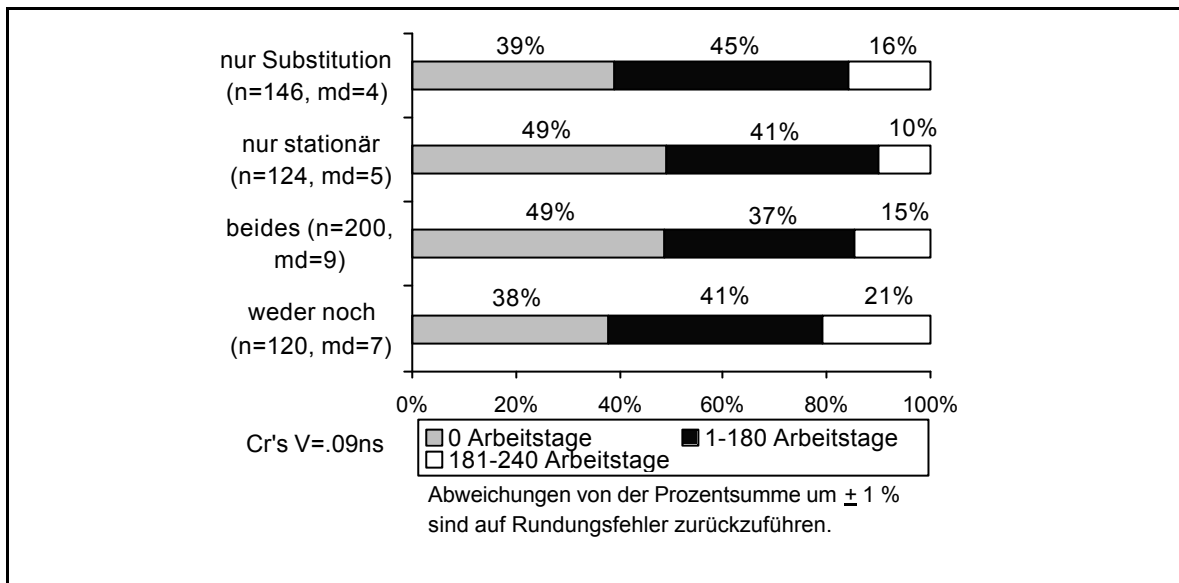
Abb. G8: mit wem gewohnt (letzte 12 Monate)? [E2.2] / Teil 2



Lebensunterhalt (letzte 12 Monate)

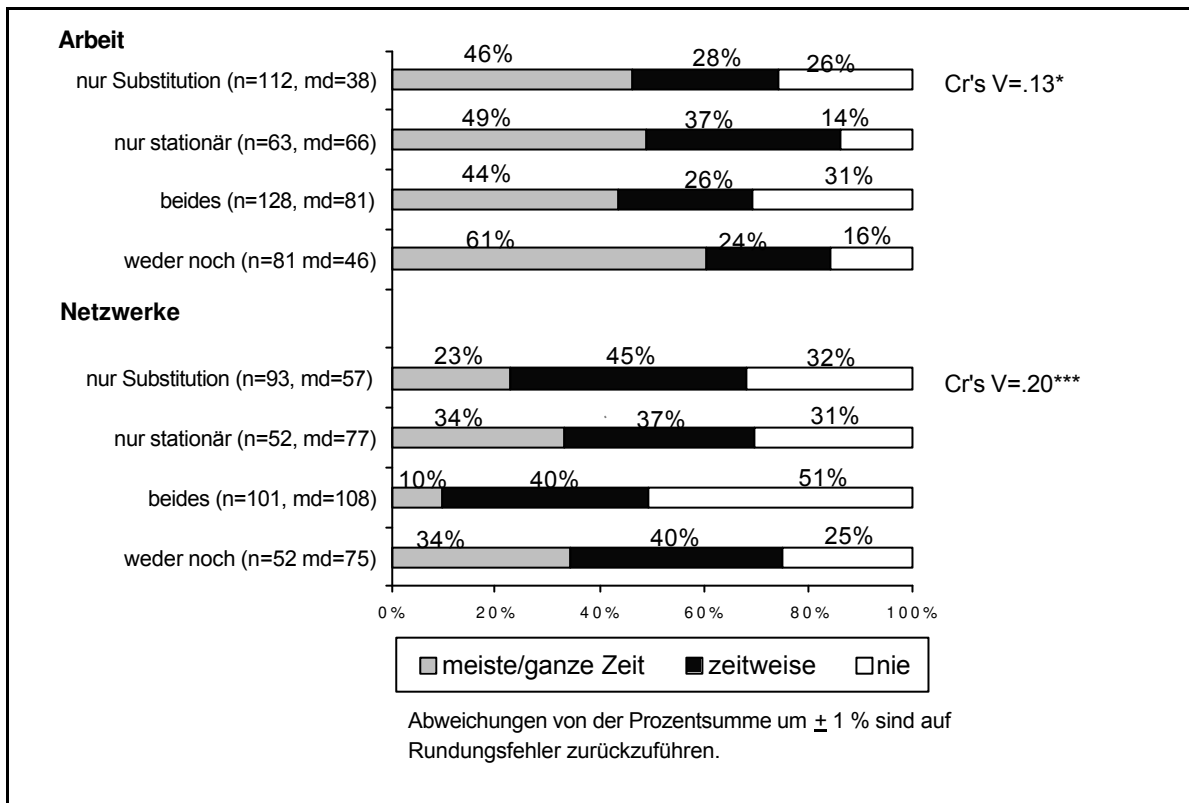
Hinsichtlich der Arbeitstage im Jahr vor Eintritt (max. 240 Arbeitstage pro Jahr) unterscheiden sich die vier Klientengruppen nicht signifikant voneinander (Abb. G9).

Abb. G9: Anzahl Arbeitstage (letzte 12 Monate)? [E3.2]



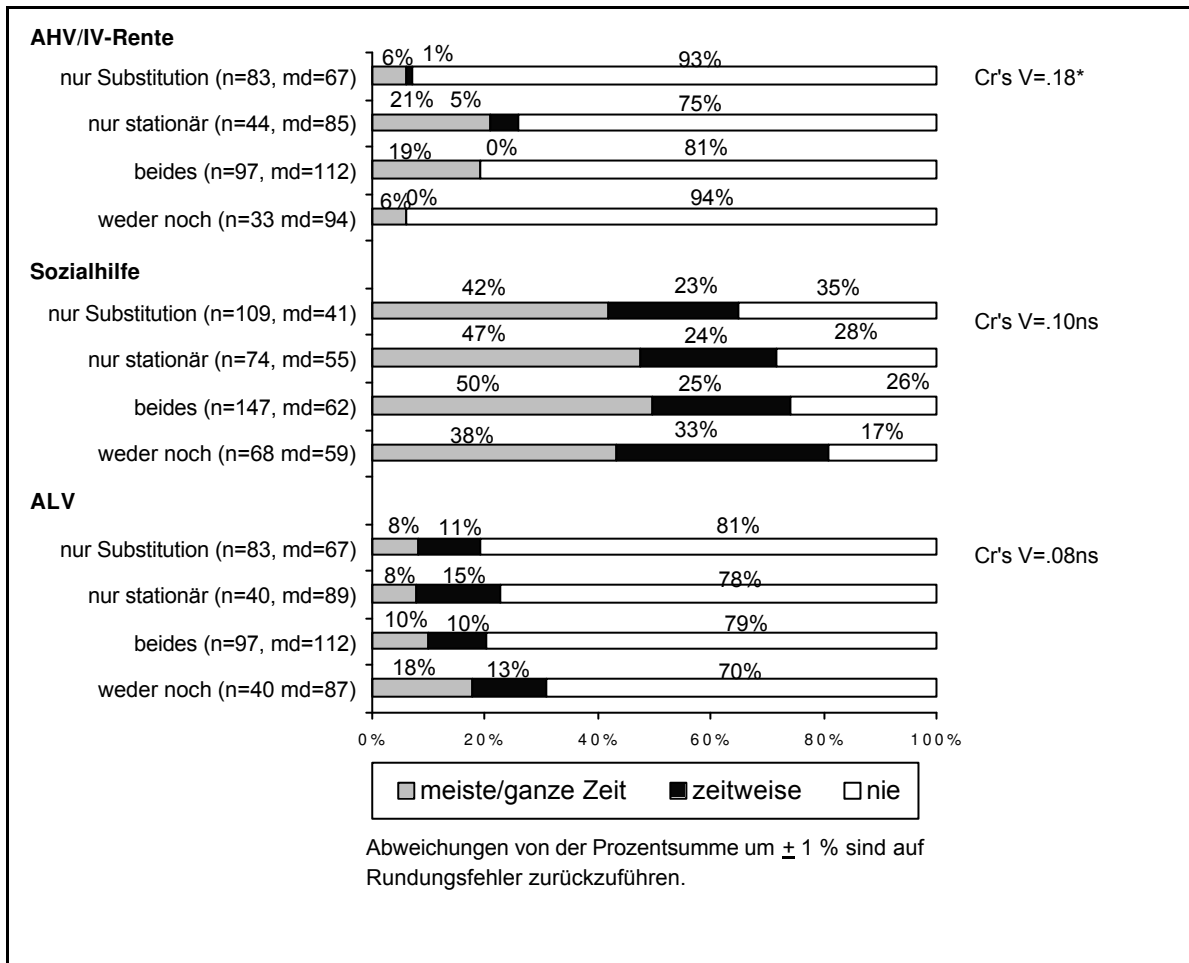
Klientinnen und Klienten ohne Substitutions- und stationärer Erfahrung haben signifikant häufiger die ganze/ meiste Zeit ihren Lebensunterhalt durch eigene Arbeitstätigkeit finanziert (Abb. G10; Cr's V=.10*). Die Klientengruppe mit umfassender Erfahrung hingegen hat den Lebensunterhalt signifikant seltener hauptsächlich durch soziale Netzwerke wie Eltern, Partner und Freunde bestritten (Cr's V=.20***).

Abb. G10: Lebensunterhalt (letzte 12 Monate)? [E5.2]/ Teil 1



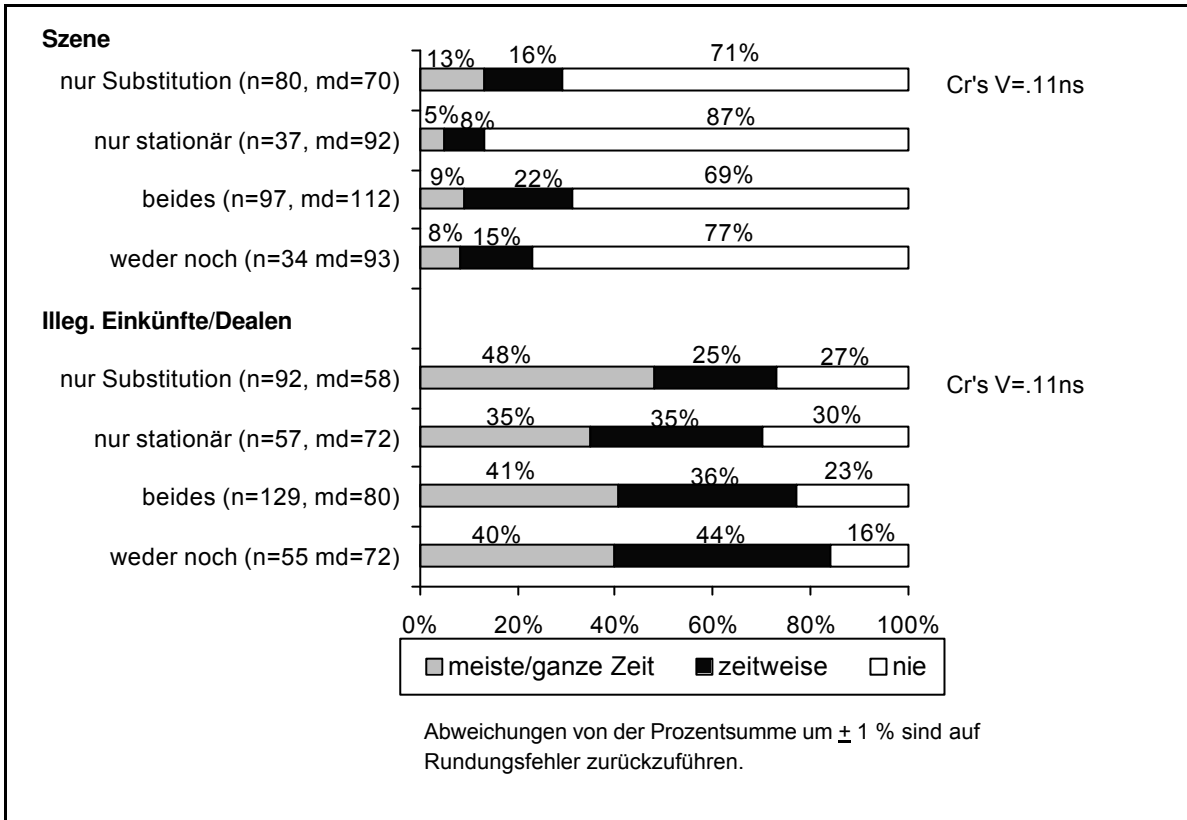
Der Grossteil der FOS-Klienten bezog im letzten Jahr nie AHV/IV-Unterstützungsbeiträge. Die Klientengruppe mit stationärer Erfahrung und Personen mit umfassender Behandlungserfahrung finanzierten sich häufiger durch eine AHV/ IV-Rente als die anderen beiden Gruppen. Aufgrund der geringen Fallzahlen pro Antwortkategorie ist dieser Unterschied mit Vorsicht zu werten (Abb. G11).

Abb. G11: Lebensunterhalt (letzte 12 Monate)? [E5.2]/ Teil 2



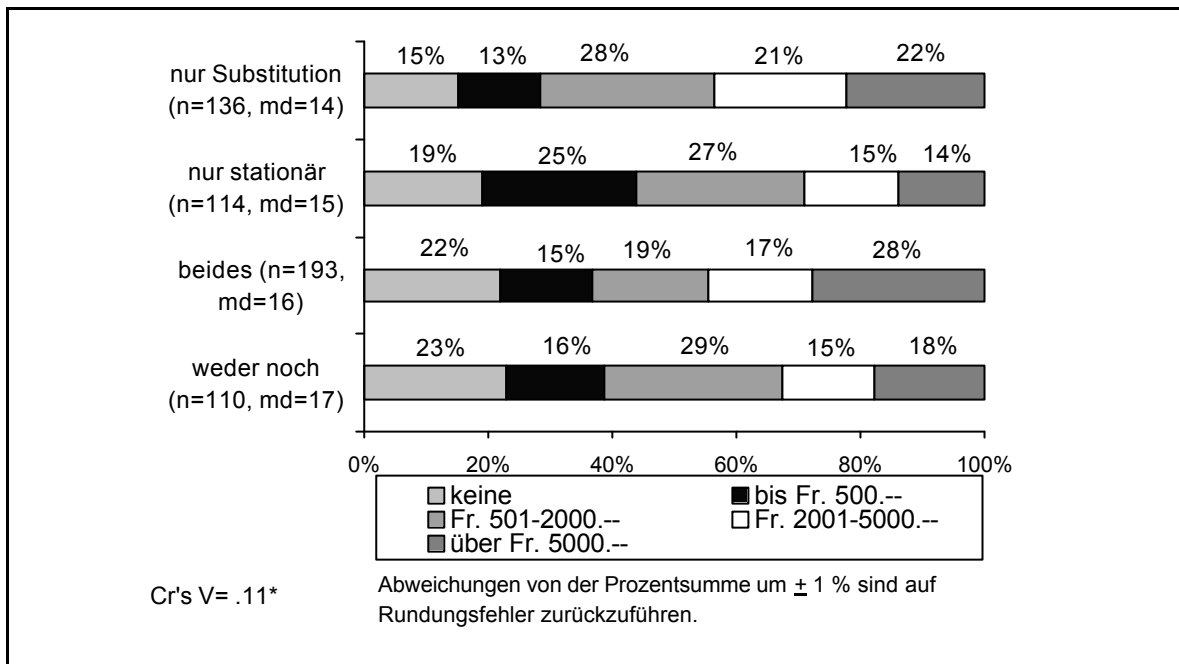
Hinsichtlich der Szenenaktivitäten und illegalen Einkünften unterscheiden sich die vier Klientengruppen nicht signifikant voneinander (Abb. G12). Ein Drittel bis die Hälfte der FOS-Klienten haben ihren Lebensunterhalt die ganze oder meiste Zeit durch illegale Einkünfte (Dealen) bestritten.

Abb. G12: Lebensunterhalt (letzte 12 Monate)? [E5.2]/ Teil 3



Betreffend Ausgaben für den Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen vor Entzugsbehandlung fällt die Klientengruppe mit umfassender Erfahrung durch einen signifikant höheren Anteil an Ausgaben im Betrag von über 5'000 Fr. auf (Abb. G13; Cr's V=.11*)

Abb. G13: Ausgaben für Drogen (letzte 30 Tage)? [E5.1]



Schulden bei Eintritt

Die Klientengruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander hinsichtlich ihrer Schuldenbelastung. Personen mit umfassender Behandlungserfahrung weisen jedoch tendenziell häufiger Schulden im Betrag von über 75'000 Fr. auf.

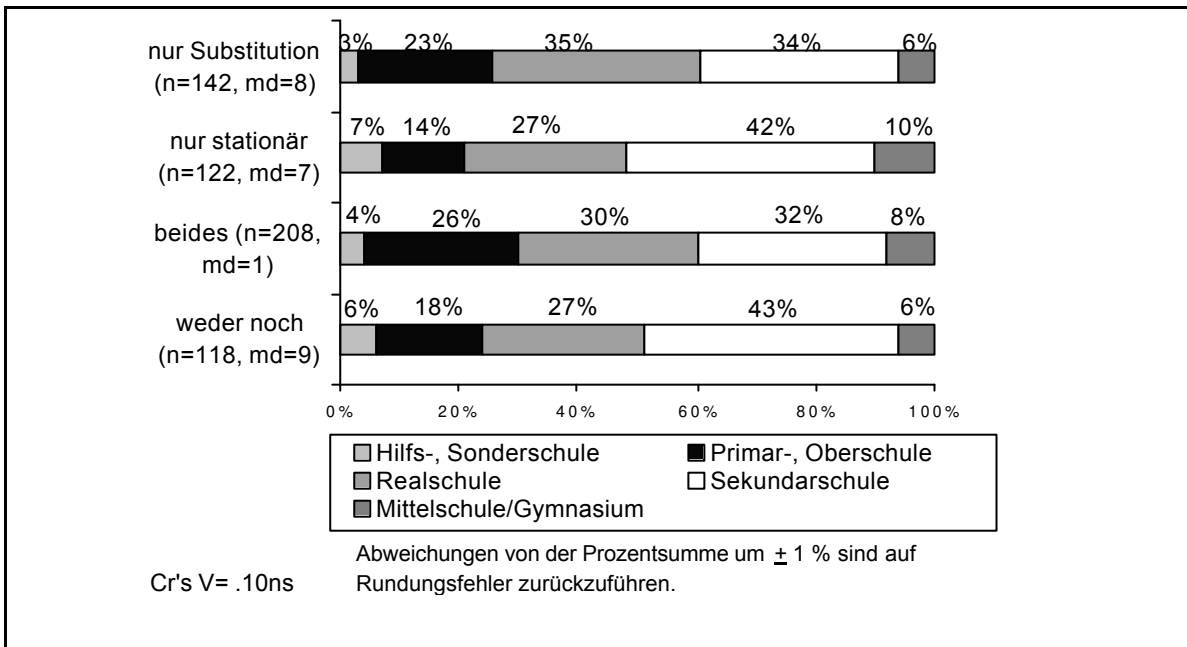
3.2.2.4. Strukturelle Ressourcen und Defizite

Der Bereich strukturelle Ressourcen wird anhand der Indikatoren Schul- und Berufsbildung sowie soziale Herkunft beschrieben. Indikatoren wie der Verlust eines oder beider Elternteile, die Trennung der Eltern oder die Belastung in der Herkunftsfamilie weisen hingegen auf strukturelle Defizite in der Biografie der Person hin. Da die Auswertungen für den Jahresbericht 2001 auf der Kurzversion des Fragebogens basieren, sind die genannten Bereiche nicht mehr so ausführlich abgedeckt.

Schulbildung (höchste besuchte Schule)

Der schulische Hintergrund – dargestellt durch die höchste abgeschlossene Schulstufe – gestaltet sich bei den vier Klientengruppen ähnlich (Abb. G14). Tendenziell weist die Klientengruppe mit umfassender Erfahrung jedoch einen etwas höheren Anteil an Abschlüssen auf der Primarschul- und Oberstufe auf, wohingegen Personen mit ausschliesslicher Substitutionserfahrung tendenziell mehr Realschulabschlüsse und Personen mit stationärer oder umfassender Erfahrung tendenziell mehr Sekundarschulabschlüsse aufweisen.

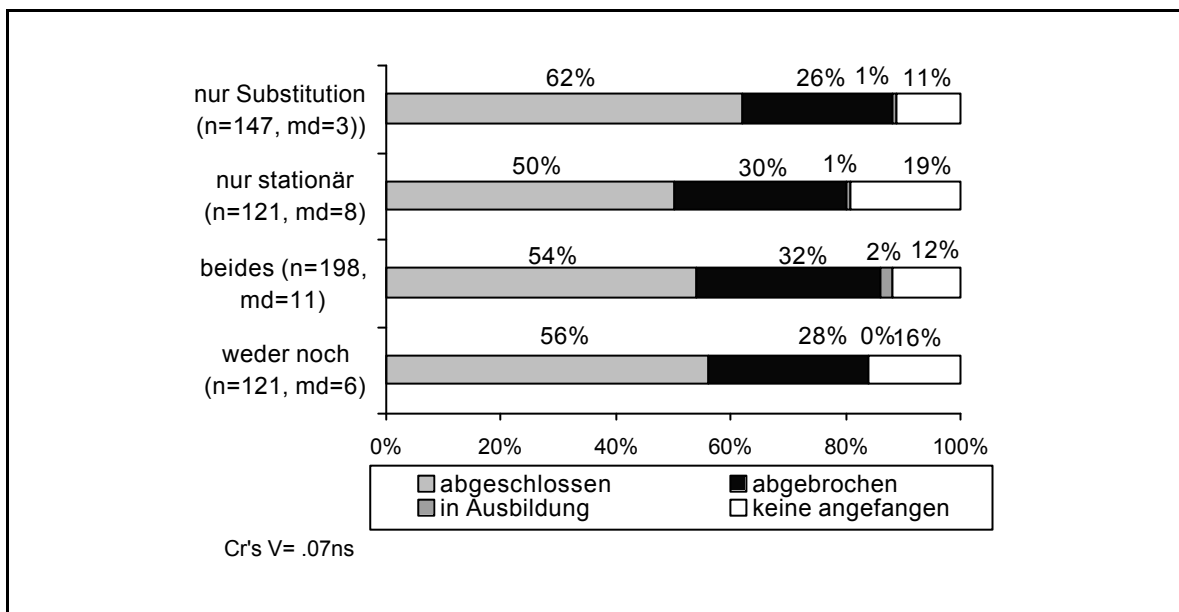
Abb. G14: Schulbildung (höchste besuchte Schule) [E4.1]



Berufsausbildung

Die Klientengruppen unterscheiden sich hinsichtlich des Standes ihrer Berufsausbildung nicht signifikant voneinander (Abb. 15). Die Klientengruppe mit Substitutionserfahrung weist einen tendenziell höheren Anteil an Personen mit abgeschlossener Ausbildung auf.

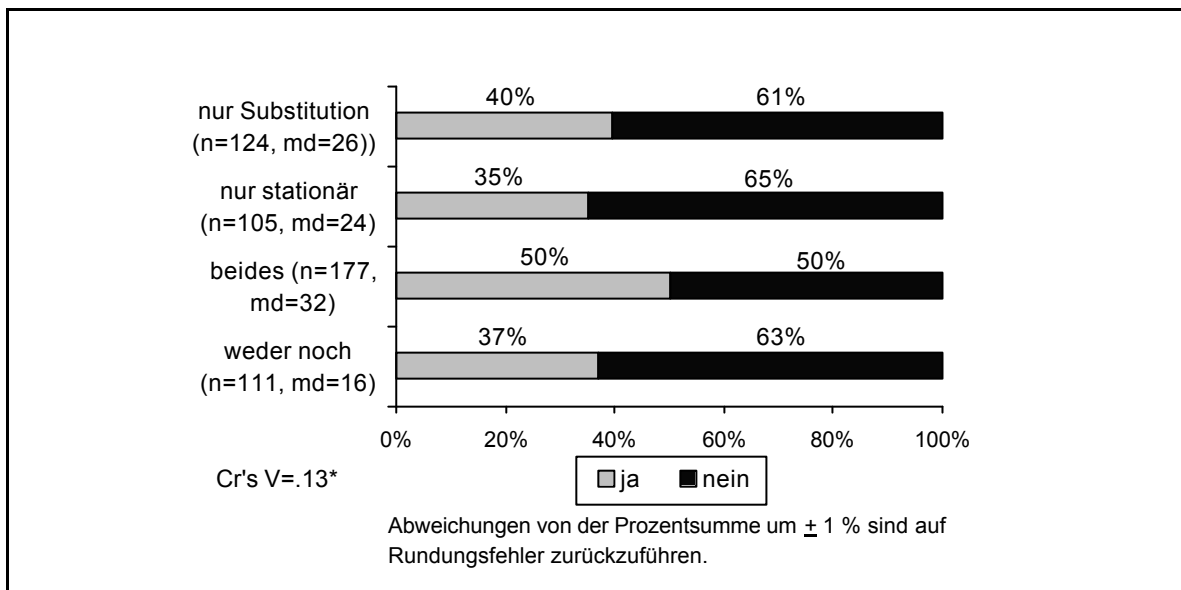
Abb. G15: Stand der Berufsausbildung [E4.2, E4.3]



Eltern getrennt oder Elternteil verstorben

Aus den Angaben in Abb. 16 wird ersichtlich, ob sich die Eltern der befragten Personen vor deren 16. Altersjahr getrennt haben/ geschieden wurden oder ob mindestens ein Elternteil während dieser Zeit verstorben ist. Diese life events treffen signifikant häufiger auf die Klientengruppe mit umfassender Behandlungserfahrung zu (Cr's V=.13*).

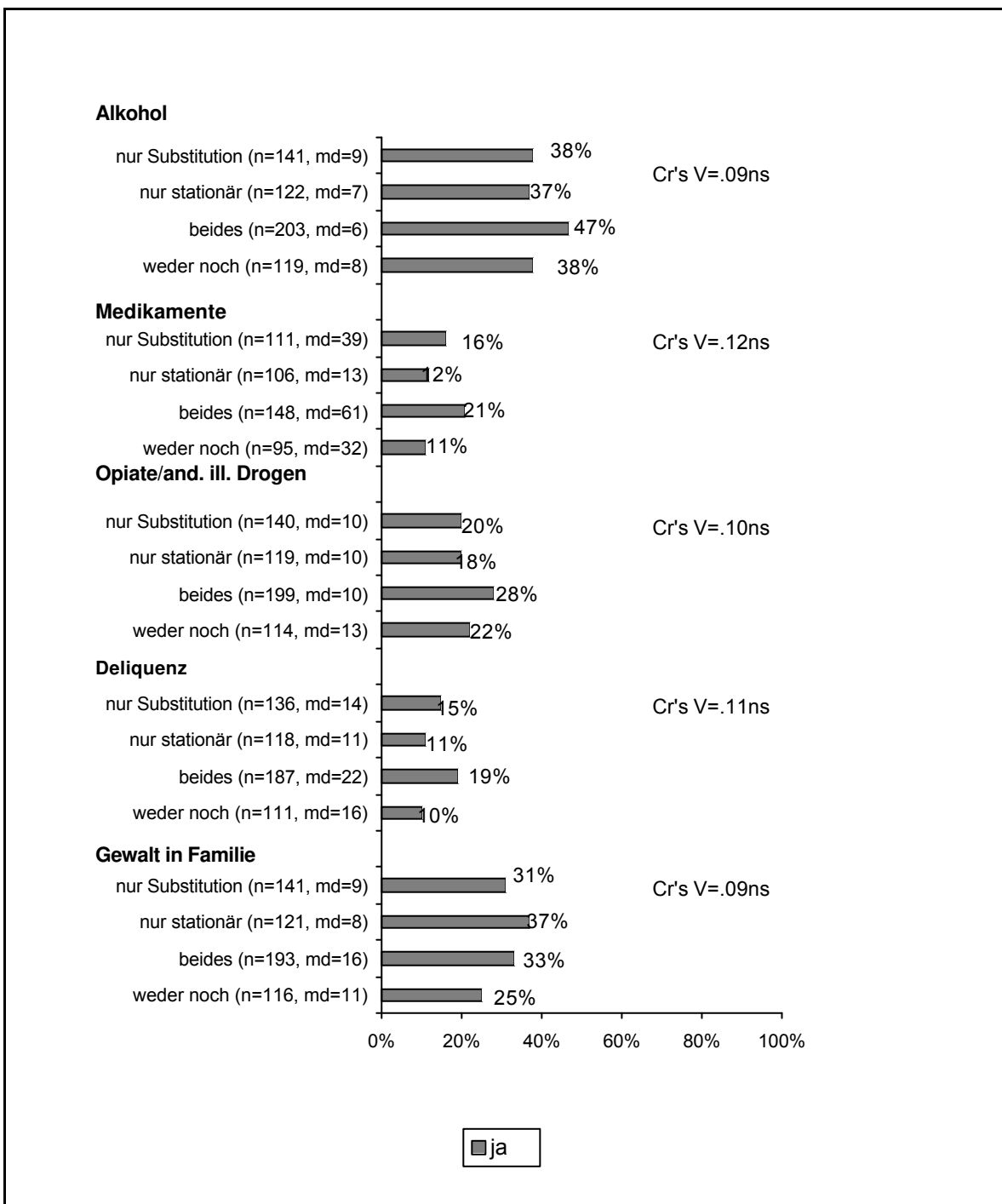
Abb. G16: Eltern getrennt oder Elternteil verstorben [E6.1, E6.4]



Belastungen in der Herkunftsfamilie

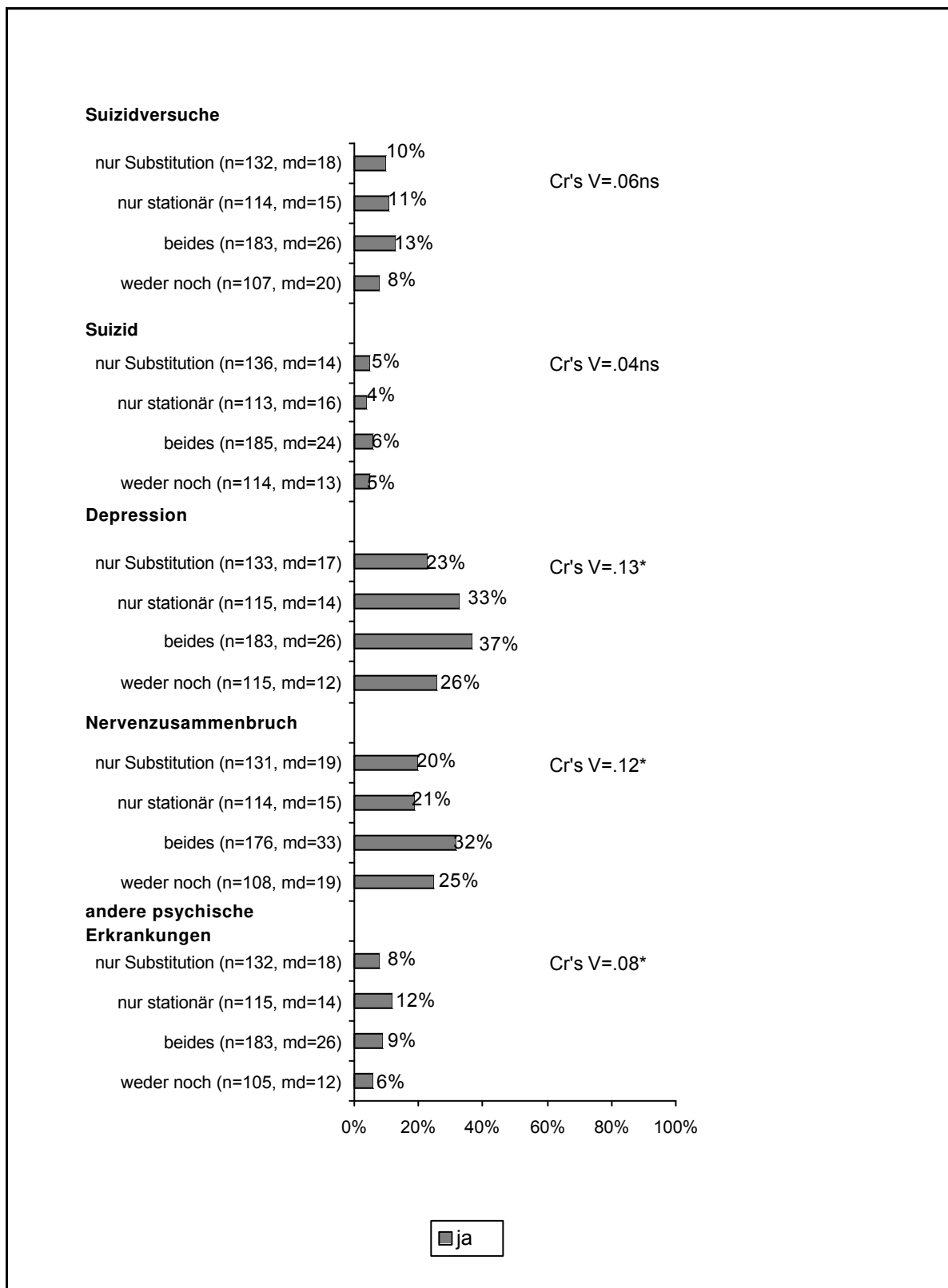
Die Belastungssituation durch Drogenkonsum und Gewalterfahrung in der Herkunftsfamilie ist bei allen vier Klientengruppen ähnlich ausgeprägt (Abb. 17). Personen mit umfassender Behandlungserfahrung haben jedoch tendenziell häufiger Alkohol- und Opiatprobleme bereits in der Herkunftsfamilie erlebt.

Abb. G17: Belastungen in der Herkunftsfamilie [E6.22] / Teil 1



Bei der Klientengruppe mit Substitutions- und stationärer Behandlungserfahrung kamen Depressionen und Nervenzusammenbrüche (mit erfolgter Behandlung) in der Herkunftsfamilie signifikant häufiger vor (Abb. 18; Cr's V=.13* bzw. 12*).

Abb. G18: Belastungen in der Herkunftsfamilie [E6.22] / Teil 2



3.2.2.5. Soziales Netz

Bestehende soziale Beziehungen und Unterstützung sind wichtige Ressourcen für die Rehabilitation. Daher interessiert die Frage, welche Beziehungen die Klientinnen und Klienten bei Eintritt in die stationäre Therapie aufwiesen und inwieweit diese Beziehungen ausserhalb der Drogenszene lagen. Aufgrund der gekürzten Fragebogenversion sind die genannten Bereiche nicht mehr so ausführlich wie im letzten Berichtsjahr abgedeckt.

Ansprechperson in der Herkunftsfamilie

Kein signifikanter Unterschied zwischen den Klientengruppen zeigt sich hinsichtlich der Möglichkeit, zum Zeitpunkt des Therapieeintritts eigene Probleme mit Mitgliedern der Herkunftsfamilie zu besprechen. 35% aller Klient/innen besprachen ihre Probleme mit dem Vater, 61% mit der Mutter, 40% mit dem Bruder/ den Brüdern und 47% mit der Schwester/ den Schwestern.

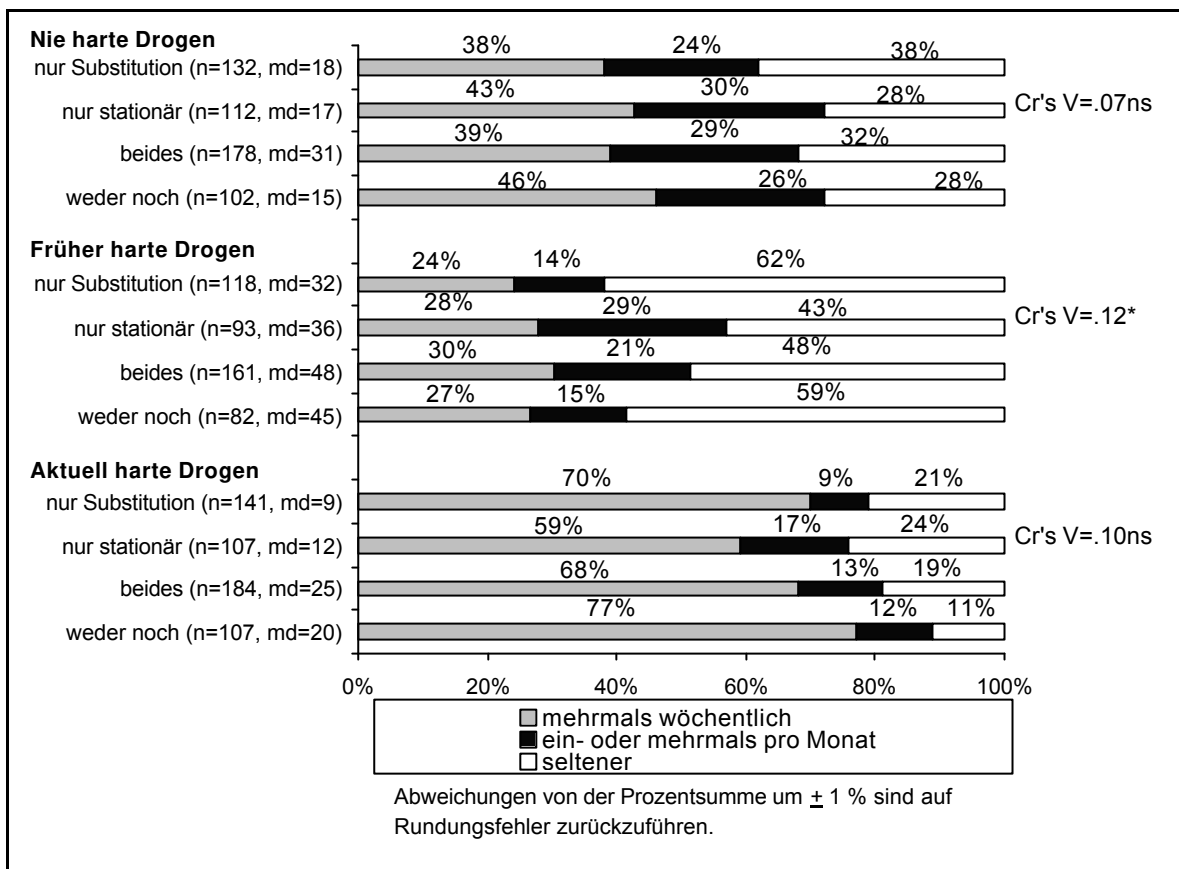
Partnerschaft bei Eintritt

Auch betreffend Partnerbeziehung unterscheiden sich die vier Klientengruppen nicht signifikant voneinander: 63% aller FOS-Klienten hatte bei Eintritt keinen Partner, keine Partnerin, 13% hatten einen drogenabhängigen Partner/ Partnerin und 24% einen nicht-drogenabhängigen Partner/ Partnerin.

Häufigkeit der Kontakte mit Freunden und Drogenkonsum der Freunde (letzte 12 Monate)

Der Freundeskreis ist ein zentraler Aspekt des sozialen Netzes und der sozialen Beeinflussung. Die Befragten gaben Auskunft darüber, wie oft sie in den letzten 12 Monaten Kontakt mit Freunden hatten, welche a) nie harte Drogen konsumiert haben, b) früher harte Drogen konsumiert haben (aber seit mindestens einem Jahr nicht mehr) und c) die immer noch harte Drogen konsumieren (Abb. G19). Etwas weniger als die Hälfte der FOS-Klienten verkehrten mehrmals wöchentlich mit Freunden, welche keine harten Drogen konsumierten. Die Klientengruppen unterscheiden sich signifikant bezüglich des Kontaktes zu Freunden, welche früher Drogen konsumierten: wöchentlichen Kontakt hatten alle vier Klientengruppen gleichermaßen - aber ein- oder mehrmals pro Monat wurde häufiger von den Personen mit stationärer Behandlungserfahrung angegeben ($Cr's V=.12^*$).

Abb. G19: Häufigkeit der Kontakte mit Freunden und Drogenkonsum der Freunde [E8. 1]



3.2.2.6. Drogenkonsum und Drogenerfahrung

Drogenkonsum (letzte 12 Monate)

Hinsichtlich Drogenkonsum im letzten Jahr vor Therapieeintritt unterscheiden sich die Klientengruppen signifikant voneinander (Abb. G20, G21): Personen mit umfassender Behandlungserfahrung konsumierten signifikant häufiger täglich oder fast täglich Schlafmittel und Beruhigungsmittel (Cr's V=.13*** bzw. .10*).

Die Klientengruppe mit Substitutionserfahrung und diejenige mit stationärer Erfahrung zeichnen sich durch je ein spezielles Profil aus: Substitutionserfahrene haben signifikant häufiger täglich oder fast täglich Heroin konsumiert, wohingegen Personen mit stationärer Behandlungserfahrung im letzten Jahr vor Eintritt bedeutend seltener oder sogar nie Heroin konsumierten (Cr's V=.16***). Klienten mit Substitutionserfahrung haben auch signifikant häufiger (fast) täglich illegale Opiatersatzmittel konsumiert, dies im Gegensatz zu Personen mit stationärer Erfahrung (Cr's V= .10*). Die Klientengruppe mit Substitutionserfahrung hat des weiteren signifikant häufiger täglich oder fast täglich Cocktails konsumiert,

dies wiederum im Gegensatz zu Personen mit stationärer Erfahrung, welche signifikant häufiger im Jahr vor Eintritt nie Cocktails konsumiert haben (Cr's V= .13***).

Klienten ohne Behandlungserfahrung weisen zumindest tendenziell häufiger einen (fast) täglichen Amphetamin- und Cannabiskonsum auf.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich hinsichtlich weiterer Substanzen wie Haluzinogene, Kokain, Schnüffelstoffe und Designerdrogen.

Abb. G20: Drogenkonsum (letzte 12 Monate) [E9.1], Teil 1

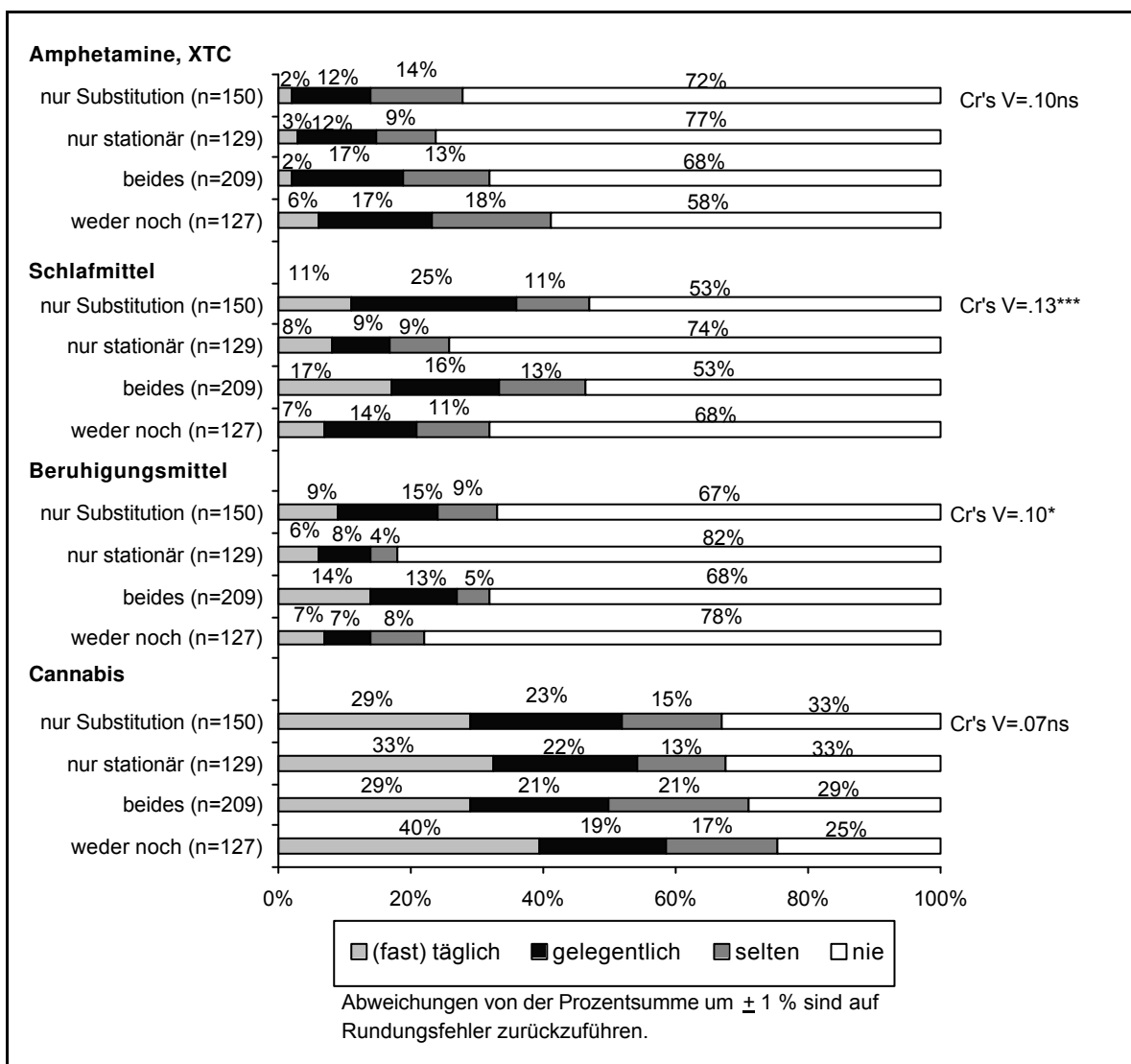
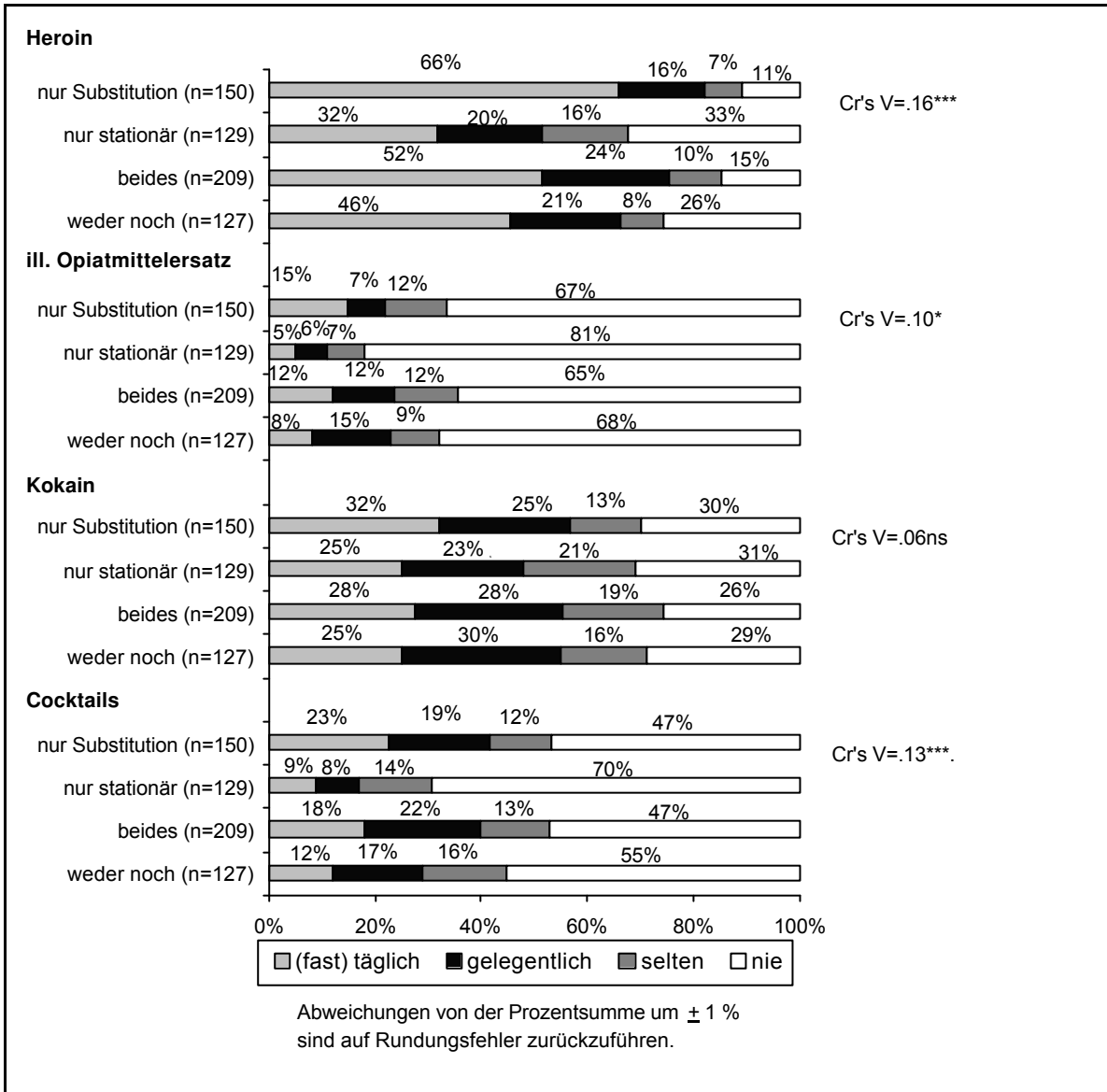


Abb. G21: Drogenkonsum (letzte 12 Monate) [E9.1], Teil 2

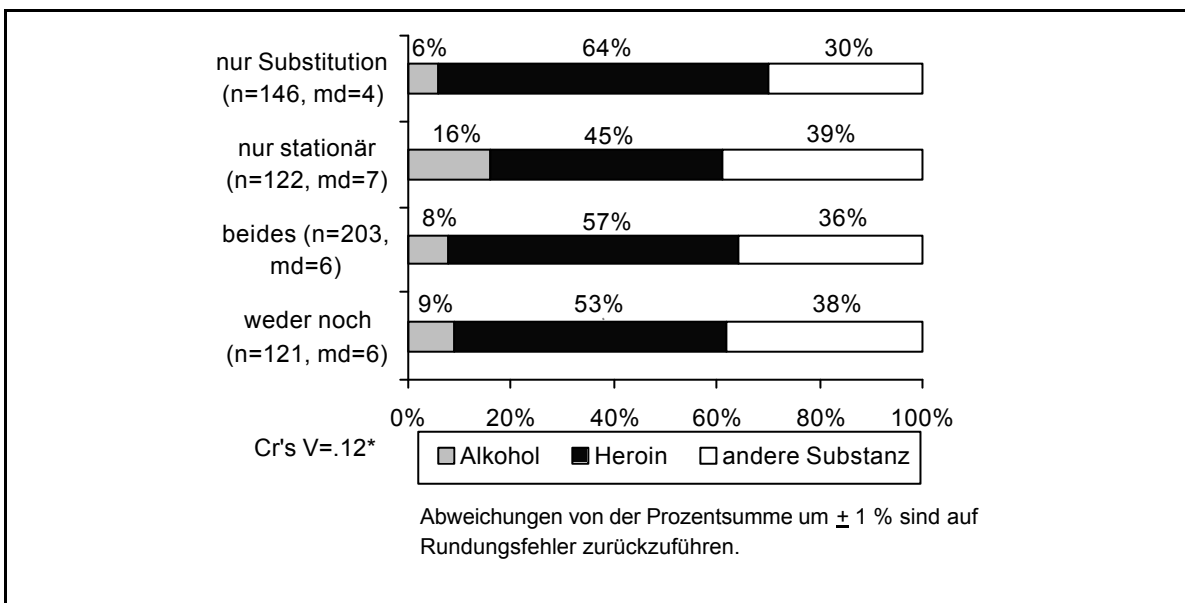


Hauptproblemdroge

Als Hauptproblemdrogen wurden vor allem Alkohol, Heroin und Kokain genannt. Die anderen Substanzen wurden nur vereinzelt als Hauptproblemsubstanzen angegeben. Für Abb. 22 werden die Klientengruppen in Bezug auf die beiden Substanzen Alkohol und Heroin sowie der Kategorie „andere Substanzen“ einander gegenüber gestellt. Kokain wurde von den Klientengruppen gleichermassen eingestuft und daher der Kategorie „andere Substanzen“ zugeordnet.

Personen mit stationärer Behandlungserfahrung gaben signifikant häufiger Alkohol als Hauptproblem an, während die Klientengruppe mit Substitutionserfahrung häufiger Heroin angab (Cr's V=.12*).

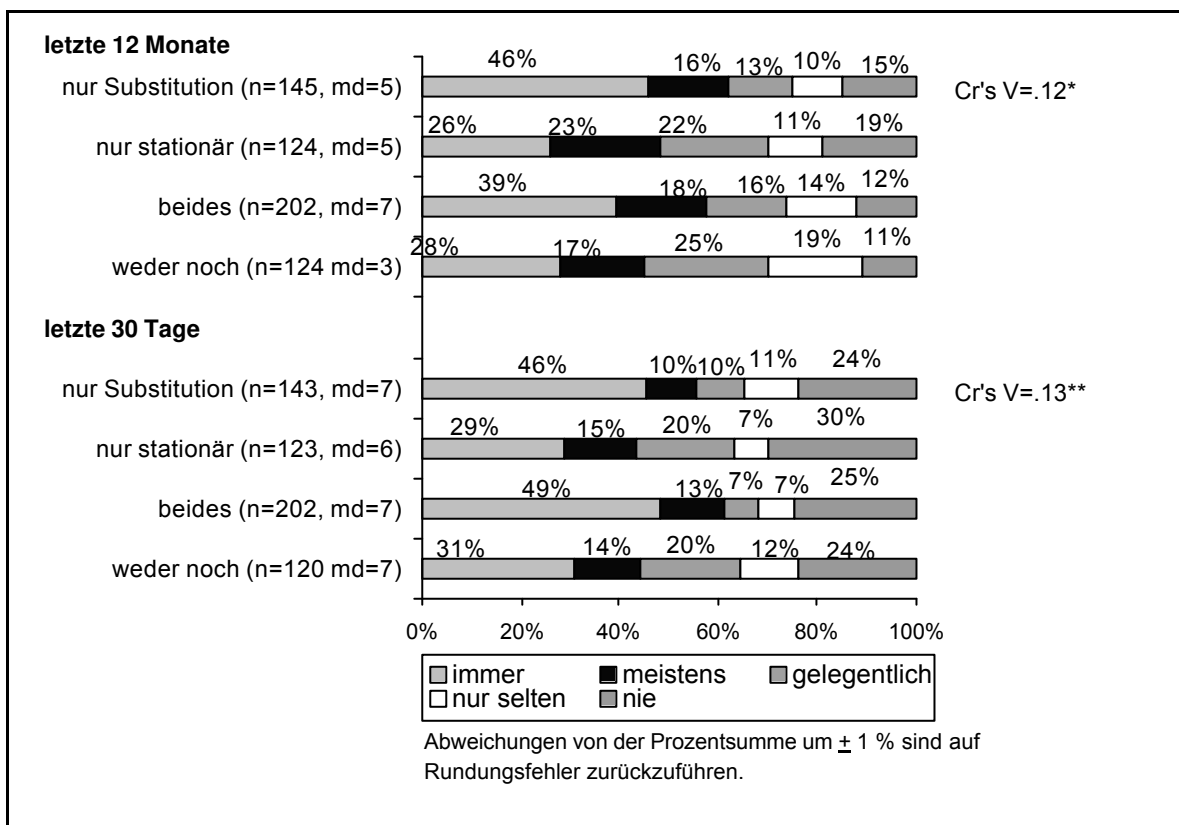
Abb. G22: Hauptproblemdrogen Alkohol und Heroin [E9.5A_R2]



Mehrere Drogen am gleichen Tag

Die vier Klientengruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich ihres Drogenkonsums sowohl in den letzten 12 Monaten als auch in den letzten 30 Tage vor der Entzugsbehandlung, welche dem Therapieantritt voranging (Abb. G23; Cr's V=.12* bzw. .13**): die Klientengruppe mit ausschliesslicher Substitutionserfahrung hat im Jahr vor Therapieeintritt signifikant häufiger stets mehrere Drogen am gleichen Tag konsumiert. Für die Klientinnen und Klienten mit der umfassenden Behandlungserfahrung trifft dies auf den letzten Monat vor Therapiebeginn zu.

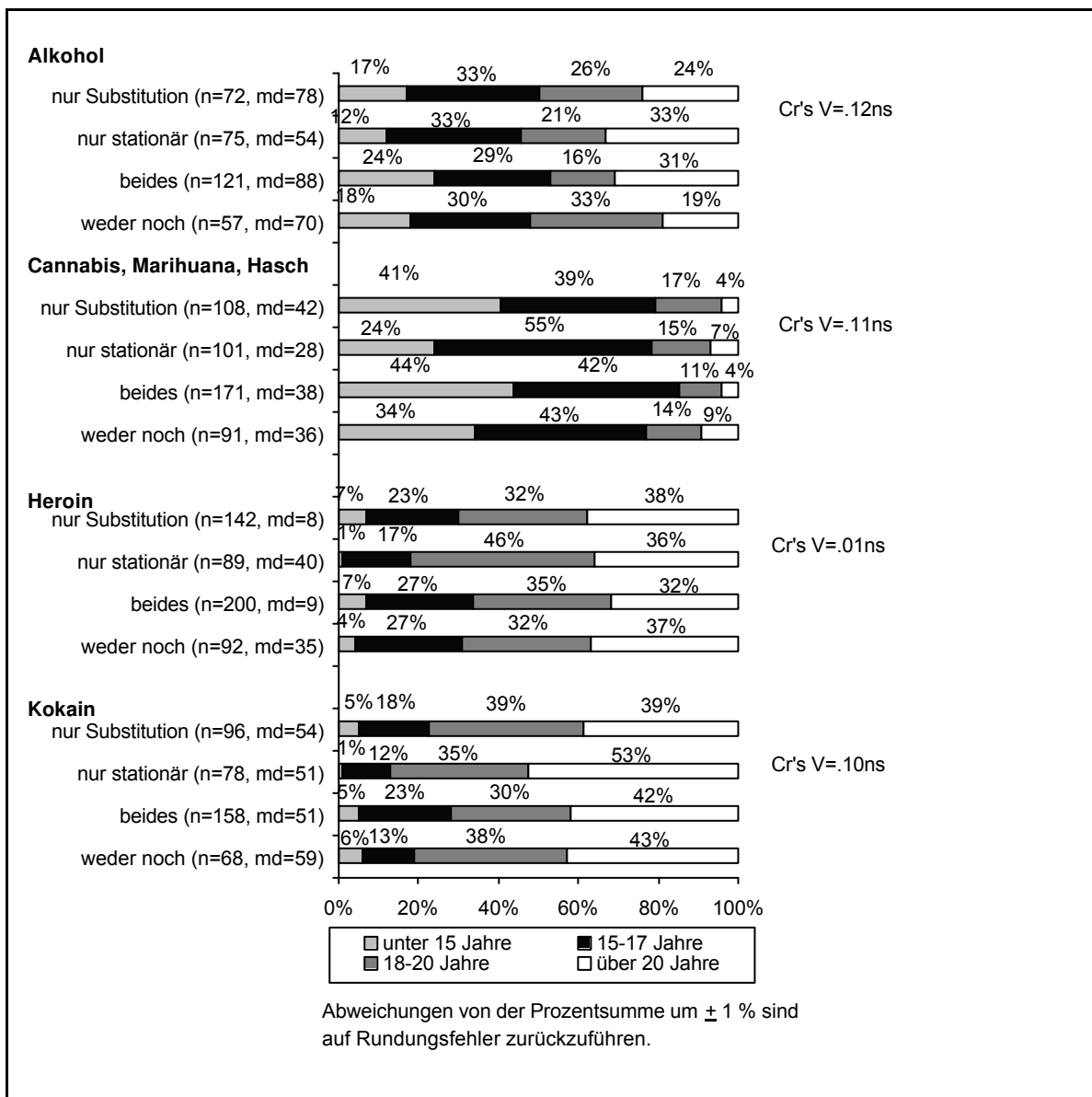
Abb. G23: Mehrere Drogen am gleichen Tag [E9.4]



Einstiegsalter (erstmals regelmässiger Konsum)

Hinsichtlich Einstiegsalter bei den Substanzen Alkohol, Cannabis, Heroin und Kokain zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Abb. 24). Allerdings fällt die Klientengruppe mit umfassender Behandlungserfahrung durch einen eher frühen Einstieg in den regelmässigen täglichen Alkoholkonsum auf. Klientinnen und Klienten mit ausschliesslich stationärer Erfahrung haben tendenziell seltener bereits im Alter von unter 15 Jahren mit dem regelmässigen täglichen Konsum von Cannabis, Heroin oder Kokain begonnen.

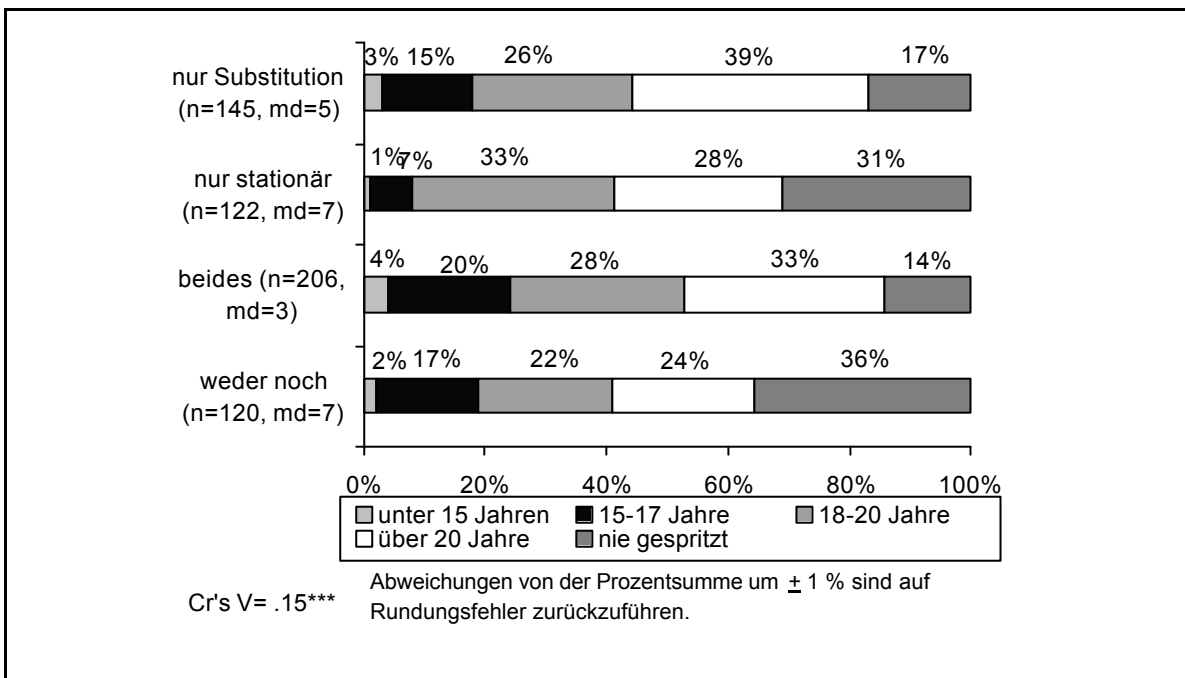
Abb. G24: Einstiegsalter (erstmals regelmässiger täglicher Konsum) [E9.6]



Drogen intravenös

Die Klientengruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Alters, in dem sie erstmals Drogen gespritzt haben (Abb. 25; Cr's V=.15***): Klientinnen und Klienten mit umfassender Behandlungserfahrung haben signifikant häufiger sowohl im Alter von unter 15 Jahren als auch zwischen 15 und 17 Jahren mit intravenösem Drogenkonsum begonnen. Personen mit stationärer Behandlungserfahrung haben signifikant häufiger im Alter von 18-20 Jahren mit Spritzen begonnen. Die Klientengruppe ohne Substitutions- und stationäre Erfahrung fällt erwartungsgemäss durch einen hohen Anteil Personen auf, die nie gespritzt haben.

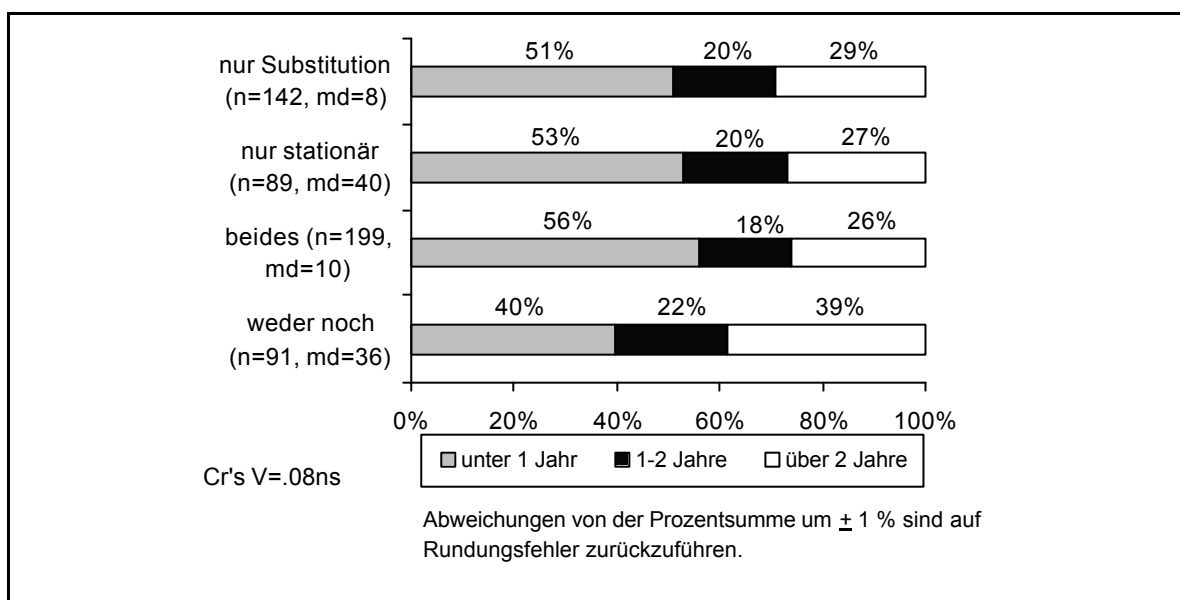
Abb. G25: Alter erstmals Drogen intravenös [E9.7]



Karrieredauer (Heroin)

Betrachtet man die Angaben zum Zeitraum zwischen erstmaligem und erstmals regelmässigem Heroinkonsum, unterscheiden sich die vier Klientengruppen nicht signifikant voneinander (Abb. G26). Interessanterweise konsumierten die Klientinnen und Klienten ohne Substitutions- und stationäre Erfahrung tendenziell häufiger über 2 Jahre Heroin, bis sie beim regelmässigen täglichen Konsum angelangt waren.

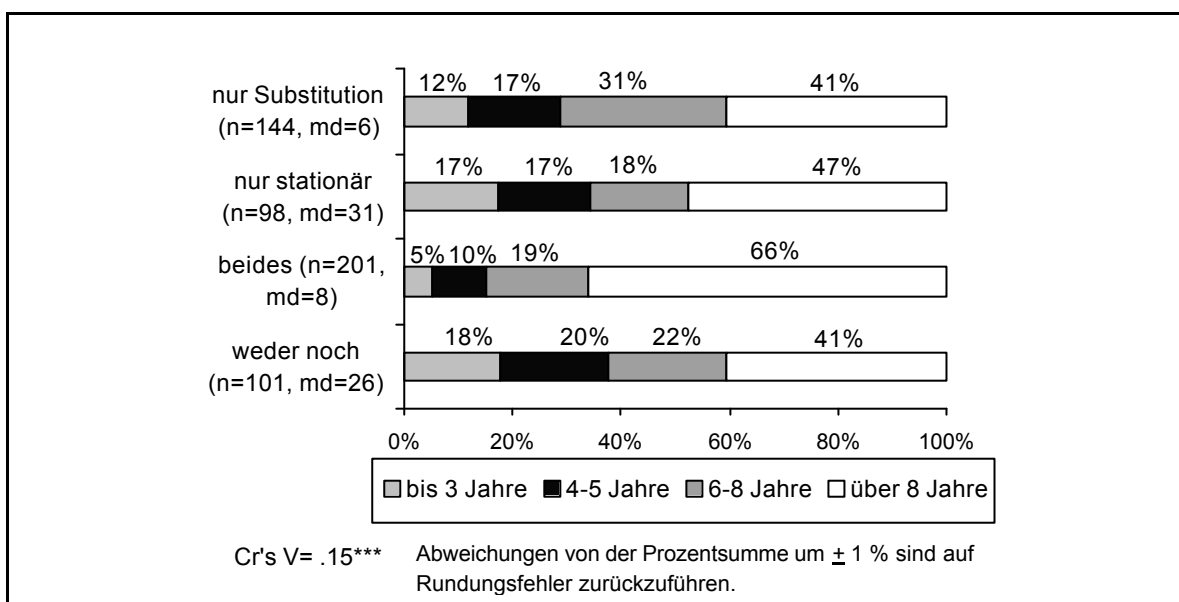
Abb. G26: Zeitraum zwischen erstmaligem und erstmals regelmässig täglichem Heroinkonsum [E9.6]



Konsumdauer (Heroin täglich oder fast täglich)

Die vier Klientengruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Heroinkonsumdauer (seit wann Heroin täglich oder fast täglich) signifikant voneinander (Abb. 27; Cr's V=.15***): Klientinnen und Klienten mit umfassender Behandlungserfahrung – welche auch durchschnittlich älter sind – weisen einen signifikant höheren Anteil an Personen mit einer Heroinkonsumdauer von über 8 Jahren auf. Allerdings sind bei dieser Auswertung die suchtfreien Phasen oder zwischenzeitlichen Suchtbehandlungen, welche ja gerade bei dieser Klientengruppe umfassend stattfanden, nicht berücksichtigt.

Abb. G27: Konsumdauer (Heroin täglich oder fast täglich) [E9.6]



3.2.2.7. Gesundheit

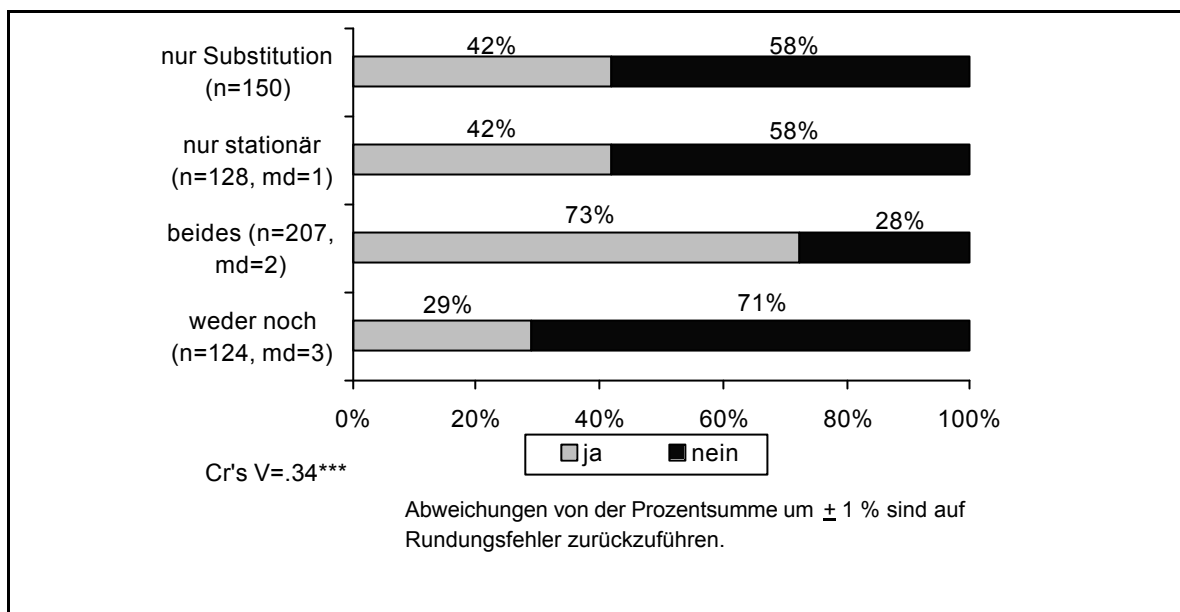
In Bezug auf die Gesundheit bei Eintritt in die stationäre Therapie werden Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV) sowie psychische Beschwerden vor und nach Suchtbeginn näher betrachtet. Der Fragekatalog zu den somatischen Beschwerden ist nicht mehr Bestandteil der Kurzversion.

Je an Hepatitis erkrankt?

Ein signifikanter Unterschied zeigt sich bei der Klientengruppe mit umfassender Behandlungserfahrung, welche ja bereits überdurchschnittlich früh mit dem intravenösen Konsum

begonnen habt: diese Personen sind zu 73% je an Hepatitis erkrankt (Abb. G28; Cr's V=.34***).

Abb. G28: Je an Hepatitis erkrankt? [E10.7.1]



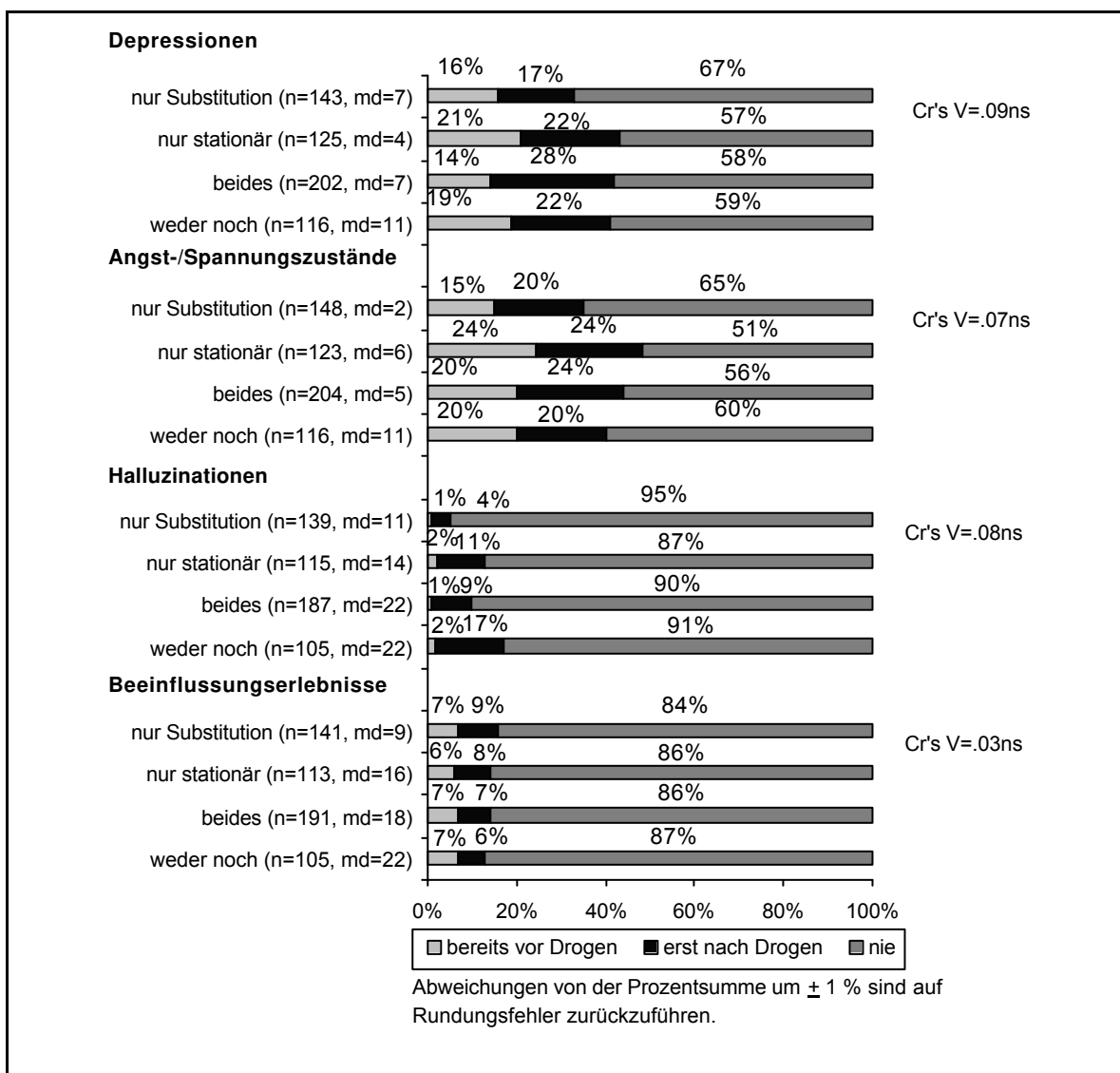
Resultat letzter HIV-Test

Kein Unterschied besteht zwischen den Klientengruppen hinsichtlich einer HIV-Infektion gemäss letztem Testresultat: 6% der FOS-Klienten geben an, HIV-positiv zu sein.

Psychische Probleme vor und nach Suchtbeginn

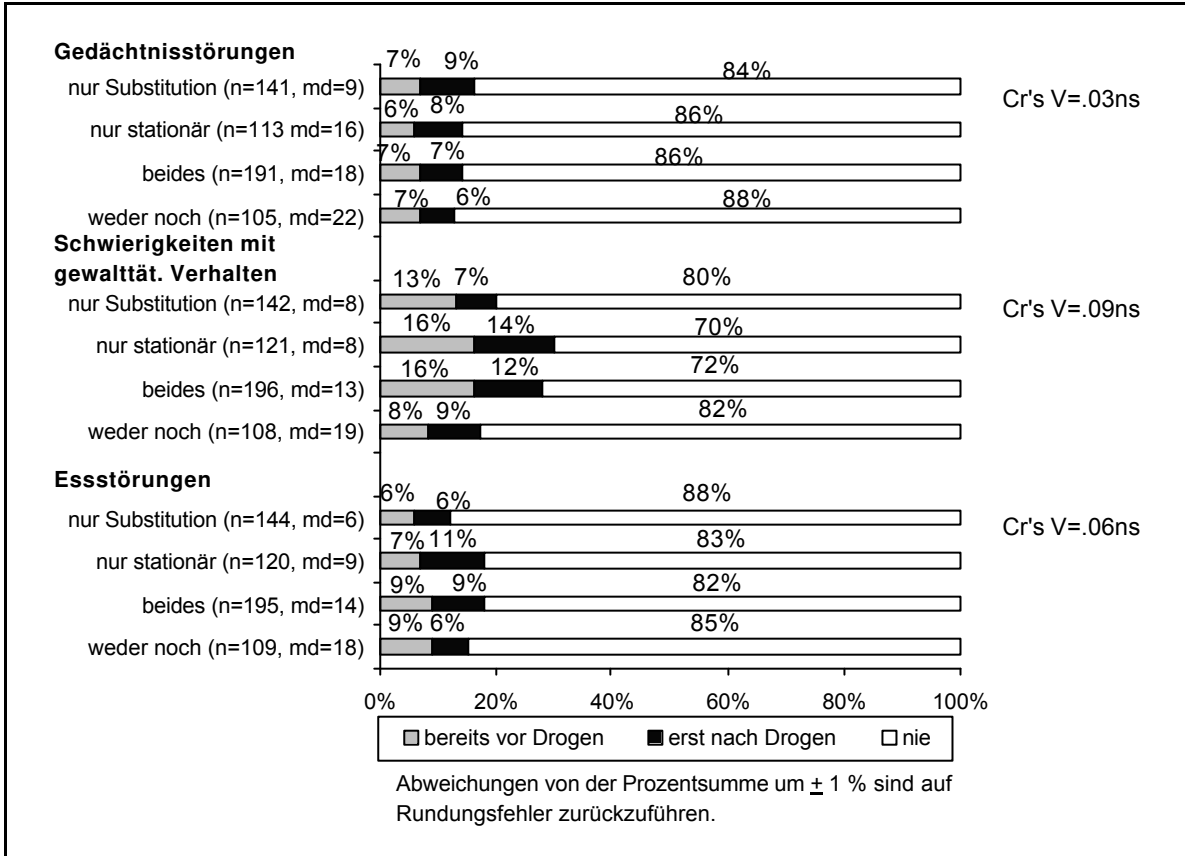
Die Klientinnen und Klienten machten Selbstangaben zu der Frage, ob sie je schon an Depressionen, schweren Angst- und Spannungszuständen, Wahrnehmungs- und Gedächtnisstörungen, an Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren, oder an Essstörungen gelitten haben, und falls ja, ob bereits vor Beginn mit dem Konsum harter Drogen oder erst danach. Die vier Klientengruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht signifikant voneinander (Abb. 29).

Abb. G29: Psychische Probleme vor und nach Suchtbeginn [E10.10] / Teil 1



Auch betreffend Gedächtnis-, Verständnis-, Konzentrationsstörungen sowie Schwierigkeiten mit der Kontrolle von gewalttätigem Verhalten und Essstörungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Abb. 30).

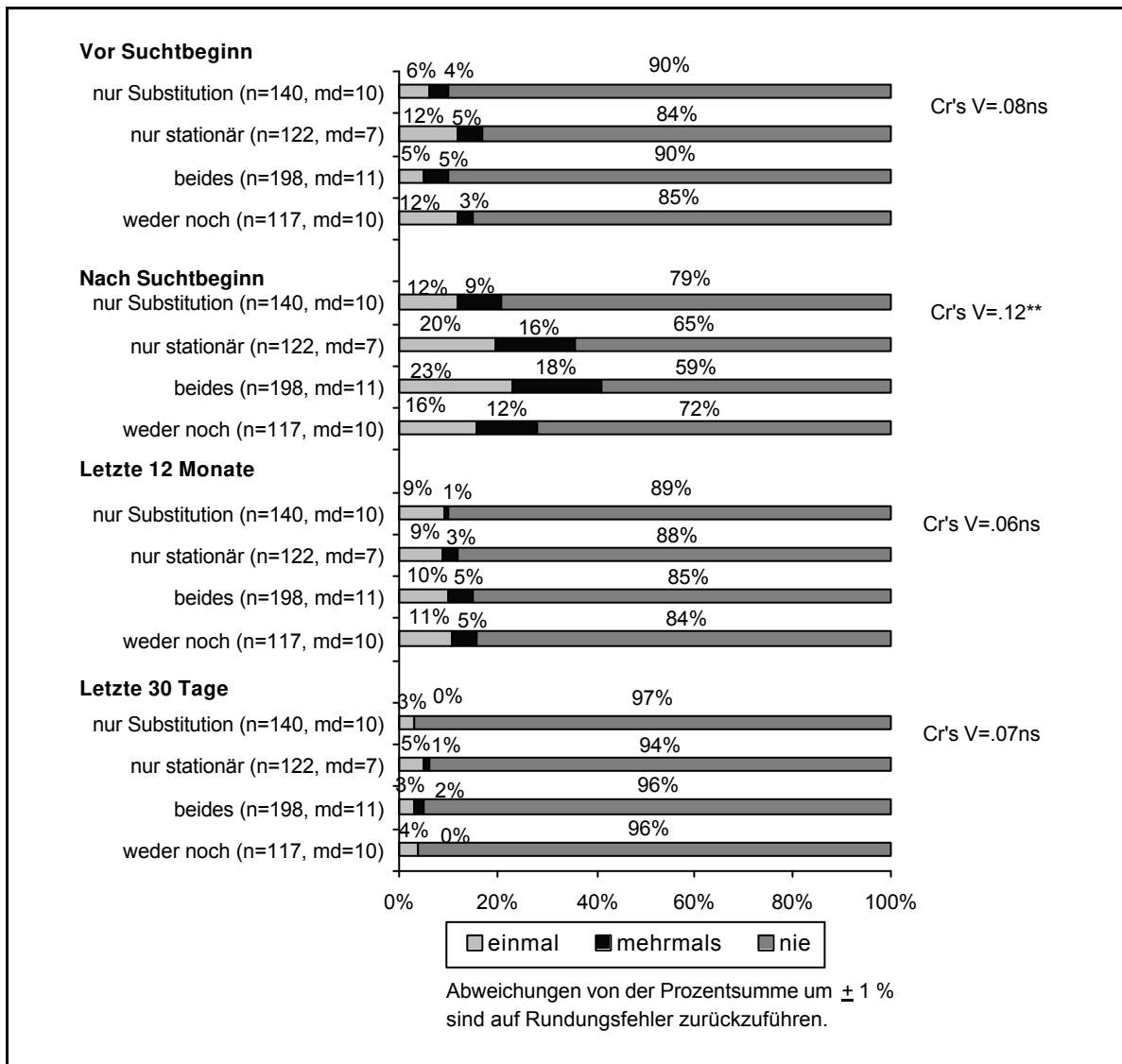
Abb. G30: Psychische Probleme vor und nach Suchtbeginn (E10.10] / Teil 2



Suizidversuche vor und nach Suchtbeginn

Die vier Klientengruppen unterscheiden sich signifikant voneinander hinsichtlich Suizidversuchen im Zeitraum nach Suchtbeginn (Abb. G31): die Klientengruppe mit Substitutionserfahrung weist einen höheren Anteil an Personen ohne Suizidversuche auf, wohingegen Klientinnen und Klienten mit umfassender Behandlungserfahrung häufiger bereits einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich haben.

Abb. G31: Suizidversuche vor und nach Suchtbeginn [E10.11]



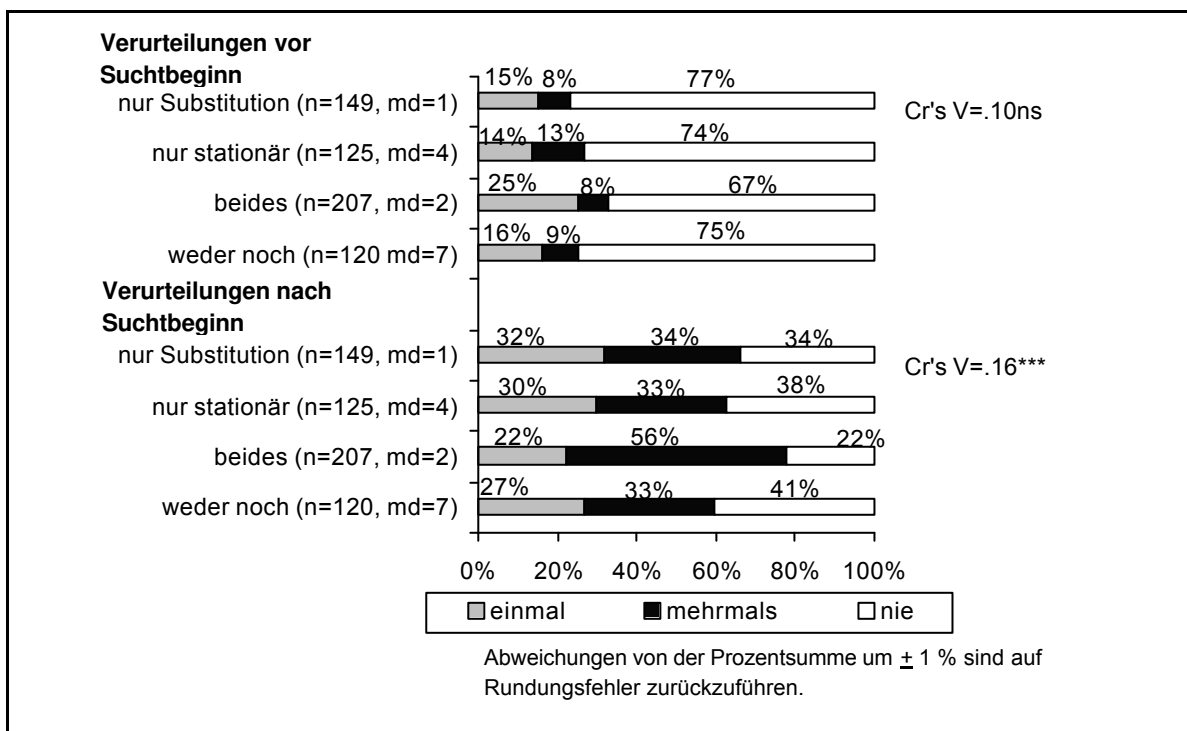
3.2.2.8. Institutionserfahrung und Justizkontakte

Das Schwerpunktthema Behandlungserfahrung und die Klientengruppen mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung sind in den Kap. 1.2 und 3.2.2.1 beschrieben. Dieses Kapitel beschränkt sich deshalb hauptsächlich auf die Kontakte der Klientinnen und Klienten mit dem Justizsystem.

Verurteilungen vor und nach Suchtbeginn

Die Klientengruppen unterscheiden sich signifikant voneinander hinsichtlich der Verurteilungen nach Suchtbeginn (harte Drogen) (Abb. 32): Personen mit umfassender Behandlungserfahrung wurden signifikant häufiger mehrmals nach Suchtbeginn verurteilt. Bereits vor Suchtbeginn wurde diese Klientengruppe tendenziell häufiger einmal verurteilt.

Abb. G32: Verurteilungen vor und nach Suchtbeginn [E12.1]



3.2.2.9. Motivation für den Ausstieg aus der Sucht

Die Auswertung der Frage zur Therapiemotivation, welche in der Kurzversion des Fragebogens nicht mehr enthalten ist, bezieht sich auf die Eintritte im ersten Halbjahr bis 1. Juli 2001 und umfasst 319 Personen. Bezogen auf die vier Klientengruppen ergibt sich entgegen der Erwartungen lediglich ein Motiv, hinsichtlich welchem sich die Klientengruppen signifikant unterscheiden: Personen mit stationärer Erfahrung geben häufiger an, dass es auf sie eher zutrifft, dass sie am „Nullpunkt des Lebens angelangt sind“. Klientinnen und Klienten mit Substitutionserfahrung sowie Personen mit umfassender Erfahrung geben häufiger an, dass dieses Motiv auf sie sogar ganz zutrifft (Cr's $V=.21^{***}$).¹⁰

3.2.3. Grafiken zu den Austritten 2001

Die folgenden Angaben basieren auf 730 Austritten im Jahr 2001 (ohne AWG-Austritte). Es handelt sich dabei nur um diejenigen Austritte, zu welchen „umfassende Angaben“ vorliegen (Stichprobenübersicht Kap. 3.1.2). Die Klientinnen und Klienten mit Austritt 2001 wurden ebenfalls einem der vier Behandlungserfahrungstypen zugeordnet. Diese Zuordnung geschah aufgrund des Behandlungserfahrungsprofils, welches der Klient/ die Klientin zum damaligen Zeitpunkt des Eintrittes aufwies und welches mittels Probandennummern aus dem FOS-Gesamtdatenpool ermittelt wurde. Der Grossteil der Eintritte entfällt auf die Jahre 1999 und 2000.

Die ausgetretenen Klientinnen und Klienten weisen – im Vergleich zu den 2001 eingetretenen Personen – einen etwas geringeren Anteil an Personen mit umfassender Behandlungserfahrung sowie einen höheren Anteil an Personen ohne Substitutions- und stationärer Erfahrung (s. hierzu auch Abb. G1 Verteilung der vier Klientengruppen über die Jahre 1995 - 2001).

1. Nur Substitution (N= 138, 19%)
2. Nur stationäre Suchttherapie (N= 121, 17%)
3. Substitution und stationäre Suchttherapie - beides (N= 189, 26%)
4. weder Substitution, noch stationäre Suchttherapie - weder noch (N= 282, 39%)

In den folgenden Ausführungen wird der Frage nachgegangen, ob sich die vier Klientengruppen mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung hinsichtlich ihrer Austrittssituation

¹⁰ Die Frage nach dem Motiv „am Nullpunkt angelangt“ wurde von 272 Personen beantwortet: 53% der 68 Klienten mit Substitutionserfahrung und 57% der 85 Klienten stimmten diesem Argument völlig zu. 52% der 56 stationär erfahrenen Personen stimmten dem Motiv teilweise zu.

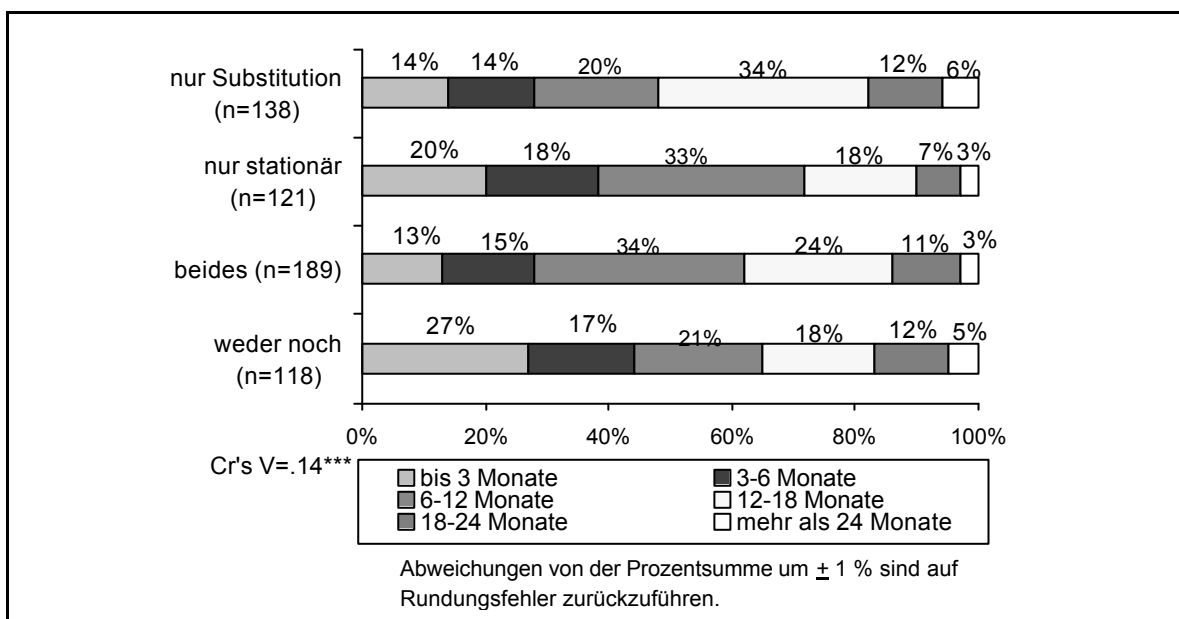
voneinander unterscheiden. Berücksichtigt werden dabei: Gesamtdauer des Aufenthaltes, Austrittsmodalität (regulär-irregulär), Art der Anschlussprogramme und die strukturelle Lebenssituation (Lebensunterhalt, Wohnen und Legalstatus).

3.2.3.1. Angaben zum Therapieaufenthalt

Gesamtdauer des Aufenthaltes

Die Klientengruppen unterscheiden sich signifikant voneinander hinsichtlich der Aufenthaltsdauer in der Therapie (Abb. 33, Cr's $V=.14^{***}$): Klientinnen und Klienten ohne Behandlungserfahrung bleiben signifikant häufiger nur bis zu 3 Monaten in der Therapie, während die Klientengruppe mit Substitutionserfahrung signifikant häufiger länger bleibt, nämlich 12 bis 18 Monate und mehr. Die Klientengruppen mit umfassender Erfahrung und mit lediglich stationärer Erfahrung bleiben häufiger 6-12 Monate in der Therapie.

Abb. G33: Gesamtdauer des Aufenthaltes [A1.4]



Austrittsmodalität

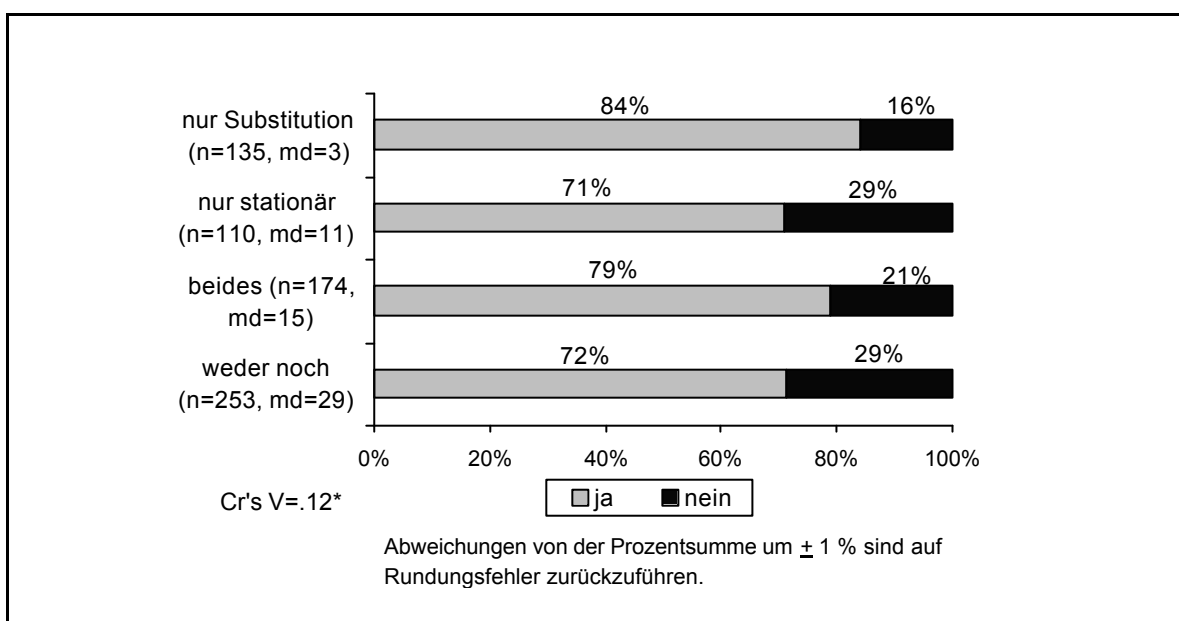
Als Austrittsmodus gelten der reguläre Austritt bzw. Übertritt in eine AWG sowie der irreguläre Austritt oder Therapieabbruch. Ein regulärer Austritt geschieht gemäss Therapiekonzept mit oder ohne gegenseitiges Einverständnis, und kann auch eine Überweisung in eine andere Einrichtung beinhalten. Der irreguläre Austritt umfasst den Therapieabbruch mit oder ohne gegenseitiges Einverständnis und den Tod der Klientin/ des Klienten.

Trotz unterschiedlicher Aufenthaltsdauer unterscheiden sich die Klientengruppen nicht signifikant hinsichtlich des Austrittsmodus: der Anteil regulärer Austritte beträgt bei der Klientengruppe mit Substitutionserfahrung 57%, mit stationärer Erfahrung 51%, mit umfassender Erfahrung 54% und ohne diese Erfahrungen 49%.

Anschlussprogramm

Für die Klientengruppe mit Substitutionserfahrung war signifikant häufiger ein Anschlussprogramm vorhanden (Abb. 34; Cr's $V=12^*$).

Abb. G34: Anschlussprogramm [A1.10]



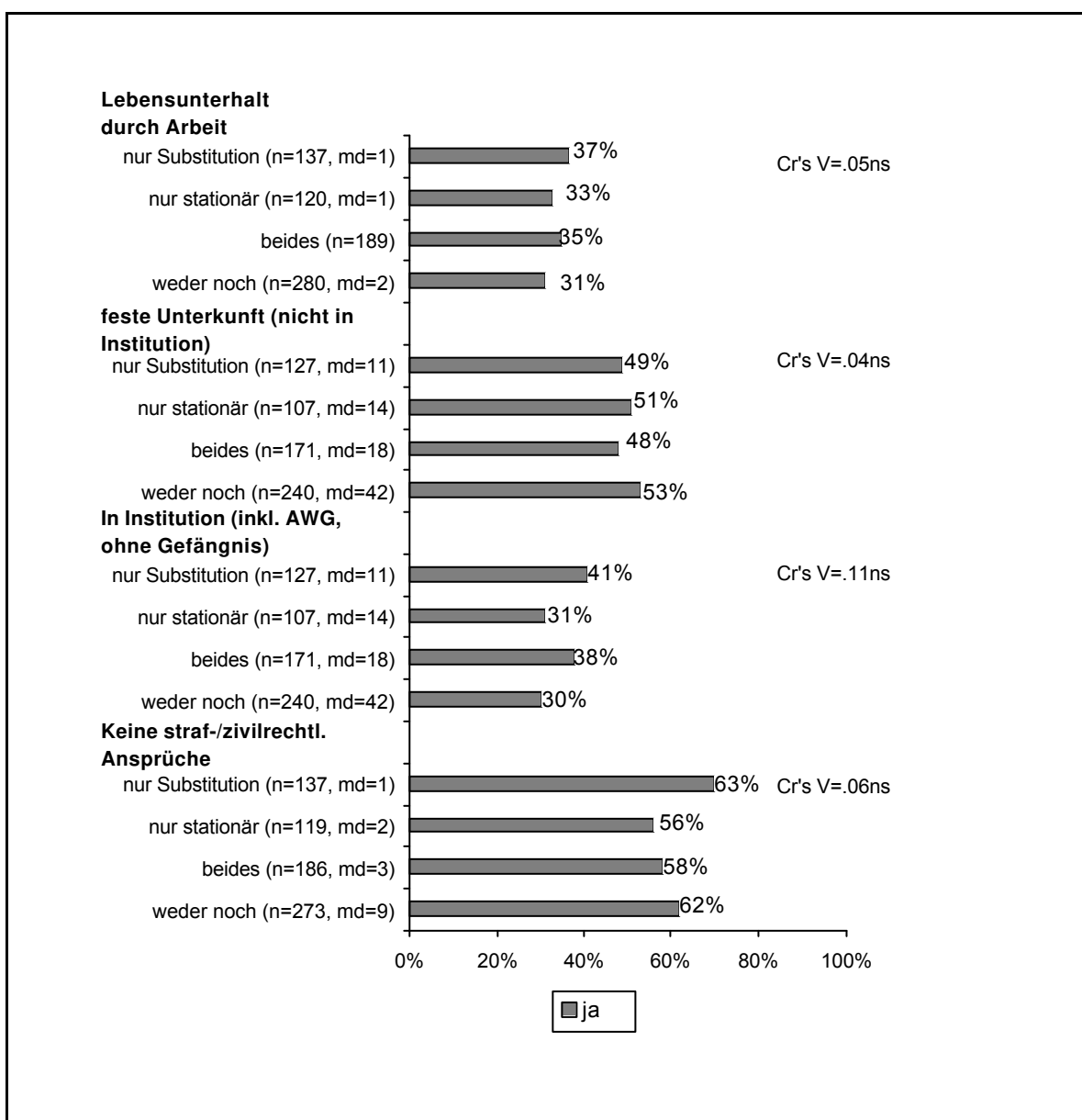
Sowohl für die Klientengruppe mit Substitutionserfahrung als auch für Personen mit umfassender Erfahrung wurde signifikant häufiger ein Übertritt in die hauseigene Aussenwohngruppe geplant (Cr's $V=16^{**}$)¹¹. Ferner steigen die Klienten mit Substitutionserfahrung tendenziell häufiger als die anderen Klientengruppen wieder in ein Substitutionsprogramm ein.

¹¹ Die Frage nach der hauseigenen Aussenwohngruppe wurde von 510 Klientinnen und Klienten beantwortet. Für 21% der 114 Personen mit Substitutionserfahrung und 18% der 137 Personen mit umfassender Erfahrung wurde diese Anschlusslösung organisiert.

Strukturelle Lebenssituation bei Austritt bzw. Übertritt in AWG

In Abb. G35 sind verschiedene Aspekte der strukturellen Situation der Klientinnen und Klienten bei Austritt zusammengestellt. Die Ressourcen, mit welchen der Klient die Therapie verlässt, beinhaltet die Arbeitssituation, Wohnsituation (feste Unterkunft bzw. weitere Institutionsaufenthalte) sowie allfällige hängige juristische Verfahren. Verschuldung, Konkurs und Schuldensanierungsprogramm sind nicht mehr Bestandteil der FOS-Kurzversion.

Abb. G35: Strukturelle Lebenssituation bei Austritt bzw. Übertritt [A3.4, A3.6, A5.3]



3.2.4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Der Themenschwerpunkt des Jahresberichts 2001 des Forschungsverbundes FOS ist der Vergleich der Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung, bezogen auf die Erfahrungen mit a) Substitutionsprogrammen und b) stationärer Suchtbehandlung in einer therapeutischen Gemeinschaft oder psychiatrischen Klinik (ohne Entzugsbehandlungen). Hintergrund dieser Themenwahl ist die aktuelle Kontroverse um Legitimation und Verbreitung von Substitutionsbehandlung und stationärer Therapie. Es wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- A) Unterscheiden sich Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung bei Eintritt in die stationäre Therapie hinsichtlich ihrer Lebenssituation im Jahr *vor* Therapiebeginn?
- B) Unterscheiden sich Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung bei Eintritt in die stationäre Therapie hinsichtlich ihrer Austrittssituation?

Datengrundlage bildeten a) die Angaben der Eintritte 2001 und b) die Austritte 2001 und die entsprechenden Eintrittsdaten der vorangegangenen Jahre. 695 Eintritts- und 730 Austrittsfragebogen mit umfassenden Angaben flossen in die Auswertungen ein. Für die Bildung der Behandlungserfahrungstypen wurde die Anzahl Behandlungsbeginne im Rahmen von Substitutionsprogrammen und stationärer Therapie berücksichtigt.

1. Nur Substitution

Eintritt 2001: N= 150, 24%

Austritt 2001, Eintritte 1997-2001: N=138, 19%

Die Klientinnen und Klienten dieser Gruppe haben *vor* Eintritt in die derzeitige Einrichtung mindestens eine Substitutionsbehandlung (hauptsächlich Methadon) *begonnen*, jedoch *keine* Behandlungserfahrung in stationärer Suchttherapie oder psychiatrischer Klinik *an*gegeben.

2. Nur stationäre Suchtbehandlung

Eintritt 2002: N= 129, 21%

Austritt 2001, Eintritte 1997-2001: N=121, 17%

Die Klientinnen und Klienten dieser Gruppe haben *vor* Eintritt mindestens einen Aufenthalt in einer stationären Suchteinrichtung oder psychiatrischen Klinik *begonnen*, aber *keine* Erfahrung mit Substitutionsprogrammen.

3. Substitution und stationäre Suchttherapie - beides

Eintritt 2001: N=209, 34%

Austritt 2001, Eintritte 1997-2001: N= 189, 26%

Die Klientinnen und Klienten dieser Gruppe haben sowohl mindestens einen Aufenthalt in einer stationären Suchteinrichtung oder psychiatrischen Klinik *begonnen* als auch min-

destens einmal an einem Substitutionsprogramm teilgenommen. Sie weisen zudem häufiger als die anderen Klientengruppen mehrmalige ambulante und stationäre Entzugsbehandlungen auf und haben häufiger ambulante Suchthilfe in Anspruch genommen.

4. weder Substitution, noch stationäre Suchttherapie- weder noch

Eintritt 2001: N=127, 21%

Austritt 2001, Eintritte 1997-2001: N=127, 21%

Die Klientinnen und Klienten dieser Gruppe haben weder Erfahrungen mit Substitutionsprogrammen noch mit Suchtbehandlungen in stationären Therapiegemeinschaften oder psychiatrischen Kliniken. Sie haben auch bedeutend seltener ambulante Hilfsangebote beansprucht.

Die vier Klientengruppen der Eintritte 2001 wurden hinsichtlich ihrer Lebenssituation 12 Monate vor Therapieeintritt miteinander verglichen. Die vier Klientengruppen mit Austritt 2001 und Eintritt 1997 – 2001 wurden hinsichtlich ihrer Austrittssituation miteinander verglichen. Erwähnt werden *nur die statistisch signifikanten* Ergebnisse. Nicht signifikante, aber auffällige Unterschiede sind als „Tendenzen“ gekennzeichnet. In Klammern steht der Anteil Personen, für welche diese Aussage zutrifft.

1. Klientinnen und Klienten der Gruppe Nur Substitution

Situation im Jahr vor Eintritt

- sie weisen einen hohen Anteil Personen der Altersgruppe 25-29-Jahre auf (35%)
- sie konsumierten häufiger täglich oder fast täglich Heroin (66%), illegale Opiatersatzmittel und Cocktails und häufiger auch stets mehrere Drogen am gleichen Tag (46%). Als Hauptproblemdroge nennen sie häufiger als die anderen Klientengruppen Heroin (64%).
- sie verfügen über tendenziell mehr Realschulabschlüsse (35%) und über tendenziell mehr abgeschlossener Ausbildungen (62%)
- sie weisen einen höheren Anteil an Personen ohne Suizidversuche nach Suchtbeginn auf (79%)

Austrittssituation

- sie bleiben häufiger länger in Therapie, nämlich 12-18 Monate (34%)
- haben häufiger ein Anschlussprogramm (84%), insbesondere den Übertritt in die hauseigene Aussenwohngruppe geplant. Sie steigen jedoch aber tendenziell häufiger auch wieder in ein Substitutionsprogramm ein (11%)

Diese Klientengruppe zeichnet sich hauptsächlich durch ein massives Opiatproblem aus, ohne besondere andere Auffälligkeiten. Die Personen bleiben länger in Therapie, was sich auch bei der Einbindung in die Nachsorge zeigt. Dennoch weisen sie keinen höheren Anteil an regulären Therapieabschlüssen auf.

2. Klientinnen und Klienten der Gruppe Nur stationäre Suchttherapie

Situation im Jahr vor Eintritt

- weisen einen hohen Anteil an 20-24jährigen Personen auf (30%)
- konsumierten seltener oder sogar nie Heroin (49%) oder Cocktails und haben häufiger erst im Alter von 18-20 Jahren mit Spritzen begonnen (33%). Sie geben häufiger Alkohol als Hauptproblemdroge an (16%). Tendenziell seltener haben sie bereits im Alter von unter 15 Jahren mit dem regelmässigen täglichen Konsum von Cannabis (24%), Heroin (1%) oder Kokain (1%) begonnen
- sie sind tendenziell seltener direkt von der Entzugsbehandlung in die stationäre Therapie übergetreten (52%). Der Anteil unfreiwilliger Eintritte ist tendenziell höher (33%).

Austrittssituation

- sie bleiben häufiger 6 bis 12 Monate in der Therapie (33%)

Bei dieser eher jüngeren Klientengruppe spielt neben der Drogenthematik auch der Alkohol eine zentrale Rolle. Sie weisen keine weiteren Besonderheiten im Vergleich zu den anderen Klientengruppen auf, bleiben allerdings nicht so lange in Behandlung wie Personen mit ausschliesslicher Substitutionserfahrung.

3. Klientinnen und Klienten der Gruppe Substitution und stationäre Suchttherapie - beides

Situation im Jahr vor Eintritt

- sie sind häufiger über 30 Jahre alt (53%)
- sie haben häufiger sowohl die ganze/meiste Zeit (14%) als auch zeitweise in einer therapeutischen Gemeinschaft gewohnt (15%)
- sie bestritten den Lebensunterhalt seltener durch soziale Netzwerke wie Eltern, Partner, Freunde (10%) und wiesen im Monat vor Eintritt tendenziell einen höheren Anteil an Ausgaben für den Drogenkonsum im Betrag von über 5'000 Fr. auf (10%)
- sie sind häufiger von den life events Trennung, Scheidung der Eltern und/oder Tod eines oder beider Elternteil vor dem 16. Lebensjahr des Klienten betroffen (50%). Sie haben häufiger psychische Belastungen wie Depressionen (37%) und Nervenzusammenbrüche (32%) in der Herkunftsfamilie erlebt und wurden tendenziell häufiger mit Alkoholproblemen (47%) in der Familie konfrontiert.
- sie konsumierten häufiger täglich oder fast täglich Schlaf- und Beruhigungsmittel (17%, 14%) und im Monat vor Eintritt stets mehrere Drogen am selben Tag (49%). Für ihren Drogenkonsum haben sie im Monat vor Eintritt häufiger über Fr. 5000.— ausgegeben (28 %). Mit dem intravenösen Drogenkonsum begannen sie häufiger bereits im Alter von unter 15 Jahren (4%) und sind auch häufiger je an Hepatitis erkrankt (73%). Sie weisen einen höheren Anteil an Personen mit einer Heroinkonsumdauer von über 8 Jahren auf (66%). Tendenziell häufiger sind sie bereits im Alter von unter 15 Jahren in den regelmässigen täglichen Alkoholkonsum eingestiegen (24%)

- sie haben häufiger bereits einen Suizidversuche nach Suchtbeginn (23%) oder sogar mehrere (18%) hinter sich
- sie wurden häufiger mehrmals *nach* Suchtbeginn (56%) und tendenziell häufiger schon einmal *vor* Suchtbeginn verurteilt (25%)

Austrittssituation

- sie bleiben häufiger 6-12 Monate in Therapie (34%)

Diese Klientengruppen mit der ausgeprägtesten Behandlungserfahrung setzt sich aus eher älteren Klientinnen und Klienten mit einer *Mehrfachproblematik* zusammen: stärkere psychische Belastungen in der Herkunftsfamilie, früher Drogeneinstieg, Justizkontakte, lange Suchtkarriere, aber auch immer wieder erneute Ausstiegsversuche. Diese Personen zeigen eine mittlere Verweildauer und fallen nicht durch höhere Abbruchquoten auf.

4. Klientinnen und Klienten der Gruppe weder Substitution, noch stationäre Suchttherapie - weder noch

Situation im Jahr vor Eintritt

- sie sind häufiger 19 Jahre und jünger (11%)
- sie haben häufiger bei den Eltern, einem Elternteil oder Verwandten (23%) und seltener in einem therapeutischen Setting gelebt (2%)
- sei weisen einen hohen Anteil an Personen auf, die nie Drogen gespritzt haben (36%). Sie konsumierten tendenziell häufiger über 2 Jahre lang Heroin, bis beim regelmässigen täglichen Konsum angelangt sind (39%), und konsumierten im Jahr vor Eintritt tendenziell häufiger täglich oder fast täglich Amphetamine (6%) und Cannabis (40%)
- sie haben häufiger die ganze oder meiste Zeit ihren Lebensunterhalt durch eigene Arbeitstätigkeit finanziert (61%)

Austrittssituation

- sie bleiben häufiger nur bis zu 3 Monaten in der stationären Therapie (27%)

In dieser Klientengruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene stark vertreten, welche einerseits eine gewisse Integration aufweisen (soziales Netz, Finanzierung durch eigene Arbeit), andererseits auch nicht so schnell und tief in die Drogen eingestiegen sind wie die anderen Klientengruppen. Sie verbleiben eher kurz in der Therapie, brechen aber die Behandlung nicht häufiger ab als die anderen Klientinnen und Klienten.

Die vier Klientengruppen weisen eine interessante Verteilung, auch über die Jahre 1995 – 2001, auf. Der Anteil der Personen mit ausschliesslicher Substitutionserfahrung beträgt 19% und hat in den letzten Jahren sukzessive abgenommen. Der Anteil Klienten mit ausschliesslich stationärer Behandlung ist mit 16% stabil geblieben. Klienten mit umfassender Erfahrung sind mit einem Anteil von 26% ebenfalls stabil geblieben. Überraschend ist der relative hohe Anteil (40%) von Personen, welche je weder ein Substitutionsprogramm noch eine stationäre Therapie begonnen haben. Der Anteil ist über die Jahre angestiegen,

und dies, obwohl das Durchschnittsalter der FOS-Klientele und die Suchtdauer über die Jahre kontinuierlich zugenommen haben (s. FOS Jahresbericht 1998). Eine mögliche Interpretation zielt dahin, dass es offenbar eine Gruppe Klienten gibt, die sich längere Zeit in der Szene bewegt, ohne die Suchthilfeangebote Substitution und stationäre Therapie in Anspruch zu nehmen. Möglicherweise suchen diese Personen die Unterstützung eher im ambulanten Bereich und bedürfen zusätzlicher flexiblerer Angebote. Interessant wäre auch die Prüfung des Zusammenhangs zwischen der Behandlungserfahrung und den Drogenkonsummustern¹² (s. FOS-Jahresbericht 2000). Eine Vertiefung der Hintergründe dieser Klientengruppe ist ein sinnvolles Forschungsanliegen.

Der Anteil Personen mit ausschliesslich stationärer Therapieerfahrung liegt mit 21% relativ hoch und weist darauf hin, dass auf ein Fünftel der Klientinnen und Klienten die Behandlungshierarchie „zuerst Substitution – dann abstinenzorientierte Therapie“ *nicht zutrifft*. Für diese Personen ist aus unterschiedlichen Gründen die stationäre Therapie erste Wahl, sei es aufgrund der kurzen Abhängigkeitsdauer oder aufgrund der Bedeutung ihres Alkoholkonsums.

Die Therapie der Klientengruppe mit umfassender Behandlungserfahrung und *Mehrfachproblematik* – welche in der stationären Praxis zunehmend anzutreffen ist - ist anspruchsvoll, weil diese Personen eine umfassende, ganzheitliche Unterstützung und Förderung benötigen. Die Angebots Elemente des Finanzierungsmodells FiSu beispielsweise verweisen auf die an der individuellen Situation des Klienten, seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten orientierten, modernen Therapie. Gerade bei dieser Klientengruppe mit umfassender Behandlungserfahrung ist eine Vertiefung der Forschung hinsichtlich *Qualität und Wirksamkeit* der kumulierten Behandlungen sinnvoll, da die Häufigkeit erfolgter Ausstiegsversuche – wie dies im Rahmen der Basisstatistik FOS berücksichtigt wurde - allein noch keine Aussage über deren Einfluss im Ausstiegsprozess zulässt. Die reine Kumulation von Behandlungserfahrung mag ein Hinweis auf eine mindestens punktuelle Einbindung ins Suchthilfenetz sein, aber noch kein Indiz für Therapieerfolg (Therapietourismus). Dies widerspiegelt sich auch in der bestehenden Kontroverse zur Bedeutung früherer Behandlungen als Prädiktor für Therapieerfolg. Das Nacheinander der Behandlungsmodule und deren Bedeutung für den Ausstiegsprozess aus dem drogenbestimmten Leben bzw. für die Verbesserung der Lebensqualität als drogenabhängige Person ist folglich ein weiteres wichtiges Forschungsanliegen, auch für die qualitative Forschung. Interessant wären u.a. Hinweise dahingehend, ob und welche Behandlungshierarchien bestehen, ob fehlende Behandlungshierarchien eher für die Flexibilität und Kundenorientierung einer Suchthilfe sprechen oder eher für den Zustand fehlender Kenntnisse oder Richtlinien für eine bedarfsgerechte Zuweisung. Damit verbunden ist auch die Frage, wie die Klientinnen und Klienten in die für sie passende Therapie gelangen und wie die Selektionsprozesse sowohl vonseiten der Einrichtung als auch vonseiten der Klienten funktionieren (Kenntnisse, Auswahl, Ansprüche, Erwartungen, Motivation, Möglichkeiten).

¹² Es ist zu vermuten, dass sich die therapieunerfahrene Klientengruppen mit der Personengruppe des poly kick off-Konsummusters überschneiden.

Dass die vier Klientengruppen mit unterschiedlichen Behandlungserfahrungen und unterschiedlichen Ressourcen unterschiedliche Therapiedauern aufweisen und dies jedoch bei *ähnlichen* Abbruchraten, kann dahingehend ausgelegt werden, dass zwischen Klientenbedürfnissen und Therapieangebot durchaus eine gewisse Passung besteht. Die Einrichtungen reagieren - im Rahmen der fachlichen Suchtarbeit - flexibel auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten. Auch hier ist eine vertiefte Forschung zur Frage, welche Klienten welche Behandlung mit welchem Effekt in Anspruch nehmen, sinnvoll.

3.3. Tabellenband: Tabellen der Eintritte und Austritte 2001

3.3.1. Einleitung zum Tabellenband

Der Tabellenband enthält detaillierte Auszählungen zu den meisten Fragen des Ein- und Austrittsbogens, bezogen auf die Daten des Erhebungszeitraumes 2001. Damit stellt er eine Ergänzung zum Grafikteil dar, in welchem die Daten hinsichtlich eines ausgewählten Themenschwerpunktes verglichen werden. Die Numerierung der Tabellen entspricht derjenigen der Fragen im Eintritts- und Austrittsfragebogen (Version E/A2.1). Ist der numerischen Bezeichnung der Frage ein 'K' angefügt, handelt es sich um eine kategorisierte Variable, bei einem 'R' sind die Variablen recodiert.

Die Ausprägungen zu den einzelnen Fragen sind in den Tabellen aufgeführt. Teilweise sind Angaben zu statistischen Kennwerten vorhanden, dies in Form einer eigenen Tabelle mit der Bezeichnung 'Statistik'. Die Tabellen enthalten neben Nominal- und Prozentwerten zum gesamten Datenpool auch Häufigkeitsangaben nach Geschlecht getrennt. Da diese Modifikationen zu einer Ausweitung des Tabellenbandes geführt haben, werden die Häufigkeitsauszählungen zu jenen Fragen, die sich sowohl auf die letzten 12 Monate als auch die letzten 30 Tage vor der Entzugsbehandlung beziehen, nur noch für den längeren Zeitraum aufgeführt.

Die Tabellen sollen möglichst verständlich sein. In der Folge einige Begriffe als Lesehilfe:

- Valid: Gibt die Zahl der gültigen Fälle an, d.h. die Anzahl Personen, von denen eine aussagekräftige Antwort auf die entsprechende Frage vorliegt. Diese Zahl ist nicht immer identisch mit dem Total der Ein- oder Austritte, da z.B. gewisse Fragen nur für einen Teil der Befragten relevant sind.
- Missing: Gibt – bezogen auf das Total der Personen, von welchen eine Antwort auf eine Frage vorliegt – die Zahl der Fälle (Personen) an, von denen keine oder keine aussagekräftige Antwort vorhanden ist.
- Anzahl Personen: Gibt in einer Frage mit Mehrfachantworten an, von wievielen Personen Antworten vorliegen (mehrere Antworten pro Person möglich).
- Antworten: Gibt in einer Frage mit Mehrfachantworten an, wie oft die einzelnen Ausprägungen der Frage genannt wurden.

-
- Antworten %: Gibt in einer Frage mit Mehrfachantworten die Prozentanteile pro Ausprägung bezogen auf das Total aller Antworten an.
 - Personen %: Gibt in einer Frage mit Mehrfachantworten die Prozentanteile pro Ausprägung bezogen auf die Anzahl der antwortenden Personen an. Diese Prozentanteile sind generell höher als bei den Antworten %, da letztere Mehrfachantworten beinhalten.
 - Mean (Mittelwert): Arithmetisches Mittel (Durchschnitt) der Werte zu einer bestimmten Ausprägung (z.B. durchschnittliche Aufenthaltsdauer).
 - Standard deviation (Standardabweichung): Mass für die Streuung der Werte um den Mittelwert: Je kleiner die Standardabweichung, umso homogener die Antworten bezogen auf den Mittelwert. Entsprechend ist das Antwortmuster umso heterogener, je grösser die Standardabweichung ist.
 - Median: Wert der Antworten zu einer bestimmten Kategorie, welcher in der Mitte liegt (50% der Befragten haben höhere Werte, 50% tiefere).
 - Percentiles (Quartile): Percentile 25 bezeichnet denjenigen Wert, von dem aus 25% der Personen tiefere und 75% höhere Werte haben; Percentile 75 bezeichnet den Wert, von dem aus 25% der Personen höhere und 75% tiefere Werte aufweisen.

Auch für den Tabellenband gilt, dass Personen, die im Laufe des Erhebungsjahres mehrmals in eine FOS-Einrichtung ein- bzw. aus einer solchen ausgetreten sind, mehrfach erfasst sind. Analog zum Grafikteil basieren zudem die Häufigkeitsauszählungen zu den meisten Fragen auf einer Substichprobe, die nur Eintritts- und Austrittsfragebogen mit umfassenden Angaben berücksichtigt. Der entsprechende Übergang ist jeweils deutlich vermerkt.

3.3.2. Tabellen zu den Eintritten und Austritten 2001

Tabellen Eintritte 2001	T1
Auswertungen für Gesamtstichprobe	T1
1. Grundangaben	T1
Auswertungen für Personen mit umfassenden Angaben	T6
2. Wohnen	T7
3. Berufliche Situation	T10
4. Ausbildung	T12
5. Finanzielle Situation	T13
6. Herkunftsfamilie	T16
7. Partner/in, Beziehung, Kinder	T27
8. Freunde, Freundinnen	T30
9. Drogenkonsum und Drogenerfahrungen	T32
10. Gesundheit	T45
11. Institutionen	T53
12. Legalverhalten, Juristischer Status	T57
15. Motivation	T67
Tabellen Austritte 2001	T71
Auswertungen für Gesamtstichprobe	T71
1. Austritt und Anschlussprogramm	T71
Auswertungen für Personen mit umfassenden Angaben	T83
2. Drogen	T83
3. Integration	T93
4. Kontakte	T98
5. Rechtlicher Status	T101
6. Gesundheit	T104