



SUCHT | SCHWEIZ



Lausanne, Oktober 2019
Forschungsbericht Nr. 108

Heroingestützte Behandlung in der Schweiz

Resultate der Erhebung 2018

Gerhard Gmel
Florian Labhart
Etienne Maffli

*Dieses Projekt wurde finanziert vom Bundesamt für Gesundheit
(Vertrag Nr. 17.018313 / 204.0001-1584/2)*

PRÄVENTION | HILFE | FORSCHUNG

Impressum

Auskunft:	Gerhard Gmel, Tel. 021 321 29 59, E-Mail: ggmel@suchtschweiz.ch
Bearbeitung:	Gerhard Gmel, Florian Labhart, Etienne Maffli, Sucht Schweiz, Lausanne
Vertrieb:	Sucht Schweiz, Forschung, Postfach 870, 1001 Lausanne, Tel. ++41 (0)21 321 29 46, Fax ++41 (0)21 321 29 40 ggmel@addictionsuisse.ch
Bestellnummer:	Forschungsbericht Nr. 108
Grafik/Layout:	Sucht Schweiz
Copyright:	© Sucht Schweiz Lausanne 2019
ISBN:	978-2-88183-244-4
Zitierhinweis:	Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2019) Heroingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2018 (Forschungsbericht Nr. 108), Lausanne: Sucht Schweiz.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Überblick über den Patientenbestand	9
3	Patientenverlauf	11
4	Vorgeschichte der Eintritte 2018	14
5	Soziodemographische Angaben	17
6	Substanzkonsum	21
7	Hepatitis und HIV	27
7.1	Injektionsverhalten	27
7.2	Hepatitis A	28
7.3	Hepatitis B	28
7.4	Hepatitis C	30
7.5	HIV	32
8	Austrittsgründe	33
9	Psychiatrische Störungen	34
10	Referenzen	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ein- und Austritte im Jahr 2018	10
Tabelle 2:	Vorgesehene Applikation bei Behandlungseintritt, 2018.....	14
Tabelle 3:	Behandlungserfahrung nach Substanzen (Mehrfachnennungen möglich), 2018.	14
Tabelle 4:	Behandlungserfahrung bei Opiatbehandlungen der HeGeBe Eintritte (Mehrfachnennungen möglich), 2018.....	15
Tabelle 5:	Vermittlungswege in die HeGeBe, 2018	15
Tabelle 6:	Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2018.....	18
Tabelle 7:	Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vorwiegend Ihren Lebensunterhalt bestritten? 2018.....	19
Tabelle 8:	Welchen hauptsächlichen Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen? 2018 .	19
Tabelle 9:	Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter in den 30 Tagen vor Eintritt, 2018	23
Tabelle 9:	Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter in den 30 Tagen vor Eintritt, 2018, Fortsetzung.....	24
Tabelle 10:	Drogengenkonsum in den 30 Tagen vor Eintritt, 2018.....	25
Tabelle 11:	Hepatitis A Status bei 148 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) im Jahr 2018	28
Tabelle 12:	Interpretation von Hepatitis B Markern.....	29
Tabelle 13:	Hepatitis B Test bei 148 im Jahr 2018 Eingetretenen (einschliesslich Wiedereintritte)	29
Tabelle 14.:	Vermutlicher Hepatitis B Status von 78 Eintritten.....	30
Tabelle 15:	Anzahl gesicherter psychiatrischer Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2018 und im Vergleich mit den Jahren 2013-2017	34
Tabelle 16:	Häufigkeit der ICD-10 Diagnosegruppen des Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» für die HeGeBe Austritte im Jahr 2018 und im Vergleich mit den Jahren 2013-2017 (Mehrfachantworten möglich).....	35

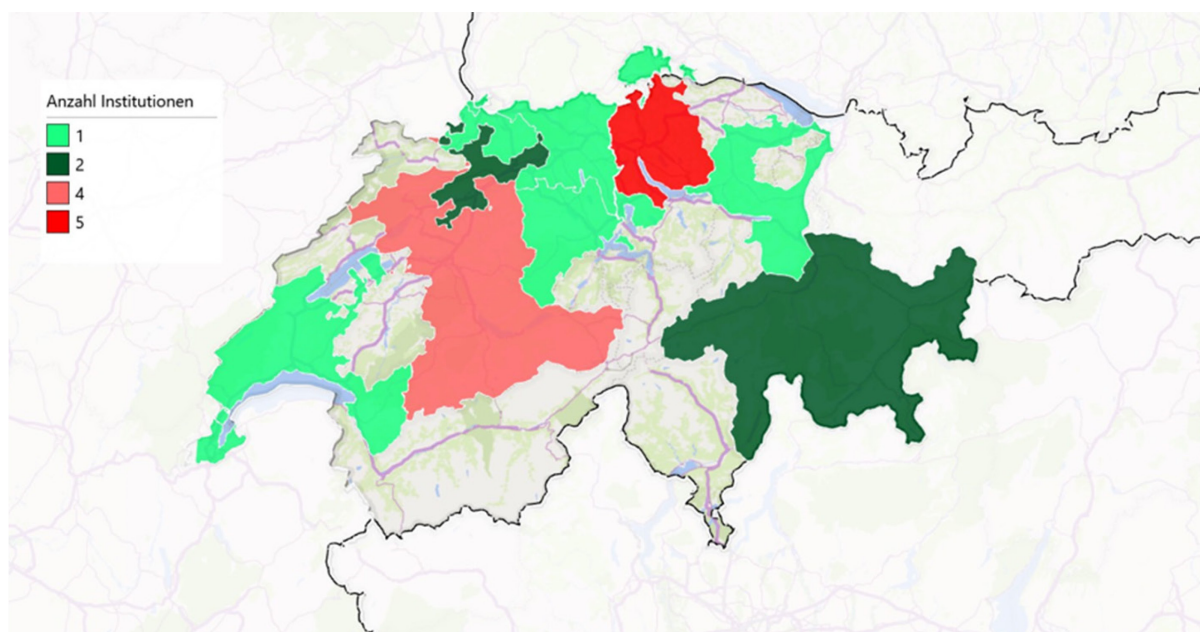
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung von Institutionen in der HeGeBe nach Kantonen.....	7
Abbildung 2: Verlauf der Anzahl Patientinnen und Patienten in HeGeBe seit 1994.....	11
Abbildung 3: Behandlungsdauern von Männern und Frauen bei Austritten zwischen 2013 und 2017.....	12
Abbildung 4: Behandlungsdauern im Vergleich der Jahre 2013 bis 2017 mit dem Jahr 2018	13
Abbildung 5: Zivilstand bei Eintritten im Jahr 2018	17
Abbildung 6: Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2018 .	18
Abbildung 7: Höchste abgeschlossene Ausbildung, 2018	20
Abbildung 8: Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen, alle Eintritte (inklusive Wiedereintritte) 2018, Szenarium 2 (keine Antwort wurde als kein Konsum gewertet)	22
Abbildung 9: Einstiegsalter in den Konsum verschiedener Substanzen, Eintritte 2018	26
Abbildung 10: Drogengebrauch durch Injektion	27
Abbildung 11: Durchführung von Hepatitis C Tests bei allen Eintritten (einschliesslich Wiedereintritten) im Jahr 2018	31
Abbildung 12: Durchgeführte HIV Tests und HIV Status, Eintritte 2018	32
Abbildung 13: Austrittsgründe im Jahr 2018 und im Vergleich mit 2013-2017.	33

1 Einleitung

Seit 2001 gibt es ein regelmässiges Monitoring der heroingestützten Behandlung (HeGeBe) in der Schweiz. Der Bericht präsentiert die Ergebnisse der Erhebung 2018. Der Name HeGeBe ist historisch begründet und wird so seit langem verwendet. Im Prinzip wäre der Begriff diacetylmorphingestützte Behandlung angebracht. Beim Diacetylmorphin handelt es sich um pharmazeutisch hergestelltes Heroin, das als Medikament unter dem Namen Diaphin verabreicht wird. Im Jahr 2018 hatten 22 Institutionen in 13 Kantonen die Berechtigung Diaphin zu verabreichen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung von Institutionen in der HeGeBe nach Kantonen



Da das Monitoring im geltenden Betäubungsmittelgesetz, der Betäubungsmittelsucht- sowie der Statistikerhebungsverordnung verankert ist, sind die Institutionen an der Teilnahme am Monitoring verpflichtet. Dazu werden bei dem Eintritt (auch bei Wiedereintritten nach Behandlungsunterbruch) von jeder Patientin und jedem Patienten soziodemografische Angaben, ihre/seine Behandlungsvorgeschichte, Konsumgewohnheiten sowie ihr/sein Gesundheitszustand erhoben. Ebenso sollten bei jedem Austritt aus der Behandlung (einschliesslich Übergang zu einer anderen Institution) zentrale Fragen des Eintritts sowie die Austrittsgründe erhoben werden.

Die Ziele der diacetylmorphingestützten Behandlung lassen sich wie folgt umschreiben (siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>):

- Dauerhafte therapeutische Einbindung,
- Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes und der sozialen Integration der Betroffenen,
- Herbeiführung eines risikoarmen Konsums und Schaffung von Bedingungen für eine dauerhafte Abstinenz,
- Distanzierung der Betroffenen von der Drogenszene und Verhinderung der Beschaffungskriminalität.

Dabei gibt es für die Patienten folgende Aufnahmekriterien:

- Mindestalter 18 Jahre,
- schwere Heroinabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren,
- mindestens zwei erfolglose Behandlungsversuche (unbefriedigende Ergebnisse oder abgebrochen),
- physische, psychische oder soziale Auswirkungen, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind.

HeGeBe ist Teil des gesamtschweizerischen Klientenmonitoringsystems für den Bereich der Suchthilfe *act-info* (addiction, care and therapy information), welches neben der HeGeBe auch weitere Statistiken wie die Substitutionsbehandlung und andere ambulante und stationäre Behandlungen (beispielsweise wegen Alkoholkonsums und Konsums illegaler Drogen) führt. Seit 2013 können diese Daten direkt von den HeGeBe Institutionen online erfasst werden (<https://www.act-info-online.ch>). Somit hat Sucht Schweiz für entsprechende Auswertungen direkten Zugriff auf die teilanonymisierten Ergebnisse. Teilanonymisiert bedeutet, dass beispielsweise die Namen in einen Code umgewandelt worden sind und so der statistikführenden Stelle nicht bekannt sind. Dieser Code wird benötigt, um Patienten im Längsschnitt beobachten zu können, also um beispielsweise festzustellen, ob sie zu einer anderen Institution übergegangen sind oder nach einem Unterbruch der Behandlung wieder in die HeGeBe eingetreten sind. Leider fehlen im Moment noch Daten zu Personen, die vor 2013 eingetreten sind und seit 2013 die Behandlung nicht beendet oder die Institution gewechselt haben. Diese werden nachträglich in die Online-Datenbank aufgenommen werden. Ergänzend dazu führt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine getrennte HeGeBe-Datenbank, welche die Bewilligungen für die Behandlungen nach Patienten dokumentiert. Der vorliegende Bericht präsentiert die Resultate zu den Ein- und Austritten HeGeBe im Jahr 2018 gemäss der *act-info* Datenbank.

2 Überblick über den Patientenbestand

Gemäss der Datenbank des BAG liegen 1532 Patientenbewilligungen für das Jahr 2018 vor. Bewilligungen werden immer für 2 Jahre ausgesprochen und müssen dann erneuert werden. Die entsprechenden Bewilligungen laufen also 2019 bis 2021 ab. Es wurden 809 Bewilligungen im Jahr 2018 ausgestellt. Diese beinhalten aber auch Verlängerungen von Bewilligungen und sind somit nicht nur Ersteintritte oder Wiedereintritte. Gemäss der Bewilligungsdatenbank des BAG gab es 73 Austritte im Jahr 2018.

Beim Verfassen des Berichtes (Oktober 2019) lagen uns in der Monitoring-Datenbank die Ein- und Austritte für 2018 von 19 Institutionen vollständig und von einer weiteren Institution teilweise vor. Für das Jahr 2018 wurden von diesen 20 Institutionen 163 (2017: 135) Eintritte und 135 (2017: 131) Austritte registriert (Tabelle 1), wobei 15 davon keine wirklichen Austritte sind, sondern nur Übergänge in eine andere HeGeBe Institution.

Box 1. Definitionen von Behandlung, Wiedereintritt, Übergang und Episoden:

- *Der Übergang zu einer anderen Institution* bezeichnet den Wechsel zu einer anderen Institution, ohne dass die Behandlung länger als 30 Tage unterbrochen worden ist.
- Als einen *Wiedereintritt* wird die Wiederaufnahme der Behandlung nach einem Unterbruch von mindestens 30 Tagen bezeichnet.
- Eine *Behandlung* ist eine Behandlung ohne Unterbruch von mehr als 30 Tagen, dabei können Wechsel von Institutionen auftreten, ohne dass aber die Behandlung unterbrochen worden ist. Das heisst, dass Mehrfachbehandlungen nur dann ausgewiesen werden, wenn es einen Unterbruch von mindestens 30 Tagen gab.
- Eine *Episode* bezeichnet einen Fall mit Ein- und Austritt unabhängig davon, ob die Behandlung in einer anderen Institution fortgeführt worden ist.

Die leicht erhöhte Zahl von Eintritten im Vergleich zum Vorjahr dürfte teilweise mit Neueintritten einer im Jahr 2018 neu eröffneten Behandlungsinstitution zusammenhängen, womit sich der Patientenkreis erweitert haben dürfte. Bei den deutlich mehr Austritten im Vergleich zur BAG Datenbank ist zu berücksichtigen, dass es bei den hier dokumentierten Austritten auch Übergänge zu anderen Institutionen gab (siehe Box 1), so dass keine neue Bewilligung nötig war. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Behandlungen nicht geplant beendet worden sind, also z.B. der Kontakt zu Patienten verloren gegangen ist. Die Institutionen mögen dann zwar institutionell die Austritte dokumentieren, jedoch noch nicht als offizielle Austritte an das BAG melden, weil sie den bewilligten Behandlungszeitraum abwarten, falls sie ggf. wieder mit dem Patienten in Kontakt treten können. Vielleicht lassen sie auch einfach die Bewilligung ablaufen, da sie ja nach 2 Jahren ohne Erneuerung hinfällig wird.

Der Grossteil der Eintritte (vgl. Tabelle 1) sind Ersteintritte (n=129, einschliesslich 20 Personen, die bereits wieder ausgetreten sind), fast alle Eintritte im Jahr 2018 befinden sich noch in Behandlung, mit Ausnahme von 20 Patienten die eine Erstbehandlung 2018 angefangen aber noch im selben Jahr (n=6, bzw. Beginn 2019, n=14) wieder beendet haben bzw. eine Mehrfachbehandlung angefangen und wieder beendet haben (n=3). Sich noch in Behandlung befindliche Personen mit Erstbehandlung stellen die jüngste Klientel mit durchschnittlich 39.7 Jahren dar (2017: 39 Jahre gerundet), die jüngste Person ist dabei 19 Jahre und die älteste 62 Jahre alt. Der Anteil Männer liegt wie im Vorjahr (Hiltebrand et al., 2018) bei 75%. 18.8% sind Wiedereintritte (n=16) oder Übergänge von einer anderen Institution (n=12), letztere sind teilweise Wechsel aus Genf nach Lausanne nach der Eröffnung der Institution in Lausanne.

Tabelle 1: Ein- und Austritte im Jahr 2018

Ein- oder Austritt	2018	Behandlung	Behandlungsepisode	mit Eintritt 2018	früherer Eintritt	Durchschnittsalter	< 40 Jahre	40 - 60 J.	> 60 Jahre	männlich
Austritte	Behandlung beendet	eine Behandlung		20	80	44.4 Jahre	35%	57%	8%	77%
	Behandlung beendet	Mehrfache Behandlung		3	17	40.2 Jahre	50%	45%	5%	90%
	Noch in Behandlung	Mehrfache Behandlung Übergang zu anderer Institution		3	12	40.3 Jahre	43%	57%	0%	86%
Eintritt	Noch in Behandlung	Ersteintritt		109		39.7 Jahre	50%	48%	2%	75%
	Noch in Behandlung	Wiedereintritt		16		40.4 Jahre	44%	56%	0%	81%
	Noch in Behandlung	Übergang von anderer Institution		12		41.7 Jahre	33%	67%	0%	83%

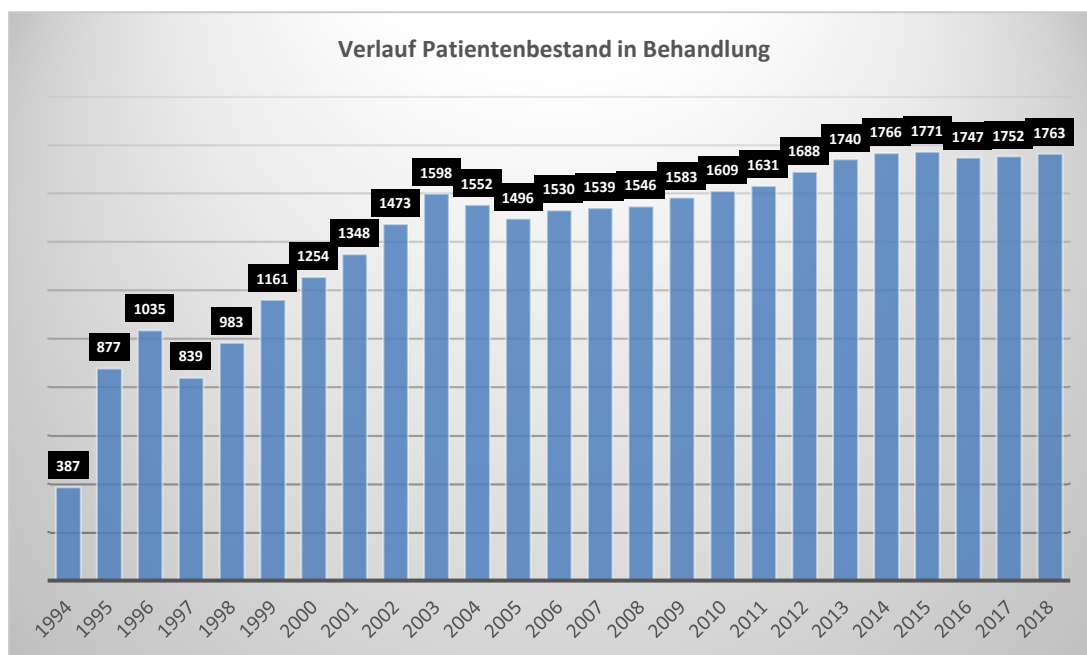
Bei den Austritten mit nur einer Behandlung (n=100) ist das Durchschnittsalter mit knapp über 44 Jahren am höchsten, die älteste Person war knapp 70 Jahre alt. Der Anteil von Männern liegt ähnlich wie bei den Ersteintritten bei 77%. Patienten mit Austritten und Mehrfachbehandlungen sind deutlich jünger (40.2 und 40.3 Jahre) und haben einen deutlich geringeren Frauenanteil (90% bzw. 86% sind Männer bei Mehrfachbehandlungen).

Das Wichtigste in Kürze: Die Alters- und Geschlechtszusammensetzung deuten darauf hin, dass Männer häufiger als Frauen in noch vergleichsweise jüngerem Alter eine Behandlung unterbrechen. Bei Erstbehandlungen und bei Patienten mit nur einer Behandlung (also ohne Unterbrüche) liegt der Frauenanteil bei knapp einem Viertel. Bei Personen mit Mehrfachbehandlungen, also Behandlungsunterbrüche von mindestens 30 Tagen, liegt der Frauenanteil deutlich niedriger.

3 Patientenverlauf

Bei der Berechnung des Patientenbestandes 2018 sind wir vom Bericht zu den Daten 2017 (siehe Hiltbrand et al., 2018) ausgegangen und haben es um die Eintritte und Austritte im Jahr 2018 angepasst (vgl. Abbildung 2).

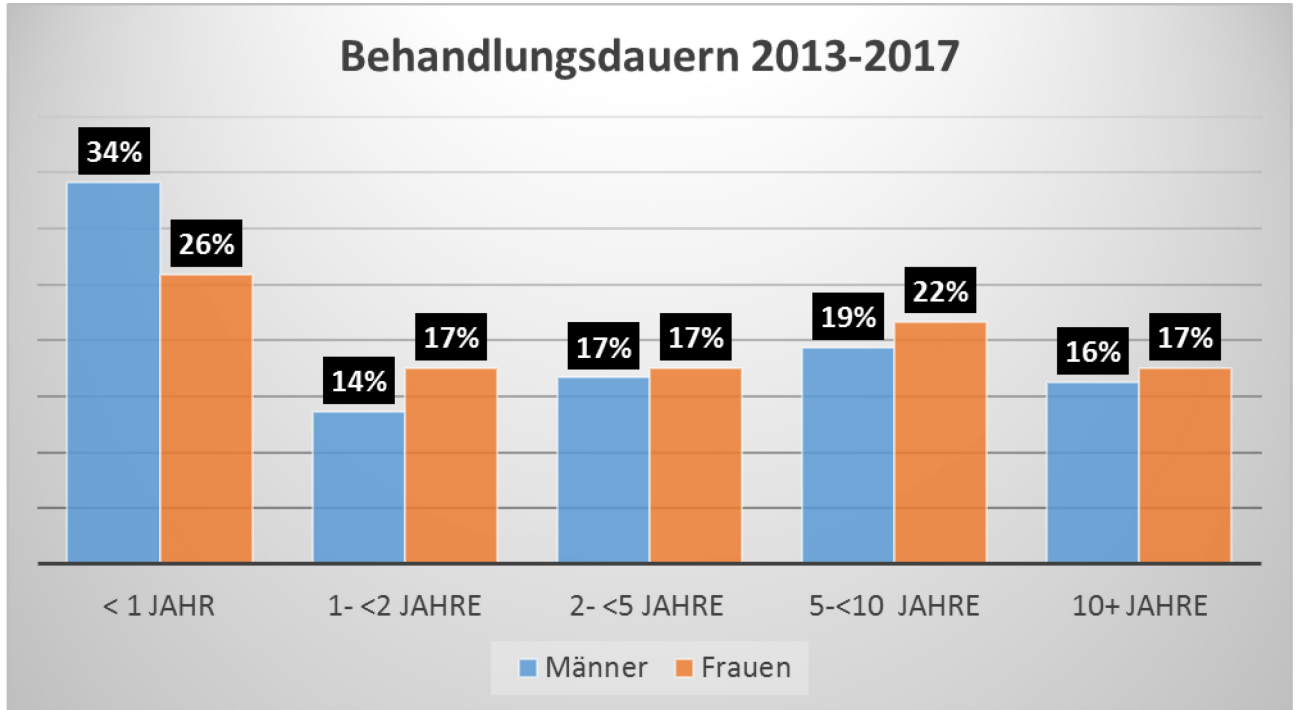
Abbildung 2: Verlauf der Anzahl Patientinnen und Patienten in HeGeBe seit 1994.



Auf die Altersverteilung sei auf Hiltbrand et al. (2018) für das Jahr 2017 hingewiesen. Es ist eindeutig, dass die Patientenpopulation altert. Im Jahr 1994 waren noch 78.0% aller HeGeBe Patientinnen und Patienten unter 35 Jahre alt. Im Jahr 2017 waren es weniger als 15%. Während es 1994 noch kaum Personen über 55 Jahre gab, waren es etwa 15% im Jahr 2017.

Abbildung 3 zeigt die Behandlungsdauern von Männern und Frauen die zwischen 2013 und 2017 ausgetreten sind.

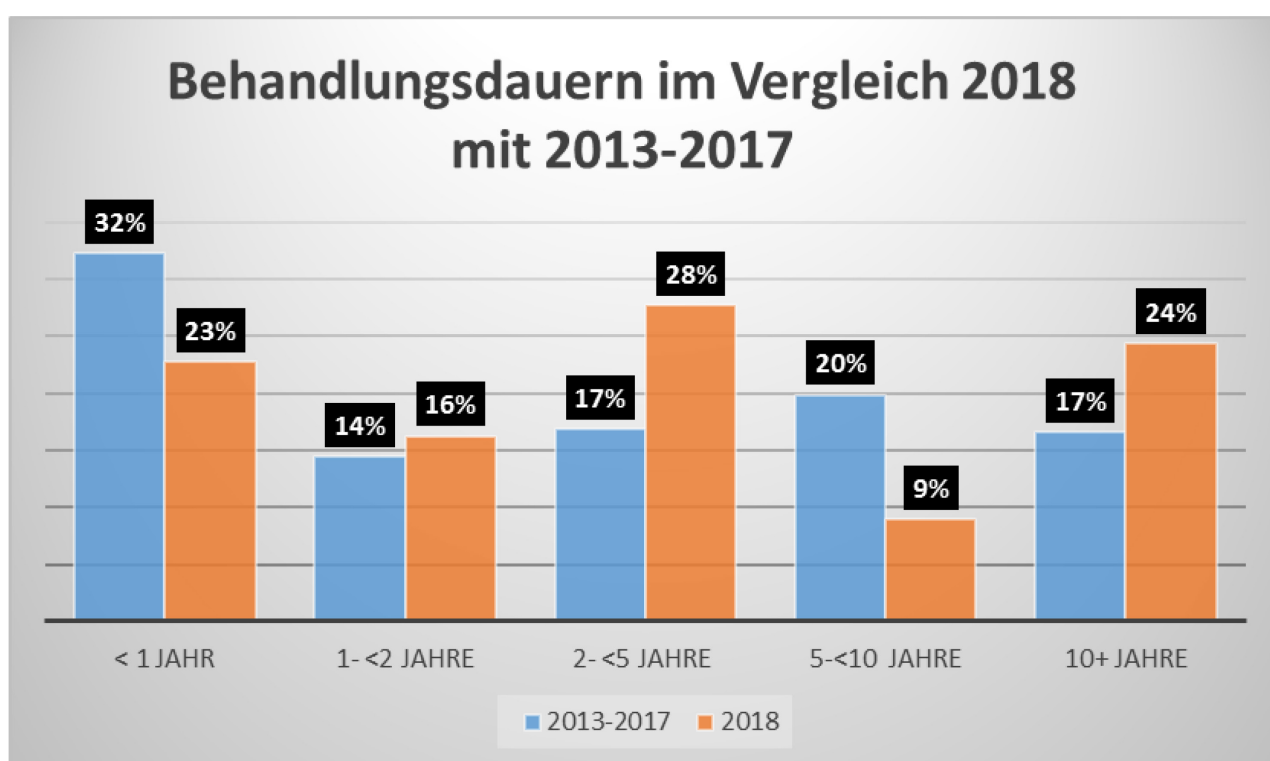
Abbildung 3: *Behandlungsdauern von Männern und Frauen bei Austritten zwischen 2013 und 2017*



Frauen verbleiben in der Regel länger in Behandlungen, insbesondere treten sie seltener bereits im ersten Jahr wieder aus als Männer. Über die Gründe kann nur spekuliert werden. Es könnte sein, dass der Leidensdruck auf der «Strasse» für Frauen höher ist, so dass sie eine grössere Adhärenz mit einer vielleicht zu Beginn nicht voll zufriedenstellenden Behandlung zeigen.

In Abbildung 4 sind die Behandlungsdauern im Vergleich der Jahre 2013 bis 2017 mit dem Jahr 2018 dargestellt. Im Jahr 2018 sind die Behandlungsdauern in der Regel länger als in den Vorjahren. Insbesondere kurzfristige Behandlungen von weniger als einem Jahr sind seltener. Dies liegt vermutlich daran, dass wir für 2018 Behandlungen betrachten, dagegen in den Vorjahren vermutlich häufig Episoden (vgl. Box 1 für die Definitionen) betrachtet worden sind. In diesem Bericht gilt eine Behandlung als fortgesetzt, wenn Personen zwischenzeitlich die Institution gewechselt haben, dabei aber keinen Unterbruch der Behandlung von mehr als 30 Tagen aufgewiesen haben. Leider liegt uns insbesondere für Frauen teilweise das Eintrittsdatum nicht vor, wenn es vor 2013 war, so dass wir auch die Geschlechterunterteilung in Abbildung 3 nur bis 2017 vorgenommen haben. Dass bedeutet, dass die Behandlungsdauern auch 2018 noch eine Unterschätzung darstellen, weil sie teilweise die Behandlungsdauer von Patienten mit Eintritten vor 2013 und nur einer Behandlung (also keinen Unterbruch der Behandlung mit Wiedereintritt) fehlen. Im Durchschnitt dauern Behandlungen, soweit sie schlüssig vorliegen, 5.7 Jahre.

Abbildung 4: Behandlungsdauern im Vergleich der Jahre 2013 bis 2017 mit dem Jahr 2018



Das Wichtigste in Kürze: Die Anzahl von Patienten in Behandlung bleibt seit Jahren stabil. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Männer häufiger als Frauen eine Behandlung unterbrechen oder abbrechen. Frauen haben also eine höhere Behandlungs-Adhärenz. Deutlich ist, dass die Patienten in Behandlung im Durchschnitt immer älter werden. Die Behandlungsdauer wurde in früheren Berichten vermutlich unterschätzt und liegt höher, im Jahr 2018 bei durchschnittlich 5.7 Jahren.

4 Vorgeschichte der Eintritte 2018

Bei den Eintritten werden nur jene berücksichtigt, die wirkliche Neueintritte bzw. Wiedereintritte sind, also keine Übergänge, bei denen häufig keine Informationen vorliegen. Dies sind 151 (=163-12, vgl. Tabelle 1), bei 3 weiteren Fällen ist die Datenlage unklar, ob sie wirklich Wiedereintritte sind (z.B. kein Vorliegen eines Austrittsdatums der vorherigen Behandlung). Wir beziehen uns also auf 148 Patienten bzw. Patientinnen, 19 davon sind nach unserem Kenntnisstand Wiedereintritte und 129 sind Ersteintritte.

Beim Eintritt, insbesondere beim Ersteintritt (57.3%), ist die Mehrheit der vorgesehenen Applikationen von Diacetylmorphin die orale Anwendung (Tabelle 2). Ausschliesslich bei Ersteintritten (12.1%) werden mehrere Applikationen vorgesehen, in der Regel orale und intravenöse. Dies könnte bedeuten, dass sich bei Wiedereintritten die bevorzugte Applikationsform in früheren Behandlungen etabliert hat. Jedoch sind die Fallzahlen von Wiedereintritten sehr gering, um gesicherte Aussagen treffen zu können.

Tabelle 2: Vorgesehene Applikation bei Behandlungseintritt, 2018

vorgesehene Applikation	Wiedereintritte 2018		Ersteintritte 2018	
	n	%	n	%
intravenös	7	38.9%	34	27.4%
oral	9	50.0%	71	57.3%
intramuskulär	2	11.1%	4	3.2%
multiple Applikationen	0	0.0%	15	12.1%
total	18	100.0%	124	100.0%

Bemerkung: 6 fehlende Werte, 5 davon bei Ersteintritten

Erwartungsgemäss haben fast alle Patienten Erfahrungen mit Vorbehandlungen wegen Drogenprobleme (Tabelle 3). Bei 78.1% sind Drogen (in der Regel dürfte das Heroin sein) die einzige Substanz wegen der es Vorbehandlungen gab. Das heisst aber, dass 21.9% multiple Substanzprobleme hatten, wegen der sie schon in Behandlung waren.

Tabelle 3: Behandlungserfahrung nach Substanzen (Mehrfachnennungen möglich), 2018.

Behandlung wegen	Wiedereintritte 2018		Ersteintritte 2018		Ersteintritte Vorjahr 2017 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Alkohol	1	5.3%	20	15.9%	14	17.5%
Drogen	19	100.0%	122	96.8%	71	88.8%
Medikamente	3	15.8%	12	9.5%	11	13.8%
Tabak	1	5.3%	3	2.4%	1	1.3%
Verhaltenssucht	0	0.0%	7	5.6%	6	7.5%

Bemerkung: 3 Fehlende Werte, alle Ersteintritte, ¹ vgl. Hildebrand et al. (2018)

Wie in den vorherigen Jahren werden Substitutionsbehandlungen am häufigsten genannt (Tabelle 4). Bei 29.3% wird nur ein Behandlungstyp angegeben. Mehr als zwei Drittel haben also schon verschiedene Behandlungsformen (erfolglos) durchgeführt. Dabei ist anzumerken, dass es sich bei den Entzügen um professionelle Entzugsbehandlungen handelt.

Verwunderlich ist, dass nicht bei allen Patienten mit Wiedereintritten die Heroinschreibung angegeben wird. Dies dürfte daran liegen, dass die Heroinschreibung wegen der Selbstverständlichkeit bei Wiedereintritten bei der Erhebung nicht mehr explizit genannt wird. Letztendlich handelt es sich dabei um 3 Patienten. Erstaunlich ist dagegen, dass es bei Ersteintritten 18 Patienten mit einer angegebenen vorherigen Heroinschreibung gibt. Leider gibt es in früheren Berichten keine Angaben dazu, so dass nicht festzustellen ist, ob es sich um einen Sonderfall der Daten 2018 handelt. Denkbar wäre, dass es sich hierbei um Wiedereintritte handelt, die aber seit 2013 nicht in Behandlung waren und so nicht in der Datenbank als Wiedereintritte identifiziert werden konnten.

Tabelle 4: Behandlungserfahrung bei Opiatbehandlungen der HeGeBe Eintritte (Mehrfachnennungen möglich), 2018

Opiatbehandlung	Wiedereintritte 2018		Ersteintritte 2018		Ersteintritte Vorjahr 2017 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Substitutionsbehandlung	15	93.8%	95	88.8%	68	85.0%
Heroinschreibung	13	81.3%	18	16.8%	k.A.	k.A.
Stationäre Therapie	8	50.0%	50	46.7%	44	55.0%
betreuter Entzug	9	56.3%	57	53.3%	42	52.5%
anderes	1	6.3%	7	6.5%	6	7.5%

Bemerkung: 25 fehlende Werte, davon 22 bei Ersteintritten; ¹ vgl. Hildebrand et al. (2018), k.A. keine Angaben

Wie in den Vorjahren läuft der Vermittlungsweg mehrheitlich über keine professionelle Instanz (Tabelle 5). Das heisst, der Eintritt geschieht auf Eigeninitiative oder auf Anraten der Familie, von Freunden und Bekannten.

Tabelle 5: Vermittlungswege in die HeGeBe, 2018

Vermittlungsweg	Wiedereintritte 2018		Ersteintritte 2018		Ersteintritte Vorjahr 2017 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Verurteilung/Massnahme/Justizbehörde/Polizei	0	0.0%	4	3.5%	0	0.0%
Arztpraxis	2	13.3%	11	9.6%	3	3.8%
Anderer auf Sucht spezialisierte Einrichtung	1	6.7%	27	23.5%	26	33.3%
Anderer Gesundheits-, medizinische oder soziale Dienste	1	6.7%	8	7.0%	6	7.7%
Keine professionelle Instanz oder Fachperson beteiligt	10	66.7%	61	53.0%	40	51.3%
andere	1	6.7%	4	3.5%	3	3.8%
Total	15	100%	115	100%	78	100.0%

Bemerkung: 18 fehlende Werte, davon 14 bei Ersteintritten; ¹ vgl. Hildebrand et al. (2018)

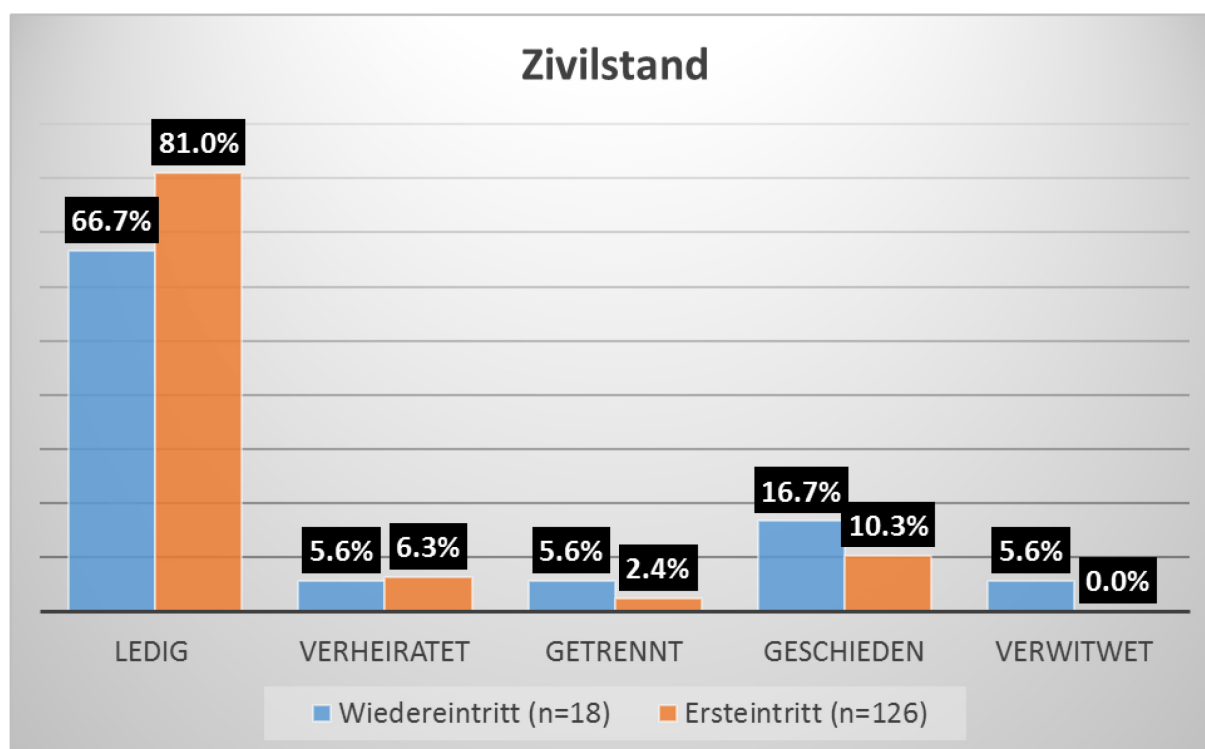
Das Wichtigste in Kürze: Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es kaum Veränderungen in den Patientenvorgeschichten. Der Grossteil der Klientel wurde bereits wegen des Drogengebrauchs behandelt, jedoch hatte mehr als ein Fünftel bereits zusätzlich Behandlungen wegen anderer Suchtverhaltensweisen. Unter den vorangegangenen Opioidbehandlungen waren zum überwiegenden Grossteil Substitutionsbehandlungen dabei. Allerdings hatten mehr als zwei Drittel mehrere Behandlungsformen wie stationäre Therapien oder Entzugsbehandlungen. Die Patienten begeben sich mehrheitlich auf Eigeninitiative oder auf Anraten von Familie, Freunden und Bekannten in Behandlung.

5 Soziodemographische Angaben

Von den im Jahr 2018 129 Ersteingetretenen besaßen 112 Personen (86.8%) die Schweizer Staatsangehörigkeit. Dieser Anteil ist ähnlich wie in den Vorjahren. Bei den Wiedereingetretenen sind es 78.9%. Unter den Eintritten besaßen 6 Personen eine doppelte Staatsangehörigkeit und 16 Personen, also 10.8%, besaßen nur eine andere Staatsangehörigkeit, unter anderem die deutsche (3 Personen), portugiesische (3) und italienische (5).

Es deutet sich an, dass bei den Ersteintritten noch ein höherer Prozentsatz ledig ist, wogegen Wiedereingetretene häufiger getrennt und geschieden sind (Abbildung 5). Ein Patient war bereits verwitwet. Dies Unterschiede sind mit Vorsicht zu geniessen, da die Angaben bei den Wiedereingetretenen auf nur 18 Fällen beruhen. Die Unterschiede wären aber erklärlich über das geringere Alter (vgl. Tabelle 1) und den vermutlich kürzeren Drogenkarrieren bei den Ersteingetretenen.

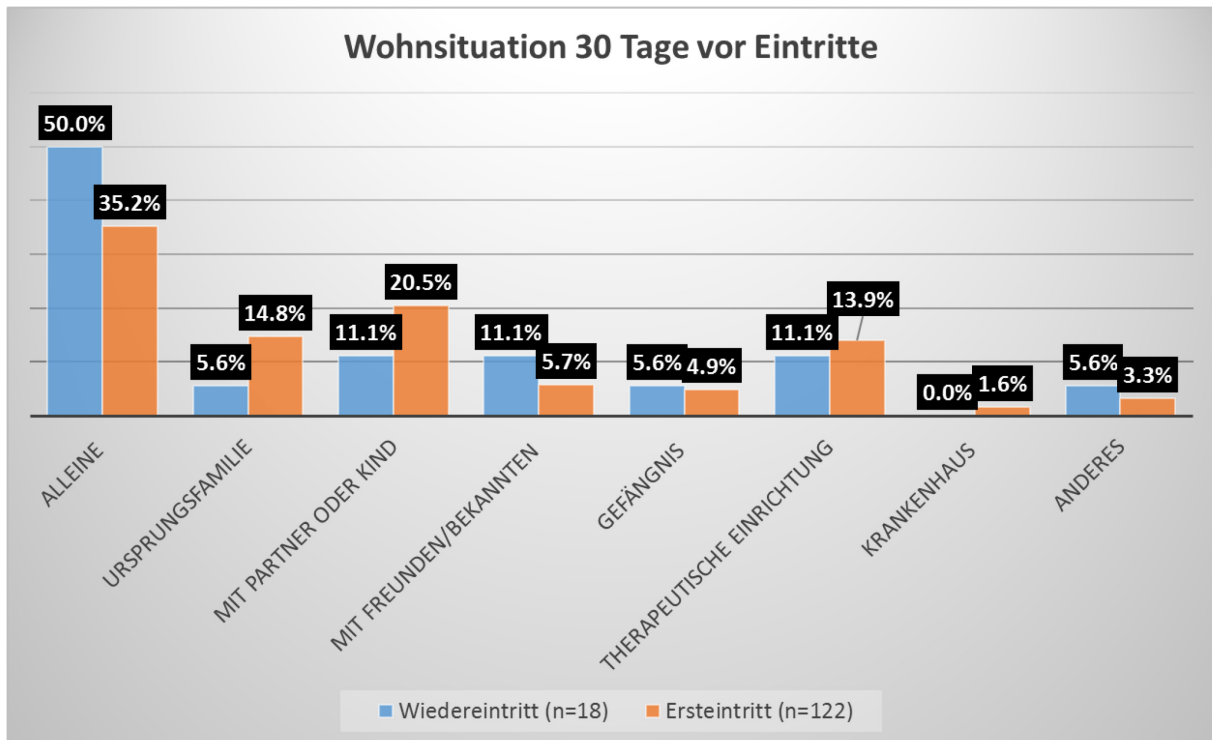
Abbildung 5: Zivilstand bei Eintritten im Jahr 2018



Bemerkung: 4 fehlende Werte 3 davon bei Ersteintritten

Mit demselben Vorbehalt wegen der geringen Fallzahlen bei den Wiedereintritten, jedoch mit ähnlicher Begründung des jüngeren Alters und der kürzeren Drogenkarriere bei den Ersteintritten, leben Ersteingetretene noch häufiger als Wiedereingetretene in der Herkunftsfamilie oder mit PartnerIn oder Kind(ern) (Abbildung 6). In der Tat haben Ersteingetretene mit 24.3% etwas seltener Kinder als Wiedereingetretene (27.7%), aber 5 (4.1%) leben noch mit dem (den) Kind(ern) zusammen (nicht tabelliert). Keiner der Wiedereingetretenen im Jahr 2018 lebt noch mit dem(den) eigenen Kind(ern) zusammen.

Abbildung 6: Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2018



Bemerkung: 8 fehlende Werte, davon 7 bei Ersteintritten

Wie Tabelle 6 belegt, leben 81.0% der Ersteingetretenen in einer relativ stabilen Wohnsituation (stabile Wohnsituation oder therapeutische Einrichtung). Im Vorjahr waren es 83.8%. Die Situation ist bei Patienten mit Wiedereintritten schlechter (64.7%), was wiederum auf längere Drogenkarrieren hinweist.

Tabelle 6: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2018

Wohnsituation	Wiedereintritte 2018		Ersteintritte 2018		Ersteintritte Vorjahr 2017 ¹	
	n	%	n	%	n	%
stabile Wohnsituation	9	52.9%	82	67.8%	57	71.3%
instabile Wohnsituation	5	29.4%	17	14.0%	11	13.6%
Gefängnis	1	5.9%	6	5.0%	2	2.5%
therapeutische Einrichtung	2	11.8%	16	13.2%	10	12.5%

Bemerkung: 10 fehlende Werte, davon 8 bei den Ersteintritten, ¹ vgl. Hiltbrand et al. (2018)

Das Wichtigste in Kürze: Es wird deutlich, wie wichtig es ist, bei den Eintritten nicht nur die Ersteintritte zu betrachten. Ersteingetretene kommen häufiger noch aus stabilen Verhältnissen. Sie leben häufiger noch als Wiedereingetretene in der Ursprungsfamilie oder mit PartnerIn und Kind(ern) zusammen und kommen aus stabileren Wohnsituationen.

Es ist unerlässlich, die act-*info* Datenbasis der HeGeBe auszubauen bzw. um Daten vor 2013 zu ergänzen, um mehr Wiedereintritte über Jahre hinweg mit grösseren Fallzahlen untersuchen zu können. Die Datenerhebung bei Wiedereintritten (auch Übergänge von anderen Institutionen) ist häufig die einzige Quelle, um die Entwicklung der Patienten hinsichtlich ihrer Lebensumstände beobachten zu können, da die Patienten bei Austritten oft nicht anwesend sind und somit die Austrittsdaten lückenhaft sind.

Erwartungsgemäss lebten drei Viertel der Ersteintritte von der Sozialhilfe (45.5%) oder der Rente (29.3%). Vom Erwerbseinkommen oder Ersparnissen lebten etwas mehr als 15% (Tabelle 7).

Tabelle 7: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vorwiegend Ihren Lebensunterhalt bestritten? 2018

Lebensunterhalt	Wiedereintritte 2018		Ersteintritte 2018		Ersteintritte Vorjahr 2017 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Erwerbseinkommen	2	11.8%	17	13.8%	11	13.8%
Ersparnisse	0	0.0%	2	1.6%	0	0.0%
Rente (AHV/IV)	3	17.6%	36	29.3%	19	23.8%
Sozialhilfe/Fürsorge	10	58.8%	56	45.5%	43	53.8%
Arbeitslosenversicherung	0	0.0%	2	1.6%	2	2.5%
Durch Partnerin/Partner	0	0.0%	3	2.4%	1	1.3%
Durch Eltern/ Familienmitglieder/ Freunde	0	0.0%	3	2.4%	1	1.3%
Dealen/mischeln	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Anderer illegale Einkünfte	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Prostitution	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%
Taggeldversicherung	0	0.0%	1	0.8%	1	1.3%
Anderes	2	11.8%	2	1.6%	2	2.5%
Total	17	100.0%	123	100.0%	80	100.0%

Bemerkung: 8 fehlende Werte, davon 6 bei den Ersteintritten, ¹ vgl. Hiltbrand et al. (2018)

Im Jahr 2018 waren 24.0% aller Ersteintritte erwerbstätig (Voll- oder Teilzeitarbeit bzw. Gelegenheitsjobs). Die Mehrheit war demgemäss entweder arbeitslos (mit bzw. ohne aktive Stellensuche; 48.8%) oder nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv (Rentnerin/Rentner, Arbeitsunfähigkeit, Hausfrau/-mann; 24.0%; vgl. Tabelle 8).

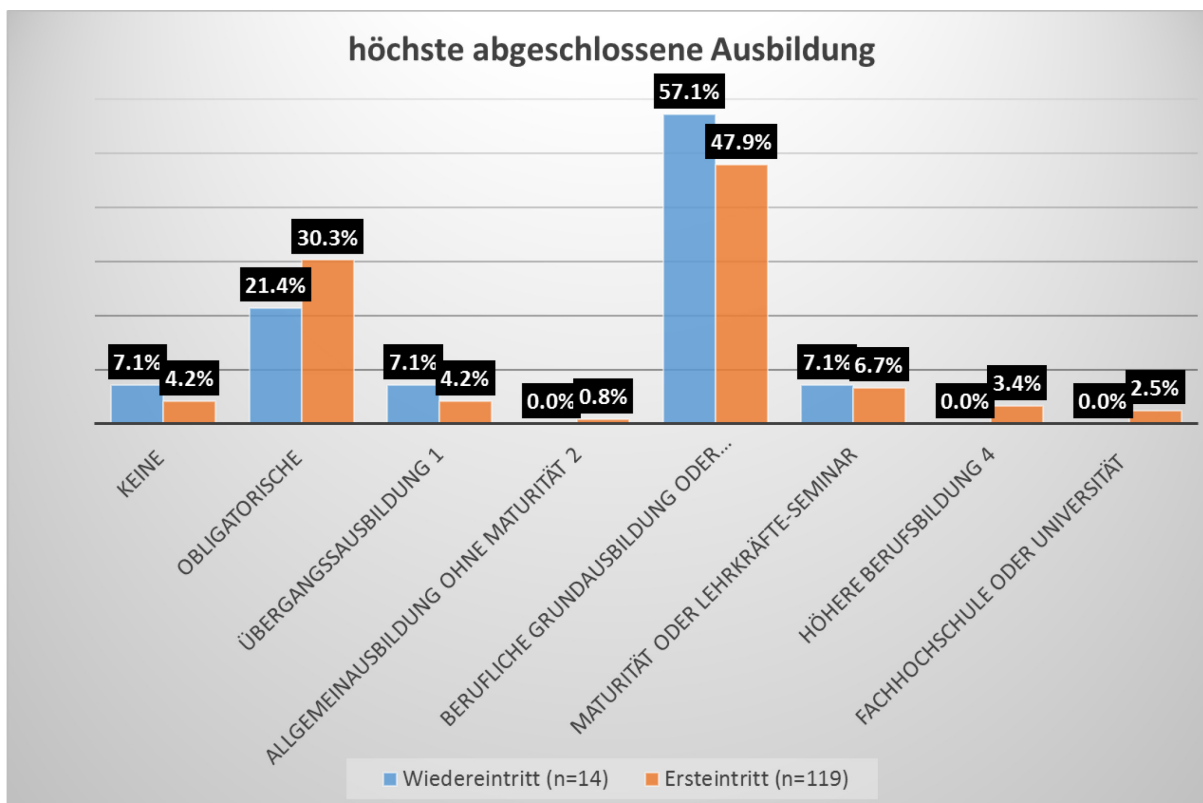
Tabelle 8: Welchen hauptsächlichsten Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen? 2018

Erwerbsstatus	Wiedereintritt 2018e		Ersteintritte 2018		Ersteintritte Vorjahr 2017 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Vollzeitarbeit (ab 70%)	3	17.6%	17	13.6%	7	8.8%
Teilzeitarbeit	1	5.9%	7	5.6%	1	1.3%
Gelegenheitsjobs	0	0.0%	6	4.8%	2	2.5%
In Ausbildung	0	0.0%	2	1.6%	0	0.0%
Arbeitslos und aktive Stellensuche	0	0.0%	16	12.8%	12	15.0%
Arbeitslos und keine aktive Stellensuche	6	35.3%	45	36.0%	32	40.0%
Rentner/Rentnerin (Pension, AHV, Rücklagen)	0	0.0%	8	6.4%	2	2.5%
Arbeitsunfähigkeit (IV/Taggeld)	4	23.5%	21	16.8%	19	23.8%
Hausfrau/-mann	0	0.0%	1	0.8%	1	1.3%
Anderes	3	17.6%	2	1.6%	4	5.0%
Total	17	100%	125	100%	80	100.0%

Bemerkung: 6 fehlende Werte, 4 davon bei Ersteintritten, ¹ vgl. Hiltbrand et al. (2018)

Interessant ist, dass 60.5% der ersteingetretenen Patienten eine berufliche Grundausbildung oder höhere Ausbildung abgeschlossen haben (Abbildung 7). Es deutet sich an (nicht abgebildet), dass Frauen insbesondere in den hohen Ausbildungsstufen (Maturität oder Lehrerseminar, höhere Berufsausbildung, Fachhochschule oder Universität) mit 16.1% stärker vertreten sind als Männer (10.7%). Dies wurde in früheren Berichten noch nicht betrachtet, sodass wir keine Vergleichsgrundlage haben, ob es sich um Zufallsschwankungen handelt, was angesichts der geringen Fallzahlen von Frauen möglich ist. Allerdings hat auch über ein Drittel der Ersteingetretenen keine oder nur eine obligatorische Ausbildung (34.5%).

Abbildung 7: Höchste abgeschlossene Ausbildung, 2018



Bemerkung: 15 fehlende Werte, davon 10 bei Ersteintritten

1 : 1-jährige Ausbildung: Vorlehre, 10. Schuljahr, 1-jährige Berufswahlschule, Haushaltslehrejahr, Sprachschule mit Zertifikat, Sozialjahr, Brückenangebote o.ä.

2 : 2- bis 3-jährige Ausbildung: Diplommittelschule DMS, Fachmittelschule FMS, Verkehrsschule o.ä.

3 : 2- bis 4-jährige Ausbildung: Berufslehre, berufliche Grundausbildung mit eidg. Fähigkeitszeugnis oder Berufsattest, Anlehre, Vollzeitberufsschule, Handelsmittelschule, Lehrwerkstätte o.ä.

4 : eidg. Fachausweis, höhere Fachprüfung mit eidg. Diplom oder Meisterdiplom, höhere Fachschule (HF) für Technik, HF für Wirtschaft, Ingenieurschule HTL, höhere Fachschule HWV, HFG, HFS o.ä.

Das Wichtigste in Kürze: Die Mehrheit der Patienten hat zumindest eine 2- bis 4-jährige Ausbildung abgeschlossen, und knapp ein Viertel (Vollzeitarbeit, Teilzeitarbeit und Gelegenheitsjobs) hat auch noch ein (ungeregeltes) Erwerbseinkommen. In der Mehrheit leben die Patienten jedoch von der Rente oder Sozialhilfe.

6 Substanzkonsum

Box 2. Datenunsicherheit beim Substanzkonsum:

Die Angaben zum Substanzkonsum sind sehr stark durch fehlende Werte beeinflusst. Dabei gibt es zwei Arten fehlender Werte: a) Es wird explizit angegeben, dass die Information nicht vorliegt (unbekannt), dabei liegt eine bewusste Angabe vor, und b) keine Antwort, also fehlende Werte. Die Abfragemaske zum Substanzkonsum ist sehr komplex. Man muss zunächst ankreuzen, ob die Substanz im Leben genommen worden ist oder nicht. Nur bei der Antwort «ja» öffnet sich für die jeweilige Substanz eine weitere Eingabemaske zum Konsum in den letzten 30 Tagen, zum Einstiegsalter, zu Konsumformen etc. Die Maske öffnet sich nicht, wenn «nein» angekreuzt worden ist oder wenn weder «ja» noch «nein» (also keine Antwort) angekreuzt worden ist. Dies führt zu der Problematik, dass bei Nichtkonsum der jeweiligen Substanz einige Verantwortliche für die Dateneingabe ggf. diese Substanz überspringen und dabei nicht explizit «nein» angeben. Es gibt jetzt bei der Berechnung zwei Szenarien:

- a) Szenarium 1: Es werden nur valide Werte mit vorliegender ja/nein Ankreuzung herangezogen.
- b) Szenarium 2: Keine Antwort (nicht aber explizit «unbekannt») wird als Nichtkonsum gewertet.

Aufgrund der vielen fehlenden Werte wurden alle Eintritte einschliesslich Wiedereintritte verwendet, um die Fallzahlen zu erhöhen. Tabelle 9 und 10 zeigen die Ergebnisse zum Substanzkonsum im Leben, zum Einstiegsalter und zu den Konsumtagen in den letzten 30 Tagen. Dabei werden beim Lebenszeitkonsum zwei Szenarien (vgl. Box 2) berücksichtigt. Je nachdem welches Szenarium man annimmt, ergeben sich andere Schlüsse. Wurde beispielsweise LSD von 85% im Leben konsumiert oder nur von gut einem Drittel (35.4%)? Rauchen fast alle (99.0%) und trinken fast alle Alkohol (87.5%) oder sind es «nur» etwa zwei Drittel (67.1% bzw. 63.2%)?

Glücklicherweise sind die Rangreihen zu den Konsumprävalenzen der Substanzen in beiden Szenarien ziemlich ähnlich. Abbildung 8 zeigt die Lebenszeitprävalenz gemäss Szenarium 2. Dies ist das Szenarium, welches in früheren Berichten angenommen worden ist (Abbildung 9). Klar ist unabhängig vom Szenarium, dass die Patienten häufig neben dem Heroin auch Kokain, Tabak, Alkohol, Cannabis und Benzodiazepine gebraucht haben.

Bei jenen, welche die jeweilige Substanz in den 30 Tagen vor dem Eintritt konsumiert haben, sind die Konsumtage in diesem Zeitraum insbesondere für illegales Heroin und Methadon, andere Opiode und Cannabis (Tabelle 10) hoch (15 Tage oder mehr, nur bei mehr als 10 Konsumierenden berücksichtigt).

Abbildung 8: Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen, alle Eintritte (inklusive Wiedereintritte) 2018, Szenarium 2 (keine Antwort wurde als kein Konsum gewertet)

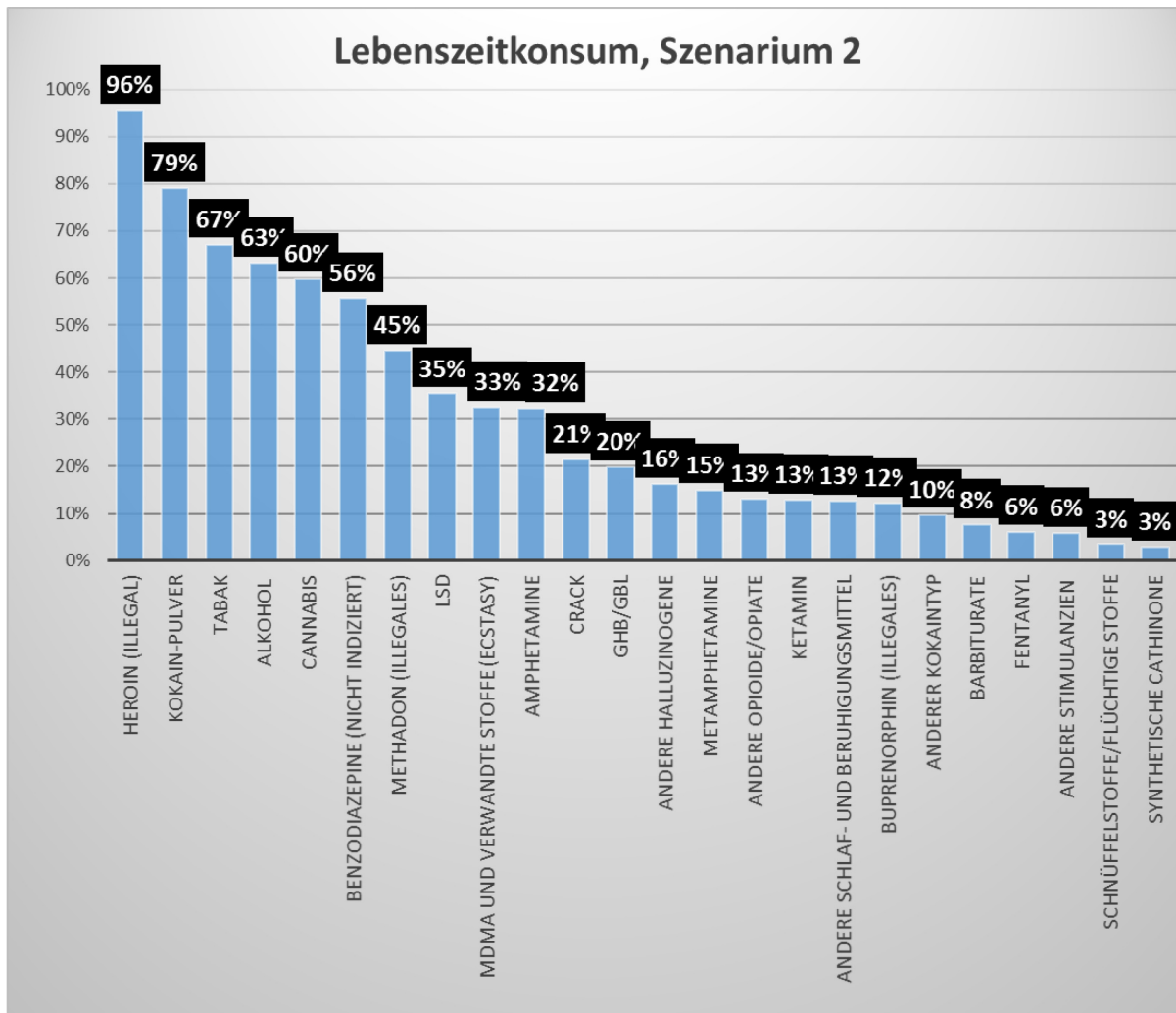


Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter in den 30 Tagen vor Eintritt, 2018

Substanz	Lebenszeitkonsum					Einstiegsalter			
	fehlende Werte	davon « nicht beantwortet »	valide Werte	Ja, Lebenszeitkonsum, Szenario 1	Ja, Lebenszeitkonsum, Szenario 2	valide Werte (von ja)	min	max	Durchschnittsalter beim Einstieg
Alkohol	52	37	96	87.5%	63.2%	64 (84)	10	30	14.5
Heroin (illegal)	18	5	130	99.2%	95.6%	105 (129)	10	48	19.7
Methadon (illegales)	46	28	102	56.9%	44.6%	39 (58)	14	48	24.1
Buprenorphin (illegales)	68	51	80	20.0%	12.2%	12(16)	20	44	30.4
Fentanyl	73	55	75	10.7%	6.2%	5(8)	20	41	29.2
andere Opioide/Opiate	75	56	73	23.3%	13.2%	7(17)	12	46	25.0
Kokain-Pulver	39	29	109	100.0%	79.0%	82(109)	11	36	19.5
Crack	76	54	72	37.5%	21.4%	18(27)	15	36	23.2
Anderer Kokaintyp	92	67	56	21.4%	9.8%	8(12)	13	26	18.9
Amphetamine	90	84	58	79.3%	32.4%	32(46)	13	47	19.1
Metamphetamine	105	97	43	48.8%	15.0%	17(21)	13	35	20.8
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	90	83	58	79.3%	32.6%	37(46)	13	38	19.3
Synthetische Cathinone	114	106	34	11.8%	2.9%	4(4)	18	30	22.0
Anderer Stimulanzien (z.B. nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	114	105	34	23.5%	5.8%	5(8)	18	49	30.2
Barbiturate	102	87	46	21.7%	7.5%	8 (10)	14	33	21.9
Benzodiazepine (nicht indiziert)	67	59	81	96.3%	55.7%	48(78)	15	46	23.7
GHB/GBL	92	80	56	48.2%	19.9%	19(27)	15	45	22.2
Anderer Schlaf- und Beruhigungsmittel	102	89	46	37.0%	12.6%	9(17)	13	39	25.3
LSD	88	84	60	85.0%	35.4%	38(51)	11	35	18.2
Ketamin	105	98	43	41.9%	12.8%	13(18)	15	33	21.1
andere Halluzinogene	107	101	41	56.1%	16.2%	15(23)	12	33	19.7

Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter in den 30 Tagen vor Eintritt, 2018, Fortsetzung

Substanz	Lebenszeitkonsum					Einstiegsalter			
	fehlende Werte	davon « nicht beantwortet »	valide Werte	Ja, Lebenszeitkonsum, Szenario 1	Ja, Lebenszeitkonsum, Szenario 2	valide Werte (von ja)	min	max	Durchschnittsalter beim Einstieg
Schnüffelstoffe/ flüchtige Stoffe	106	103	42	11.9%	3.4%	4(5)	14	30	
Cannabis	57	56	91	96.7%	59.9%	69(88)	9	30	15.2
Tabak	49	47	99	99.0%	67.1%	74(98)	7	46	14.9

Bemerkung: Szenarium 1: nur vorhandene ja und nein Angaben wurden herangezogen

Szenarium 2: keine Antwort (jedoch nicht «unbekannt» als Antwort) wurden als kein Konsum gewertet.

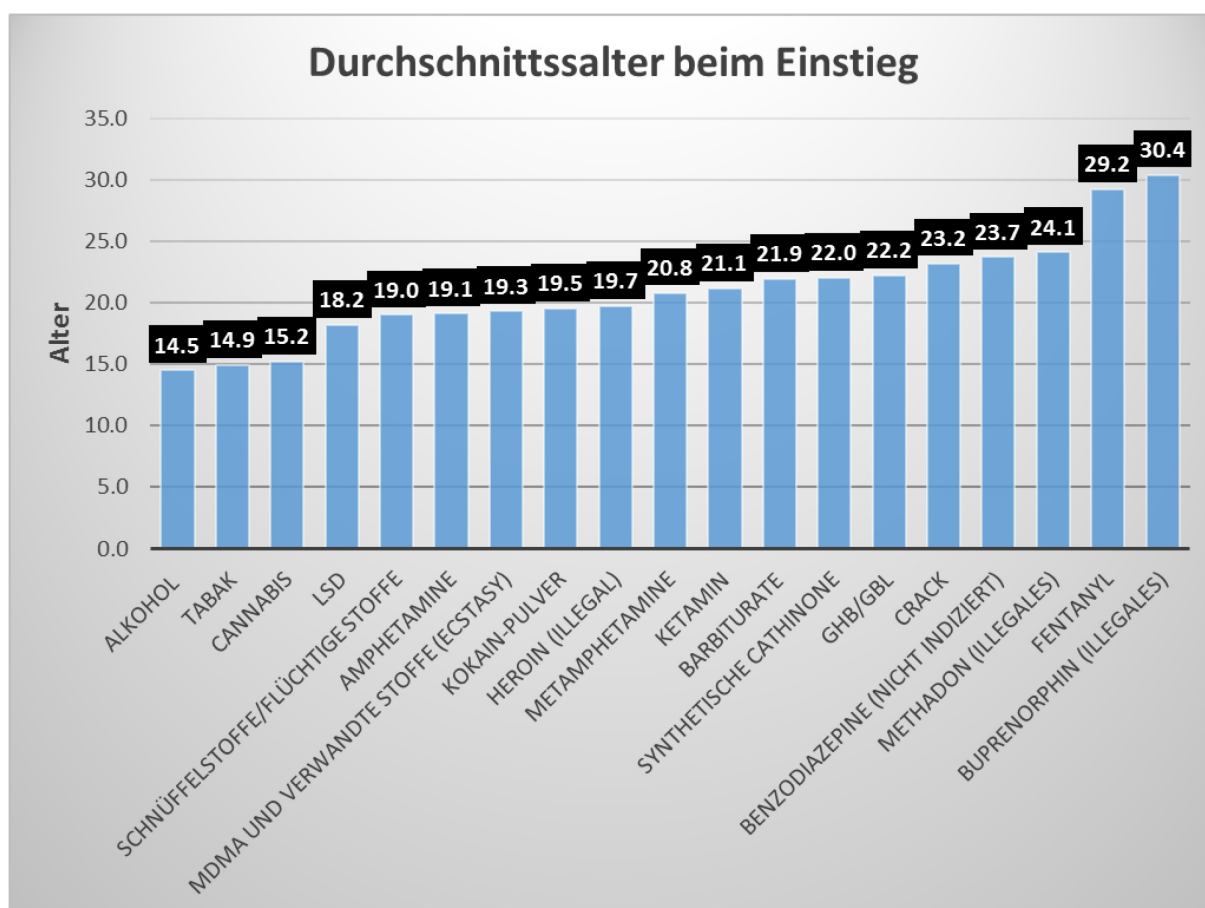
Tabelle 10: Drogengenkonsum in den 30 Tagen vor Eintritt, 2018

	Konsum letzte 30 Tage							
	valide Werte	kein Konsum	1-9 Tage	10-19 Tage	20-30 Tage	Durchschnitt	n mit Konsum 30 Tage	Durchschnitt bei Konsumierenden
Alkohol	57	31.6%	24.6%	7.0%	36.8%	12.7	39	18.5
Heroin (illegal)	97	16.5%	16.5%	9.3%	57.7%	18.8	81	22.5
Methadon (illegales)	29	62.1%	10.3%	0.0%	27.6%	8.6	11	22.7
Buprenorphin (illegales)	9	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0
Fentanyl	3	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	6.7	1	20
andere Opioide/Opiate	7	28.6%	14.3%	0.0%	57.1%	17.3	5	24.2
Kokain-Pulver	77	35.1%	35.1%	15.6%	14.3%	7.8	50	12
Crack	12	33.3%	33.3%	16.7%	16.7%	8.7	8	13
Anderer Kokaintyp	5	80.0%	0.0%	0.0%	20.0%	6.0	1	30
Amphetamine	25	88.0%	4.0%	0.0%	8.0%	2.5	3	20.7
Metamphetamin	11	81.8%	18.2%	0.0%	0.0%	0.3	2	1.5
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	29	89.7%	10.3%	0.0%	0.0%	0.3	3	3.33
Synthetische Cathinone	2	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0
Andere Stimulanzien (z.B. nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	6	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0
Barbiturate	6	80.0%	0.0%	0.0%	20.0%	5.0	1	30
Benzodiazepine (nicht indiziert)	48	35.4%	25.0%	6.3%	33.3%	11.7	31	18.1
GHB/GBL	14	78.6%	7.1%	0.0%	14.3%	4.4	3	20.3
Andere Schlaf- und Beruhigungsmittel	9	33.3%	22.2%	22.2%	22.2%	10.9	6	16.3
LSD	30	96.7%	0.0%	3.3%	0.0%	0.5	1	15
Ketamin	10	90.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.1	1	1
andere Halluzinogene	13	92.3%	0.0%	0.0%	7.7%	2.3	1	30
Schnüffelstoffe/Flüchtige Stoffe	4	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	3.0	1	12
Cannabis	60	50.0%	16.7%	6.7%	26.7%	8.7	30	17.5
Tabak	65	6.2%	7.7%	0.0%	86.2%	15.9	61	14.9

Abbildung 9 zeigt das Durchschnittsalter beim Einstieg in den Konsum verschiedener Substanzen. Es ist wichtig zu betonen, dass dies nur für Lebenszeitkonsumierende der jeweiligen Substanz berechnet worden ist. Nicht alle HeGeBe Patienten konsumieren alle diese Substanzen (vgl. Abbildung 8). Die Werte stellen Durchschnittswerte bei den Konsumierenden dar. Die Spannweite des Einstiegsalters kann Tabelle 9 entnommen werden.

Es zeigen sich die klassischen Einstiegsverläufe. Etwa im Alter von 14-15 Jahren wird mit den legalen Substanzen Alkohol und Tabak begonnen sowie mit Cannabis. Dann ab etwa 18-19 Jahren kommen die «weichen» Drogen bzw. leicht erhältlichen Substanzen wie LSD, Schnüffelstoffe, Amphetamine und Ecstasy hinzu. Relativ im gleichen Alter wird mit Kokain und Heroin begonnen. Andere Substanzen dürften dann häufig eine Folge der Drogenabhängigkeit darstellen wie Barbiturate, Crack, Benzodiazepine und Methadon. Sehr viel später im Alter um die 30 Jahre kommen dann Fentanyl und Buprenorphin hinzu, vermutlich auch weil diese Substanzen noch nicht so lange auf dem Markt sind.

Abbildung 9: *Einstiegsalter in den Konsum verschiedener Substanzen, Eintritte 2018*



Bemerkung: andere Kokaintypen ausser Crack und Pulver, sowie andere Stimulantien, andere Schlaf- und Beruhigungsmittel, andere Stimulanzien, andere Halluzinogene wurden in der Abbildung nicht berücksichtigt. Sie finden sich in Tabelle 9.

Das Wichtigste in Kürze: Nicht unerwartet dürfte sein, dass HeGeBe Patienten häufig Polysubstanz-Konsumierende sind. Neben Heroin und den legalen Substanzen Alkohol und Tabak spielen dabei insbesondere Kokain, Cannabis und Benzodiazepine eine Rolle. In den 30 Tagen vor Eintritt werden neben Heroin häufig Methadon, andere Opiode und Cannabis konsumiert. Die prototypische Konsumkarriere beginnt mit den legalen Substanzen Alkohol und Tabak sowie Cannabis. Sie entwickelt sich über die sog. «weichen Drogen» zum Kokain- und Heroinkonsum.

7 Hepatitis und HIV

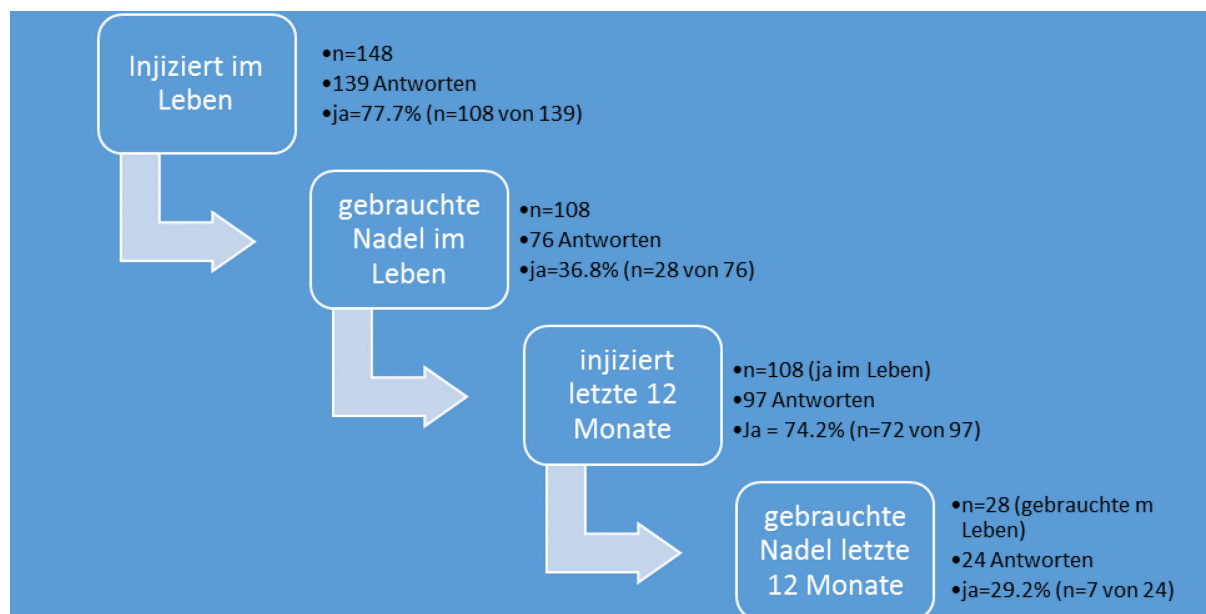
Bei der Auswertung der Hepatitis- und HIV-Daten wurden jeweils alle Fälle berücksichtigt, bei denen entweder Testresultate oder Angaben zum Impfstatus vorhanden waren. So sind auch Personen aufgeführt, die nie auf Hepatitis A oder B getestet wurden. Mit den uns zur Verfügung stehenden Hepatitis-B Testresultaten lässt sich eine akute nicht von einer chronischen Erkrankung unterscheiden.

7.1 Injektionsverhalten

Neben ungeschützten Sexualkontakten ist die Verwendung verunreinigter Spritzen ein Hauptgrund für Hepatitis und HIV, der insbesondere bei Patienten in der HeGeBe eine Rolle spielt. Wir beziehen uns im Folgenden auf alle Eintritte einschliesslich der Wiedereintritte.

Interessant ist, dass nach eigenen Angaben, 22.3% der HeGeBe Patienten nie im Leben injiziert haben (vgl. Abbildung 10). Das erklärt auch den hohen Anteil an oralen Behandlungen (vgl. Tabelle 2). In den letzten 12 Monaten vor dem Eintritt waren es über 40% der Patienten ohne Injektion (74.2% von 77.7% = 57.7% mit Injektionen). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass teilweise zwar fehlende Werte vorliegen, diese aber verhältnismässig gering sind.

Abbildung 10: Drogengebrauch durch Injektion



Knapp ein Drittel (36.8% von 77.7%=28.6%) hat im Leben schon mal potentiell verunreinigte Spritzen gebraucht und knapp 10% (29.2% von 28.6%=8.3%) in den letzten 12 Monaten vor Behandlungseintritt.

Das Wichtigste in Kürze: Der Drogengebrauch ohne Injektion ist keine Seltenheit bei dieser in der Regel schwerstabhängigen Klientel. Knapp ein Drittel hat im Verlaufe des Lebens gebrauchtes Spritzenmaterial verwendet und knapp 10% in den 12 Monaten vor dem Eintritt und war somit sehr vulnerabel für Hepatitis und HIV.

7.2 Hepatitis A

Bei Hepatitis A gibt es nur zwei Krankheitsbilder, entweder man ist akut positiv oder negativ. Es gibt eine empfohlene Impfung, aber auch nach überstandener Krankheit ist man lebenslang immun. Nach jahrelangem Rückgang sind 2017 die Hepatitis A Fälle in der Schweiz im Vergleich zum Vorjahr um das 2.5-fache auf 110 Fälle gestiegen (BAG-Bulletin 23 vom 4. Juni 2018).

Bei den 148 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) ist bei 52 Personen sowohl unbekannt, ob sie geimpft worden sind, als auch, ob sie einen Test gemacht haben. Das sind 35.1%.

Bei weiteren 16 Personen ist zwar die Frage nach der Impfung beantwortet worden, aber unbekannt, ob sie einen Test durchgeführt haben. Drei Personen hatten eine vollständige Impfung und 2 Personen bekamen keine Impfung, da sie positiv waren. Diese 5 Personen werden der Gruppe «immun» zugeschrieben. Insgesamt gaben 37 Personen (inklusive jener mit Test) an, vollständig geimpft worden zu sein. Das entspricht bei 148 Personen 25%. Indes ist bei 77 Personen (52.0%) der Impfstatus nicht bekannt. Nur 4 Personen gaben an, noch nie einen Test gemacht zu haben, eine Person verweigerte die Antwort. 75 Personen gaben an, einen Test gemacht zu haben, und bei 71 liegt ein Ergebnis vor. Zuzüglich der 5 Personen, die aus der Impfungsfrage dazugezählt werden können, liegt für 76 Personen ein Test-Ergebnis vor und für 72 Personen ist der Hepatitis A Status unbekannt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Hepatitis A Status bei 148 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) im Jahr 2018

Status	n (=148)	% bei allen	% bei vorliegendem Ergebnis
unbekannt	72	48.6%	
negativ, also empfänglich	34	23.0%	44.7%
immun (Impfung, überstandener Infektion oder nach überstehen der akuten Infektion)	42	28.4%	55.3%

Diese Ergebnisse entsprechen in etwa jenen der Vorjahre.

Das Wichtigste in Kürze: Die Kenntnis über den Hepatitis A Status ist für diese vulnerable Population einfach zu gering. Dies betrifft sowohl den Impfstatus als auch den Status von Hepatitis A Tests. Knapp die Hälfte der Patienten könnte empfänglich sein und benötigt somit ausreichend Information und Prävention.

7.3 Hepatitis B

In der Schweiz sind etwa 44'000 mit einer chronischen Hepatitis B infiziert (BAG, Droginfo, 2019). Bei etwa 5-10% der im Erwachsenenalter Infizierten entwickelt sich eine chronische Hepatitis B. Die Prävalenz und Inzidenz der Hepatitis B hat weltweit stark abgenommen. In der Schweiz erkranken jährlich etwa 40 Personen neu an einer akuten Hepatitis B, wobei Männer mit einem Anteil von rund 75% weit- aus häufiger betroffen sind. Die Mehrheit der Infektionen (etwa 55%) tritt in der Altersgruppe der 35- bis 60-Jährigen auf (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-b.html>).

Um halbwegs aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, wurden bei Hepatitis B alle Eintritte im Jahr 2018 untersucht, also einschliesslich Wiedereintritte. Drei Marker sind von besonderer Bedeutung. **Anti-HBs** sind Antikörper, die gegen das Membranprotein auf der Zelloberfläche des Hepatitis-B-Virus gerichtet sind. Nach Verschwinden des **HBs-Antigens (HBsAg)** zeigt Anti-HBs eine erfolgte Immunisierung an, entweder nach vollständiger Abheilung oder nach Impfung. Das HBsAg zeigt also an ob eine akute oder chronische Infektion vorliegt. **HBc-Antikörper (Anti-HBc)** zeigen an, ob der Patient

Kontakt mit dem Virus hatte. Sie sind positiv, wenn der Patient akut oder chronisch erkrankt ist oder die Erkrankung ausgeheilt ist (vgl. Tabelle 12).

Um unterscheiden zu können, ob jemand durch Impfung immun ist oder die Krankheit ausgeheilt ist, muss man wissen, ob geimpft worden ist oder Anti-HBc vorliegen.

Impfungen liefern nur dann Schutzwirkung, wenn der Geimpfte in den Wochen nach der letzten Dosis eine sicher nachweisbare Menge an Anti-HBs gebildet hat. Die Nachkontrolle wird jedoch häufig vernachlässigt.

Tabelle 12: Interpretation von Hepatitis B Markern

Anti-HBc	HBsAg	Anti-HBs	Status
positiv	positiv		aktuell infiziert
positiv		positiv	ausgeheilte Infektion
positiv	negativ	negativ	ausgeheilt, kein Immunschutz
	negativ	positiv	geimpft oder ausgeheilt, keine vorliegende Infektion
negativ		positiv	geimpft, nie Kontakt mit Virus

Bei 58.8% (n=87) der Eintritte wird angegeben, dass schon mal ein Hepatitis B Test gemacht worden ist. Bei 38.5% liegt keine Information vor (nicht bekannt oder fehlende Werte). Nur 3 Personen gaben explizit an, nie einen Test gemacht zu haben. Bei 33 Personen wurde der Test beim Eintritt vorgenommen, das entspricht 22.2% aller Eintritte. Bei weiteren 40 Personen (27.0%) wurde angegeben, der Test sei früher gemacht worden.

Um eine einigermaßen gesicherte Diagnose stellen zu können, braucht man zumindest zwei Marker, eigentlich alle drei. Wie Tabelle 13 zeigt, liegen aber von den 148 Eintritten nur bei etwa 20.2% (n=30) die Marker komplett vor.

Tabelle 13: Hepatitis B Test bei 148 im Jahr 2018 Eingetretenen (einschliesslich Wiedereintritte)

Marker	positiv	negativ	% aller Eintritte (n=148)
Anti-HBc	12	42	36.5%
HBsAg	2	41	29.1%
Anti-HBs	30	19	33.1%
komplette Testergebnisse			20.3%
keine Testergebnisse			58.8%

Bei den Testergebnissen wurde zusätzlich versucht mit einzubeziehen, ob Patienten bereits geimpft worden sind, um so für Fälle, bei denen zumindest unvollständige Marker vorlagen, eine etwas gesichertere Aussage treffen zu können. Bei 48.0% liegen keine Angaben vor (n=71). Für 44 Personen wird eine vollständige Impfung angegeben, das entspricht bei 77 Personen mit Angaben 57.1%. Acht Personen gaben eine unvollständige Impfung an. Bei 9 Personen wurde kein Test gemacht, weil bereits ein positiver Nachweis von HBc-Antikörpern (mit oder ohne HBs Antikörper) vorlag. Vier Personen verweigerten den Test, bei 2 Patienten soll er nachgeholt werden (ist beschlossen) und 10 Personen gaben andere Gründe für die Nichtimpfung an. Tabelle 14 gibt den geschätzten (best guess) Hepatitis B Status bei 78 (von 148) Eintritten an.

Tabelle 14.: Vermutlicher Hepatitis B Status von 78 Eintritten.

	Patienten	%	Bemerkung
empfindlich	26	33%	nur bei 13 liegt klare Diagnostik vor
Immun durch Impfung	20	26%	
Immun (durchgemachte Krankheit)	9	12%	
Kontakt mit Virus (unbekannter Status)	4	5%	vermutlich 1 aktuelle Infektion
vermutlich ausgeheilt, kein oder unklarer Immunschutz	3	4%	
keinerlei Marker liegen vor, aber vollständige Impfung	16	21%	
total	78	100%	

Das Wichtigste in Kürze: Die Datenlage zu Hepatitis B ist aufgrund häufig fehlender Diagnostik unzureichend. Es ist zukünftig zu klären, warum so selten Tests durchgeführt werden. Doch selbst bei der dünnen Datenlage scheint relativ klar zu sein, dass nur wenige Patienten akut oder chronisch infiziert sind. Indes, etwa ein Drittel könnte noch für eine Infektion empfänglich sein.

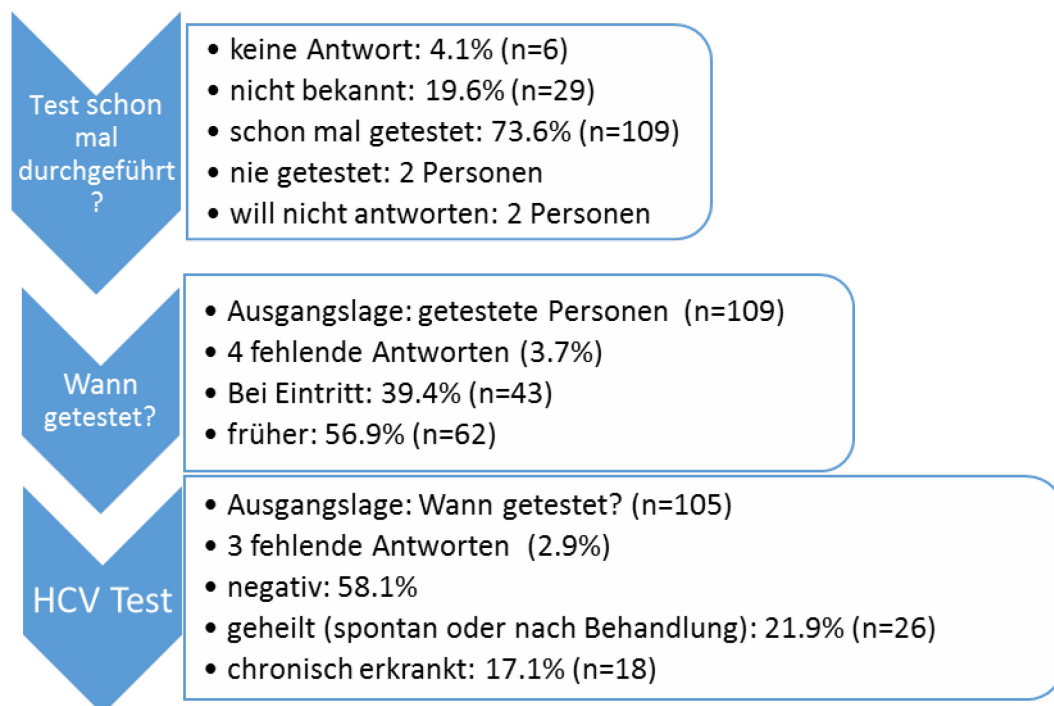
7.4 Hepatitis C

In der Schweiz sind ca. 0.5% der Bevölkerung mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert. Etwa 40'000 sind chronisch infiziert (BAG, droginform, 2018). Die Zahl der Meldungen von Menschen mit akuter Hepatitis C ist hierzulande seit 2006 stabil; gemeldet werden etwa 50 neue Fälle pro Jahr. Der Männeranteil liegt konstant hoch und beträgt ca. 70%. Junge Erwachsene in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen sind stark betroffen (etwa 60 bis 65 % der Fälle). Eine Mehrheit der neu diagnostizierten Infektionen ist auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen.

Jedes Jahr werden ca. 500 Personen mit einer HCV-Infektion diagnostiziert, die Drogen intravenös konsumieren. Schätzungsweise sind 7700 und 15'400 Drogenkonsumierende mit HCV infiziert (BAG, Droginform, 2019). Man schätzt den Anteil an HCV-Infizierten in stationären Suchtbehandlungen bzw. in niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen auf je ca. 30 Prozent. Bei Patientinnen und Patienten, die neu in eine heroingestützte Behandlung (HeGeBe) eintreten, wird der Anteil auf 60 Prozent geschätzt (BAG, Droginform, 2019).

Für die Analyse der Hepatitis C wurden alle Eintritte 2018, also auch Wiedereintritte herangezogen (Abbildung 11), da jährliche Untersuchungen empfohlen sind, denn auch bei Heilung besteht keine Immunität und Wiederansteckungen sind möglich. Es gibt keine Hepatitis C Impfung.

Abbildung 11: Durchführung von Hepatitis C Tests bei allen Eintritten (einschliesslich Wiedereintritten) im Jahr 2018



Insgesamt ist festzuhalten, dass von 148 Eintritten im Jahr 2018 bei 46 letztendlich nicht bekannt ist, welchen Hepatitis C Status sie haben, das entspricht 31.1%. Ein Grund dafür ist, dass von 23.7% (vgl. Abbildung 11) nicht bekannt ist, ob sie getestet worden sind oder nicht. Dies bestätigt teilweise die Schätzungen, die von etwa ein Viertel bis zur Hälfte ungetesteter Patienten in opioid-gestützter Behandlung ausgehen (BAG, Drogeninfo, 2019). Bei Personen mit Angaben, sagen nur 2 explizit, sie seien noch nicht getestet worden. Von 73.6% ist zumindest bekannt, dass sie mal getestet worden sind, auch wenn das Testergebnis teilweise nicht bekannt ist. Von diesen Getesteten wurden knapp 40% beim Eintritt getestet, 56.9% früher (vgl. Abbildung 11), wobei bei etwa einem Drittel der Test länger als ein Jahr zurückliegt. Erfreulicherweise sind 58.1% von jenen, die angaben, wann sie getestet worden sind, negativ. Bezogen auf Patienten mit bekanntem Teststatus sind 59.8% negativ. 21.9% sind zum Zeitpunkt des Testes geheilt und 17.1% chronisch erkrankt. Bezogen auf nur Personen mit vorliegendem Teststatus wären es 17.6%.

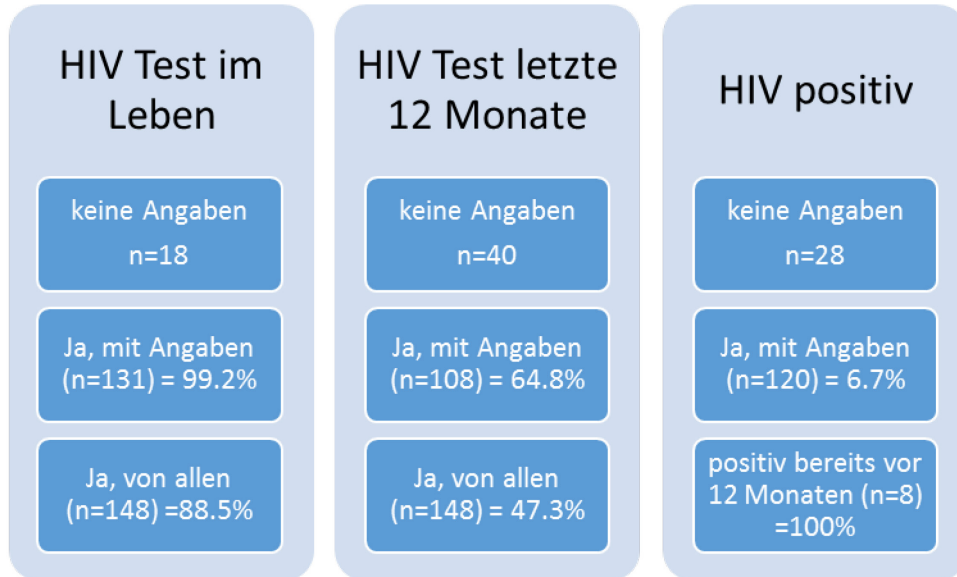
Seit Jahren geht der Prozentsatz chronisch Erkrankter in der HeGeBe zurück. Gemäss Hildebrand et al. (2018) waren es im Zeitraum 2001 – 2004 noch 72.7%, im Zeitraum im Zeitraum 2013-2016 noch 37.1%, 2017 noch 33.3%. Im Jahr 2018 liegt die Prävalenz chronisch Erkrankter bei unter 18%. Allerdings ist zu sagen, dass die Statistik bei Hildebrand et al. (2018) sich nur auf gültige Fälle bezieht. Die betrafen 2001-2004 nur 6.1% aller Ersteintritte, 2013-2016 waren es 51.4%, 2017 60.0% und jetzt im Jahr 2018 gibt es fast 70% gültiger Fälle. Es könnte also sein, dass Testergebnisse in früheren Jahren nur bei starkem Verdacht einer Infektion durchgeführt worden sind, was einen Teil des scheinbaren starken Rückganges chronisch Erkrankter erklären mag. Es zeigt aber auch, dass heutzutage häufiger getestet wird und die Massnahmen zur Erhöhung der HCV-Testung gefruchtet haben und präventiv wirken dürften.

Das Wichtigste in Kürze: Die Datenlage zu Hepatitis C in der HeGeBe hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dennoch liegt bei über 30% der im Jahr 2018 Eintretenden kein Status vor. Das sind allerdings deutlich weniger als in den Vorjahren. Bei Personen mit Testresultaten ist die Mehrheit negativ und die Prävalenz chronisch Erkrankter hat stark abgenommen und liegt jetzt bei unter 18%.

7.5 HIV

88.5% (n=131 von 148) gaben an, in ihrem Leben bereits einen HIV-Test gemacht zu haben. Nur eine Person sagte, sie hätte noch keinen HIV-Test durchgeführt. Mit anderen Worten haben fast 100% derjenigen mit Angaben bereits einen HIV-Test gemacht (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Durchgeführte HIV Tests und HIV Status, Eintritte 2018



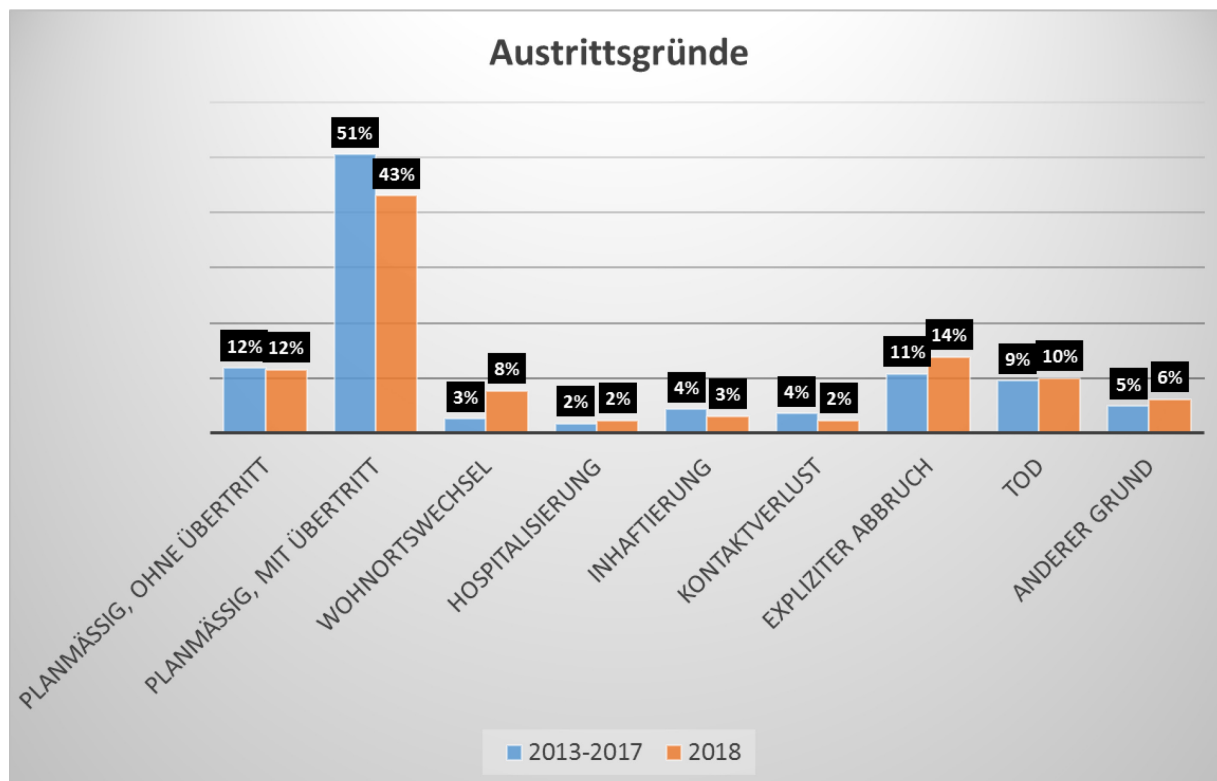
Allerdings haben nur 64.8% derjenigen mit Angaben einen Test in den letzten 12 Monaten durchgeführt. Bezieht man dies auf alle Eintritte einschliesslich jener ohne Angaben (nicht bekannt oder fehlende Werte), so sind das weniger als 50% aller Eintritte mit einem HIV Test in den letzten 12 Monaten. Acht Personen sind HIV-positiv. Dabei gaben alle acht Personen an, dass die Ersterkrankung bereits mehr als 12 Monate zurückliegt. Wie bereits im Vorjahr (vgl. Hiltbrand et al., 2018), gibt es also im Jahr 2018 keine Neuerkrankungen.

Das Wichtigste in Kürze: Gemäss den Angaben der Patienten gab es 2018 keine HIV-Neuerkrankungen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass nur bei etwa der Hälfte der Patienten ein aktueller (in den letzten 12 Monaten) HIV-Test durchgeführt worden ist.

8 Austrittsgründe

Die Austrittsgründe sind seit 2013 sehr ähnlich (vgl. Abbildung 13). Es überwiegen planmässige Übertritte in andere Institutionen oder andere Behandlungsformen. Diese schliessen Übergänge ins Methadonprogramm, entweder in das institutsinterne oder in andere Institutionen (einschliesslich Hausärzte), oder Substanzwechsel (beispielsweise auf Sevre-Long) mit ein. Im Jahr 2018 gab es 13 Todesfälle. Das entspricht in etwa dem Anteil in den Vorjahren.

Abbildung 13: Austrittsgründe im Jahr 2018 und im Vergleich mit 2013-2017.



Bemerkung: N=130 einschliesslich Übergängen, 5 fehlende Werte; ¹ vgl. Hildebrand et al. (2018)

9 Psychiatrische Störungen

Im Folgenden werden die Prävalenzen diagnostizierter Störungen nach Kapitel V des ICD-10 «Psychische und Verhaltensstörungen» beim Austritt aufgeführt. Anders als in den Berichten der Vorjahre weisen wir auch Störungen durch Substanzgebrauch auf, wobei Störungen durch den Gebrauch von Opioiden (und Opiaten) nicht berücksichtigt werden, da diese bei einer Behandlung in der HeGeBe immer vorliegen müssten. Um Vergleiche mit den Vorjahren zu ermöglichen, werden zusätzlich die Prävalenzen ohne Berücksichtigung der Störungen durch Substanzgebrauch ausgewiesen (vgl. Tabelle 15).

Berücksichtigt man andere Störungen durch Substanzgebrauch ausser Opioiden/Opiaten (z.B. Alkohol, Cannabinoide, Kokain, multipler Substanzgebrauch), so zeigt sich, dass nur ein geringer Teil der Klientel (8.3%) nicht noch mindestens eine weitere diagnostizierte Substanzgebrauchsstörung aufweist. In der Regel sind es Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10: F19). Ohne Einbezug des Substanzgebrauchs, sind es 45.3% die nur wegen des Substanzgebrauch diagnostiziert werden. Das entspricht in etwa den Vorjahren.

Tabelle 15: Anzahl gesicherter psychiatrischer Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2018 und im Vergleich mit den Jahren 2013-2017

	Anzahl Diagnosen (einschliesslich Störungen durch Alkohol und andere Substanzen aber ohne Opiode)		Anzahl Diagnosen ohne Störungen durch Substanzgebrauch						
	2018		2018		2017 ¹		2013-2016 ¹		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ausschliesslich Störungen durch Opiode	9	8.3%	Ausschliesslich Störungen durch Substanzen (inklusive Opiode)	50	45.9%	64	48.9%	279	45.3%
Eine Diagnose	39	35.8%	Eine Diagnose	46	42.2%	50	38.2%	253	41.1%
Zwei Diagnosen	39	35.8%	Zwei Diagnosen	10	9.2%	13	9.9%	72	11.7%
Drei Diagnosen	18	16.5%	Drei Diagnosen	2	1.8%	3	2.3%	11	1.8%
Vier Diagnosen	3	2.8%	Vier Diagnosen	1	0.9%	1	0.8%	1	0.2%
Fünf Diagnosen	1	0.9%	Fünf Diagnosen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	109	100%		109	100%	131	100%	616	100%

Bemerkung: 11 fehlende Werte auf allen Diagnosefragen; ¹ vgl. Hildebrand et al. (2018)

Ein Grossteil der Patienten in der HeGeBe leidet neben Störungen durch den Alkohol (31.2%) unter anderen psychischen und Verhaltensstörungen durch den Substanzgebrauch (71.6%, vgl. Tabelle 16), in der Regel am diagnostizierten multiplen Substanzgebrauch (ICD-10: F19). Für die Vorjahre wurden dazu keine Angaben gemacht (vgl. Hildebrand et al., 2018).

Unter den nichtsubstanzbezogenen Störungen finden sich mit einem Fünftel der ausgetretenen Patienten, wie etwa in den Vorjahren, eine diagnostizierte Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (Tabelle 16). Eine Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch ein lang anhaltendes, unflexibles und fehlangepasstes Muster der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und des Verhaltens aus, das deutlich von den soziokulturellen Erwartungen der Umwelt abweicht. Betroffene werden bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens in sozialen und anderen Kontexten stark beeinträchtigt. Persönlichkeitsstörungen beginnen definitionsgemäss in der Kindheit oder im Jugend- bis frühen Erwachsenenalter und dauern an. Dazu kommen noch 9.2% Verhaltens- und emotionale Störungen, die ihren Beginn in der Kindheit und Jugend haben (ICH-10: F90-F98). Darüber hinaus sind affektive Störungen (21.1%) und schizophrene Störungen (11.0%) häufig.

Tabelle 16: Häufigkeit der ICD-10 Diagnosegruppen des Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» für die HeGeBe Austritte im Jahr 2018 und im Vergleich mit den Jahren 2013-2017 (Mehrfachantworten möglich).

Störung	2018		2017		2013-2016	
	n	%	n	%	n	%
Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störung	4	3.7%	2	1.5%	15	2.4%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	34	31.2%	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ohne Opiode)	78	71.6%	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störung	12	11.0%	11	8.4%	58	9.4%
Affektive Störungen	23	21.1%	22	16.8%	114	18.5%
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	3	2.8%	6	4.6%	34	5.5%
Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	0.9%	1	0.8%	4	0.6%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	23	21.1%	34	26.0%	170	27.6%
Intelligenzminderung	0	0.0%	0	0.0%	4	0.6%
Entwicklungsstörungen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	10	9.2%	13	9.9%	34	5.5%
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0.0%	0	0.0%	34	5.5%

Das Wichtigste in Kürze: HeGeBe Patienten haben nur in Ausnahmefällen eine rein opioid-bezogene Störung. In der Regel kommen Störungen wegen anderer Substanzen (z.B. Alkohol, Cannabinoide, Kokain) hinzu. Häufig wird dabei die multiple Substanzstörung diagnostiziert. Darüber hinaus sind Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, meist in der Kindheit- und Jugend begründet, affektive und schizophrene Störungen häufig.

10 Referenzen

Hiltebrand, D., Dey, M., Bolliger, H., Schaub, M. (2018). *Heroingestützte Behandlung in der Schweiz - Resultate der Erhebung 2017*. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF-Bericht Nr. 383).

Bundesamt für Gesundheit, Infodrog. Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden: Richtlinien mit settingspezifischen Factsheets. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2019.