

Die Klientel in der stationären Suchttherapie : Entwicklung und Herausforderungen

Autor(en): **Schaaf, Susanne / Schaub, Michael P.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **46 (2020)**

Heft 5

PDF erstellt am: **27.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-881066>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Klientel in der stationären Suchttherapie – Entwicklung und Herausforderungen

2020-5
Jg. 46
S. 23 - 28

Die Klientel in stationärer Suchttherapie hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt: Von klassischen Heroinkonsumierenden zu einer Personengruppe mit ausgeprägter Mehrfachbelastung (Polysubstanzkonsum, Komorbidität, schwache Ressourcenlage). Die Einrichtungen haben auf die veränderten Bedürfnisse mit ausgedehnter Professionalisierung und Diversifizierung reagiert. Sie stehen aber weiterhin vor Herausforderungen, wie z. B. die ungleichen Rahmenbedingungen hinsichtlich der Finanzierung.

SUSANNE SCHAAF

Lic.phil. Psychologin, Projektleiterin am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, Konradstrasse 32, CH-8005 Zürich, Tel. +41 (0)44 448 11 62, schaaf@isgf.uzh.ch, www.isgf.uzh.ch

MICHAEL P. SCHAUB

Prof. Dr. phil., Scientific Director des ISGF, Tel. +41 (0)44 448 11 60, michael.schaub@isgf.uzh.ch, www.isgf.uzh.ch

Stationäre Suchttherapie gilt zusammen mit der Substitutionsbehandlung als eine der vier tragenden Pfeiler der Säulenpolitik des Bundes. Gemäss der Nationalen Strategie Sucht 2017-2024 sollen in Zukunft die therapeutischen Ansätze weiterentwickelt, die Erreichung der Zielgruppen verbessert und die Ausrichtung des Angebotes den Bedürfnissen der Klientel angepasst werden. Durch interdisziplinäre Vernetzung sollen Behandlungs- und Integrationspfade sichergestellt werden.

Wie hat sich die Klientel der stationären Suchttherapie in den letzten zehn Jahren entwickelt und mit welchen künftigen Herausforderungen ist zu rechnen? Diesen Fragen geht der Beitrag basierend auf den Daten 2003-2017 von rund 50 Einrichtungen des KlientInnenmonitors *act-info-FOS* (stationäre Suchttherapie, illegale Substanzen) nach.

Behandlungsnachfrage – immer medizinischer

Mit der Auflösung der Drogenszenen Anfang der 1990er-Jahre begann die Diversifizierung des Behandlungsangebots

für Suchterkrankte. Die Substitutionsbehandlung (hauptsächlich Methadon) erhielt rasch Aufwind, erreichte ihren Höhepunkt im Jahr 2000 mit 18 393 Personen und pendelte sich in den letzten zehn Jahren auf 17 000 bis 18 000 Personen ein.¹ Im Jahr 2019 wurden rund 15 000 Personen in Substitutionsprogrammen registriert. Zu Beginn der 1990er-Jahre starteten auch die ersten Heroinabgabeprogramme mit rund 390 Personen und erreichten in den letzten Jahren mit rund 1800 Behandelten ein konstantes Niveau (Gmel et al. 2019).

Die Nachfrage nach stationärer Suchttherapie hingegen sank in den 1990er-Jahren sukzessiv, auch weil kostengünstige Behandlungsvarianten von Zuweisenden bzw. den kostentragenden Gemeinden bevorzugt wurden. In den Jahren 1999 bis 2007 kam es zur Schliessung von 58 sozialtherapeutischen Einrichtungen.² Derzeit bestehen rund 70 stationäre Einrichtungen zur Suchtbehandlung (exkl. Psychiatrie) und rund 190 Angebote der ambulanten psychosozialen Suchthilfe (BAG 2019). Mit jährlich rund 1000 Eintritten stellt die

psychosoziale stationäre Suchthilfe ein vergleichsweise kleines, aber bedeutendes Segment im Feld dar (BAG 2020).

Suchttherapie – individualisiert und flexibel

Stationäre Suchttherapie befindet sich im Spannungsfeld von Zielgruppenspezialisierung und einem Basisangebot für «alle». Heute besteht eine breite Palette von Settings, zugeschnitten auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Klientel. «Therapeutische Gemeinschaft» ist dabei eine Methode zur Zielerreichung. Das Therapieziel der Abstinenz wurde im Laufe der Jahre durch das Konzept der Konsumkompetenz erweitert. Weiterhin gilt der Konsumunterbruch als therapeutisches Mittel zur Förderung der Kompetenzen und Lebensperspektive, wobei insbesondere in den Sozialtherapien die vier Sozialisationsfelder «Primärgruppe – Arbeit – Bildung – Freizeit» berücksichtigt werden.

Während stationäre Suchttherapie früher v.a. eine Langzeitbehandlung von 24 Monaten und länger war, so bieten die Einrichtungen heute eine den individu-

ellen Bedürfnissen angepasste Behandlungsdauer, auch Kurzzeittherapie im Umfang von acht Wochen.

Der Männeranteil in der stationären Suchttherapie beträgt über all die Jahre konstant rund 75%. Vereinzelt existieren männer- oder frauenspezifische Angebote sowie Angebote für Familien. 30-35 % der KlientInnen haben Kinder, die Mehrheit lebt aber nicht mit diesen zusammen. In den Einrichtungen, die mit einem Mehrgenerationen-Modell arbeiten, sind die Väter deutlich unterrepräsentiert.

Es gibt Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene mit Fokus Bildung oder speziellen Cannabisprogrammen, andere Einrichtungen arbeiten v. a. mit älteren KlientInnen. Das Durchschnittsalter der stationären KlientInnen ist in den Jahren 2004-2017 von 30 auf 34 Jahre gestiegen.³

Ein Grossteil der suchterkrankten Personen leidet zusätzlich an psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Trauma-Folgestörungen, ADHS u. a. – je nach Störung 20-90% (Moggi & Preuss 2019). Psychische Zusatzerkrankungen nehmen zu. Einige Therapiezentren sind auf Dualdiagnose generell oder auf bestimmte Störungsbilder (z.B. Borderline)

spezialisiert. Gemischte Therapiegruppen bringen eine eigene Dynamik mit sich und können den Therapieprozess beeinträchtigen.

Die Einrichtungen verfügen teilweise über ein Behandlungs- und Betreuungsnetz (Ambulatorium, Entzugsprogramm, Tagesklinik, Integrationswohngruppen) oder sind mit vor- und nachbehandelnden Institutionen interdisziplinär vernetzt, um diesem zunehmenden Störungsbild Rechnung zu tragen.

Substanzen im Wandel – immer mehr Mischkonsum

Opioide galten lange Zeit als Hauptproblemsubstanz in der stationären Suchttherapie. Trotz abnehmender Inzidenz von regelmässigem Heroinkonsum und der Veränderung der Charakteristika der Konsumierenden zählten Opioide noch bis vor ein paar Jahren zur häufigsten Hauptproblemsubstanz in stationärer Suchttherapie, wobei der Anteil sukzessive von 56% (2003) auf 22% (2017) sank. Im Gegenzug verzeichneten die Einrichtungen eine Zunahme von anderen Hauptproblemsubstanzen, insbesondere Kokain und Alkohol.⁴ Der Anteil Personen mit multiplem Substanzkonsum gemäss ICD-10 schwankte in den letzten Jahren zwischen 44% und 49%.⁵

Substituiert in stationärer Therapie – immer beliebter

Zu Anfangszeiten der stationären Therapie war der Einsatz von Medikamenten oft verpönt. Aufgrund der verschlechterten Ressourcenlage der KlientInnen (Komorbidität) und der Substitutionsprogramme sind Medizin und Psychiatrie heute Bestandteile der stationären Suchtbehandlung, damit verbunden die Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen und/oder eigene Angebote wie z. B. psychiatrische Sprechstunden.

Der Anteil an KlientInnen, die substituiert in stationäre Suchttherapie eintreten, nahm von 19% (2005) auf 38% (2017) sukzessive zu. Die Öffnung gegenüber dieser Kombi-Behandlung wurde mit den veränderten KlientInnenbedürfnissen (substituierte Personen mit psychosozialen Zusatzproblematiken, eingeschränkter emotionaler Erreichbarkeit) und ökonomischen Zwängen begründet. Die Grenze zwischen abstinenz- und entwicklungsorientierter Suchttherapie führte v.a. in den therapeutischen Teams zu Diskussionen.

80% der substituierten Personen bleiben auch nach Austritt substituiert. Sie profitieren aber von der Förderung in den Sozialisationsfeldern. Während substituierte KlientInnen früher ihre

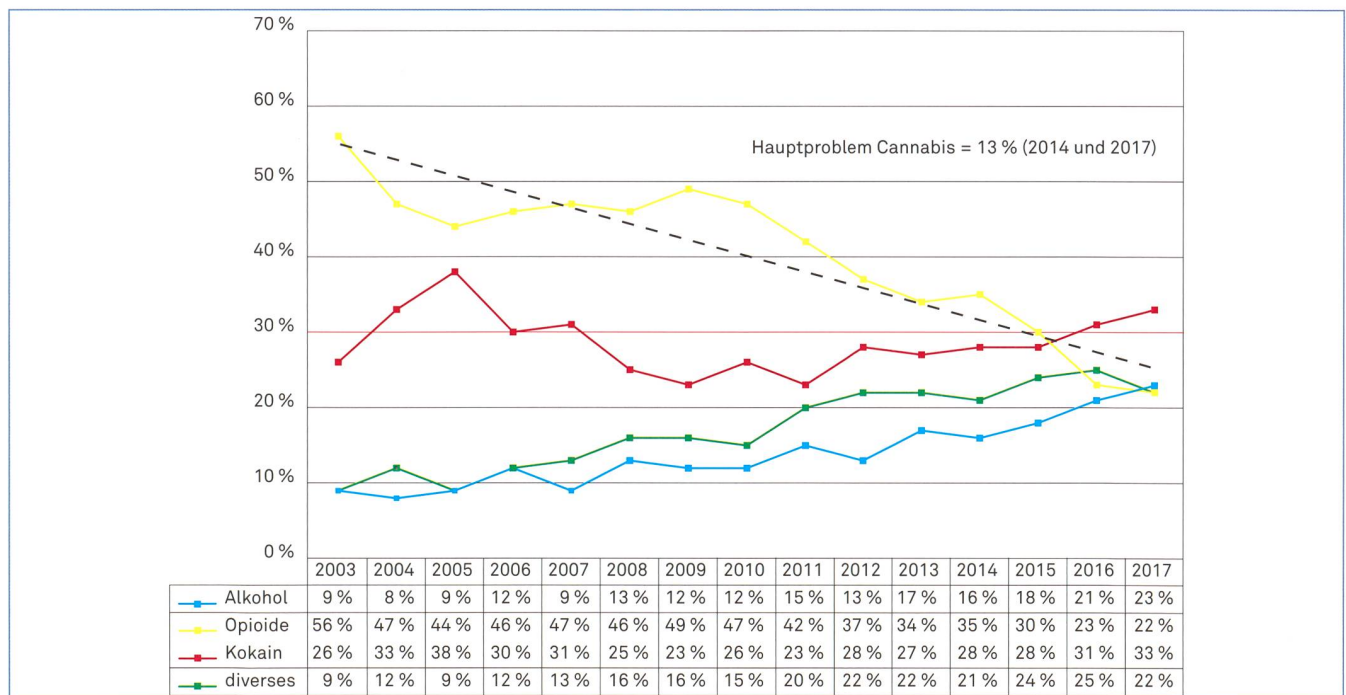


Tabelle 1: Hauptproblem bei Eintritt in stationäre Suchttherapie.⁶

stationäre Behandlung eher abbrechen, so bleiben sie heute ähnlich lange in Therapie wie ihre nicht-substituierten MitbewohnerInnen.

Interessant ist, dass Abstinenz in den Augen der KlientInnen nach wie vor ein erstrebenswertes Ziel ist: 50% geben als Beweggrund für den Beginn einer Suchttherapie Abstinenz und den Wunsch nach einem suchtfreien Leben an (Schaaf et al. 2017), konkret nach dem Konsumziel gefragt, streben 80% eine definitive Abstinenz an, bei OpiatklientInnen sind es 93%. Die Therapieplanung erfolgt individualisiert und berücksichtigt die Bedürfnisse und Erwartungen der Klientel. Teilweise muss der Abstinenzwunsch der Betroffenen – zur Vermeidung von tiefgreifenden Enttäuschungen – ihren realistischen Möglichkeiten angepasst werden.

Therapieerfahrung – öfter aber kürzer

Die Mehrheit der Klientel in stationärer Suchttherapie verfügt über grosse Therapieerfahrung (85-95%): Rund 60% haben bereits eine stationäre Therapie durchlaufen, 50-65% haben Erfahrung mit Substitutionsprogrammen.⁷ Gemäss verschiedener Studien weist ein Mehr an Behandlungserfahrung auf eine

stärkere Belastung hin (Schweregrad Suchtproblem, psychische Probleme), was wiederum auf einen höheren Behandlungsbedarf verweist. Bezüglich der kumulativen Effekte von Behandlungsepisoden kommt die Forschung zu unterschiedlichen Ergebnissen, einige Studien – wie auch die Spezialauswertung der FOS-Daten 2012 – bestätigen einen kumulativen Effekt in Richtung eines positiven Outcomes: KlientInnen mit Behandlungserfahrung bringen eine höhere Therapieakzeptanz mit, verfügen über ein ausgeprägteres Bewusstsein bzgl. eigener Suchtprobleme und können auf bereits vollzogene Entwicklungsschritte aufbauen. Dies entgegnet dem Vorurteil des «Drehtüreffekts».

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in stationärer Suchttherapie nahm über die Jahre sukzessive ab: von 280 (2005) auf 236 Tage (2017), die Therapielänge unterscheidet sich individuell jedoch enorm. KlientInnen mit regulärem Therapieabschluss bleiben erwartungsgemäss signifikant länger in Behandlung, aber auch hier ist eine Abnahme zu beobachten: von 475 (2005) auf 366 Tage (2017). Studien haben gezeigt, dass bei einer komplexen Problematik die Therapiezeit nicht beliebig unterschritten werden kann und Aufenthaltsdauer und

regulärer Therapieabschluss mit Therapieerfolg korrelieren.

Gesundheitssituation – verbreitete Komorbidität

Im Jahr 2004 gaben 48% der eintretenden, auf Hepatitis C getesteten KlientInnen ein positives Resultat an. Dieser Anteil hat über die Jahre sukzessive abgenommen und betrug 2017 noch 26%. Die Übertragung von HCV erfolgt hauptsächlich über das Teilen von nicht sterilen Materialien beim Drogenkonsum (BAG 2019). Der Anteil Personen, die angaben, in den letzten 12 Monaten intravenös konsumiert zu haben, ist von 80% (2012) auf 67% (2017) gesunken, der Anteil Personen mit (persönlichem) Spritzenaustausch von 42% (2012) auf 16% (2017) – ein Ergebnis der verschiedenen Präventionsmassnahmen. Der Anteil Personen mit positivem HIV-Testergebnis schwankte in den Jahren 2004 bis 2017 zwischen 3% und 5%.

Komorbidität psychischer Störungen und Suchterkrankung (Doppeldiagnose) sind kein Randphänomen in stationärer Suchttherapie. Je nach Studie und Stichprobe zeigen sich unterschiedliche Ausprägungen von Komorbidität. Am verbreitetsten sind Depressionen, Angststörungen, Traumatisierungen,

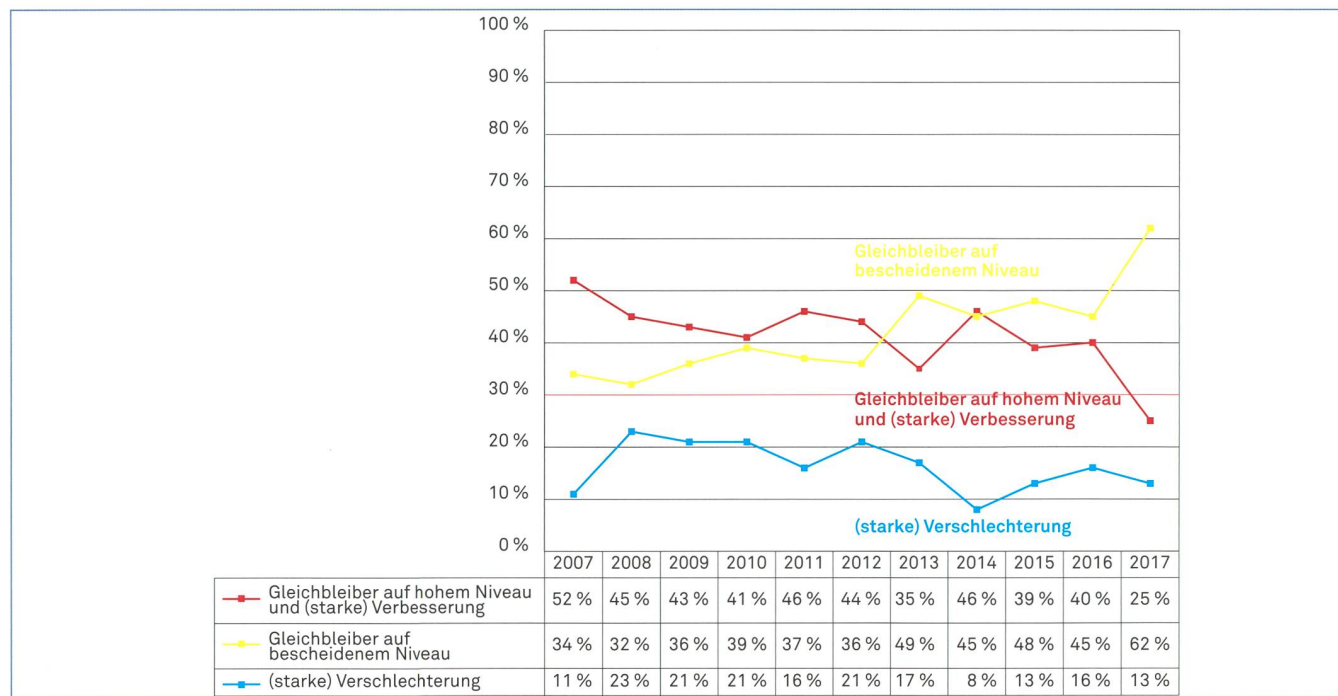


Tabelle 2: Veränderungstypen Arbeitssituation.



Persönlichkeitsstörungen und ADHS im Erwachsenenalter. Diese mehrfachbelastete Personengruppe zeichnet sich durch höhere Abbruch- und Rückfallquoten aus.⁸ Komorbidität wird in der act-*info*-FOS-Befragung nicht im Basismodul erfasst, daher können keine Aussagen über die Ausprägung und Entwicklung dieser Störungsbilder in der stationären Suchttherapie aus Datensicht gemacht werden. Vermutlich wiesen auch KlientInnen früher bereits psychische Störungen auf. Gerade KlientInnen mit schweren psychischen Symptomen wurden jedoch vorrangig nicht in der stationären Suchttherapie behandelt. Weniger ausgeprägte Störungen hingegen wurden vielleicht zu selten als solche erkannt. In den jährlichen FOS-Jahresberichtssitzungen merkten die VertreterInnen der stationären Suchttherapie an, dass sie den Eindruck hätten, die Klientel werde «immer kränker». Integrative Behandlungsprogramme, die störungsspezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische

Interventionen kombinieren, haben sich bei dieser PatientInnengruppe als wirksam erwiesen (Moggi 2016).

Soziale Marginalisierung – wenig Ressourcen

KlientInnen in stationärer Suchttherapie zeichnen sich zunehmend durch einen namhaften Anteil an Personen aus, welche berentet sowie ohne Aussicht auf Arbeit sind und welche sich hauptsächlich durch Sozialhilfe finanzieren: Der Anteil Arbeitsloser (ohne Aussicht auf Arbeit) betrug 2004 50 %, sank 2010 auf 44 % und stieg 2012–2015 wieder auf rund 50 % an. Der Anteil an Personen, die sich hauptsächlich durch Sozialhilfe finanzierten, schwankte von 2004–2017 zwischen 40 % und 46 %.

Der Anteil Personen mit Verurteilung ist zwar von 73 % (2004) auf 60 % (2017) gesunken, stellt aber immer noch einen Belastungsfaktor dar. Rund 45 % der Personen sind mit über 10 000CHF verschuldet und eine Schuldensanie-

rung ist bei hohen Beträgen während der Therapie kaum möglich. Rund 40 % haben keinen oder nur den obligatorischen Schulabschluss (vgl. dazu auch das Fachgespräch in dieser Ausgabe). Diese Gruppe KlientInnen tritt also mit bescheidenen Bildungs- und Arbeitsressourcen in Therapie ein und ohne wesentliche Veränderung in diesen Bereichen wieder aus: Der Anteil der Personen «Gleichbleibende auf bescheidenem Niveau» stieg von 34 % (2007) auf 62 % (2017), während der Anteil «Gleichbleibende auf hohem Niveau und Verbesserung» tendenziell auf 25 % (2017) sank. Da die Therapieplanung massgeblich von der Ressourcenlage der KlientInnen abhängt, sind Ansprüche der sozio-professionellen Integration als Ziele für diese Personengruppe wohl zu hochgesteckt. Eher geht es darum, die Abwärtsspirale aufzufangen. Wenn KlientInnen über gute Ressourcen verfügen, können weiterführende Ziele definiert und die Entwicklungsschritte erarbeitet werden:



Von 2007 bis 2016 schwankte der Anteil Personen, die ihre gute Ressourcenlage halten oder eine starke Verbesserung ihrer Ausgangssituation erarbeiten konnten, zwischen 40-52%.

Klientenzufriedenheit – Kompetenzen und Zukunftsperspektive

Im Rahmen des Qualitätssicherungssystems des Bundes «QuaTheDA» finden periodisch KlientInnenbefragungen zur Therapiezufriedenheit statt (in allen Sektoren der Suchthilfe). Die Befragung 2018 zeichnet für die stationäre Suchtklientel (illegale Drogen) folgendes positives Bild (Schaaf 2018): Besonders geschätzt wurden die Einzelgespräche, das vielfältige Angebot insgesamt, die medizinische und psychiatrische Versorgung und das Bildungsangebot. Die KlientInnen sind der Ansicht, dass sich ihr Leben durch die Therapie positiv entwickelt (4.3),⁹ sie ihren Konsum besser im Griff haben (4.3), dass sich ihre psychische und körperliche Gesundheit

seit Therapiebeginn verbessert hat (4.1) und sie eine Zukunftsperspektive aufbauen konnten (4.2). Ältere KlientInnen äussern sich signifikant positiver hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Angebot. Die aktuelle Befindlichkeit der KlientInnen steht im hochsignifikanten Zusammenhang mit jeglicher Zufriedenheitseinschätzung: Je besser die momentane Befindlichkeit, desto positiver werden alle Zufriedenheitsaspekte bewertet. Trotz schwieriger Ressourcenlage erfahren die KlientInnen positive Entwicklungen in verschiedenen Bereichen.

Herausforderungen für die stationäre Suchttherapie

Die gute Nachricht vorweg: Die Wirksamkeit stationärer Suchttherapie wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen, so z.B. in einer Metaanalyse von Vanderplassen et al. (2014). Die Evidenz der Wirksamkeit bezieht sich auf Konsumverhalten/Abstinenz, längere drogenfreie Perioden und verbesserte

Lebensqualität. Ein positiver Outcome korreliert stark mit einer längeren Aufenthaltsdauer und einem planmässigen Abschluss der Behandlung. Integrative, gestufte und kombinierte Behandlungsprogramme sind bei Dualdiagnose-PatientInnen erfolgreicher als Standardtherapien (Moggi 2016).

Die grosse Herausforderung für stationäre Suchttherapien auf der Ebene Klientel sind der Anteil Menschen mit Suchterkrankung (inkl. Mischkonsum) und schwacher Ressourcenlage (Komorbidität, soziale Marginalisierung). Der Therapiefokus bei dieser Klientel liegt auf einer umfassenden Verbesserung der Ressourcenlage, basierend auf einer individuellen Ressourcenerfassung. Die oft verlautete Forderung nach immer kürzeren Therapien greift gerade bei dieser Personengruppe zu kurz.

Um komplexe Störungsbilder zu behandeln, ist spezifisches medizinisch-psychiatrisches Fachwissen – inhouse oder in enger Zusammenarbeit mit Ärz-

tInnen – unabdingbar. Spezialisierung verlangt neben der individuellen Therapieplanung passende Qualifikationen im Team und ggf. räumliche Anpassungen. Die breite Palette an suchtmmedizinischen Angeboten, das medizinische Verständnis von Sucht als chronische Erkrankung und die sukzessive Zunahme von substituierten KlientInnen in stationärer Suchttherapie führen dazu, dass stationäre Einrichtungen den Ansatz der Abstinenz- und Entwicklungsorientierung für eine definierte Zielgruppe unterstreichen und klar kommunizieren müssen.

Für langjährige ältere Drogenabhängige zeichnet sich ein Bedarf an Langzeitwohnangeboten ab, für Jugendliche und junge Erwachsene mit ausgeprägtem Cannabiskonsum und problematischer Internetnutzung, verbunden mit bescheidenen Bildungs- und Arbeitsressourcen, ein Bedarf an entsprechenden Unterstützungsangeboten.

Eine strukturelle Hürde bildet die uneinheitliche Finanzierung stationärer Suchthilfe (Sozialhilfe, KVG) bzw. die Bevorzugung von KVG-finanzierten Angeboten durch kostentragende Gemeinden. Dies kann den Zugang zum Versorgungssystem für die KlientInnen erschweren. Ferner können bei schwankender Nachfrage in der stationären Suchttherapie diese ungleichen Rahmenbedingungen verstärkt werden. Als Reaktion haben sozialtherapeutische Institutionen vereinzelt in den Klinikstatus gewechselt. Wünschenswert ist eine Umsetzung von Modellen für interkantonale Zusammenarbeit mit verbindlichen

und finanziell fairen Regeln. Durch eine Verbesserung der Vernetzung und Koordination zwischen den Kantonen im Suchthilfebereich könnten die Durchlässigkeit und Zugänglichkeit zu den Angeboten für die KlientInnen verbessert werden. Trotz der bestehenden interdisziplinären Zusammenarbeit soll weiterhin an der Überwindung ideologischer und fachlicher Gräben zwischen dem medizinisch-psychiatrischen Bereich und entwicklungsorientierten Ansätzen gearbeitet werden.

Zu guter Letzt...

Stationäre Suchttherapie ist ein Angebot für eine Personengruppe mit ausgeprägter Suchtproblematik, oft verbunden mit psychischen Belastungen und sozialer Marginalisierung. Positive Veränderungen bei dieser Klientel sind möglich und sollen anerkannt werden. Stationäre Suchttherapie stellt sich den Herausforderungen erfolgreich.

Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2020): act-info Jahresbericht 2018. Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2019): act-info Jahresbericht 2017. Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2019): Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden. Bern: BAG.
- Gmel, G. et al. (2019): Heroingestützte Behandlung in der Schweiz. Resultate der Erhebung 2018. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Moggi, F./Preuss, U.W. (2019): Suchterkrankungen und komorbide psychische Störungen. S. 333-347 in: M. Soyka et al. (Hrsg.), Suchtmedizin. Urban und Fischer in Elsevier.

- Moggi, F. (2016): Wirkfaktoren psychosozialer Behandlungen bei Sucht und komorbiden psychischen Störungen. *Nervenheilkunde* 35(11): 770-776.
- Schaaf, S. (2018): 13. Stichwochenenerhebung zur Klientenzufriedenheit in der stationären Suchttherapie QuaTheSI-40. Gesamtbericht. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.
- Schaaf, S. et al. (2017): Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2016. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.
- Vanderplasschen, W. et al. (2014): Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges. Lissabon: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction EMCDDA.

Endnoten

- ¹ Vgl. offizielle Webseite für nationale Substitutionsstatistik: <https://tinyurl.com/y5tm8psj>, Zugriff 16.09.20.
- ² Vgl. Artikel «geschlossene Einrichtungen» auf Infodrog 2018: <https://tinyurl.com/y3k84ppr>, Zugriff 16.09.20.
- ³ Jahresberichte act-info-FOS 2004-2017.
- ⁴ Dies obwohl Personen mit Alkoholproblemen in spezialisierten Alkoholkliniken durch die separate act-info-Statistik «Residalc» erfasst werden.
- ⁵ act-info-FOS Jahresbericht 2016: 44 %, Jahresbericht 2015: 49 %, Jahresbericht 2014: 49 %.
- ⁶ Quelle: act-info-FOS: Jahresberichte 2003-2017.
- ⁷ act-info-FOS Jahresberichte 2004-2017.
- ⁸ Ebd.
- ⁹ Mittelwerte basierend auf der Werteskala von 1 (trifft überhaupt nicht zu) bis 5 (trifft vollständig zu).