

Stationäre Suchttherapie heute und morgen : Chancen und Herausforderungen

Autor(en): **Schaaf, Susanne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **39 (2013)**

Heft 6

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800074>

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.

Stationäre Suchttherapie heute und morgen – Chancen und Herausforderungen

Der aktuelle Finanzdruck, die Medizinalisierung der Suchthilfe und veränderte KlientInnenbedürfnisse stellen die stationäre Suchttherapie vor besondere Herausforderungen. In einem Workshop im Rahmen des Jubiläumskongresses «Zukunftsfragen der Suchtforschung» beschäftigten sich Fachleute mit der Frage, welche Anforderungen dringlich sind und wie sich die stationäre Suchttherapie in diesen Spannungsfeldern positionieren soll.

Susanne Schaaf

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

Schlagwörter: Suchthilfe | Medikalisierung

Eine tragende Säule der Schweizer Suchtpolitik

Einst Königsweg ist stationäre Suchttherapie heute zusammen mit Substitutionsbehandlungen eine der tragenden Säulen der Schweizer Suchtpolitik. Im Aktionsplan MaPaDro III 2012-2016 des Bundesamtes für Gesundheit, dem das revidierte Betäubungsmittelgesetz zu Grunde liegt, wird unter den Outcome-Zielen für den Bereich Therapie das «Fördern des Ausstiegs aus dem Drogenkonsum und der gesundheitlichen sowie sozialen Rehabilitation der Drogenabhängigen» festgehalten.¹ Therapien sollen den nachhaltigen Ausstieg aus der Sucht ermöglichen oder die Chancen eines späteren Ausstiegs bewahren. Es mögen Eulen nach Athen getragen sein, um die Bedeutung stationärer Suchttherapie explizit zu unterstreichen, aber im Rahmen sowohl der ungleichen Finanzierungsmodi sind die für Drogen- und Alkoholbehandlung als auch innerhalb der Diskussion rund um die Bedeutung von Abstinenzorientierung immer wieder von Bedeutung.

Stationäre Suchttherapie heute

Ein Blick auf die Beanspruchung von Suchthilfe durch ratsuchende KlientInnen ist hilfreich, um die Position der stationären Therapie innerhalb der breiten Angebotspalette zu verdeutlichen. Bei Abb. 1 handelt es sich um eine Darstellung der geschätzten Beanspruchung an einem fiktiven Stichtag, weil nicht zu allen Behandlungssektoren vollständige Daten vorliegen. Die Substitutionsbehandlung (inkl. HeGeBe) ist mit rund 19'400 Personen eine der verbreitetsten Behandlungsformen für Opioidabhängigkeit. Stationäre Suchttherapie für Drogen- und Alkoholprobleme wird von rund 1'250 Personen in Anspruch genommen.

Die durchschnittliche Auslastung in der stationären Suchttherapie im Jahr 2012 betrug gemäss Infodrog-Monitoringbericht 88%. 45% der Einrichtungen wiesen eine Auslastung von über 90% auf.³ Die Statistik bezieht sich auf Selbstangaben

der teilnehmenden Einrichtungen aus den Bereichen stationäre Suchttherapie Drogen und Alkohol sowie Aussenwohngruppen und teilstationäre Angebote. 26% der KlientInnen in stationärer Therapie wurden ausserkantonale platziert.⁴ Dieser Anteil ist relativ niedrig auch angesichts der Tatsache, dass bereits 1993 im Rahmen des Projektes «Reha 2000» zur Weiterentwicklung der stationären Suchthilfe⁵ und auch zehn Jahre später an der Nationalen Fachtagung von KOSTE zur Zukunft der stationären Suchttherapie⁶ die Bedeutung einer gesamtschweizerischen Zugänglichkeit zum Suchthilfeangebot bzw. einer überkantonalen Nutzung ausdrücklich unterstrichen wurde.

Die Anzahl Drogentherapieeinrichtungen hat in den letzten zehn Jahren stark abgenommen, von rund 80 auf aktuell 58 Institutionen, während die Anzahl Alkoholeinrichtungen stabil geblieben ist. Von der Schliessung im Bereich Drogentherapie waren mehrheitlich kleinere Einrichtungen betroffen.

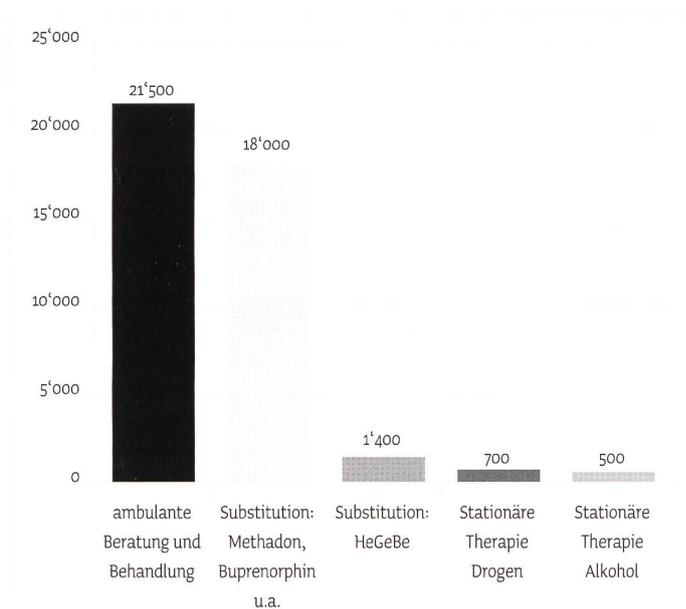


Abb. 1: Geschätzte Beanspruchung, Momentaufnahme, 2012.²

Tab. 1: **Stationäre Suchtbehandlung 2003¹⁰ und 2013¹¹.**

	Drogentherapie	Alkoholbehandlung
2003	ca. 80 Institutionen gesamt	21 Institutionen gesamt
	davon 65 Institutionen bzw. 81% im Forschungsverbund stationäre Therapie FOS	davon 13 Institution bzw. 62% bei SAKRAM ⁷ /CIRSA ⁸
2013	58 Institutionen gesamt	20 Institutionen gesamt
	davon 48 Institutionen im act-info-FOS-Verbund, der Nachfolgestatistik des Forschungsverbundes FOS (83%)	davon 16 Institutionen bzw. 80% bei act-info-Residalc, ⁹ der Nachfolgestatistik von SAKRAM/ CIRSA

Stationäre Drogentherapie – ein breites Angebot für individuelle Bedürfnisse

Stationäre Suchttherapie bietet mit dem vorwiegend sozialtherapeutischen Setting eine «einzigartige Möglichkeit, in intensiver Weise psychosozial-stabilisierende Prozesse von Süchtigen zu begleiten und zu fördern. Sie bieten den Süchtigen Schutzraum und Pufferung gegen die andrängenden Negativwirkungen der eigenen Vergangenheit und ermöglichen die Wiedergewinnung einer Perspektive zur Gestaltung eines Lebens in gestärkter Selbstverantwortung.»¹² Die «Abstinenzfixierung» früherer Zeiten ist längst aufgehoben: Abstinenz ist heute weder ausschliessliches Therapieziel noch ein ausschliesslicher Indikator für ein positives Therapieergebnis. (Teil)Abstinenz gilt als Instrument zur ressourcenorientierten Unterstützung einer Reihe individueller Entwicklungsziele wie Förderung der Selbstwirksamkeit, der Stress-/Selbstregulation, der Lebenskompetenz allgemein. Nur noch 57% der act-info-FOS-Einrichtungen sind ausschliesslich auf die Behandlung von illegalen Drogen spezialisiert, 11% nehmen KlientInnen mit jeglichen Substanzproblemen auf, 23% behandeln verschiedene Suchtprobleme (auch nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten) und 9% sind nicht nur auf Suchtprobleme spezialisiert. 30% bieten die Möglichkeit eines (Teil)Entzugs innerhalb ihrer Einrichtung an.

Stationäre Therapieeinrichtungen führen ein diversifiziertes und flexibles Angebot. So bieten die Einrichtungen heute Kurz-, Mittel- und Langzeitbehandlung an. Die FOS-Verbundforschung zeigt interessanterweise, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Jahr 2002 262 Tage und im Jahr 2012 241 Tage betrug (jeweils exklusive «Ausreisser» mit einer Aufenthaltsdauer von über zwei Jahren). Eine erfolgreich abgeschlossene Therapie dauerte im Jahr 2002 durchschnittlich 425 Tage, im Jahr 2012 477 Tage.¹³ Dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei erfolgreichem Therapieabschluss heute etwas länger dauert als vor zehn Jahren, kann mit verschiedenen Aspekten zusammenhängen: KlientInnen mit guten Ressourcen bleiben heute eher in Methadonprogrammen, auch sind die Aufnahmebedingungen in stationäre Therapie heute nieder-

schwelliger als in früheren Zeiten. Der Unterschied mag auch mit den vielen Schliessungen von stationären Therapiezentren zusammenhängen – die Aufenthaltsdauer 2012 bezieht sich auf eine andere Zusammensetzung der FOS-Institutionen als 2002.

Für eine sinnvolle Behandlung von mehrfachbelasteten KlientInnen mit schlechter Ressourcenlage, welche einen Grossteil der stationären Klientele ausmachen, kann die Therapiedauer nicht beliebig unterlaufen werden – Suchtarbeit ist immer auch Beziehungsarbeit – zumal eine längere Behandlungsdauer sowie eine regulär abgeschlossene Behandlung mit einer Verbesserung in verschiedenen Lebensbereichen nach Austritt einhergehen, wie verschiedene Follow up-Studien zeigen.¹⁴ Wegen des unterschiedlichen Schweregrades der Störung und unterschiedlicher Veränderungsbereitschaft bzw. -fähigkeit ist eine Individualisierung und Flexibilität hinsichtlich der Behandlungsdauer – unter den Rahmenbedingungen des jeweiligen Therapiekonzeptes – unbestritten.

Stationäre Suchttherapien zeichnen sich durch Zielgruppenspezialisierung aus: Angebote für Jugendliche bzw. ältere Personen, Eltern-Kind-Angebote, geschlechtsspezifische Angebote und Angebote für Paare, Konzepte für MassnahmeklientInnen und Personen mit Mehrfachbelastung (Komorbidität, Traumatisierung). Ein Grossteil der Einrichtungen nimmt auch substituierte KlientInnen auf. Der aktuelle Finanzierungsmodus für stationäre Drogentherapie erschwert eine gezielte, überkantonale Nutzung von spezialisierten Angeboten, was zur Folge haben kann, dass süchtige Personen nicht in die für sie optimale, spezialisierte Einrichtung eintreten können bzw. die Einrichtungen zwecks Auslastung auch Personen aufnehmen, die nicht ihrer Spezialisierung entsprechen.

Qualitätssicherung der stationären Suchttherapie

Die Behandlungsepisoden der Klientele in stationärer Suchttherapie wurden bereits sehr früh umfassend dokumentiert: in act-info-FOS bzw. FOS seit 1991, in act-info-Residalc bzw. SAKRAM seit 1984 in der Deutschschweiz und in CIRSA seit 1992 in der Romandie.

Qualitätssicherung	Drogentherapie	Alkoholbehandlung
Dokumentation der Klientele (2013)	48 Institutionen im Forschungsverbund act-info-FOS (83%)	16 Institutionen in act-info-Residalc (80%)
QuaTheDA-Zertifizierung (2013)	40 Institutionen sind zertifiziert (69%)	12 Institutionen sind zertifiziert (60%)
Dokumentation Klientenzufriedenheit (QuaTheSI-I-40) (2012)	40 Institutionen führten eine Klientenbefragung durch (69%)	21 Institutionen führten eine Klientenbefragung durch (100%)

Tab. 2: **Qualitätssicherung in der stationären Suchttherapie.**

Bereits 2000 fanden erste Einführungskurse zur Implementierung des Qualitätsmanagementsystems QuaTheDA in stationärer Suchttherapie statt. Heute sind 69% der Drogentherapien und 60% der Alkoholeinrichtungen QuaTheDA-zertifiziert.¹⁵ Die Auditoren der Zertifizierungsstelle SQS konnten bereits im Jahre 2002 aufgrund der durchgeführten Audits eine positive Veränderung im Wissensmanagement, in der strategischen Führung, in der Zielorientierung und Professionalisierung in den beteiligten Einrichtungen feststellen.¹⁶ Die Mehrheit der Einrichtungen beteiligt sich an der zweijährlich durchgeführten KlientInnenbefragungen QuaTheSI-I-40, ein Teil führt die Mitarbeiterbefragung QuaTheTeam-58 durch, vereinzelt beteiligen sich Einrichtungen an katamnesticen Untersuchungen. Mit Hilfe eines Qualitätsmanagements schafft die Einrichtung optimale Rahmenbedingungen, um die Qualität ihrer Dienstleistungen und der Behandlungsergebnisse zu verbessern.

Vergleich der Profile der Klientele in Drogen- und Alkoholbehandlung

Personen in Drogentherapie sind mit 31 Jahren jünger als Personen in Alkoholbehandlung mit durchschnittlich 45 Jahren. Stationäre Therapie wird mehrheitlich von Männern in Anspruch genommen, Frauen sind in dieser Behandlungsform untervertreten. Die Klientele in der Drogentherapie weist generell eine schlechtere Ressourcenlage auf: lange und intensive Suchtverläufe, verbunden mit langjähriger beruflicher Desintegration. Im Workshop wurde die These in den Raum gestellt, dass hier nicht nur eine Zielgruppenspezifizierung, sondern auch eine soziale Schichtung dahin gehend stattfindet, dass sich ressourcenreiche KlientInnen mit Alkoholproblemen eher in Alkoholkliniken finden, während ressourcenschwache Personen mit Alkoholproblemen eher in Drogentherapien behandelt werden. In klinischen Stichproben zeigt sich, dass 50% der Personen mit Substanzstörungen auch psychische Störungen aufweisen.¹⁷

46% der Klientele in Drogentherapie schliesst die Behandlung regulär ab, 76% sind es in der Alkoholbehandlung. Ein Vergleich mit dem Anteil regulärer Therapieabschlüsse bzw. -abbrüche bei der Behandlung anderer Störungsbilder kann zur Einbettung solcher Quoten hilfreich sein: Die Metaanalyse von McMurran et al. zu Therapieabbrüchen bei psychosozialen Behandlungen von Persönlichkeitsstörungen bspw. zeigt, dass der Anteil Abbrüche in stationärer Therapie – je nach Behandlungssetting und Untersuchungseinheit – 32% bis sogar 80% beträgt.¹⁸

Thesen zu künftigen Herausforderungen

Im Workshop, den die Autorin zusammen mit Peter Burkhard, Gesamtleiter von DIE ALTERNATIVE, Verein für umfassende Suchttherapie, vorbereitete und leitete, wurden Thesen zur stationären Suchttherapie von morgen zur Diskussion gestellt. Es handelt sich dabei nicht um Vorhersagen, sondern um Spannungsfelder und Anforderungen, denen die stationäre Suchttherapie mit geeigneten Mitteln begegnen muss.

«KlientInnen, die stationäre Therapie wählen bzw. denen stationäre Therapie verordnet wird, haben nicht nur ein Suchtproblem, sondern darüber hinaus einen zusätzlichen Ressourcenmangel.»

- KlientInnen in sozialtherapeutischen Einrichtungen sind Menschen mit Suchterkrankungen und kumulativ auftretenden Ressourcenmängeln.
- Der Therapiebegriff muss sich deshalb notwendigerweise auf eine umfassende Verbesserung der Ressourcenlage unter Einbezug der Klientele beziehen.
- Psychopathologische Diagnosen greifen zu kurz und führen von der wirklichen umfassenden Problemlage weg.
- Zukünftige Intake-Verfahren beinhalten selbstverständlich eine fundierte sozialdiagnostische Grundlagenerhebung.

Merkmale Klientele bei Eintritt	Drogentherapie <i>Quelle: FOS-Jahresbericht 2012; Datenbasis: 528 Eintritte</i>	Alkoholbehandlung <i>Quelle: Residualc-Jahresbericht 2012; Datenbasis: 1501 Eintritte</i>
Alter	Ø 31 Jahre	Ø 45 Jahre
Geschlecht	25 % Frauen	35 % Frauen
Nationalität	77 % Schweiz	82 % Schweiz
Kinder	30 % haben Kinder	Angaben nicht erfasst
Hauptproblemsubstanz	37 % Opioide 28 % Kokain	89 % Alkohol
Substitution (parallel zur stationären Behandlung)	37 %	6 %
Konsumziel (KlientInnenwunsch)	80 % definitive Abstinenz	65 % definitive Abstinenz (Hauptproblem Alkohol)
zum ersten Mal in stationärer Suchttherapie	51 %	11 % (HP Alkohol)
Lebensunterhalt (letzte 6 Monate)	43 % Sozialhilfe 14% eigenes Einkommen 42 % arbeitslos	20 % Sozialhilfe 43% eigenes Einkommen 23 % arbeitslos
Beweggrund für Therapiebeginn	50 % streben Abstinenz an und möchten suchtfreies Leben führen.	Angaben nicht erfasst

Tab. 3: KlientInnenprofile der stationären Suchttherapie (Eintritte).

Tab. 4: KlientInnenprofile der stationären Suchttherapie (Austritte).

	Drogentherapie	Alkoholbehandlung
Merkmale Klientele bei Austritt	Quelle: FOS-Jahresbericht 2012; Datenbasis: 475 Austritte	Quelle: Residalc-Jahresbericht 2012; Datenbasis: 1'499 Austritte
Austrittsmodus	46 % mit regulärem Abschluss	76 % mit regulärem Abschluss
Aufenthaltsdauer	Ø 477 Tage bei regulärem Therapieabschluss; Ø 320 Tage alle	Ø 110 Tage bei regulärem Therapieabschluss; Ø 101 Tage alle

«Stationäre Therapieeinrichtungen erkennen die Problem-lagen/Lebenswirklichkeiten der KlientInnen und gehen sie umfassend an.»

- Institutionen reflektieren sowohl in der individuellen Aufenthaltsplanung als auch in der Institutionsstruktur konkrete Lebensweltbedingungen der Klientele (insbesondere auch in zielgruppenorientierten Angeboten).
- Neben einer individualisierten Betreuungs- und Therapieplanung wird in den Institutionen selbstverständlich mit überprüfbareren Zielen gearbeitet.
- Auch künftig werden die Institutionen – hoffentlich demnächst in gemeinsamem Vorgehen – dafür eintreten müssen, nicht nur über Finanzierungsfragen (fremd) bestimmt zu sein.
- Suchttherapeutische Institutionen müssen ihr teilweises Inseldasein überwinden und vermehrt in Betreuungsnetzen zusammenarbeiten.

Personal: «Stationäre Suchttherapie verfolgt einen umfassenden Ansatz, pflegt keine unrealistischen Heilungserwartungen und arbeitet vernetzt.»

- Sucht- und sozialtherapeutische Einrichtungen arbeiten mit sozialisationstheoretisch qualifizierten Mitarbeitenden.
- In den Einrichtungen ist spezifisches Fachwissen aus dem medizinisch-psychiatrischen Sektor jederzeit verfügbar.
- Die Institutionen arbeiten mit entwicklungsorientierter Ausrichtung und pflegen eine intensive Zusammenarbeit, um Menschen mit einer chronischen Suchtgeschichte gerecht zu werden.

Rahmenbedingungen: «Suchtarbeit stösst auf strukturelle Barrieren.»

- Die «Suchtarbeit» wird sich zusehends auseinanderentwickeln in Richtung Suchtgeschehen am Rande unserer Gesellschaft und Sucht im gesellschaftlich integrierten Bereich. Die Suchtpolitik steht noch immer in Gefahr, für parteipolitische Sonderinteressen missbraucht zu werden.
- Eine spezielle Herausforderung, aber auch Chance, liegt in der Überwindung der immer noch bestehenden ideologischen und fachlichen Gräben zwischen dem medizinisch-psychiatrischen Komplex und entwicklungsorientierten Institutionen.
- Das Primat der Finanzen vor der Fachlichkeit muss zumindest begrenzt werden.

Ergebnisse der Workshop-Gruppen

Die insgesamt sieben Arbeitsgruppen konnten sich Thesen zur Diskussion auswählen. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die beschriebenen Spannungsfelder sind nicht neu. Bereits an der KOSTE-Tagung zur Gegenwart und Zukunft der stationären Suchttherapie im Jahr 2002¹⁹ wurde eine Reihe von Herausforderungen formuliert, die sich auch zehn Jahre später ähnlich gestalten. So z. B., dass die schwankende Nachfrage in der stationären Suchttherapie durch ungleiche Rahmenbedingungen betreffend Finanzierung verstärkt wird; dass unklar ist, wie und wann Modelle für interkantonale Zusammenarbeit mit verbindlichen und finanziell fairen Regeln umgesetzt werden. Oder dass es, um das qualifizierte, spezialisierte Angebot überkantonale nutzen zu können, eine überkantonale Planung braucht.
- Die Kantonalisierung steuert die Finanzierung der stationären Suchttherapie, wobei es durchaus positive Beispiele gibt, in denen kantonale Grenzen finanzpolitisch punktuell aufgehoben werden. Es gibt auch Einrichtungen, die ihren Therapiesektor derart umgestaltet haben, dass sie bspw. im interdisziplinären Behandlungsteam die Berufsgruppe der Sozialarbeitenden durch PsychologInnen ersetzt haben und somit von der Krankenkasse finanziert werden.
- Institutionen im Krankenkassenbereich sind finanziell abgesicherter, aber Facharbeit soll nicht ausschliesslich über die Finanzierung gesteuert, sondern allenfalls durch diese mitgesteuert werden. Eine Änderung des Finanzierungsmodells muss über die Kantone laufen.
- Es besteht die fachliche Überzeugung, dass die Zusammenarbeit in Netzwerken intensiviert werden soll, sowohl über längere Zeit als auch über die verschiedenen Disziplinen hinweg. Der Austausch soll von einem am Betreuungssystem orientierten Netzwerkdenken getragen sein. Der Integrationsprozess der KlientInnen hört nicht nach der Therapie und der Aussenwohngruppe auf.
- Als ein Beispiel für interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Institutionsebene wurde eine Suchthilfeeinrichtung genannt, die zur Sicherstellung der psychiatrischen Behandlung eine Kooperationsvereinbarung mit einer Klinik eingegangen ist. Den Austausch über die Behandlungssektoren hinweg ermöglicht der Fachverband Sucht, in dem Fachleute, Institutionen und Trägerschaften aus den Bereichen Beratung, Therapie, Prävention, Schadensminderung – u. a. der deutschen Schweiz – zusammengeschlossen sind. Neben einer Reihe von autonomen thematischen Fachgruppen existiert auch die Möglichkeit von Regionalkonferenzen, also regionalen Interessenpools, wobei derzeit nur die Regionalkonferenz Ost besteht.²⁰ In der Romandie finden jährliche Treffen zwischen den Fachverbänden GREA (Groupement Romand d'Etudes des Addictions), CRIAD (Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions) und CoRoMa (Collège romand de médecine de l'addiction)



zum Thema der interdisziplinären Zusammenarbeit statt. In beiden Landesteilen können und sollen diese Formen der Annäherung und des Austausches weiter ausgebaut werden.

- Es besteht ein fachlicher Konsens, dass Indikationsstellen für eine qualifizierte Triage sinnvoll sind, damit Klientinnen und Klienten die für sie optimale Behandlung erhalten.

Die zentralen Herausforderungen für stationäre Suchttherapie liegen nach wie vor in der (Bedarfs)Planung und Koordination, Indikation und Triage (KlientInnen-Therapie-Matching), fachlicher Vernetzung, in der Finanzierung (Subventionspolitik) sowie in der interkantonalen Zusammenarbeit. VertreterInnen der stationären Suchttherapie sind bereit, sich in diesen Belangen zu engagieren, sind dabei aber auf ein verstärktes Engagement der Kantone angewiesen. •

Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit BAG (2012): Aktionsplan MaPaDro III 2012-2016. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Bern. <http://tinyurl.com/pmxcgn2>, Zugriff 24.10.2013.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit BAG (2013): act-info Jahresbericht 2011. www.tinyurl.com/kanbk79, Zugriff 24.10.2013.
- Burkhardt, A. (2002): 50 Prozent der Institutionen sind auditiert – eine Zwischenbilanz. S. 17-21 in: KOSTE (Hrsg.), Gegenwart und Zukunft der stationären Suchttherapie. Tagungsbericht. Nationale Fachtagung: Bern. www.tinyurl.com/ngrthuh, Zugriff 24.10.2013.
- Infodrog (2013): Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen: Auslastung und interkantonale Platzierungen in der Schweiz 2012. www.tinyurl.com/ozzc6uo, Zugriff 24.10.2013.
- Koordinationsstelle des FOS (2003): Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2002. Zürich: Institut für Suchtforschung. www.tinyurl.com/q9spho3, Zugriff 24.10.2013.
- Koordinationsstelle act-info-FOS (2013): Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info im Jahr 2012. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. www.tinyurl.com/p643m7y, Zugriff 24.10.2013.
- KOSTE (Hrsg.) (2002): Gegenwart und Zukunft der stationären Suchttherapie – Tagungsbericht. Nationale Fachtagung, Bern, 8. November 2002. www.tinyurl.com/ngrthuh, Zugriff 10.11.2013.
- Lieb, R./Isensee, B. (2007): Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. S. 27-58 in: Franz Moggi (Hrsg.), Doppeldiagnosen – Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.

- Mahler, R. (2012): Resilienz und Risiko. Ressourcenaktivierung und Ressourcenförderung in der stationären Suchttherapie. Heidelberg: Springer.
- McMurrin, M./Huband, N./Overton, E. (2010): Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review* 30(3): 277-287.
- Mühle, U. (1994): Reha 2000. Projektbericht zur Situation und zum Handlungsbedarf in der stationären Drogentherapie. Gesamtschweizerische Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie. Ein Projekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern. www.tinyurl.com/q9xw86j, Zugriff 24.10.2013.
- Smyth, B.P./Barry, J./Lane, A./Cotter, M./O'Neill, M./Quinn, C./Keenan, E. (2005): In-patient treatment of opiate dependence: medium-term follow-up outcomes. *The British Journal of Psychiatry* 187: 360-365.
- Zhang, Z./Friedmann, P.D./Gerstein, D.R. (2003): Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction* 98(5): 673-684.

Endnoten

- 1 BAG 2012: 3.
- 2 Vgl. BAG 2013; Vgl. Statistiken von Infodrog zu Platzzahlen zur Säule Therapie, www.tinyurl.com/qzhdbas, Zugriff 10.11.2013.
- 3 Infodrog 2013: 1.
- 4 Vgl. ebd.
- 5 Vgl. Mühle 1994.
- 6 Vgl. KOSTE 2002.
- 7 SAKRAM: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol und Medikamentenabhängige.
- 8 CIRSA: Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie.
- 9 act-info-Residalc: Statistik der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Schweiz.
- 10 Vgl. Koordinationsstelle des FOS 2003 und persönliche Mitteilung von Marina Delgrande, Residalc (2013).
- 11 Koordinationsstelle act-info-FOS 2013 und persönliche Mitteilung von Marina Delgrande, Residalc (2013).
- 12 Mahler 2012: 19.
- 13 Vgl. Koordinationsstelle des FOS 2003, Tabellenband Austritte (S. 55) sowie Zusatzauswertungen; Koordinationsstelle act-info-FOS 2013, Tabellenband Austritte (S. 8).
- 14 Vgl. z.B. Zhang/Friedmann et al. 2003; Smyth/Barry et al. 2005.
- 15 Liste der QuaTheDA-zertifizierten Einrichtungen: www.tinyurl.com/oc3kpoo, Zugriff 25.10.2013.
- 16 Vgl. Burkhardt 2002.
- 17 Vgl. Lieb/Isensee 2007.
- 18 Vgl. McMurrin/Huband et al. 2010.
- 19 Vgl. Burkhardt 2002.
- 20 Die Regionalkonferenz Ostschweiz: www.fachverbandsucht.ch/index.php?p=56

