



SUCHT | SCHWEIZ



Lausanne, September 2022  
Forschungsbericht Nr. 143

# Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz

## Resultate der Erhebung 2021

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: <a href="mailto:ggmel@suchtschweiz.ch">ggmel@suchtschweiz.ch</a>
Bearbeitung:	Gerhard Gmel, Florian Labhart, Etienne Maffli, Sucht Schweiz, Lausanne
Vertrieb:	Sucht Schweiz, Forschung, Av. Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne, Tel. ++41 (0)21 321 29 80, Fax ++41 (0)21 321 29 40 <a href="mailto:rbischof@addictionsuisse.ch">rbischof@addictionsuisse.ch</a>
Bestellnummer:	Forschungsbericht Nr. 143
Grafik/Layout:	Sucht Schweiz
Copyright:	© Sucht Schweiz Lausanne 2022
ISBN:	978-2-88183-288-8
Zitierhinweis:	Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2022) Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2021 (Forschungsbericht Nr. 143), Lausanne: Sucht Schweiz.

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Überblick über den Patientinnen- und Patientenbestand .....</b>	<b>9</b>
<b>3 Patientinnen- und Patientenverlauf .....</b>	<b>11</b>
<b>4 Vorgeschichte der Eintritte im Jahr 2021 .....</b>	<b>14</b>
<b>5 Soziodemographische Angaben.....</b>	<b>17</b>
<b>6 Substanzgebrauch.....</b>	<b>23</b>
<b>7 Hepatitis und HIV .....</b>	<b>30</b>
7.1 Injektionsverhalten .....	30
7.2 Hepatitis A .....	31
7.3 Hepatitis B .....	31
7.4 Hepatitis C .....	33
7.5 HIV .....	35
<b>8 Austrittsgründe .....</b>	<b>37</b>
<b>9 Psychische Störungen .....</b>	<b>38</b>
<b>10 Mitgabe von Diacetylmorphin unter COVID-19 .....</b>	<b>41</b>
10.1 Wie viele HeGeBe-Zentren nutzten die Möglichkeit? .....	41
10.2 Wie lange wurde mitgegeben? .....	42
10.3 Was wurde mitgegeben? .....	43
10.4 Warum wurde mitgegeben? .....	44
10.5 Warum wird nicht mitgegeben? .....	45
10.6 Zufriedenheit mit der Massnahme und Ausblick .....	45
<b>11 Referenzen .....</b>	<b>48</b>
<b>12 Anhang .....</b>	<b>49</b>

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1a:	Eintritte im Jahr 2021 .....	9
Tabelle 1b:	Austritte im Jahr 2021 .....	10
Tabelle 2:	Vorgesehene Behandlungsform bei Behandlungseintritt, 2021 .....	14
Tabelle 3:	Behandlungserfahrung nach Substanzen (Mehrfachnennungen möglich), 2021 ..	15
Tabelle 4:	Behandlungserfahrung mit Opioidagonistherapie der HeGeBe Eintritte (Mehrfachnennungen möglich), 2021 .....	15
Tabelle 5:	Vermittlungswege in die HeGeBe, 2021 .....	16
Tabelle 6:	Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2021 ...	19
Tabelle 7:	Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vorwiegend Ihren Lebensunterhalt bestritten? 2021 .....	20
Tabelle 8:	Welchen hauptsächlichen Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen? 2021 .....	21
Tabelle 9:	Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter, 2021 .....	25
Tabelle 9:	Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter, 2021, Fortsetzung .....	26
Tabelle 10:	Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2021 .....	26
Tabelle 10:	Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2021; Fortsetzung .....	27
Tabelle 11:	Hepatitis A Status bei 166 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) im Jahr 2021 .....	31
Tabelle 12:	Interpretation von Hepatitis B Markern .....	32
Tabelle 13:	Hepatitis B Test bei 166 im Jahr 2021 Eingetretenen (einschliesslich Wiedereintritte).....	32
Tabelle 14:	Vermutlicher Hepatitis B Status von 95 Eintritten, 2021.....	33
Tabelle 15:	Anzahl gesicherter Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2021 und im Vergleich mit dem Jahr 2020 (einschliesslich Störungen durch Alkohol und andere Drogen ohne Opioide/Opiate).....	38
Tabelle 16:	Anzahl gesicherter Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2021 und im Vergleich mit den Jahren 2018-2020, ohne Störungen durch Substanzgebrauch (Opioide/Opiate, Alkohol und andere Drogen sind ausgeschlossen) .....	39

Tabelle 17:	Häufigkeit der ICD-10 Diagnosegruppen des Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» für die HeGeBe Austritte im Jahr 2021 und im Vergleich mit den Jahren 2019 und 2020 (Mehrfachantworten möglich).....	40
Tabelle 18:	Anzahl Nennungen der vier häufigsten Gründe für die Mitgabe von Diacetylmorphin über Zentren und Quartale hinweg (Nennungen nur bei Mitgabe im jeweiligen Quartal ausgewertet) .....	44

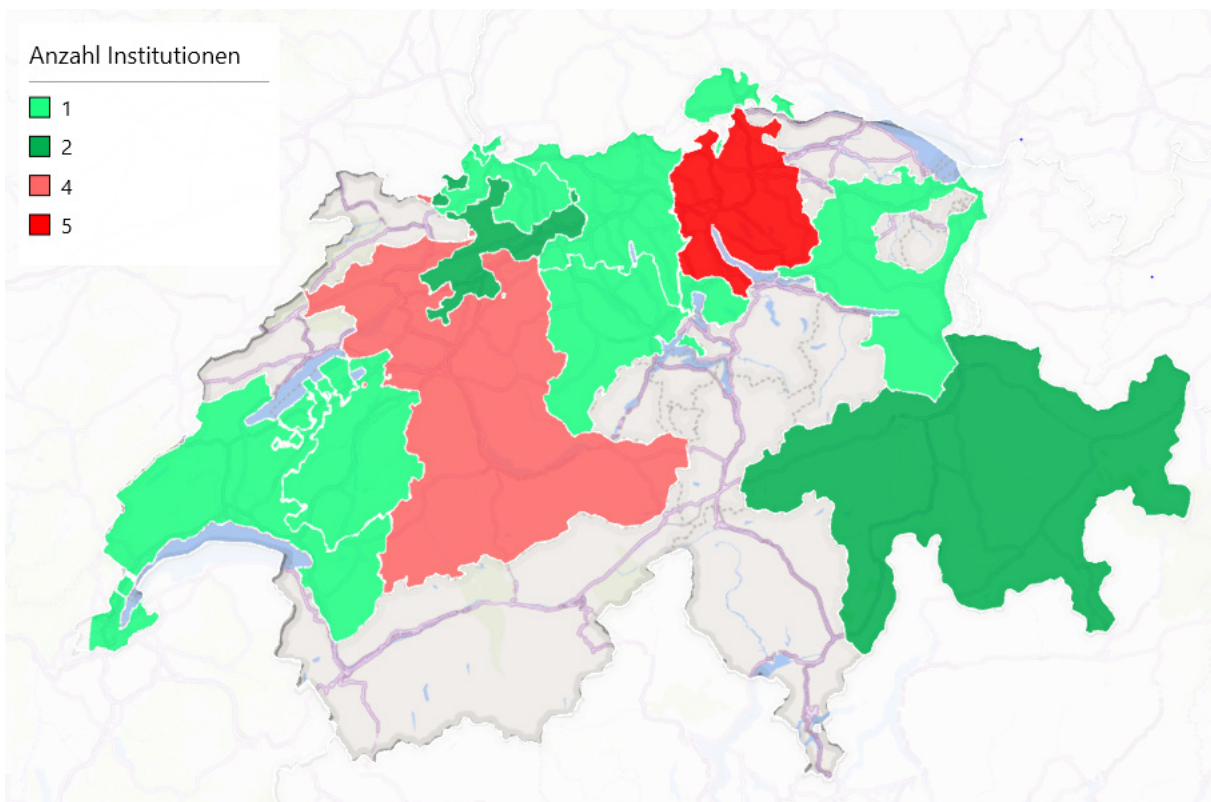
# Abbildungsverzeichnis

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: Behandlungsdauer von Männern und Frauen bei Austritten zwischen 2013 und 2021 .....	12
Abbildung 4: Behandlungsdauer im Vergleich der Jahre 2013 bis 2018 mit den Jahren 2019, 2020 und 2021 .....	13
Abbildung 5: Zivilstand bei Eintritten im Jahr 2021 .....	17
Abbildung 6: Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2021 .....	18
Abbildung 7: Höchste abgeschlossene Ausbildung, 2021 .....	22
Abbildung 8: Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen, alle Eintritte (inklusive Wiedereintritte) 2021, Szenarium 2 (keine Antwort wurde als kein Gebrauch gewertet) .....	24
Abbildung 9: Einstiegsalter in den Gebrauch verschiedener Substanzen, Eintritte 2021 .....	28
Abbildung 10: Illegaler Substanzgebrauch durch Injektion, 2021 .....	30
Abbildung 11: Durchführung von Hepatitis C Tests bei allen Eintritten (einschliesslich Wiedereintritten) im Jahr 2021 .....	34
Abbildung 12: Durchgeführte HIV Tests und HIV Status, Eintritte 2021 .....	35
Abbildung 13: Austrittsgründe im Jahr 2021 und im Vergleich mit 2013-2019 <sup>1</sup> und 2020 <sup>2</sup> . ....	37
Abbildung 14: Prozentsatz der Patientinnen und Patienten mit Mitgabe von Diacetylmorphin, nur die 14 Zentren mit regelmässiger Mitgabe über das Jahr 2021 .....	42
Abbildung 15: Applikationsformen für die Mitgabe von Diacetylmorphin .....	44
Abbildung 16: Einschätzung der Akzeptanz beim Personal, des Einflusses auf die Behandlung und auf den Alltag der Patienten .....	46

# 1 Einleitung

Seit 2001 gibt es ein regelmässiges Monitoring der heroingestützten Behandlung (HeGeBe) in der Schweiz. Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse der Erhebung 2021. Der Name HeGeBe ist historisch begründet, obschon die Bezeichnung diacetylmorphingestützte Behandlung korrekter ist. Beim Diacetylmorphin handelt es sich um pharmazeutisch hergestelltes Heroin (zugelassenes Arzneimittel Diaphin®). Im Jahr 2021 hatten 23 Institutionen in 14 Kantonen die Berechtigung Diacetylmorphin zu verabreichen (Abbildung 1). Dabei kam in Freiburg ein neues Zentrum erstmalig im Jahr 2021 dazu. Im Zuge der COVID-Pandemie wurde im September 2020 die Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtsbedingte Störungen (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV) dahingehend verändert, dass die Mitgabe von Diacetylmorphin zur Anwendung zu Hause erleichtert worden ist. Dies kann einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben. Im vorliegenden Bericht wird im Kapitel 10 speziell auf diese veränderte Praxis eingegangen.

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. Gemäss Art. 24 der Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtsbedingte Störungen veröffentlicht das BAG jährlich einen Bericht über die Durchführung und den Verlauf sowie die Entwicklung der diacetylmorphingestützten Behandlung. Dafür werden bei dem Eintritt (auch bei Wiedereintritten nach Behandlungsunterbruch) von jeder Patientin und jedem Patienten soziodemografische Angaben, ihre/seine Behandlungsvorgeschichte, Eigenschaften des Substanzgebrauchs sowie ihr/sein Gesundheitszustand erhoben. Ebenso werden bei jedem Austritt aus der Behandlung (einschliesslich Übergang zu einer anderen Institution) zum Vergleich möglicher Veränderungen im Verlauf der Behandlung zentrale Fragen des Eintritts erneut gestellt sowie die Austrittsgründe erhoben.

Die Ziele der diacetylmorphingestützten<sup>1</sup> Behandlung lassen sich wie folgt umschreiben:

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

Dabei gibt es für die Patientinnen und Patienten folgende kumulativ zu erfüllende Aufnahmekriterien (Art. 10 BetmSV):

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

Die 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 Opioidagonistherapie und andere ambulante oder stationäre Behandlungen (beispielsweise wegen Alkohol- und illegalen Drogenmissbrauchs) 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 Patientinnen und 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. Der vorliegende Bericht präsentiert die Resultate zu den Ein- und Austritten HeGeBe im Jahr 2021 gemäss der *act-info* Datenbank.

#### **Box 1. Probleme der längsschnittlichen Betrachtung**

Die HeGeBe Statistik wurde bis 2017 vom Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) geführt. Die Daten vor 2013 lagen nur dem ISGF vor. Datenschutzrechtliche Gründe erlaubten es bis Mai 2020 nicht, die vollständige Datei seit Beginn des Monitorings zu installieren. Für diesen Bericht liegen aber seit diesem Zeitpunkt auch die Daten von Patientinnen und Patienten seit etwa 2001 vor. Es gab bereits Statistiken in früheren Jahren (ab 1994). Allerdings wurden in den frühen Jahren der Statistik häufig noch keine Personencodes oder das Geburtsdatum der Patientinnen und Patienten erhoben, so dass diese bei einem Behandlungswechsel zu einer anderen Institution häufig nicht eindeutig identifiziert werden konnten. Mit anderen Worten sind insbesondere Daten mit langfristigen Behandlungen nicht 100%ig fehlerfrei. Somit ist die Berechnung von Behandlungsdauern mit Vorsicht zu bewerten.

Zukünftig werden weitere Anstrengungen unternommen, die Daten vor dem Jahr 2013 noch genauer als in diesem Bericht wiederherzustellen und in die jetzige Datenbank zu integrieren.

---

<sup>1</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>



## 2 Überblick über den Patientinnen- und Patientenbestand

Beim Verfassen des Berichtes (August 2022) lagen uns in der Monitoring-Datenbank die Ein- und Austritte für 2021 von allen 23 Institutionen vor. Für das Jahr 2021 wurden von diesen Institutionen 177 Eintritte (2020: 150; 2019: 173; 2018: 163) registriert (Tabelle 1a und b). Da nicht mindestens 30 Tage zwischen den Behandlungen lagen (siehe Box 2), werden die 11 Übergänge von einer anderen HeGeBe Institution in den folgenden Analysen zu den Eintritten im Jahr 2021 nicht berücksichtigt.

Im Jahr 2021 gab es 84 Austritte (2020: 99; 2019: 137; 2018: 135). Die zehn Übergängen in eine andere HeGeBe Institution wurden in den folgenden Analysen zu den Austritten nicht berücksichtigt, da sich die Patientinnen und Patienten noch in Behandlung befinden.

Allgemein gab es im Jahr 2021 mehr Eintritte und weniger Austritte als im Vorjahr.

### Box 2. Definitionen von Behandlung, Wiedereintritt, Übergang und Episode :

- *Einen Übergang zu einer anderen Institution* bezeichnet den Wechsel zu einer anderen Institution, ohne dass die Behandlung länger als 30 Tage unterbrochen worden ist.
- Als *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.

Der Grossteil der Eintritte (vgl. Tabelle 1a) sind Ersteintritte (n=132; 122 plus neun Personen, die bereits wieder ausgetreten sind, und eine Person die in eine andere Institution übergegangen ist), fast alle Eintritte im Jahr 2021 befinden sich noch in Behandlung, mit Ausnahme von neun Patientinnen und Patienten die eine Erstbehandlung 2021 angefangen aber noch im selben Jahr wieder beendet haben bzw. eine Mehrfachbehandlung angefangen und wieder beendet haben (n=5). Sich noch in Behandlung befindliche Personen mit Übergängen von einer anderen HeGeBe-Institution stellen die jüngste Gruppe mit etwa 36 Jahren dar. Ihnen folgen im Durchschnittsalter Patientinnen und Patienten mit Übergängen zu einer anderen Institution (37.4 Jahre alt). Bei den Ersteintritten ist die jüngste Person gerade 18 Jahre alt, aber auch mit 64 Jahren gibt es noch einen Ersteintritt. Bei den sich noch in Behandlung befindlichen Ersteintritten liegt der Anteil Männer ähnlich wie in den Vorjahren (Hiltebrand et al., 2018; Gmel et al., 2019, Gmel et al., 2020; Gmel et al., 2021) bei etwa 77%.

Tabelle 1a: Eintritte im Jahr 2021

Behandlung	Behandlungsepisode	n	Durchschnittsalter	% männlich
Noch in Behandlung	Ersteintritt	122	40.4	77%
Noch in Behandlung	Wiedereintritt	29	44.5	90%
Noch in Behandlung	Übergang von anderer Institution	11	35.9	82%

Tabelle 1b: Austritte im Jahr 2021

Behandlung	Behandlungsepisode	mit Eintritt 2021	früherer Eintritt	Durch- schnitts- alter	% männlich
Behandlung beendet	eine Behandlung	9	56	46.1	69%
Behandlung beendet	Mehrfache Behandlung	5	14	48.2	79%
Noch in Behandlung	Mehrfache Behandlung Übergang zu anderer Institution	1	9	37.4	70%

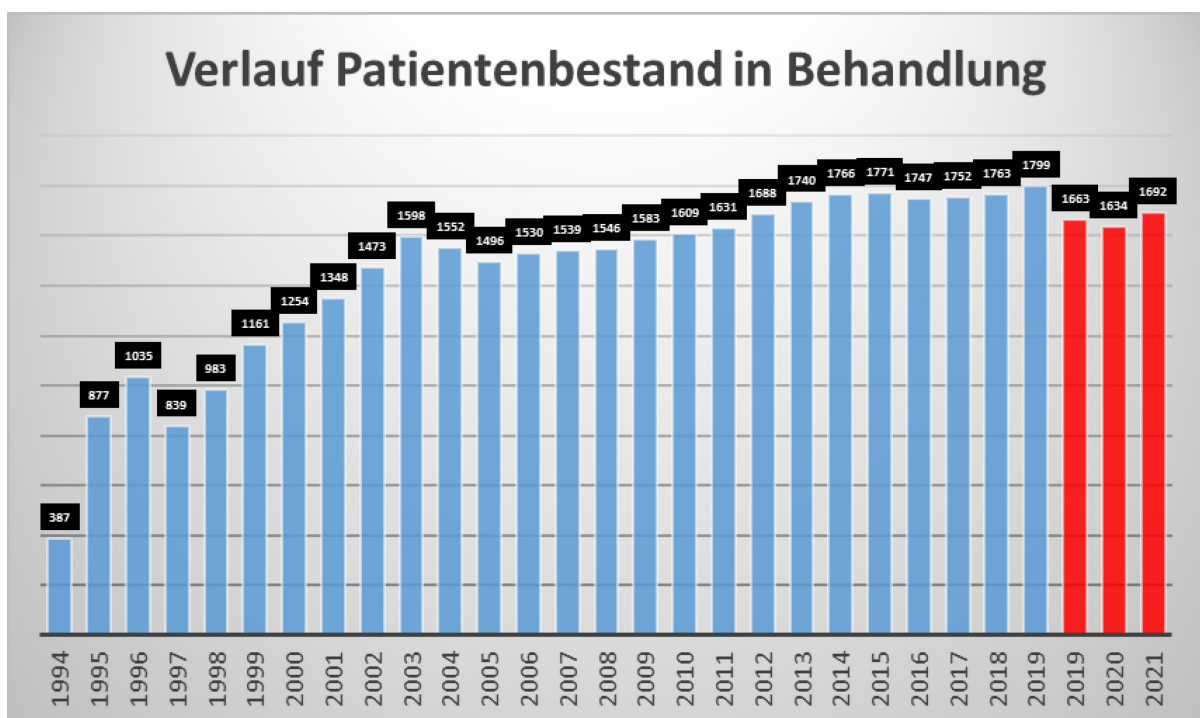
Bei den Austritten (Tabelle 1b) mit nur einer Behandlung (n=65) sowie jener mit mehreren Behandlungen (n=19) ist das Durchschnittsalter mit über 46 bzw. über 48 Jahren recht hoch.

**Das Wichtigste in Kürze:** Die Geschlechtszusammensetzung deutet darauf hin, dass Männer häufiger als Frauen eine Behandlung beenden oder unterbrechen. Bei Erstbehandlungen und bei Austritten mit nur einer Behandlung liegt der Frauenanteil bei knapp einem Drittel. Höhere Anteile von Männern gibt es insbesondere bei jenen mit mehreren Behandlungen und bei Institutswechseln.

### 3 Patientinnen- und Patientenverlauf

Wir gehen zurzeit für das Jahr 2021 von 1692 Patientinnen und Patienten aus, die noch in Behandlung sind (vgl. Abbildung 2). Aufgrund methodischer Probleme (siehe Box 1) sind das nur scheinbar weniger als noch bis 2018 ausgewiesen worden sind. Im Wesentlichen bleibt die Anzahl Patientinnen und Patienten seit Jahren stabil; sie wurde in früheren Jahren aus unserer Sicht nur massgeblich überschätzt. Im COVID-Jahr 2021 ist die Anzahl an Patientinnen und Patienten in Behandlung sogar leicht gestiegen. Es gab nach unserer Statistik in diesem Jahr mehr Eintritte als Austritte. Als Vergleich können die Bewilligungen gemäss der Datenbank des BAG herangezogen werden. Bewilligungen werden immer für zwei Jahre ausgesprochen und müssen dann erneuert werden. Für das Jahr 2021 lagen gemäss der BAG-Datenbank für das Jahr 2021 1526 gültige Bewilligungen vor. Der Grund für die Diskrepanz liegt darin, dass in der *act-info* Datenbank immer sehr viele Doppelnennungen mitgeführt worden sind, die jetzt nach Zusammenführung der beiden Datenquellen vom ISGF und der *act-info* Datenbank Schritt für Schritt bereinigt werden konnten. Es gibt auch andere Gründe, warum die Zahlen nicht notwendigerweise übereinstimmen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn zwar Austritte für die *act-info* Datenbank gemeldet werden, die Institutionen aber die Austritte in der Hoffnung, dass die Patientinnen und Patienten zurückkommen, nicht dem BAG melden, um beispielsweise keine neue Bewilligung beantragen zu müssen.

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

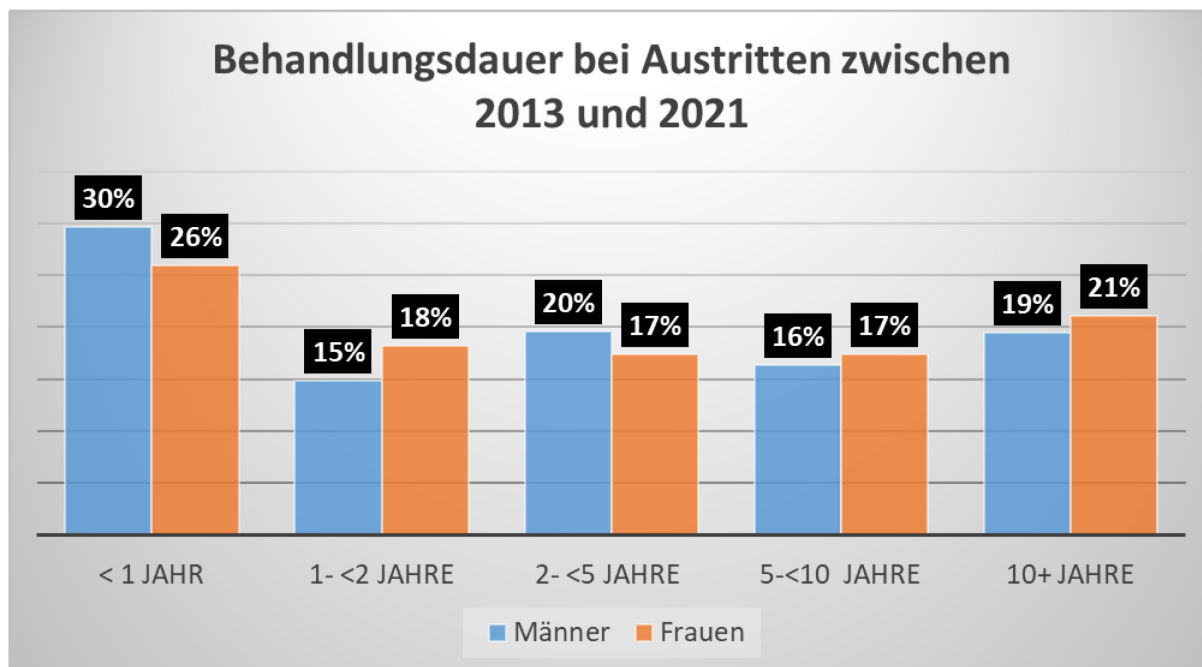


**Bemerkung:** In rot die neuen Berechnungen für 2019 bis 2021, in blau die Fortführung der ursprünglichen Berechnungen bis 2019 als Summe zwischen 2018 und dem Unterschied zwischen Ein- und Austritten 2019.

Auf die Altersverteilung bis zum Jahr 2017 sei auf Hildebrand et al. (2018) verwiesen. Es ist eindeutig, dass die Population der Patientinnen und Patienten altert. Im Jahr 1994 waren noch 78% 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 und 19.4% im Jahr 2020. Soweit uns Geburtsdaten vorliegen (422 fehlende Werte; 24.9%) waren im Jahr 2021 nur noch 12.8% der Patientinnen und Patienten in Behandlung unter 35 Jahre alt.

Abbildung 3 zeigt die Behandlungsdauer von Männern und Frauen, die zwischen 2013 und 2021 ausgetreten sind.

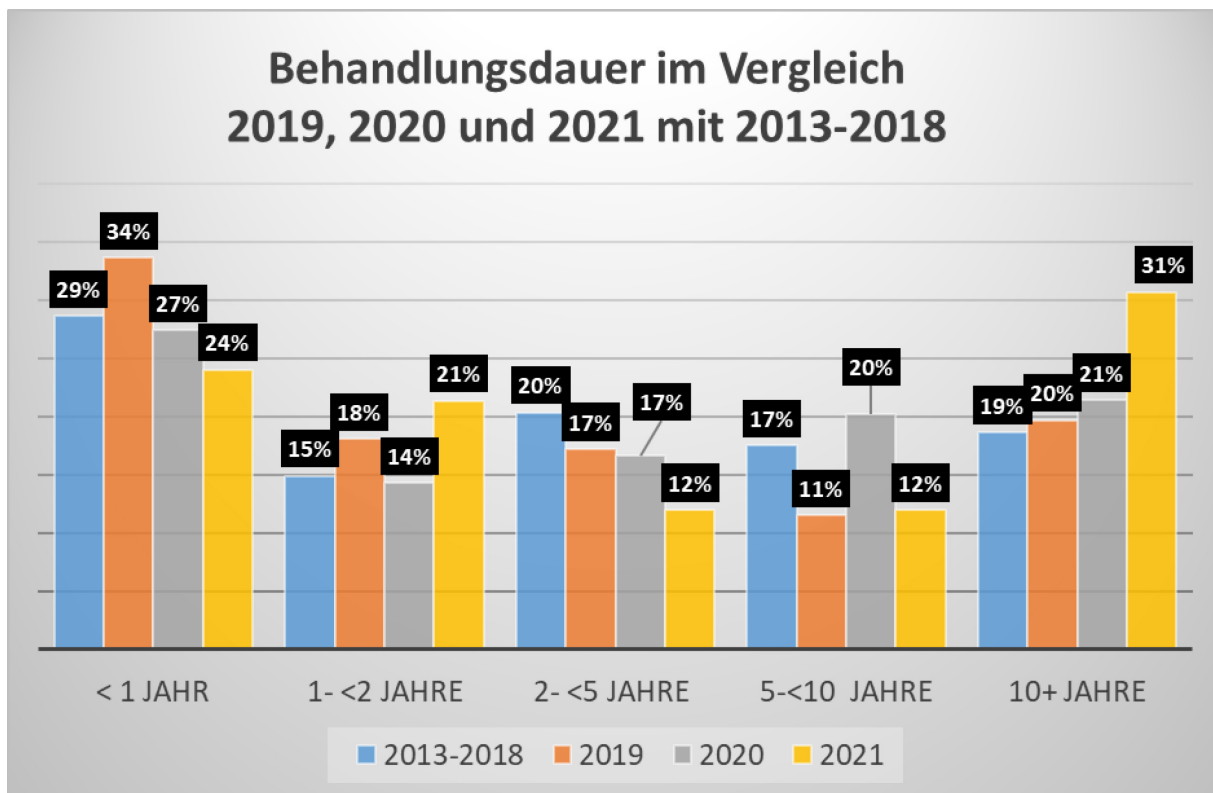
Abbildung 3: Behandlungsdauer von Männern und Frauen bei Austritten zwischen 2013 und 2021



Frauen verbleiben in der Regel länger in Behandlungen, insbesondere treten sie seltener bereits im ersten Jahr wieder aus als Männer. Die Gründe dafür sind unklar. 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 ist die Behandlungsdauer der Jahre 2013 bis 2018 im Vergleich mit jener der Jahre 2019, 2020 und 2021 dargestellt. Man sieht, dass die Behandlungsdauer auch wegen der geringen Fallzahlen von einem zum anderen Jahr schwanken kann. Insbesondere kurzfristige Behandlungen von weniger als einem Jahr waren im Jahr 2021 seltener und im Jahr 2019 höher als im Durchschnitt der Jahre 2013 bis 2018. In diesem Bericht präsentieren wir Behandlungen und nicht Episoden. Um als eine Behandlung zu gelten muss es entweder nur eine Behandlung gegeben haben oder die Wiederaufnahme einen Unterbruch von mindestens einem Monat (30 Tage) gehabt haben. Gar nicht so selten kommen Patientinnen und Patienten nach mehr als 5 bis 6 Jahren nach ihrem Unterbruch wieder in die Therapie. Auf der anderen Seite wechseln sie auch ohne Unterbruch das Behandlungszentrum. Im Durchschnitt dauern Behandlungen, soweit sie schlüssig vorliegen, im Jahr 2021 etwa 6.5 Jahre. Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist, bis auf wenige Ausnahmen, über die Jahre sehr stabil und liegt bei etwa 5 bis 6 Jahren. Insgesamt scheinen sich die Behandlungsdauern in den letzten beiden Jahren durchschnittlich etwas verlängert zu haben.

Abbildung 4: Behandlungsdauer im Vergleich der Jahre 2013 bis 2018 mit den Jahren 2019, 2020 und 2021



**Das Wichtigste in Kürze:** Die Anzahl von Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten in Behandlung im Durchschnitt immer älter werden. Die Behandlungsdauer wurde in früheren Berichten vermutlich unterschätzt und liegt höher, im Schnitt der Vorjahre bei etwa 5 bis 6 Jahren. Im Jahr 2020 gab es erstmals eine deutlich höhere durchschnittliche Behandlungsdauer mit etwa 6.6 Jahren, die auch 2021 bei 6.5 lag. Dabei liegt bei den Berechnungen eine (neue) Behandlung auch dann vor, wenn es vorher einen Unterbruch gegeben hat. Das bedeutet, dass Patientinnen und Patienten teilweise schon sehr lange mit der Behandlung vertraut sind, aber zwischendurch die Behandlung beenden oder unterbrechen. Die Gründe dafür sind unklar.

## 4 Vorgeschichte der Eintritte im Jahr 2021

Bei den Eintritten werden nur jene berücksichtigt, die wirkliche Neueintritte bzw. Wiedereintritte sind, also keine Übergänge, bei denen häufig keine Informationen vorliegen. Dies sind 166 Patientinnen und Patienten (vgl. Tabelle 1). Dabei sind 132 Ersteintritte und 34 Wiedereintritte.

Beim Eintritt, insbesondere beim Ersteintritt (72.0%), ist die Mehrheit der vorgesehenen Applikationen von Diacetylmorphin die orale Anwendung (Tabelle 2). Bei etwa 4% (Ersteintritte: 4.8%; Wiedereintritte: 3.3%) werden mehrere Verwendungen vorgesehen, in der Regel orale und intravenöse. Insgesamt sind die oralen Verschreibungen leicht gestiegen und die multiplen Anwendungen gesunken, was mit der zugenommenen Mitgabe von Diacetylmorphin im Zuge der Änderung der legalen Basis der Behandlungen im Umgang mit COVID-19, zusammenhängen dürfte. Diese Mitgabe besteht in der Regel aus der oralen Verabreichung (vgl. Kapitel 10). Geringere Anteile an oralen Anwendungen bei den Wiedereintritten und höhere Anteile an intravenösen Anwendungen deuten darauf hin, dass sich die rein oralen Anwendungen im Behandlungsverlauf nicht immer bewährt haben und mit Behandlungsunterbrüchen zusammenhängen könnten, die dann bei Wiederaufnahme der Behandlung häufiger zu intravenösen und gemischten Anwendungen führen. Die Befunde zu vermehrten intravenösen Behandlungen und weniger rein oralen Behandlungen bei den Wiedereintritten im Vergleich zu den Ersteintritten waren auch schon in den Vorjahren zu beobachten.

*Tabelle 2: Vorgesehene Behandlungsform bei Behandlungseintritt, 2021*

vorgesehene Behandlungsform	Wiedereintritte 2021		Ersteintritte 2021	
	n	%	n	%
<b>intravenös</b>	8	26.7%	26	20.8%
<b>oral</b>	19	63.3%	90	72.0%
<b>intramuskulär</b>	2	6.7%	3	2.4%
<b>multiple Applikationen</b>	1	3.3%	6	4.8%
<b>Total</b>	30	100.0%	125	100.0%

**Bemerkung:** 11 fehlende Werte, 7 davon bei Ersteintritten

Erwartungsgemäss (vgl. Kriterien für die Diacetylmorphin-Therapie gemäss Art.10 BetmSV) haben fast alle Patientinnen und Patienten Erfahrungen mit Vorbehandlungen, d.h. wegen einer Suchtproblematik für die sie bereits vor der aktuellen diacetylmorphingestützten Behandlung in Therapie waren (Tabelle 3). Bei 71.2% (nicht tabelliert) sind illegale Substanzen (in der Regel dürfte das Heroin sein) die einzigen Substanzen wegen derer es Vorbehandlungen gab. Das heisst aber, dass gut ein Viertel (28.8%) der Patientinnen und Patienten multiple Substanzprobleme hatten, wegen derer sie schon in Behandlung waren. Diese Zahlen haben sich im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert.

Tabelle 3: Behandlungserfahrung nach Substanzen (Mehrfachnennungen möglich), 2021

Behandlung wegen	Wiedereintritte 2021		Ersteintritte 2021		Ersteintritte Vorjahr 2020 <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
<b>Alkohol</b>	5	15.6%	15	12.1%	24	22.2%
<b>Illegale Substanzen</b>	29	90.6%	117	94.4%	104	96.3%
<b>Medikamente</b>	6	18.8%	17	13.7%	15	13.9%
<b>Tabak</b>	3	9.4%	4	3.2%	1	0.9%
<b>Verhaltenssucht</b>	3	9.4%	9	7.3%	4	3.7%

**Bemerkung:** 10 fehlende Werte, davon 8 bei Ersteintritten, <sup>1</sup> vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021); Prozentangaben beziehen sich auf insgesamt 34 Wiedereintritte 2021, 132 Ersteintritte 2021 und 108 Ersteintritte 2020

Wie im Vorjahr (Tabelle 4) aber auch in den vorangegangenen Jahren wird bei den Behandlungen die Opioidagonistherapie am häufigsten genannt. Bei 28.8% (nicht tabelliert) 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, also nicht um Entzüge die ausserhalb der Behandlung von den Patientinnen und Patienten durchgemacht worden sind (kalter Entzug).

Bei den Wiedereintritten wurde bei der überwiegenden Mehrheit (87.0%) logischerweise eine vorangegangene Behandlung mit Diacetylmorphin angegeben. Verwunderlich ist, dass nicht bei allen Patientinnen und Patienten mit Wiedereintritten die Diacetylmorphinverschreibung angegeben wird. Dies dürfte daran liegen, dass die Diacetylmorphinverschreibung wegen der Selbstverständlichkeit bei Wiedereintritten bei der Erhebung nicht mehr explizit genannt wird. Letztendlich handelt es sich dabei (abzüglich fehlender Werte) um drei Patienten. Erstaunlich ist dagegen, dass es bei Ersteintritten 13 Patientinnen und Patienten mit einer angegebenen vorherigen Diacetylmorphinverschreibung gegeben haben soll. Denkbar wäre, dass es sich hierbei um Wiedereintritte handelt, die aber sehr früh (also im Wesentlichen vor 2005) in Behandlung waren und so (wegen fehlendem Patientencode und Geburtsdatums) nicht in der Datenbank als Wiedereintritte identifiziert werden konnten.

Tabelle 4: Behandlungserfahrung mit Opioidagonistherapie der HeGeBe Eintritte (Mehrfachnennungen möglich), 2021

Behandlung	Wiedereintritte 2021		Ersteintritte 2021		Ersteintritte Vorjahr 2020 <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
<b>Opioidagonistherapie</b>	20	87.0%	101	92.7%	88	89.8%
<b>Diacetylmorphinverschreibung</b>	20	87.0%	13	11.9%	9	9.2%
<b>stationäre Therapie</b>	10	43.5%	56	51.4%	32	32.7%
<b>betreuter Entzug</b>	13	56.5%	54	49.5%	43	43.9%
<b>anderes</b>	4	17.4%	16	14.7%	15	15.3%

**Bemerkung:** 34 fehlende Werte, davon 23 bei Ersteintritten; <sup>1</sup> vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021)

Wie im Vorjahr (Tabelle 5) aber auch in vorangegangenen Jahren läuft der Vermittlungsweg mehrheitlich nicht über eine professionelle Instanz. Das heisst, der Eintritt geschieht auf Eigeninitiative oder auf Anraten der Familie, von Freunden und Bekannten. Im Vergleich zum Jahr 2019 sind wie im Vorjahr allerdings die Anteile jener, die durch Arztpraxen und auf Sucht spezialisierte Einrichtungen vermittelt worden sind, angestiegen.

*Tabelle 5: Vermittlungswege in die HeGeBe, 2021*

Vermittlungsweg	Wiedereintritte 2021		Ersteintritte 2021		Ersteintritte Vorjahr 2020 <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
Verurteilung/Massnahme/Justizbehörde/Polizei	3	12.5%	1	0.9%	4	3.8%
Arztpraxis	3	12.5%	19	16.2%	16	15.2%
andere auf Sucht spezialisierte Einrichtung	4	16.7%	26	22.2%	25	23.8%
andere Gesundheits-, medizinische oder soziale Dienste	2	8.3%	14	12.0%	8	7.6%
keine professionelle Instanz oder Fachperson beteiligt	12	50.0%	49	41.9%	48	45.7%
andere	0	0.0%	8	6.8%	4	3.8%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

**Bemerkung:** 25 fehlende Werte, davon 15 bei Ersteintritten, <sup>1</sup>vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021)

**Das Wichtigste in Kürze:** Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es kaum Veränderungen in den Vorgeschichten der Patientinnen und Patienten. Der Grossteil der Patientinnen und Patienten wurde bereits wegen einer illegalen Substanzproblematik behandelt. Jedoch hatte mehr als ein Fünftel bereits zusätzlich Behandlungen wegen anderer Suchtverhaltensweisen. Unter den vorangegangenen Behandlungen war zum überwiegenden Teil die Opioidagonistentherapie dabei. Allerdings hatten mehr als zwei Drittel mehrere Behandlungsformen wie stationäre Therapien oder Entzugsbehandlungen. Die Patientinnen und Patienten begeben sich häufig auf Eigeninitiative oder auf Anraten von Familie, Freunden und Bekannten in Behandlung. Die Vermittlungswege über Ärzte und auf Sucht spezialisierte Einrichtungen sind angestiegen.

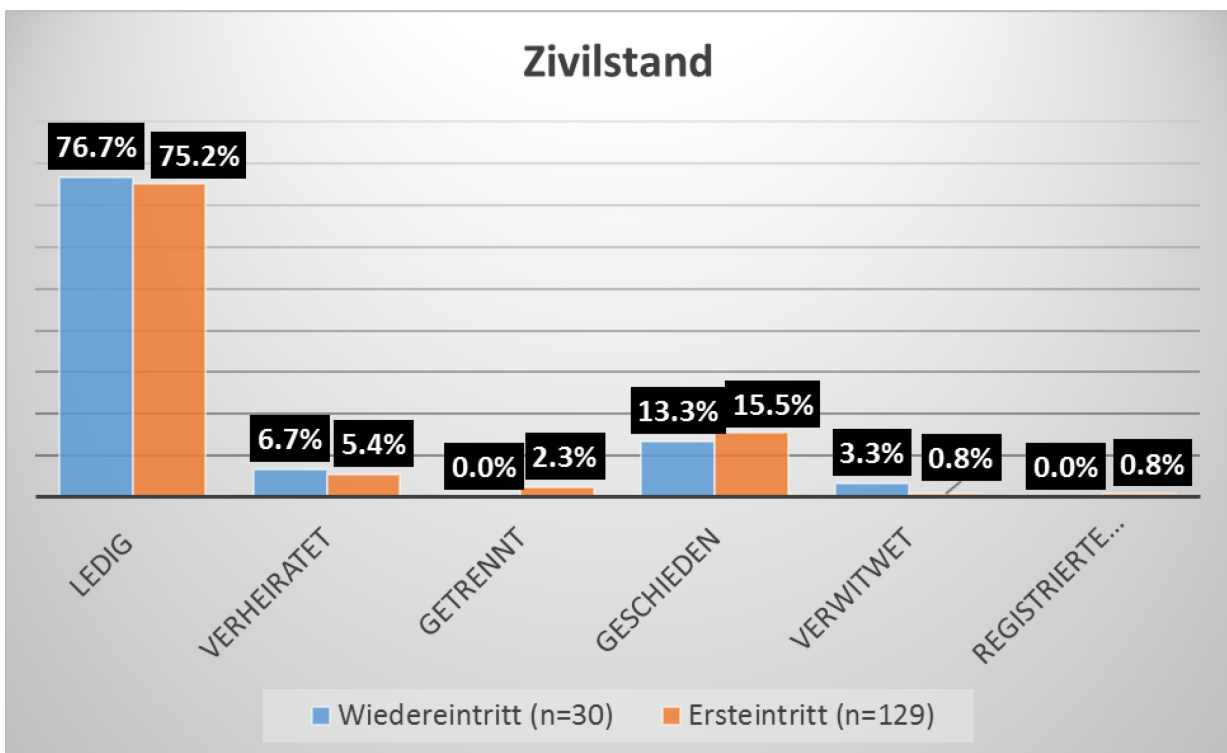


## 5 Soziodemographische Angaben

Von den im Jahr 2021 132 Ersteingetretenen besaßen 94 Personen (71.2%) die Schweizer Staatsangehörigkeit. Das ist zwar etwas mehr als im Vorjahr (67.5%) aber deutlich weniger als vor zwei Jahren (83.7%) und bei früheren Erhebungen. Es zeichnet sich also ab, dass mehr Patientinnen und Patienten ohne Schweizer Nationalität von der Behandlung Gebrauch machen. Bei den Wiedereingetretenen sind es 76.5%. Unter allen Eintritten besaßen sieben Personen eine doppelte Staatsangehörigkeit und 37 Personen, also 23.4% (bei 8 fehlenden Werten), besaßen nur eine andere Staatsangehörigkeit, unter anderem die französische oder portugiesische (je vier Personen) und italienische (acht Personen). Zurzeit haben wir keine Erklärung, warum der Ausländeranteil angestiegen ist, da es sich aber mit dem Vorjahr wiederholt hat, sollte diese Entwicklung in den Folgejahren weiter beobachtet werden.

Wie in den Vorjahren sind die Mehrheit der Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 ledig. Etwa 15% sind geschieden (Abbildung 5).

Abbildung 5: Zivilstand bei Eintritten im Jahr 2021

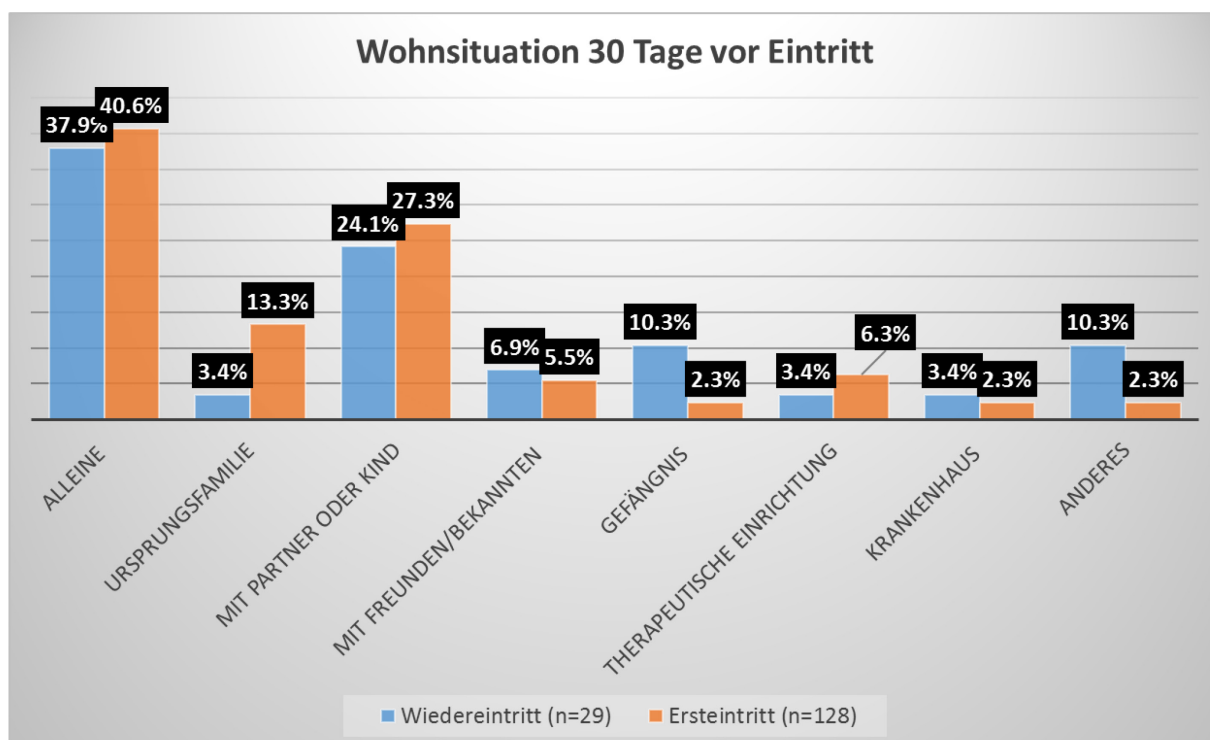


**Bemerkung:** 7 fehlende Werte, davon 3 bei Ersteintritten

Ersteingetretene leben im Jahr 2020 häufiger noch als Wiedereingetretene in der Herkunftsfamilie oder mit Partner(in) und Kind(ern) (Abbildung 6). Der Anteil alleine wohnhafter Personen ist bei den Wiedereingetretenen von 64.5% im Jahr 2020 auf 37.9% im Jahr 2021 zurückgegangen. Dieser Rückgang ist auf ein Zunehmen des Lebens mit Partner(in) und/oder Kinder(n) jedoch auch auf vermehrte Gefängnisaufenthalte und auch auf «Anderes» zurückzuführen. Das vermehrte Wohnen in der Ursprungsfamilie oder noch mit Partner(in) oder Kind(ern) bei den Ersteingetretenen ergibt auch angesichts der vermutlich noch kürzeren Zeit in der Sucht Sinn. Zwischen den Geschlechtern gibt es kaum Unterschiede. Männer lebten etwas häufiger in den letzten 30 Tagen alleine oder in der Ursprungsfamilie, Frauen dagegen mit Partner oder Kind oder in therapeutischen Einrichtungen. Diese Unterschiede waren bereits im Vorjahr zu beobachten und scheinen sich zu stabilisieren.

Im Hinblick auf das Zusammenleben mit Kindern gibt es nur kleine Unterschiede zwischen den Wiedereintritten und den Ersteintritten. Etwa zwei Drittel haben keine Kinder (67.9%), etwas weniger als ein Viertel hat zwar Kinder, lebt aber nicht mehr mit diesen zusammen (23.1%). 7.7% leben noch mit zumindest einem Kind zusammen. Die Zahlen sind im Vergleich zu den Vorjahren recht stabil, allerdings ist der Anteil von Patientinnen und Patienten ohne Kinder im Vergleich zum Vorjahr (73.8%) zurückgegangen und liegt in etwa wieder bei dem Anteil im Jahr 2019 (66.6%).

Abbildung 6: Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2021



**Bemerkung:** 9 fehlende Werte, davon 4 bei Ersteintritten

Wie Tabelle 6 zeigt, lebten 2021 91.3% der Ersteingetretenen in einer relativ stabilen Wohnsituation (stabile Wohnsituation oder therapeutische Einrichtung). Das ist vergleichbar mit dem Vorjahr (92.9%) und stellt ein deutlicher Anstieg zu den Jahren 2019 (84.7%) und 2018 (81.0%) dar. Die stabile Wohnsituation ist bei Wiedereintritten mit 85.0% etwas geringer als im Vorjahr (90.3%) hat sich aber im Vergleich zu den Jahren 2018 und 2019 (2019: 71.9%, 2018: 64.7%) ebenso deutlich und stetig verbessert.

**Tabelle 6:** *Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2021*

Wohnsituation	Wiedereintritte 2021		Ersteintritte 2021		Ersteintritte Vorjahr 2020 <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
<b>stabile Wohnsituation</b>	18	64.3%	102	80.3%	90	80.4%
<b>instabile Wohnsituation</b>	4	14.3%	7	5.5%	6	5.4%
<b>Gefängnis</b>	3	10.7%	4	3.1%	2	1.8%
<b>therapeutische Einrichtung</b>	3	10.7%	14	11.0%	14	12.5%

**Bemerkung:** 11 fehlende Werte, davon 5 bei den Ersteintritten, <sup>1</sup>vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021)

**Das Wichtigste in Kürze:** Ersteingetretene unterscheiden sich hinsichtlich der Lebensumstände im Jahr 2021 von Wiedereingetretenen. Deshalb ist es wichtig Ersteintritte von Wiedereintritten zu unterscheiden. Ersteingetretene leben deutlich häufiger als Wiedereingetretenen noch in der Ursprungsfamilie. Dagegen beobachtet man 2021 bei den Wiedereingetretenen einen deutlichen Rückgang von allein wohnhaften Personen.

Eine deutlich positive Tendenz gibt es in der Wohnsituation 30 Tage vor dem Eintritt. Es kommen jetzt bei Ersteintritten 91.3% und bei Wiedereintritten 75.0% aus einer stabilen Wohnsituation. Im Vergleich mit 2018 und 2019 sind das deutliche Zunahmen trotz eines leichten Rückganges zum Vorjahr 2020 (Ersteintritte: 92.9%; Wiedereintritte: 90.3%).

Es ist unerlässlich, die *act-info* Datenbasis der HeGeBe weiter auszubauen und zukünftig auch jahreübergreifende Analysen durchzuführen, 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 Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Lebensumstände beobachten zu können, da die Patientinnen und Patienten bei Austritten oft nicht anwesend sind und somit die Austrittsdaten lückenhaft sind.

Erwartungsgemäss lebten etwa zwei Drittel der Ersteintritte von der Sozialhilfe (38.3%) oder der Rente (27.3%). Vom Erwerbseinkommen lebten mit 18.8% etwas mehr als im Vorjahr (17.4%, vgl. Tabelle 7) und mehr als im Jahr 2019 mit 13.2%. Ansonsten gibt es bei den Ersteintritten keine nennenswerten Unterschiede zum Vorjahr. Bei den Wiedereintritten verschieben sich die Anteile an Sozialhilfe mit 35.7% (2020: 39.4%; 2019: 53.1%) in Richtung auf die Rente (2021: 42.9%; 2020: 42.4%; 2019: 25.0%), was mit dem zunehmenden Alter einiger Patientinnen und Patienten zu tun haben dürfte.

*Tabelle 7: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vorwiegend Ihren Lebensunterhalt bestritten? 2021*

Lebensunterhalt	Wiedereintritte 2021		Ersteintritte 2021		Ersteintritte Vorjahr 2020 <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
<b>Erwerbseinkommen</b>	3	10.7%	24	18.8%	17	13.2%
<b>Ersparnisse</b>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Rente (AHV/IV)</b>	12	42.9%	35	27.3%	34	26.4%
<b>Sozialhilfe/Fürsorge</b>	10	35.7%	49	38.3%	65	50.4%
<b>Arbeitslosenversicherung</b>	1	3.6%	4	3.1%	3	2.3%
<b>durch Partnerin/Partner</b>	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%
<b>durch Eltern/ Familienmitglieder/ Freunde</b>	0	0.0%	5	3.9%	2	1.6%
<b>Dealern/mischeln</b>	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%
<b>andere illegale Einkünfte</b>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Prostitution</b>	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%
<b>Taggeldversicherung</b>	1	3.6%	6	4.7%	3	2.3%
<b>Anderes</b>	1	3.6%	4	3.1%	3	2.3%
<b>Total</b>	28	100.0%	128	100.0%	129	100.0%

**Bemerkung:** 10 fehlende Werte, davon 4 bei den Ersteintritten, <sup>1</sup> vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021)

Im Jahr 2021 waren 24.0% aller Ersteintritte (2020: 26.2%; 2019: 19.7%; 2018: 24.0%) erwerbstätig (Voll- oder Teilzeitarbeit bzw. Gelegenheitsjobs). Die Mehrheit war demgemäss mit 34.4% im Jahr 2021 entweder arbeitslos (mit bzw. ohne aktive Stellensuche; 2020: 39.8% 2019: 45.7%, 2018 48.8%) oder nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv (Rentnerin/Rentner, Arbeitsunfähigkeit, Hausfrau/-mann; 36.0%; 2020: 29.1%; 2019: 28.3%; 2018: 24.0% vgl. Tabelle 8). Zumindest in den letzten Jahren deutet sich eine Verschiebung von der Arbeitslosigkeit hin zum Verlassen des Arbeitsmarktes an. Bei den Wiedereintritten ist zwar im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme der Vollzeitarbeit mit 19.2% zu beobachten, die aber wieder jener im Jahr 2019 ähnlich ist (2020: 9.1%; 2019: 18.8%). Die Arbeitslosigkeit ohne aktive Stellensuche ist mit 23.1% (2020: 27.3% 2019: 40.6%) weiter zurückgegangen; die Arbeitsunfähigkeit liegt im Jahr 2021 bei 30.8% (2020: 39.4% Vorjahr 12.5%). Auch hier gilt zu beachten, dass die Fallzahlen bei den Wiedereintritten gering sind und der Trend des Rückganges bei der Arbeitslosigkeit ohne aktive Stellensuche noch in den nächsten Jahren bestätigt werden sollte.

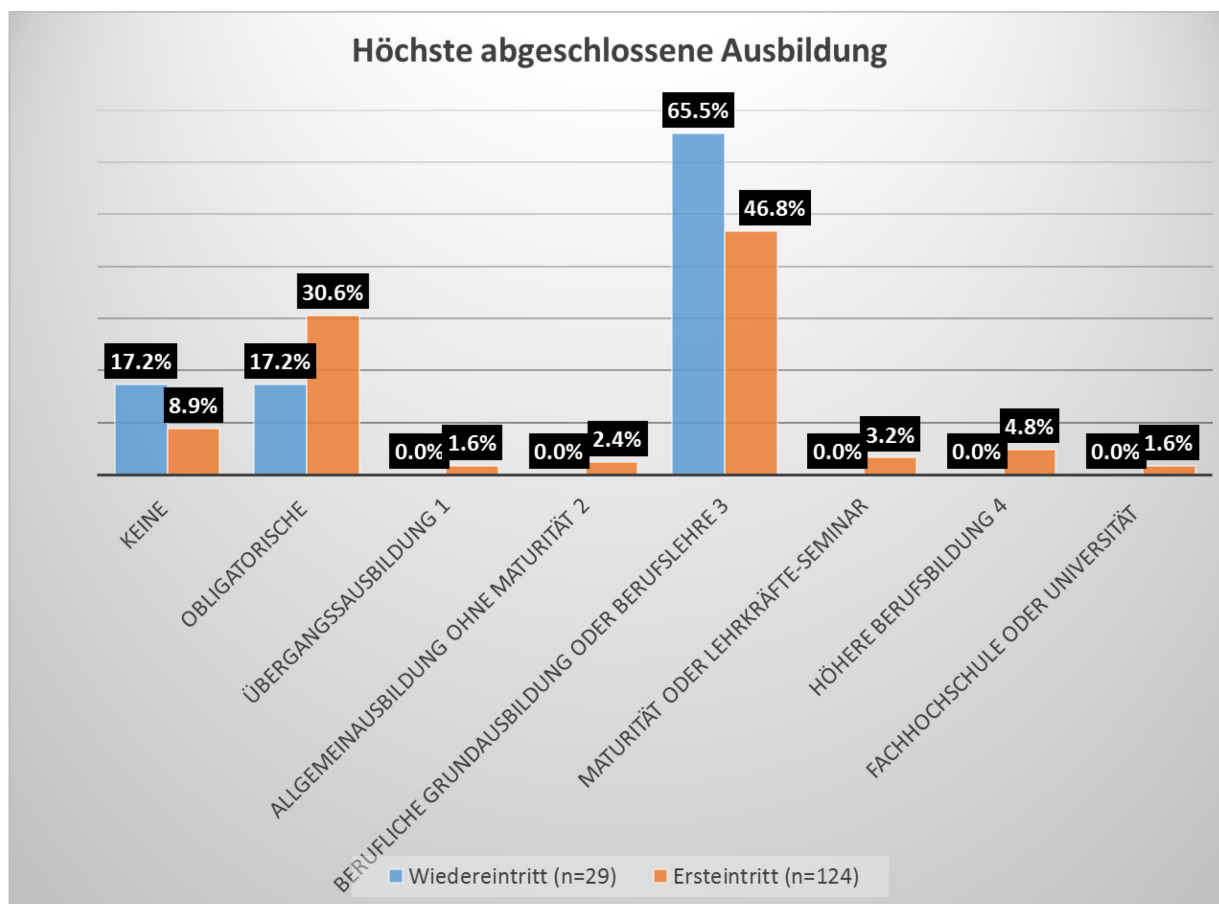
**Tabelle 8:** Welchen hauptsächlichsten Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen? 2021

Erwerbsstatus	Wiedereintritte 2021		Ersteintritte 2021		Ersteintritte Vorjahr 2020 <sup>1</sup>	
	n	%	n	%	n	%
<b>Vollzeitarbeit (ab 70%)</b>	5	19.2%	22	17.6%	15	14.6%
<b>Teilzeitarbeit</b>	2	7.7%	6	4.8%	10	9.7%
<b>Gelegenheitsjobs</b>	1	3.8%	2	1.6%	2	1.9%
<b>in Ausbildung</b>	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%
<b>arbeitslos und aktive Stellensuche</b>	0	0.0%	14	11.2%	12	11.7%
<b>arbeitslos und keine aktive Stellensuche</b>	6	23.1%	29	23.2%	29	28.2%
<b>Rentner/Rentnerin (Pension, AHV, Rücklagen)</b>	3	11.5%	3	2.4%	12	11.7%
<b>Arbeitsunfähigkeit (IV/Taggeld)</b>	8	30.8%	41	32.8%	17	16.5%
<b>Hausfrau/-mann</b>	0	0.0%	1	0.8%	1	1.0%
<b>Anderes</b>	1	3.8%	6	4.8%	5	4.9%
<b>Total</b>	26	100%	125	100%	103	100%

**Bemerkung:** 15 fehlende Werte, 7 davon bei Ersteintritten, <sup>1</sup> vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021)

Interessant ist, dass 56.5% (2020: 50.5% 2019: 60.8%; 2018: 60.5%) der ersteingetretenen Patientinnen und Patienten eine berufliche Grundausbildung oder höhere Ausbildung abgeschlossen haben (Abbildung 7). Bei den Wiedereintritten sind es dagegen 65.5%. Im Jahr 2021 hatten 35.7% der ersteingetretenen Frauen keine oder nur eine obligatorische Ausbildung (Männer 40.6%). Im Jahr 2020 waren es noch 55.0% (2019: 50.0%) der ersteingetretenen Frauen und 37.3% der Männer (2019: 26.4%). Zumindest bei den Männern ist in den letzten Jahren eine Zunahme der niedrigen Ausbildungsstufen zu beobachten. Insgesamt hatten 39.5% Ersteingetretene keine oder nur eine obligatorische Ausbildung (2020: 40.8%; 2019: 31.7%; 2018: 34.5%).

Abbildung 7: Höchste abgeschlossene Ausbildung, 2021



**Bemerkung:** 13 fehlende Werte, davon 8 bei Ersteintritten

- 1 : 1-jährige Ausbildung:** Vorlehre, 10. Schuljahr, 1-jährige Berufswahlschule, Haushaltslehrling, 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 Patientinnen und Patienten hat zumindest eine zwei- bis vier-jährige Ausbildung abgeschlossen und knapp ein Viertel (Vollzeitarbeit, Teilzeitarbeit und Gelegenheitsjobs) hat auch noch ein (ungeregeltes) Erwerbseinkommen. In der Mehrheit leben die Patientinnen und Patienten jedoch von der Rente oder Sozialhilfe und zunehmend von Arbeitsunfähigkeitsbezügen.

## 6 Substanzgebrauch

### Box 3. Datenunsicherheit beim Substanzgebrauch:

Die Angaben zum Substanzgebrauch 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), d.h. es liegt eine bewusste Angabe vor; b) keine Antwort, also fehlende Werte, d.h. wir wissen nicht, ob es nicht bekannt ist oder die Beantwortung vergessen worden ist. Die Abfragemaske zum Substanzgebrauch 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 Gebrauch in den letzten 30 Tagen, zum Einstiegsalter, zu Gebrauchsformen 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 Nichtgebrauch 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 Nichtgebrauch 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 Substanzgebrauch im bisherigen Leben (Lebenszeitprävalenz), zum Einstiegsalter und zu den Gebrauchstagen in den letzten 30 Tagen. Dabei werden beim Lebenszeitgebrauch zwei Szenarien (vgl. Box 3) berücksichtigt. Je nachdem welches Szenarium man annimmt, ergeben sich leicht andere Schlussfolgerungen. Allerdings sind die Rangreihen zu den Gebrauchsprävalenzen der Substanzen in beiden Szenarien ziemlich ähnlich. Abbildung 8 zeigt die Lebenszeitprävalenz gemäss Szenarium 2. Dies ist dasjenige Szenarium, welches in früheren Berichten angenommen worden ist. Im Anhang wird die entsprechende Abbildung für das Szenarium 1 berichtet. Unabhängig vom Szenarium wird deutlich, dass die Patientinnen und Patienten neben dem Heroin häufig auch Kokain, Tabak, Alkohol, Cannabis und Benzodiazepine gebraucht haben.

Bei jenen, welche die jeweilige Substanz in den 30 Tagen vor dem Eintritt gebraucht haben, sind die Tage mit Gebrauch in diesem Zeitraum insbesondere für illegales Heroin, Benzodiazepine, Cannabis und Tabak (Tabelle 10) hoch (d.h. 15 Tage oder mehr, wobei diese Zahlen auf mehr als 10 Nutzende der jeweiligen Substanz beruhen. Daten mit weniger als zehn Substanznutzenden wurden nicht herangezogen). Die Ergebnisse sind vergleichbar mit den Vorjahren.

In Abbildung 8 folgt die Rangordnung jener des Jahres 2019 und 2020, gibt aber die Daten für 2021 an, so dass man Veränderungen in den Rangreihen sehen kann. Man erkennt, dass sich diese Rangreihen zum Vorjahr kaum verändert haben.

Abbildung 8: Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen, alle Eintritte (inklusive Wiedereintritte) 2021, Szenarium 2 (keine Antwort wurde als kein Gebrauch gewertet)

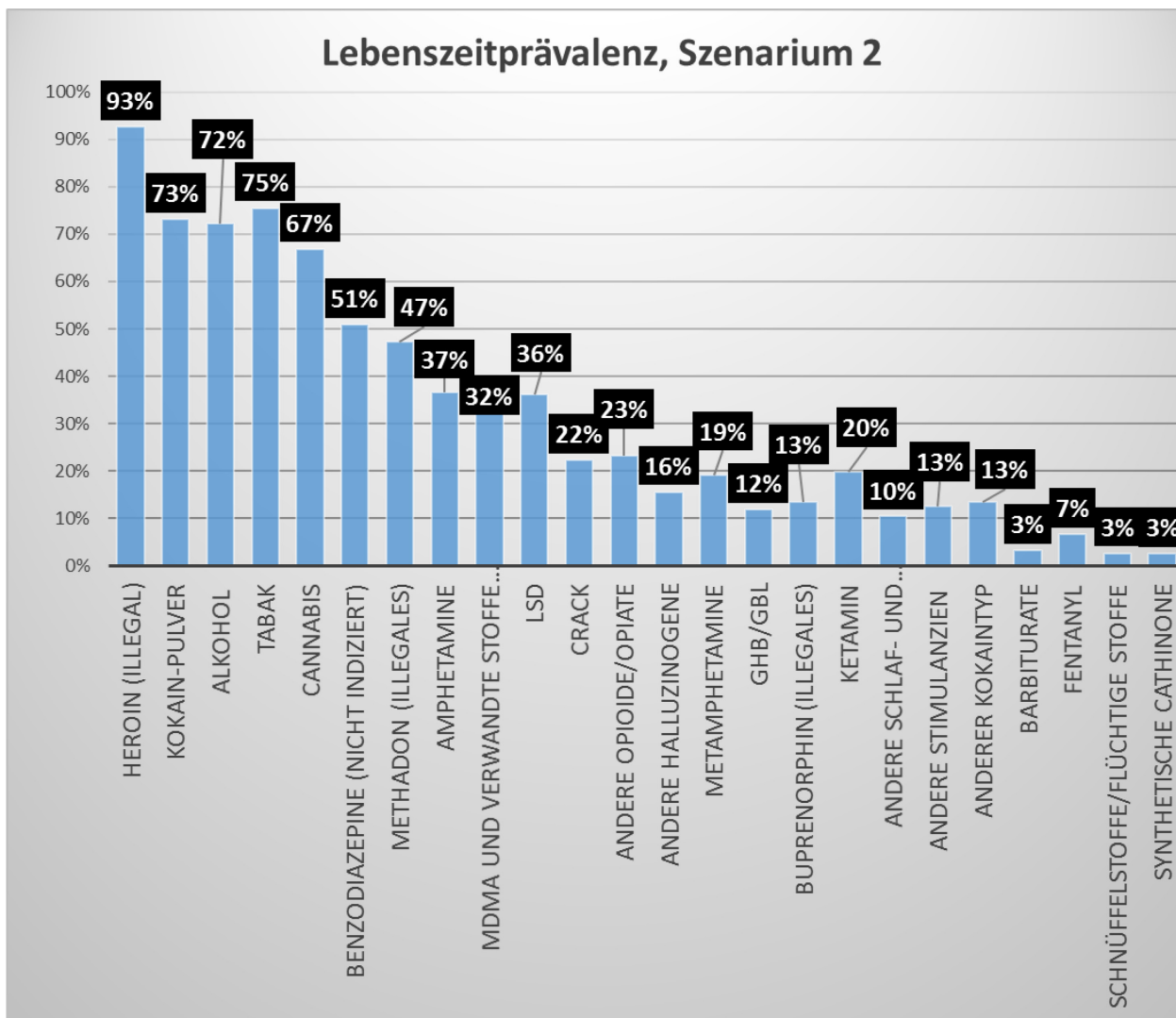




Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter, 2021

Substanz	Lebenszeitprävalenz					Einstiegsalter			
	fehlende Werte	davon « nicht beantwortet »	valide Werte	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 1	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 2	valide Werte (von ja)	min	max	Durchschnittsalter (in Jahren) beim Einstieg
<b>Alkohol</b>	43	35	123	92.7%	72.2%	87(114)	9	28	14.5
<b>Heroin (illegales)</b>	15	12	151	100.0%	92.6%	118(151)	10	40	20.2
<b>Methadon (illegales)</b>	41	21	125	55.2%	47.3%	43(69)	14	40	24.6
<b>Buprenorphin (illegales)</b>	44	27	122	16.4%	13.4%	10(20)	17	35	25.5
<b>Fentanyl</b>	50	34	116	8.6%	6.7%	8(10)	16	45	25.4
<b>andere Opioide/Opiate</b>	63	34	103	31.1%	23.4%	21(32)	14	52	27.0
<b>Kokain-Pulver</b>	41	35	125	93.6%	73.1%	90(117)	10	40	20.5
<b>Crack</b>	60	46	106	32.1%	22.4%	31(49)	16	54	24.2
<b>Anderer Kokaintyp</b>	76	51	90	21.1%	13.5%	13(19)	16	43	25.5
<b>Amphetamine</b>	93	88	73	80.8%	36.6%	46(59)	11	48	20.1
<b>Metamphetamine</b>	101	92	65	46.2%	19.1%	22(30)	13	32	19.9
<b>MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)</b>	99	91	67	76.1%	32.3%	40(51)	13	33	19.6
<b>Synthetische Cathinone</b>	111	98	55	7.3%	2.6%	1(4)	21	21	21.0
<b>Anderer Stimulanzien (z.B. nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)</b>	114	98	52	36.5%	12.7%	9(19)	10	33	20.3
<b>Barbiturate</b>	93	81	73	6.8%	3.2%	3 (5)	18	20	18.7
<b>Benzodiazepine (nicht indiziert)</b>	73	70	93	89.2%	50.9%	61(83)	13	48	23.9
<b>GHB/GBL</b>	83	76	83	22.9%	11.9%	15(19)	16	36	21.1
<b>Anderer Schlaf- und Beruhigungsmittel</b>	95	82	71	22.5%	10.5%	6(16)	14	42	22.5
<b>LSD</b>	102	100	64	93.8%	36.1%	47(60)	13	35	19.2

Substanz	Lebenszeitprävalenz					Einstiegsalter			
	fehlende Werte	davon « nicht beantwortet »	valide Werte	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 1	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 2	valide Werte (von ja)	min	max	Durchschnittsalter (in Jahren) beim Einstieg
<b>Ketamin</b>	106	101	60	53.3%	19.9%	20(32)	16	39	21.6

Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter, 2021, Fortsetzung

Substanz	Lebenszeitprävalenz					Einstiegsalter			
	fehlende Werte	davon « nicht beantwortet »	valide Werte	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 1	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 2	valide Werte (von ja)	min	max	Durchschnittsalter (in Jahren) beim Einstieg
<b>andere Halluzinogene</b>	113	107	53	47.2%	15.6%	18(23)	14	33	19.7
<b>Schnüffelstoffe/flüchtige Stoffe</b>	64	47	102	3.9%	2.7%	3(4)	18	33	23.3
<b>Cannabis</b>	42	33	124	84.7%	66.9%	77(105)	9	25	14.9
<b>Tabak</b>	40	33	126	95.2%	75.5%	87(120)	7	22	14.4

**Bemerkung:** Szenarium 1: nur vorhandene ja und nein Angaben wurden herangezogen  
Szenarium 2: keine Antwort (jedoch nicht «unbekannt» als Antwort) wurden als kein Gebrauch gewertet.

Tabelle 10: Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2021

Substanz	Gebrauch letzte 30 Tage						n mit Gebrauch 30 Tage	Durchschnitt (in Tagen) bei Gebrauchenden
	valide Werte	Kein Gebrauch	1-9 Tage	10-19 Tage	20-30 Tage	Durchschnitt (in Tagen)		
<b>Alkohol</b>	78	37.2%	21.8%	14.1%	26.9%	10.0	49	11.3
<b>Heroin (illegales)</b>	105	21.9%	6.7%	9.5%	61.9%	19.5	82	24.8
<b>Methadon (illegales)</b>	35	68.6%	17.1%	2.9%	11.4%	4.4	11	14.0
<b>Buprenorphin (illegales)</b>	6	83.3%	0.0%	0.0%	16.7%	6.0	1	30.0
<b>Fentanyl</b>	6	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	1.2	1	7.0
<b>Andere Opioide/Opiate</b>	18	55.6%	16.7%	11.1%	16.7%	7.1	8	16.0
<b>Kokain-Pulver</b>	73	52.1%	24.7%	11.0%	12.3%	5.5	35	11.4

Substanz	Gebrauch letzte 30 Tage							
	valide Werte	Kein Gebrauch	1-9 Tage	10-19 Tage	20-30 Tage	Durchschnitt (in Tagen)	n mit Gebrauch 30 Tage	Durchschnitt (in Tagen) bei Gebrauchenden
Crack	29	51.7%	37.9%	3.4%	6.9%	3.3	14	8.4
Anderer Kokaintyp	11	54.5%	9.1%	18.2%	18.2%	8.1	5	17.8
Amphetamine	35	82.9%	14.3%	0.0%	2.9%	1.2	6	7.0
Metamphetamine	15	86.7%	6.7%	0.0%	6.7%	2.1	2	15.5
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	29	93.1%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0	2	1.0

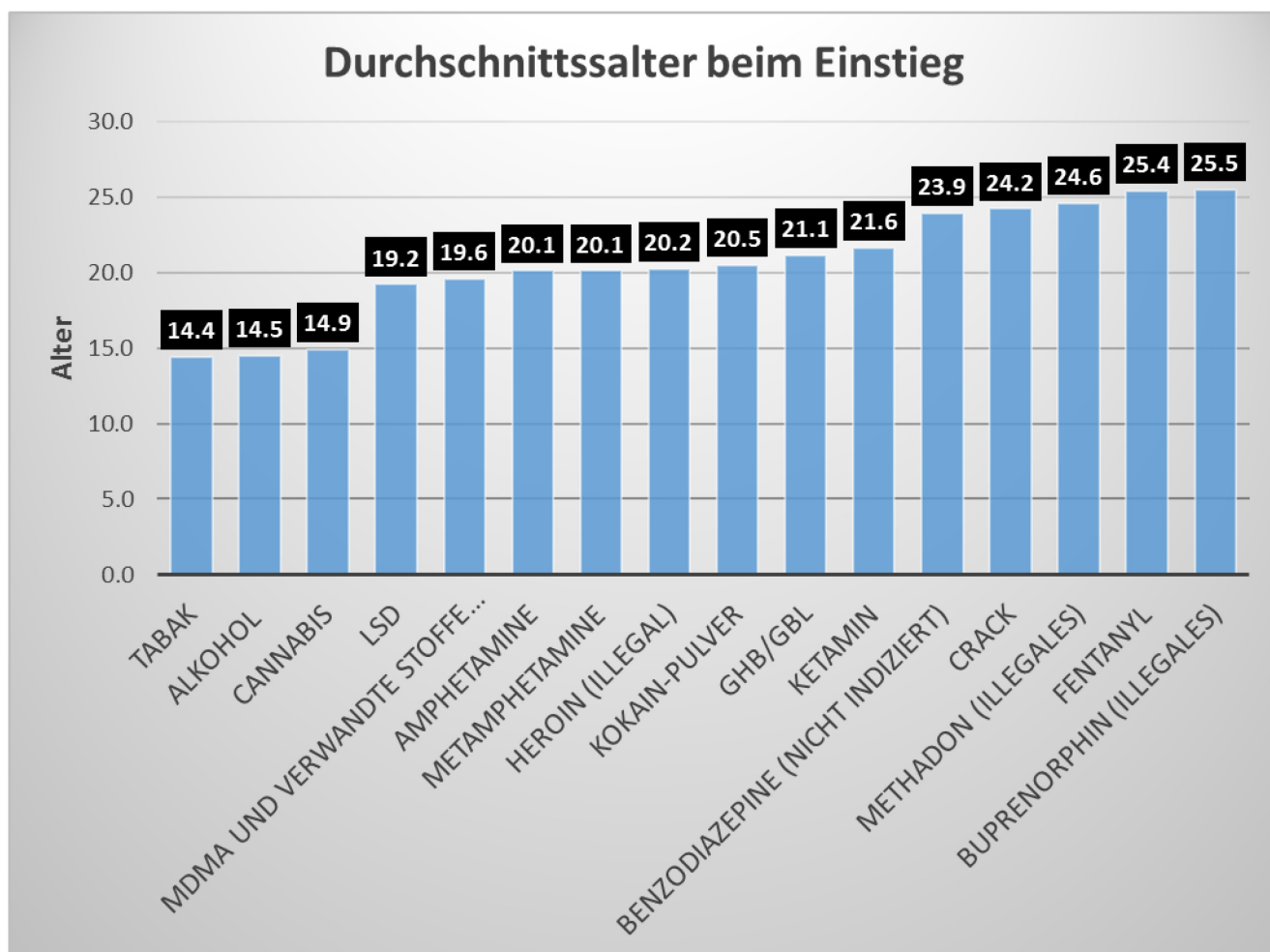
Tabelle 10: Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2021; Fortsetzung

Substanz	Gebrauch letzte 30 Tage							
	valide Werte	kein Gebrauch	1-9 Tage	10-19 Tage	20-30 Tage	Durchschnitt (in Tagen)	n mit Gebrauch 30 Tage	Durchschnitt (in Tagen) bei Gebrauchenden
Synthetische Cathinone	1	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0
Anderer Stimulanzien (z.B. nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	7	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0
Barbiturate	3	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	1.7	1	5.0
Benzodiazepine (nicht indiziert)	54	37.0%	11.1%	7.4%	44.4%	14.2	34	22.6
GHB/GBL	11	81.8%	9.1%	0.0%	9.1%	2.5	2	16.3
Anderer Schlaf- und Beruhigungsmittel	5	20.0%	40.0%	0.0%	40.0%	13.0	4	16.3
LSD	33	93.9%	6.1%	0.0%	0.0%	0.2	2	3.0
Ketamin	14	78.6%	21.4%	0.0%	0.0%	0.5	3	2.3
Anderer Halluzinogene	12	91.7%	8.3%	0.0%	0.0%	0.1	1	1.0
Schnüffelstoffe/Flüchtige Stoffe	3	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.7	1	2.0
Cannabis	66	45.5%	19.7%	4.5%	30.3%	9.4	36	17.3
Tabak	77	3.9%	1.3%	0.0%	94.8%	28.4	74	29.6

Abbildung 9 zeigt das Durchschnittsalter beim Einstieg in den Gebrauch verschiedener Substanzen. Es ist wichtig zu betonen, dass dies nur für Lebenszeitgebrauchende der jeweiligen Substanz berechnet worden ist, bei denen der Gebrauch mit «ja» angegeben worden ist (nur dann öffnet sich eine Eingabemaske für weitere Daten). Nicht alle Patientinnen und Patienten nehmen alle diese Substanzen (vgl. Abbildung 8). Die Werte stellen Durchschnittswerte bei den Nutzenden dar. Die Spannweite des Einstiegsalters kann Tabelle 9 entnommen werden.

Auch wenn es einige seltene Verschiebungen in der Rangreihe innerhalb der groben Blöcke (z.B. früher Einstieg in den Gebrauch legaler Substanzen und Cannabis versus später Einstieg in den Gebrauch von Crack, Methadon, Fentanyl oder Buprenorphin) im Vergleich zum Vorjahr gibt (vgl. Gmel, Labhart und Maffii, 2021), so bleibt die Reihenfolge der groben Blöcke im Wesentlichen erhalten. So stand 2020 beispielsweise Alkohol vor Tabak und 2021 ist dies umgekehrt, aber das Einstiegsalter in die legalen Substanzen sowie Cannabis ist - als grober Block - deutlich früher als dasjenige für andere Substanzen.

Abbildung 9: Einstiegsalter in den Gebrauch verschiedener Substanzen, Eintritte 2021



**Bemerkung:** Andere Kokaintypen ausser Crack und Pulver, sowie andere Stimulantien, andere Schlaf- und Beruhigungsmittel, andere Stimulanzen, andere Halluzinogene wurden in dieser Abbildung nicht berücksichtigt. Ebenso wurden Schnüffelstoffe, Barbiturate und synthetische Cathinone aufgrund der geringen Fallzahlen nicht berücksichtigt. Sie befinden sich in Tabelle 9.

**Das Wichtigste in Kürze:** Patientinnen und Patienten der HeGeBe nehmen häufig mehrere Substanzen ein. Neben Heroin und den legalen Substanzen Alkohol und Tabak spielen dabei insbesondere Kokain, Cannabis aber auch Benzodiazepine eine Rolle. In den 30 Tagen vor Eintritt werden neben Heroin häufig Benzodiazepine und Cannabis gebraucht. Die Daten zum Einstiegsalter lassen vermuten, dass in der Regel mit den legalen Substanzen Alkohol und Tabak sowie Cannabis begonnen wird. Im späteren Alter kommen dann bei den Patientinnen und Patienten weitere illegale Substanzen wie Kokain und Heroin dazu. Erst später, etwa im Alter von 25 Jahren, kommen dann auch Fentanyl und illegales Buprenorphin hinzu.

## 7 Hepatitis und HIV

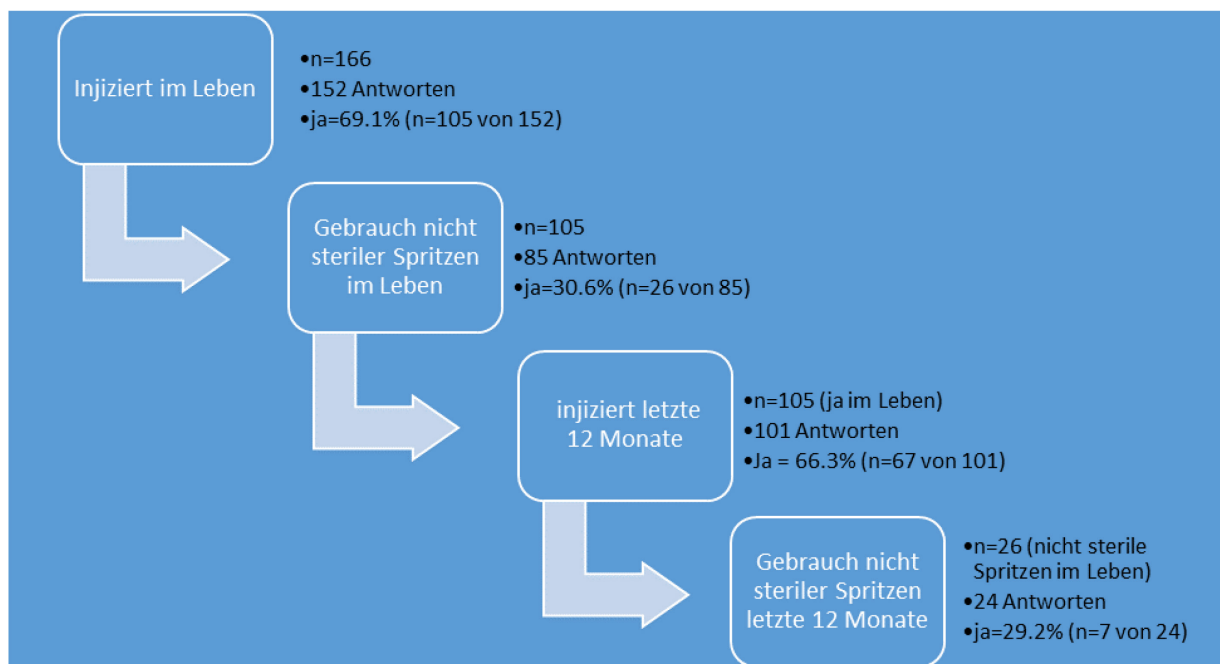
Bei der Auswertung der Hepatitis- und HIV-Daten wurden jeweils alle Fälle berücksichtigt, bei denen entweder Testresultate oder Angaben zum Impfstatus vorhanden waren. So sind auch Personen aufgeführt, die nie auf Hepatitis A oder B getestet worden sind. Mit den uns zur Verfügung stehenden Hepatitis-B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

### 7.1 Injektionsverhalten

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

Interessant ist, dass nach eigenen Angaben 30.9% der HeGeBe Patientinnen und Patienten nie im Leben injiziert haben (vgl. Abbildung 10). Das erklärt auch den hohen Anteil an oralen Behandlungen (vgl. Tabelle 2), die zum Teil auch mit der neuen Verordnung zur Mitgabe zusammenhängen dürfte (vgl. Kapitel 10). In den letzten zwölf Monaten vor dem Eintritt waren es gut über 50% der Patientinnen und Patienten ohne Injektion (66.3% von 69.1% = 45.8% mit Injektionen). Insgesamt sind im Vergleich zum Vorjahr die Anteile ohne Injektion im Verlaufe des Lebens (von 18.2% im Jahr 2019 über 25.9% im Jahr 2020 auf 30.9% im Jahr 2021) und ohne Injektion in den letzten zwölf Monaten (von 39.8% im Jahr 2019 über 53.2% im Jahr 2020 auf 54.2% im Jahr 2021) deutlich angestiegen.

Abbildung 10: Illegaler Substanzgebrauch durch Injektion, 2021



Gut ein Fünftel (30.6% von 69.1% = 21.1%) hat im Leben schon mal potenziell nicht sterile Spritzen gebraucht und 8.9% (29.2% von 30.6% = 8.9%) in den letzten zwölf Monaten vor Behandlungseintritt. Letzteres ist ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren (2020: 1.5%; 2019: 4.9% in den letzten 12 Monaten). Da aber der Gebrauch nicht steriler Spritzen im Leben zurückgegangen ist (2021: 21.1%; 2020: 25.5%; 2019: 32.1%) mag es sich hierbei um ein Problem der geringen Fallzahlen in den letzten zwölf Monaten bei kumulierten fehlenden Werten handeln.

**Das Wichtigste in Kürze:** Es gibt eine nicht unbeträchtliche, schwerabhängige Population (30.9%), die in die Behandlung mit Diacetylmorphin gelangt, obwohl sie nach eigenen Angaben nie injiziert hat. Dieser Anteil scheint in den letzten Jahren zuzunehmen. Gut ein Fünftel hat im Verlaufe des Lebens nicht steriles Spritzenmaterial benutzt und war somit sehr vulnerabel für Hepatitis und HIV. Erfreulicherweise nehmen diese Zahlen ab.

## 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 erstmalig im Vergleich zum Vorjahr um das 2.5-fache auf 110 Fälle gestiegen (BAG-Bulletin 23 vom 4. Juni 2018).

Bei den 166 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) ist bei 71 Personen sowohl unbekannt, ob sie geimpft worden sind, als auch, ob sie einen Test gemacht haben. Das sind 42.7%.

Bei weiteren 17 Eintritten ist zwar die Frage nach der Impfung beantwortet worden, aber es blieb unbekannt, ob dabei ein Test durchgeführt worden ist. Neun Personen davon hatten eine vollständige Impfung und werden der Gruppe «immun» zugeschrieben. Insgesamt gaben 37 Personen (inklusive jener mit Test) an, vollständig geimpft worden zu sein. Das entspricht bei 166 Personen 22.3% (2020: 26.0%; 2019: 27.1%). Indes ist bei 91 Personen (54.8%) der Impfstatus nicht bekannt. Nur fünf Personen gaben an, noch nie einen Test gemacht zu haben, zwei Personen verweigerten die Antwort. 71 Personen gaben an, einen Test gemacht zu haben, und bei 65 liegt ein Ergebnis vor. Zuzüglich der neun Personen, die aus der Impfungsfrage dazugezählt werden können, liegt für 74 Personen ein Test-Ergebnis vor und für 92 Personen ist der Hepatitis A Status unbekannt (Tabelle 11).

*Tabelle 11: Hepatitis A Status bei 166 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) im Jahr 2021*

Status	n (=166)	% bei allen (n=166)	% bei vorliegendem Ergebnis (n=74)
unbekannt	92	55.4%	-
negativ, also empfänglich	39	23.5%	52.7%
immun (Impfung, überstandene Infektion)	35	21.1%	47.3%

Diese Ergebnisse entsprechen in etwa jenen der Vorjahre.

**Das Wichtigste in Kürze:** Die Kenntnis über den Hepatitis A Status ist für diese vulnerable Population zu gering. Dies betrifft sowohl den Impfstatus als auch den Status von Hepatitis A Tests. Fast 80% der Patientinnen und Patienten könnten empfänglich sein und benötigen somit ausreichend Information und Prävention.

## 7.3 Hepatitis B

In der Schweiz sind etwa 44'000 Personen mit einer chronischen Hepatitis B infiziert (BAG, Infodrog, 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% weitaus häufiger betroffen sind. Die Mehrheit der Infektionen (etwa 55%) tritt in der Altersgruppe der 35- bis 60-Jährigen auf<sup>2</sup>.

Um halbwegs aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, wurden bei Hepatitis B alle Eintritte im Jahr 2021 untersucht, also einschliesslich Wiedereintritte. Drei Marker sind von besonderer Bedeutung. **Anti-HBc** sind Antikörper, die gegen das Membranprotein auf der Zelloberfläche des Hepatitis-B-Virus gerichtet sind. Sie sind vom Immunsystem gebildete Antikörper die auch nach einer Impfung vorliegen. **HBs-Antigens (HBsAg)** zeigen an, dass akute oder chronische Infektionen vorliegen. Sie verschwinden nach Heilung. Das Vorliegen von Anti-HBs bei Verschwinden von HBsAg zeigen erfolgte Immunisierungen an, entweder nach vollständiger Abheilung oder nach Impfung. **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 versäumt.

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 52.4% (n=87) der Eintritte wird angegeben, dass schon mal ein Hepatitis B Test gemacht worden ist. Bei 44.5% liegt keine Information vor (nicht bekannt oder fehlende Werte). Nur drei Personen gaben explizit an, nie einen Test gemacht zu haben und 2 Personen wollten nicht antworten. Bei 27 Personen wurde der Test beim Eintritt vorgenommen, das entspricht 16.3% (2020: 21.3%; 2019: 25.9%) aller Eintritte. Bei weiteren 46 Personen (27.7%; 2020: 34.6%; 2019: 22.9%) wurde angegeben, dass der Test früher gemacht worden sei.

Um eine einigermaßen gesicherte Diagnose stellen zu können, braucht man zumindest zwei Marker, wenn möglich alle drei. Wie Tabelle 13 zeigt, liegen aber von den 166 Eintritten nur bei etwa 20.5% (2020: 20.0%; 2019: 21.8%) also bei 34 Personen, die Marker komplett vor.

Tabelle 13: Hepatitis B Test bei 166 im Jahr 2021 Eintretenden (einschliesslich Wiedereintritte)

Marker	positiv	negativ	% aller Eintritte (n=166)
Anti-HBc	8	43	30.7%
HBsAg	21	28	29.5%
Anti-HBs	2	39	24.7%
<b>komplette Testergebnisse</b>			20.5%
<b>keine Testergebnisse</b>			62.0%

<sup>2</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-b.html>



Bei den Testergebnissen wurde womöglich miteinbezogen, ob Patientinnen und Patienten bereits geimpft worden sind. Dies, um für Fälle, bei denen zumindest unvollständige Marker vorlagen, eine etwas gesichertere Aussage treffen zu können. Bei 53.0% (2020: 46.0%; Vorjahr: 48.2%) liegen keine Angaben (n=88) über die Impfung vor. Für 42 Personen wird eine vollständige Impfung angegeben, das entspricht bei 78 Personen mit Angaben 53.8%. Acht Personen gaben eine unvollständige Impfung an. Bei neun Personen wurde kein Test gemacht, weil bereits ein positiver Nachweis von HBc-Antikörpern (mit oder ohne HBs Antikörper) vorlag. Acht Personen verweigerten den Test, bei vier Personen soll er nachgeholt werden (ist beschlossen) und sieben Personen gaben andere Gründe für die Nichtimpfung an. Tabelle 14 gibt den geschätzten (best guess) Hepatitis B Status bei 95 (von 166) Eintritten an.

Tabelle 14: Vermutlicher Hepatitis B Status von 95 Eintritten, 2021.

	Patientinnen und Patienten	%	Bemerkung
<b>empfindlich</b>	24	25%	nur bei 5 liegt klare Diagnostik vor
<b>immun durch Impfung</b>	42	44%	
<b>immun (durchgemachte Krankheit)</b>	5	5%	
<b>Kontakt mit Virus (unbekannter Status)</b>	0	0%	
<b>vermutlich ausgeheilt, kein oder unklarer Immunschutz</b>	1	1%	
<b>keinerlei Marker liegen vor, aber vollständige Impfung</b>	14	15%	
<b>Aktuelle Hepatitis B Infektion liegt vor</b>	9	9%	
<b>Total</b>	95	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 dieser dünnen Datenlage scheint relativ klar zu sein, dass nur wenige Patientinnen und Patienten akut oder chronisch infiziert sind. Indes, ein Viertel (25%) könnte noch für eine Infektion empfänglich sein.

## 7.4 Hepatitis C

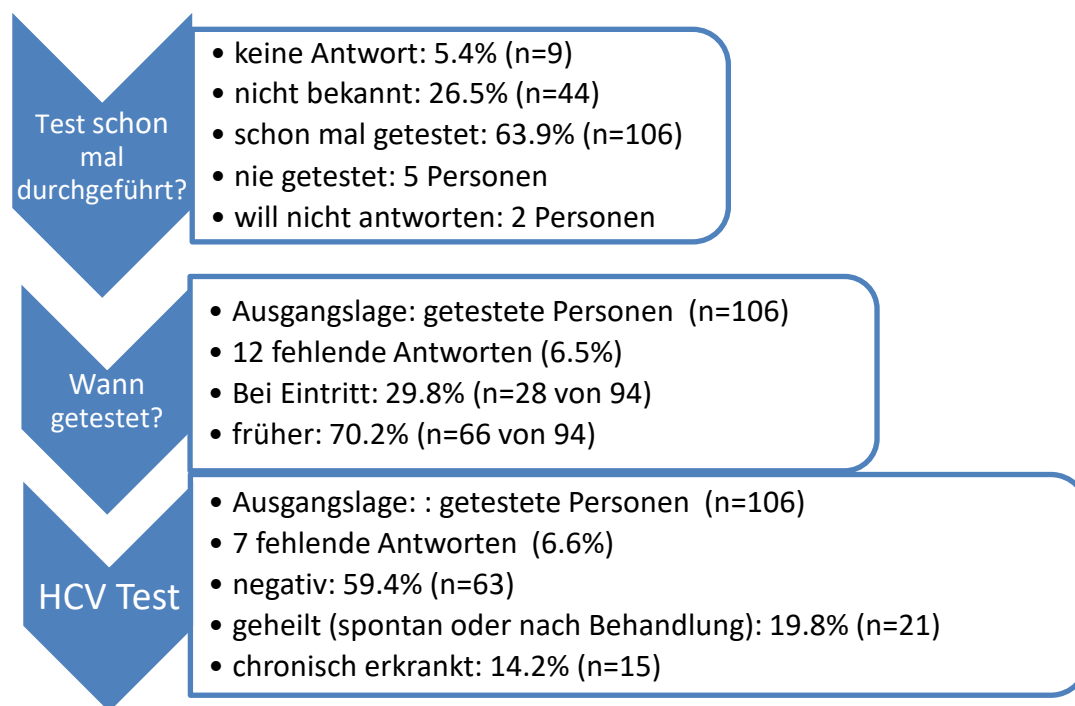
In der Schweiz sind ca. 0.5% der Bevölkerung mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert. Etwa 40'000 sind chronisch infiziert (BAG, Infodrog, 2019). Die Zahl der Meldungen von Menschen mit akuter Hepatitis C ist hierzulande seit 2006 stabil; gemeldet werden etwa 50 neue Fälle pro Jahr. Der Männeranteil ist hoch und beträgt konstant 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 Substanzgebrauch zurückzuführen.

Jedes Jahr werden ca. 500 Personen mit einer HCV-Infektion diagnostiziert, die Drogen intravenös applizieren. Schätzungsweise sind zwischen 7'700 und 15'400 Drogengebrauchende mit HCV infiziert (BAG, Infodrog, 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 diacetylmorphingestützte Behandlung (HeGeBe) eintreten, wird der Anteil auf 60 Prozent geschätzt (BAG, Infodrog, 2019).

Für die Analyse der Hepatitis C wurden alle Eintritte 2021, also auch Wiedereintritte herangezogen (Abbildung 11). Der Grund dafür ist, dass jährliche Untersuchungen empfohlen sind, weil auch nach durchgemachter Erkrankung keine Immunität vorhanden ist. Wiederaansteckungen sind somit möglich. Es gibt keine Hepatitis C Impfung. Jedoch gibt es neuerdings effektive Medikamente, die zwar eine Neuansteckung nicht verhindern können, aber verhindern, dass Genesene die Krankheit übertragen.

Systematische Testung und Behandlung könnten somit mittelfristig die Krankheit eliminieren. Die WHO setzt sich eine 80%ige Reduktion akuter Infektionen und eine 65%ige Reduktion der Mortalität zum Ziel für 2030 (WHO, 2021).

Abbildung 11: Durchführung von Hepatitis C Tests bei allen Eintritten (einschliesslich Wiedereintritten) im Jahr 2021



Insgesamt ist festzuhalten, dass von 166 Eintritten im Jahr 2021 bei 67 letztendlich nicht bekannt ist, welchen Hepatitis C Status die Patientinnen und Patienten haben; das entspricht 40.3% (Vorjahr 34.7%). Ein Grund dafür ist, dass von 36.1% (vgl. Abbildung 11) nicht bekannt ist, ob sie getestet worden sind oder nicht. Dies bestätigt teilweise die Schätzungen, die von etwa einem Viertel bis zur Hälfte ungetesteter Patientinnen und Patienten in Opioidagonistentherapie ausgehen (BAG, Infodrog, 2019). Bei Personen mit Angaben, sagen nur fünf explizit, sie seien noch nicht getestet worden. Von 63.9% (2020: 71.3%; 2019: 71.2%) ist zumindest bekannt, dass sie mal getestet worden sind, auch wenn das Testergebnis teilweise nicht bekannt ist. Von diesen Getesteten wurden 29.8% (2020: 32.7%; 2019: 43.8%) beim Eintritt getestet, 70.2% (2020; 60.7%; 2019: 53.7%) früher (vgl. Abbildung 11), wobei bei etwa einem Drittel der Test länger als ein Jahr zurückliegt. Bezogen auf Patientinnen und Patienten mit durchgeführtem Test sind 59.2% (2020: 57.0%; 2019: 52.2%) negativ. 19.8% (2020: 26.0%; 2019: 26.3%) sind zum Zeitpunkt des Testes geheilt und 14.2% (2020: 15.0%; 2019: 18.6%) chronisch erkrankt.

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 2013-2016 noch 37.1%, 2017 noch 33.3%. Im Jahr 2019 lag die Prävalenz chronisch Erkrankter bei etwa 19% im Jahr 2020 bei etwa 15%. Allerdings ist zu sagen, dass die Statistik bei Hildebrand et al. (2018) sich nur auf gültige Fälle bezog. Die betrafen 2001-2004 nur 6.1% aller Ersteintritte, 2013-2016 waren es 51.4%, 2017 60.0% und jetzt im Jahr 2021 gibt es 63.9% gültiger Fälle. Allerdings waren dies 2020 bereits über 70%. Es könnte also sein, dass Tests 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

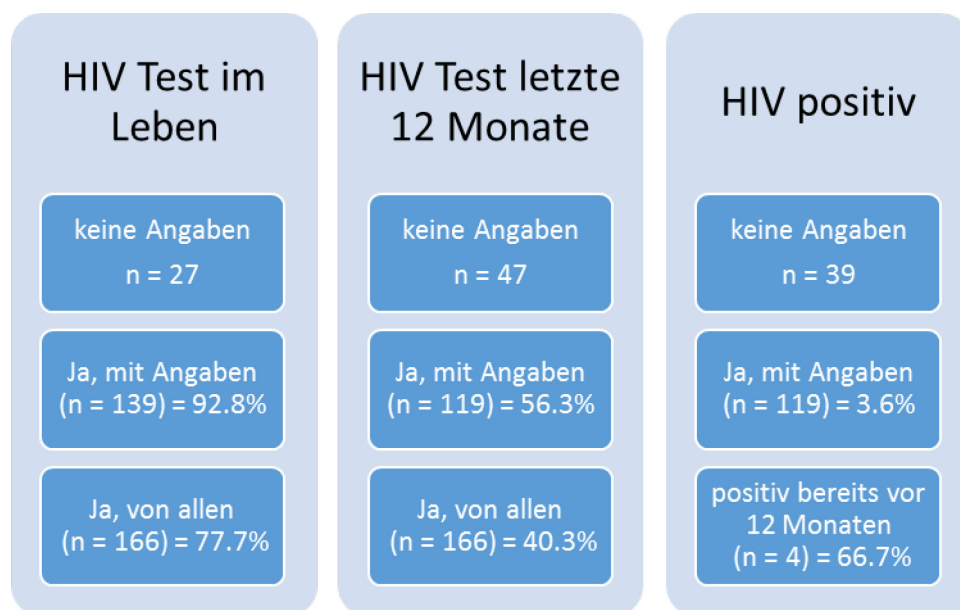
auch, dass heutzutage häufiger getestet wird und die Massnahmen zur Erhöhung der Hepatitis-C-Testung gefruchtet haben und präventiv wirken dürften. Es sollte aber mit den Testungen nicht nachgelassen werden

**Das Wichtigste in Kürze:** Die Datenlage zu Hepatitis C in der HeGeBe hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dennoch liegt bei fast 36.1% der im Jahr 2021 Eingetretenen kein Status vor. Das sind allerdings deutlich weniger als in früheren Jahren, jedoch mehr als im Vorjahr. Bei Personen mit Testresultaten ist die Mehrheit negativ und die Prävalenz chronisch Erkrankter hat stark abgenommen und liegt jetzt bei unter 15%.

## 7.5 HIV

Im Jahr 2021 gaben 77.7% (n=129 von 166) an, in ihrem Leben bereits einen HIV-Test gemacht zu haben (2020: 81.3%; 2019: 84.7%). Nur neun Personen sagten, sie hätten noch keinen HIV-Test durchgeführt und eine Person wollte nicht antworten. Mit anderen Worten haben über 90% (92.8%; 2020: 96.1%; 2019: 97.3%) derjenigen mit Angaben bereits einen HIV-Test im Leben gemacht (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Durchgeführte HIV Tests und HIV Status, Eintritte 2021



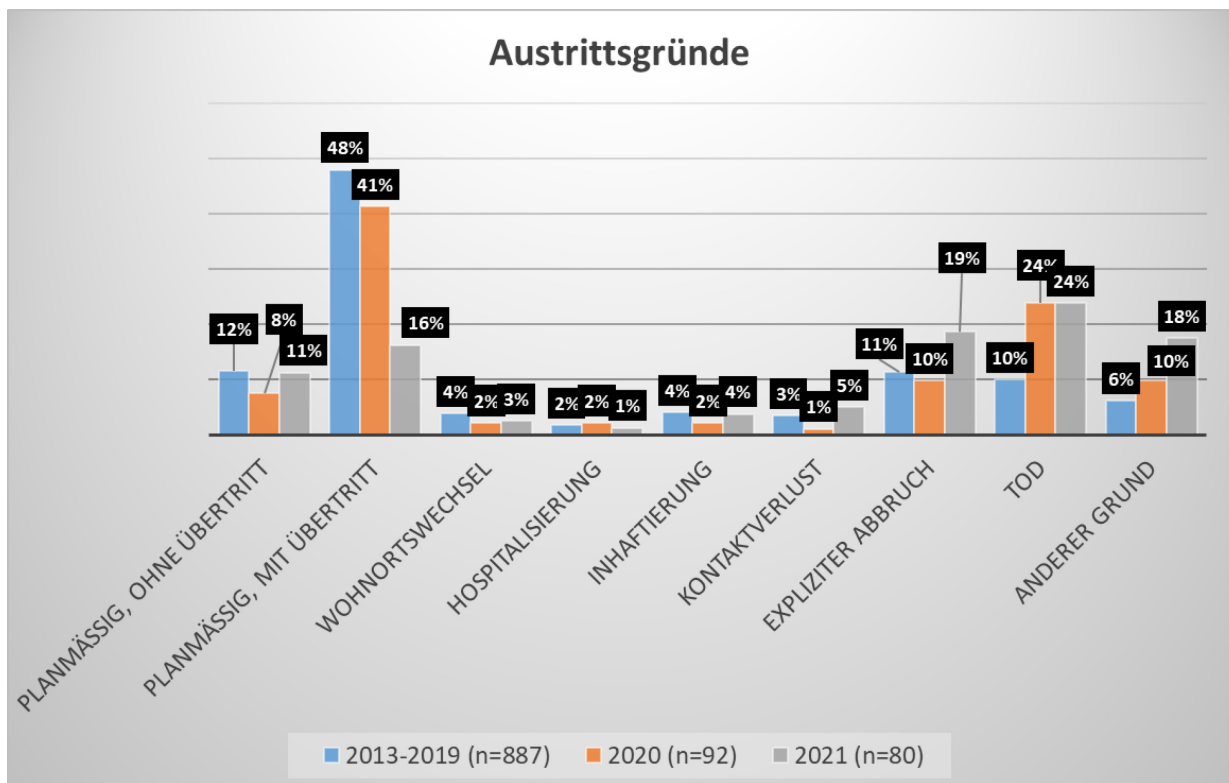
Allerdings haben nur 56.3% (2020: 70.6%; 2019: 76.3%) derjenigen mit Angaben einen Test in den letzten zwölf Monaten durchgeführt. Bezieht man dies auf alle Eintritte einschliesslich jener ohne Angaben (nicht bekannt oder fehlende Werte), so sind das 40.3% (2020: 56.0%; 2019: 57.1%) aller Eintritte mit einem HIV Test in den letzten zwölf Monaten. Sechs Personen sind HIV-positiv. Dabei gaben vier Personen an, dass die Ersterkrankung bereits mehr als zwölf Monate zurückliegt. Im Gegensatz zu den Vorjahren (vgl. Hildebrand et al., 2018, Gmel et al., 2019, Gmel et al., 2020; Gmel et al., 2021), gibt es also im Jahr 2021 erstmalig wieder Neuerkrankungen.

**Das Wichtigste in Kürze:** Gemäss Angaben der Patientinnen und Patienten gab es 2021 nur zwei HIV-Neuerkrankungen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass nur bei weniger als der Hälfte der Patientinnen und Patienten ein aktueller (in den letzten zwölf Monaten) HIV-Test durchgeführt worden ist. Generell scheint die Testung leicht rückläufig.

## 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 dasjenige anderer Institutionen (einschliesslich Hausärzte), oder Substanzwechsel (beispielsweise auf Sevre-Long®) mit ein. Einen ansteigenden Trend scheint es bei den Todesfällen zu geben, was mit dem zunehmendem Alter der Kohorte zu tun haben dürfte. Im Jahr 2021 gab es 19 Todesfälle (2020: 22). Das entspricht anteilmässig mit 24% dem des Vorjahres, also in etwa dem Doppelten im Vergleich zu den früheren Jahren.

Abbildung 13: Austrittsgründe im Jahr 2021 und im Vergleich mit 2013-2019<sup>1</sup> und 2020<sup>2</sup>.



**Bemerkung:** N=80, 4 fehlende Werte; <sup>1</sup> vgl. Hildebrand et al. (2018), Gmel et al. (2019), Gmel et al. (2020). <sup>2</sup> vgl. Gmel et al. (2021)

## 9 Psychische 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 16).

Berücksichtigt man andere Störungen durch Substanzgebrauch ausser Opioiden/Opiaten (z.B. Alkohol, Cannabinoide, Kokain, multipler Substanzgebrauch) sowie andere Störungen, so zeigt sich, dass nur ein geringer Teil der HeGeBe Patientinnen und Patienten (15.3%) nicht noch mindestens eine weitere diagnostizierte psychische oder Verhaltensstörung aufweisen. Bei 81.9% liegt zumindest noch eine weitere Substanzgebrauchsstörung vor, in der Regel andere illegale Drogen und häufig eine multiple Substanzgebrauchsstörung (F19; nicht tabelliert). Neben den Substanzgebrauchsstörungen liegen aber auch andere psychische und Verhaltensstörungen vor. So sind es nur 26.4%, die nur wegen des weiteren Substanzgebrauchs (Alkohol oder andere Drogen ausser Opiode/Opiate) diagnostiziert werden. Das ist etwas höher als in den Vorjahren (z.B. 2020: 23.4%).

*Tabelle 15: Anzahl gesicherter Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2021 und im Vergleich mit dem Jahr 2020 (einschliesslich Störungen durch Alkohol und andere Drogen ohne Opiode/Opiate)*

Anzahl Diagnosen (einschliesslich Störungen durch Alkohol und andere Substanzen aber ohne Opiode)				
	2021		2020	
	n	%	n	%
<b>ausschliesslich Störungen durch Opiode</b>	11	15.3%	11	13.4%
<b>eine Diagnose</b>	30	41.7%	20	24.4%
<b>zwei Diagnosen</b>	19	26.4%	29	35.4%
<b>drei Diagnosen</b>	10	13.9%	15	18.3%
<b>vier Diagnosen</b>	2	2.8%	4	4.9%
<b>fünf Diagnosen</b>	0	0.0%	3	3.7%
<b>Total</b>	72	100.0%	82	100.0%

**Bemerkung:** 12 fehlende Werte auf allen Diagnosefragen 2021

**Tabelle 16:** Anzahl gesicherter Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2021 und im Vergleich mit den Jahren 2018-2020, ohne Störungen durch Substanzgebrauch (Opioid/Opiate, Alkohol und andere Drogen sind ausgeschlossen)

Anzahl Diagnosen ohne Störungen durch Substanzgebrauch								
	2021		2020 <sup>1</sup>		2019 <sup>1</sup>		2018 <sup>1</sup>	
			n	%	n	%	n	%
<b>ausschliesslich Störungen durch Substanzen (inklusive Opiode)</b>	47	65.3%	30	36.6%	49	41.2%	50	45.9%
<b>eine Diagnose</b>	19	26.4%	31	37.8%	50	42.0%	46	42.2%
<b>zwei Diagnosen</b>	5	6.9%	14	17.1%	18	15.1%	10	9.2%
<b>drei Diagnosen</b>	1	1.4%	5	6.1%	2	1.7%	2	1.8%
<b>vier Diagnosen</b>	0	0.0%	2	2.4%	0	0.0%	1	0.9%
<b>fünf Diagnosen</b>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>Total</b>	72	100.0%	82	100.0%	119	100.0%	109	100%

**Bemerkung:** 12 fehlende Werte auf allen Diagnosefragen 2021; <sup>1</sup> vgl. Gmel et al. (2019, 2020, 2021)

Ein Grossteil der Patientinnen und Patienten in der HeGeBe leidet neben Störungen durch Alkohol (25.0%; 2020: 13.4%; 2019: 29.4%) unter anderen psychischen und Verhaltensstörungen durch Substanzgebrauch (77.8%; 2020: 74.4%; 2019: 68.9%, vgl. Tabelle 17), in der Regel am diagnostizierten multiplen Substanzgebrauch (ICD-10: F19). Für die Jahre vor 2018 wurden dazu keine Angaben gemacht (vgl. Hildebrand et al., 2018).

Die nichtsubstanzbezogenen Störungen werden seltener diagnostiziert. Unter den nichtsubstanzbezogenen Störungen finden sich mit 16.7%, wie in den Vorjahren, noch am häufigsten eine diagnostizierte Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (Tabelle 17). In früheren Jahren waren es aber immer in etwa ein Viertel der austretenden Patientinnen und Patienten mit dieser Diagnose. 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 6.9% (2020: 13.4%; 2019: 11.8%) Verhaltens- und emotionale Störungen, die ihren Beginn in der Kindheit und Jugend haben (ICD-10: F90-F98). Darüber hinaus sind affektive Störungen (6.9%; 2020: 29.3%; 2019: 17.6%) und schizophrene Störungen (8.3%; 2020: 8.5%; 2019: 13.4%) häufig.

Tabelle 17: Häufigkeit der ICD-10 Diagnosegruppen des Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» für die HeGeBe Austritte im Jahr 2021 und im Vergleich mit den Jahren 2019 und 2020 (Mehrfachantworten möglich).

Störung	2021		2020		2019	
	n	%	n	%	n	%
Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störung	1	1.4%	4	4.9%	5	4.2%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	18	25.0%	11	13.4%	35	29.4%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ohne Opiode)	56	77.8%	61	74.4%	82	68.9%
Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störung	6	8.3%	7	8.5%	16	13.4%
Affektive Störungen	5	6.9%	24	29.3%	21	17.6%
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	3	4.2%	11	13.4%	5	4.2%
Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren	0	0.0%	2	2.4%	1	0.8%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	12	16.7%	21	25.6%	29	24.4%
Intelligenzminderung	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%
Entwicklungsstörungen	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5	6.9%	11	13.4%	14	11.8%
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

**Das Wichtigste in Kürze:** HeGeBe Patientinnen und Patienten haben nur in Ausnahmefällen eine rein opioidbezogene 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, sowie affektive und schizophrene Störungen häufig.



## 10 Mitgabe von Diacetylmorphin unter COVID-19

Am 25. September 2020 wurde die Betäubungsmittelsuchtverordnung (vgl. Art. 13 Absatz 3-6 BetmSV) geändert. Sie erlaubte jetzt die Mitgabe von bis zu vier Tagesdosen Diacetylmorphins an Patientinnen oder Patienten, die aufgrund der Covid-19- Epidemie als besonders gefährdet galten und unter der Voraussetzung, dass

- die Patientin oder der Patient für mindestens 6 Monate ununterbrochen in einer diacetylmorphingestützten Behandlung war;
- die Patientin oder der Patient gesundheitlich und sozial genügend stabilisiert war;
- die beiden letzten Urinproben ausser dem Diacetylmorphin keine Betäubungsmittel aufwiesen;
- die Missbrauchsgefahr als sehr gering eingeschätzt wurde.

Bei Patientinnen und Patienten mit erhöhten Risikofaktoren wie Komorbidität konnte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Mitgabe auf bis zu sieben Tagesdosen erhöhen.

Die Laufzeit dieser Änderung der Verordnung war auf den 31. Dezember 2021 begrenzt. Die Zentren mussten vierteljährlich dem BAG über die Mitgabe berichten. Dazu wurde der «service de médecine des addictions» des centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) beauftragt, vierteljährlich eine Befragung bei den Zentren durchzuführen. Es liegen somit Daten für jedes Quartal im Jahr 2021 vor. Dieses Kapitel stellt die Auswertung der vier Quartalsbefragungen 2021 dar.

### 10.1 Wie viele HeGeBe-Zentren nutzten die Möglichkeit?

Von allen Zentren wurden Daten über das Jahr 2021 geliefert<sup>3</sup>.

Gefragt worden ist, wie viele Patientinnen und Patienten Diacetylmorphin erhalten haben und an wie viele das Medikament mitgegeben worden ist. Nur ein Zentrum hatte im Jahr 2021 keinen Gebrauch von der Mitgabe gemacht. In sechs weiteren Zentren, wurde die Mitgabe im Verlaufe des Jahres geändert.

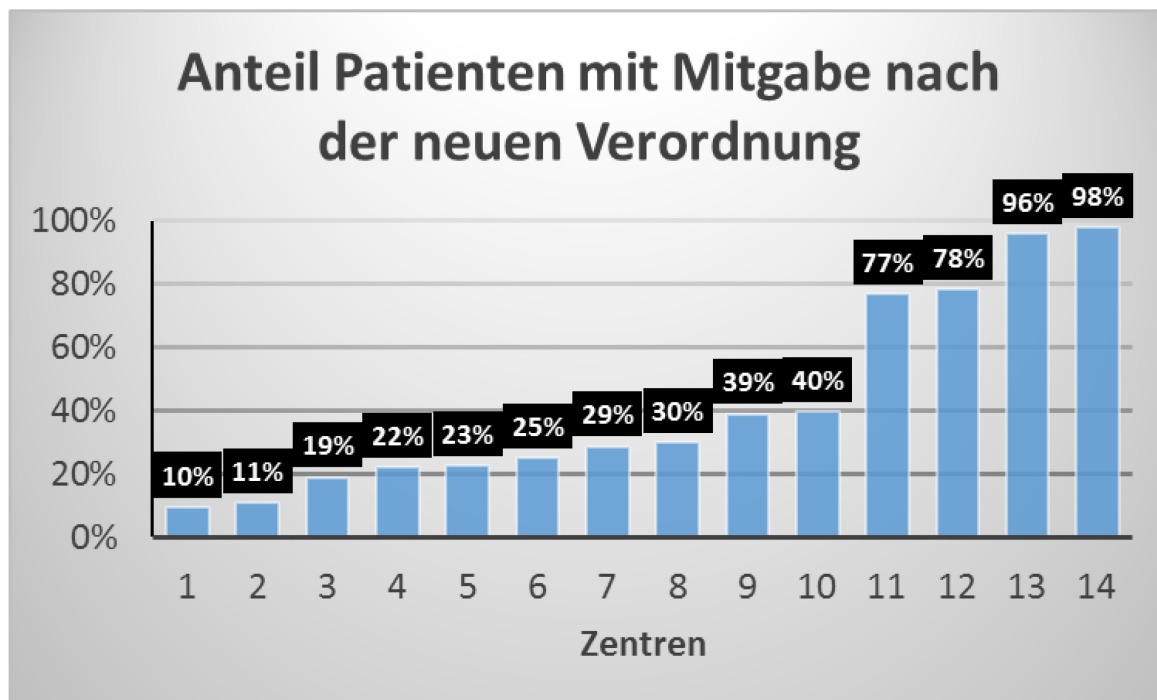
Zwei Zentren haben anfänglich Diacetylmorphin mitgegeben, diese Praxis aber im Verlaufe des Jahres aufgegeben. In beiden Fällen war die Mitgabe ursprünglich auf Einzelfälle beschränkt, eines der Zentren gab beispielsweise an, dass dies Patientinnen oder Patienten waren, die im Verlaufe auf Sevre-Long® umgestellt worden sind bzw. anschliessend vom Klinikpersonal vor Ort versorgt worden sind.

Es gab vier Zentren, die erst keine Mitgabe praktiziert hatten, dann aber zur Mitgabe übergangen. Davon waren es in drei Zentren nur vereinzelte Patientinnen oder Patienten, denen Diacetylmorphin mitgegeben wurde. Nur bei einem Zentrum wurde die ursprüngliche Praxis von keiner Mitgabe zum Jahresende deutlich verändert. In diesem Zentrum wurde dann bei weniger als einem Drittel Diacetylmorphin mitgegeben.

---

<sup>3</sup> Die Daten von zwei Zentren wurden zusammengelegt, da sie eine einheitliche Führungs- und Verwaltungsstruktur haben und im ersten Quartal gemeinsam für beide Zentren berichtet wurde, dagegen ab dem zweiten Quartal getrennt. Somit wird von 21 Zentren berichtet.

Abbildung 14: Prozentsatz der Patientinnen und Patienten mit Mitgabe von Diacetylmorphin, nur die 14 Zentren mit regelmässiger Mitgabe über das Jahr 2021



Wie Abbildung 14 zeigt, variierte der Prozentsatz an Patientinnen und Patienten, denen Diacetylmorphin mitgegeben wurde, sehr stark. Fünf Zentren gaben an, durchschnittlich über das Jahr weniger als einem Viertel ihrer Patientinnen und Patienten Diacetylmorphin mitgegeben zu haben, fünf Zentren haben durchschnittlich etwa an ein Viertel bis gut ein Drittel ihrer Patientinnen und Patienten mitgegeben, und bei vier Zentren war die Mitgabe an über drei Viertel der Patientinnen und Patienten eher die Regel.

Es gibt kaum Hinweise darauf, dass diese 14 Zentren ihre Mitgabepraktiken über das Jahr verändert haben. Ebenso gibt es kaum Hinweise darauf, dass die Praxis bei Frauen und Männern unterschiedlich gehandhabt worden ist.

**Das Wichtigste in Kürze:** Insgesamt wissen die Zentren sehr früh, ob sie Diacetylmorphin an ihre Patientinnen und Patienten mitgeben würden, und halten ihre Mitgabepaxis auch bei. Dies, sofern die Patientinnen und Patienten im Einzelfall für eine Mitgabe qualifizieren (vgl. Art. 13 BetmSV). Die Zentren, die von Mitgabe auf keine Mitgabe (oder umgekehrt) im Verlaufe des Jahres umgestiegen sind, zeichnen sich in der grossen Mehrheit durch eine Mitgabe bei nur wenigen, einzelnen Patientinnen und Patienten aus. Für die Stabilität der Mitgabe spricht auch, dass sich der Prozentsatz an Patientinnen und Patienten mit Mitgabe von Diacetylmorphin in Zentren mit kontinuierlicher Mitgabe über das Jahr kaum verändert hat.

## 10.2 Wie lange wurde mitgegeben?

Zur Dauer der Mitgabe wurden den Zentren vierteljährlich drei Fragen gestellt, nämlich was die häufigste, die zweithäufigste und die dritthäufigste Dauer der Mitgabe war. Als Antwortmöglichkeiten konnten jeweils 1-2 Tage, 3-4 Tage und 5-7 Tage angegeben werden.

Im Wesentlichen zeigen sich drei Muster der Mitgabedauer, die auch über das Jahr mit wenigen Ausnahmen stabil von den Zentren durchgeführt worden sind. Hier werden durchschnittliche Einschätzungen berichtet. Bei den Zentren, die nicht in allen vier Quartalen Diacetylmorphin mitgegeben haben, werden entsprechend nur jene Quartale mit Mitgabe einbezogen.

#### **Muster A (acht Zentren):**

Das häufigste Muster in diesen Zentren war jenes der Mitgabe von 1-2 Tagen, gefolgt von 3-4 Tagen. 5-7 Tage war in diesen Zentren bestenfalls die 3. Option, die ggf. in einem Quartal auch gar nicht angewendet wurde.

#### **Muster B (vier Zentren (+ ein weiteres Zentrum)):**

Die häufigste Mitgabedauer war 1-2 Tage, seltener 3-4 Tage. In keinem Quartal wurde die Option 5-7 Tage gewählt, was dieses Muster B vom Muster A unterscheidet. Ein weiteres fünftes Zentrum, das am ehesten zu diesem Muster passt, benutzte 3-4 Tage Mitgabedauer als wichtigste Option gefolgt von 1-2 Tagen als zweitwichtigste Variante. Nur in einem von vier Quartalen wurde in diesem Zentrum 5-7 Tage überhaupt als Option genannt und dann als dritthäufigste Mitgabedauer

#### **Muster C (fünf Zentren (+ zwei weitere Zentren)):**

Diese Zentren wählten 5-7 Tage als wichtigste Option. Die zweitwichtigste Option war dann aber nicht 3-4 Tage, sondern nur 1-2 Tage. Die Zentren wählten also, ob sie den Patientinnen und Patienten zutrauen, mit Tagesdosen von 5-7 Tagen umzugehen, ansonsten wählten sie eher eine Variante mit kurzfristiger Mitgabe. Ein weiteres sechstes Zentrum passte am ehesten in dieses Mitgabemuster. Dabei sind 5-7 Tage die häufigste Option, sie wird aber von 3-4 Tagen und dann von der Option 1-2 Tagen gefolgt. Ein weiteres siebtes Zentrum wählt ebenso hauptsächlich zwischen 5-7 und 1-2 Tagen (3-4 Tage ist die seltenste Variante) aus. Dabei sind jedoch 1-2 Tage die häufigere Variante und 5-7 Tage die zweithäufigste.

**Das Wichtigste in Kürze:** Die Mehrheit der Zentren wählt 1-2 Tage als häufigste Mitgabedauer, manche davon greifen praktisch nicht auf die Option von 5-7 Tage zurück. Etwa ein Drittel der Zentren benutzt 5-7 Tage als häufigste Mitgabedauer.

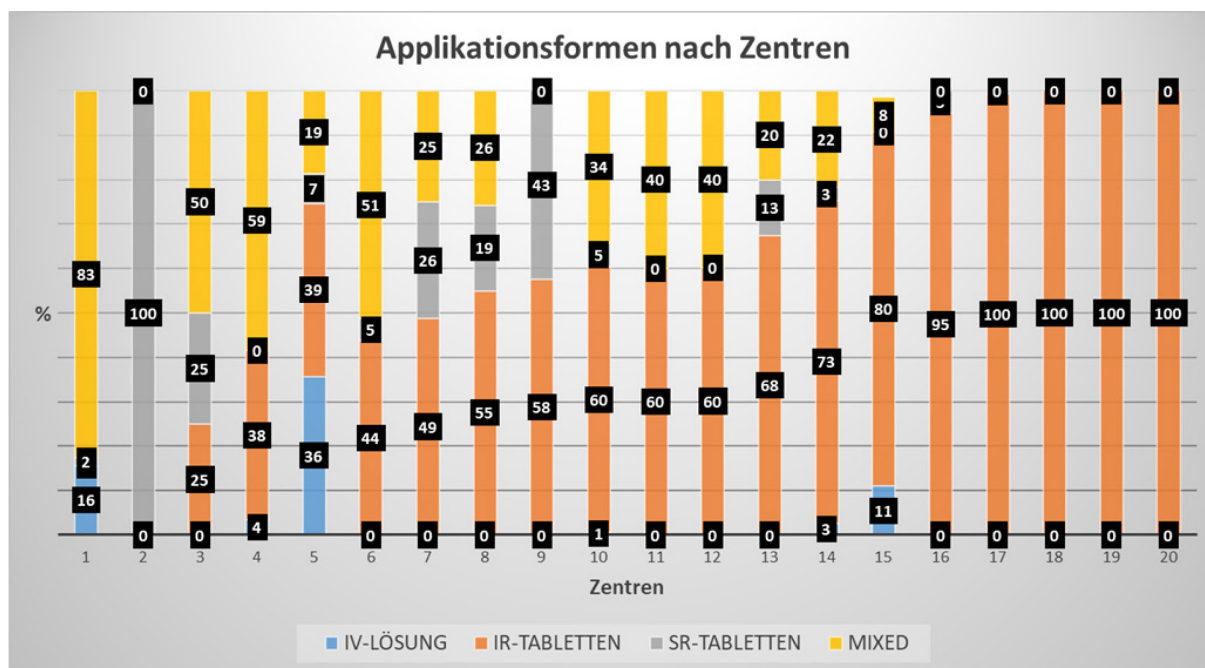
### **10.3 Was wurde mitgegeben?**

Die Zentren sollten den Prozentsatz von fünf Applikationsformen einschätzen. Mehrfachantworten waren möglich, wobei 100% als Summe nicht überschritten werden sollte. Ein Zähler im Onlinefragebogen zeigte die Summe an, so dass 100% nicht überschritten werden konnten. Die Applikationsformen waren a) intravenöse Lösung, b) IR- (immediate release) Tabletten, c) SR- (slow release) Tabletten, d) Lösung für nasale Zerstäuber und e) gemischte Applikationen.

Die häufigste Applikationsform über alle Zentren hinweg waren mit etwa zwei Dritteln IR-Tabletten. Nasale Lösungen wurden praktisch nicht ausgegeben und sind in der Abbildung 15 nicht berücksichtigt. In einigen wenigen Zentren wurden auch in seltenen Fällen intravenöse Lösungen mitgegeben. Leider ist unklar, was gemischte Applikationen bedeuteten. In der Regel dürften das aber Kombinationen aus IR- und SR-Tabletten gewesen sein, in seltenen Fällen auch gemischte Applikationen mit Anteilen intravenöser Lösungen.

**Das Wichtigste in Kürze:** SR- und IR-Tabletten stellen die deutliche Mehrheit der Applikationen bei der Mitgabe von Diacetylmorphin dar.

Abbildung 15: Applikationsformen für die Mitgabe von Diacetylmorphin



## 10.4 Warum wurde mitgegeben?

Vergleichbar zur Mitgabedauer, konnten die Zentren den wichtigsten, zweitwichtigsten und dritt wichtigsten Grund für die Mitgabe benennen. Folgende sieben Antwortvorgaben waren möglich:

- Patientin oder Patient wäre durch ihre/seine soziale Lage (z.B. Wohnumfeld) besonders ansteckungsgefährdet,
- Patientin oder Patient wäre aufgrund von Komorbiditäten bei Ansteckung besonders gefährdet,
- Patientin oder Patient ist gesundheitlich, behandlungsorganisatorisch und sozial stabil,
- reduzierte Ansteckungsgefahr für andere Patientinnen und Patienten, das behandelnde Personal und Mitbewohnerinnen und Mitbewohner der Patientinnen und Patienten,
- zu hoher Patientinnen- und Patientendruck bei unterbesetztem Personal,
- kostensparend und weniger personalaufwendig.

Es stellen sich vier Hauptgründe für die Mitgabe von Diacetylmorphin heraus.

Tabelle 18: Anzahl Nennungen der vier häufigsten Gründe für die Mitgabe von Diacetylmorphin über Zentren und Quartale hinweg (Nennungen nur bei Mitgabe im jeweiligen Quartal ausgewertet)

Wichtigkeit	Ansteckungsgefahr für PatientIn durch soziale Lage	Komorbidität von PatientIn	stabile Lage von PatientIn	reduzierte Ansteckungsgefahr für andere
wichtigster Grund	0	17	36	7
zweitwichtigster Grund	2	22	12	19
dritt wichtigster Grund	10	6	13	20
<b>Summe</b>	12	45	61	46

**Bemerkung:** alle anderen Gründe wurden seltener genannt

**Das Wichtigste in Kürze:** In erster Linie ist die stabile Situation der Patientinnen und Patienten der Grund, warum Diacetylmorphin mitgegeben wird. Erst danach rangieren Gründe wie erhöhte Ansteckungsgefahr für die Patientinnen und Patienten selber und für andere.

## 10.5 Warum wird nicht mitgegeben?

Die Frage wurde nur dann gestellt, wenn innerhalb eines Quartals in einem Zentrum an keine Patientin oder keinen Patienten Diacetylmorphin mitgegeben wurde. Folgende Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben:

- keine/r der Patientinnen und Patienten wollte es,
- bei allen Patientinnen und Patienten lag eine Kontra-Indikation wegen des physisch oder psychischen Gesundheitszustandes vor,
- keine/r der Patientinnen und Patienten erfüllte alle Kriterien (seit 6 Monaten ununterbrochen in Behandlung, ausreichend stabil, zwei saubere Urinproben, geringe Missbrauchsgefährdung),
- generelle Ablehnung der Mitgabe beim Behandlungs- /Institutionspersonal,
- zu hohe, teilweise nicht übernommene Zusatzkosten,
- organisatorisch zu aufwendig,
- anderes, nämlich:

Diacetylmorphin nicht mitzugeben, wurde häufig mit einer Mischung aus drei Faktoren begründet, nämlich, dass es die Patientinnen und Patienten nicht wollten, eine Kontraindikation vorlag oder die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt waren. In zwei Zentren wurde auch betont, dass betrieblich kein Bedarf bestand, da sich die bisherig vorherrschende Praxis bewährt hätte oder es organisatorisch zu aufwendig wäre. Potentielle Zusatzkosten der Massnahme wurden dagegen nie genannt.

## 10.6 Zufriedenheit mit der Massnahme und Ausblick

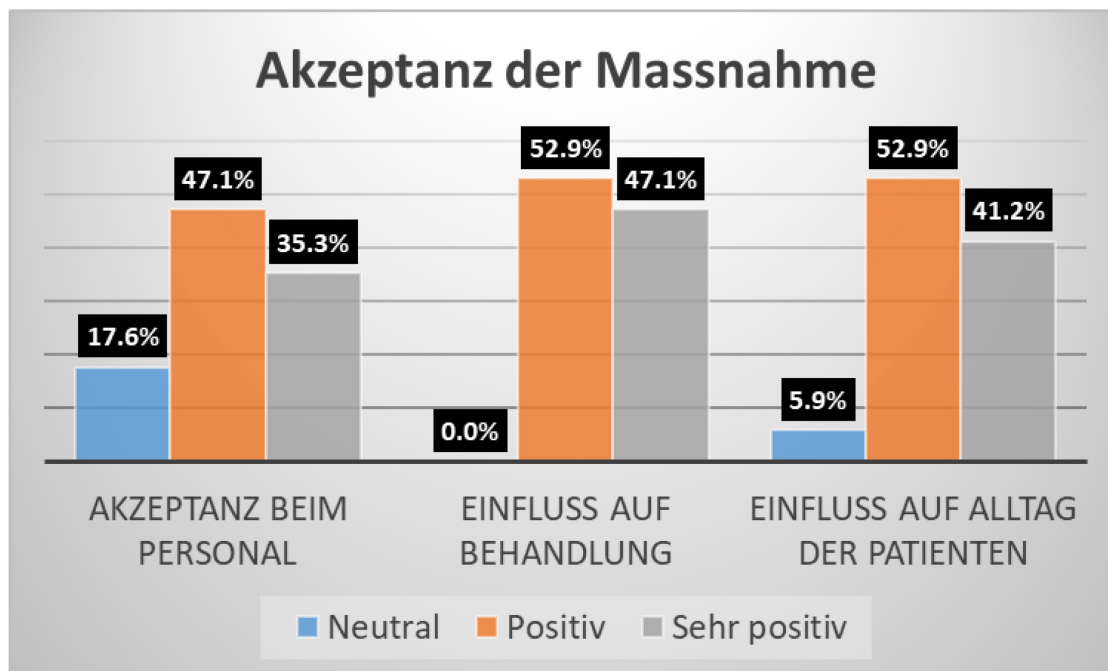
Im vierten Befragungsquartal wurden zusätzlich noch Fragen zur Änderung der Verschreibungspraxis sowie zur Zufriedenheit mit der Möglichkeit der Mitgabe gestellt. Neunzehn Zentren haben geantwortet. Zwei von den 19 Zentren wurden keine weiteren Fragen gestellt, da sie von der Mitgabe keinen Gebrauch gemacht haben (in einem dieser zwei Zentren gab es eine Ausnahme bei einem Patienten im ersten Quartal, jedoch keine Mitgabe in den weiteren drei Quartalen).

Von den 17 Zentren mit vorliegenden Daten im vierten Quartal, gaben 14 an, die Verabreichungsform nicht verändert zu haben und drei Zentren sagten, sie hätten die Dosis nicht verändert, wären aber zu vermehrter oraler Applikation übergegangen.

Ob die Erleichterung der Mitgabe einen Anreiz für die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten darstellte, bejahten neun der 17 Zentren, sechs verneinten es und zwei Zentren waren sich nicht sicher (Antwort: weiss nicht).

Die Zentren wurden gefragt, die Akzeptanz der Erleichterung der Mitgabe beim Personal, den Einfluss der Erleichterung der Mitgabe auf die Behandlung sowie den Einfluss der Erleichterung der Mitgabe auf den Alltag der Patientinnen und Patienten auf einer fünfstufigen Skala von sehr negativ bis sehr positiv einzuschätzen.

Abbildung 16: *Einschätzung der Akzeptanz beim Personal, des Einflusses auf die Behandlung und auf den Alltag der Patienten*



Bemerkung: n=17 Zentren, 5-stufiges Antwortformat von sehr negativ bis sehr positiv

Wie Abbildung 16 belegt, schätzte keines der Zentren, die eine Mitgabe nach der neuen Regelung praktizierten, auch nur eines der drei Kriterien negativ ein. Mit nur drei Ausnahmen bei der Akzeptanz beim Personal sowie einer Ausnahme beim Einfluss auf den Alltag der Patientinnen und Patienten mit einer neutralen Einschätzung, wurde die drei Aspekte ausschliesslich positiv betrachtet.

**Das Wichtigste in Kürze:** Die Zentren schätzen die Möglichkeit der erweiterten Mitgabe nahezu ausschliesslich positiv für die Behandlung und den Alltag der Patientinnen und Patienten ein. Die Akzeptanz beim Personal der Zentren ist hoch.

In einer offenen Frage wurde nach den potentiellen Herausforderungen gefragt, die mit der erweiterten Mitgabemöglichkeit aufgetreten sind. Von den 17 Zentren haben drei Zentren nicht auf die Frage geantwortet und drei weitere explizit ausgedrückt, dass keine besonderen Herausforderungen aufgetreten sind.

Die anderen elf Antworten kann man grob in drei Blöcke zusammenfassen.

**Vermehrter administrativer und logistischer Aufwand (fünf Nennungen):** Dazu gehörte der vermehrte Austausch im Team und mit den Patientinnen und Patienten sowie die verstärkte Planung der Medikamentenverabreichung (individuelle Zeitintervalle, Dosierungen). Bei recht strikter Anwendung, d.h. nur Patientinnen und Patienten in z.B. Quarantäne und Isolation, benötigt es zusätzliche Ressourcen bei der Medikamentenlieferung an die Patientinnen und Patientinnen und Patienten. Auch erforderten die selteneren Bezugsfrequenzen mehr aktives Nachfragen des Personals bei den Patientinnen oder Patientinnen und Patienten.

**Selektion von Patientinnen und Patientinnen und Patienten und Kommunikation mit den anderen Patientinnen und Patienten ohne Mitgabe (drei Nennungen):** Es müssten sehr genaue Risikoabschätzungen getroffen werden, da nicht jeder Patientin oder jedem Patienten wegen fehlender Indikation bzw. zu hohem Missbrauchspotenzial die Medikamente über einen längeren Zeitraum mitgegeben

werden könnten. Dies bereitete auch Probleme bei der Kommunikation, da man bei einigen Patientinnen und Patienten ihren Nachfragen bzw. ihrem Wunsch nach längerer Mitgabe nicht entsprechen konnte und dies dann auch entsprechend den Patientinnen und Patienten kommunizieren musste.

**Probleme mit Dosierung und Applikation (drei Nennungen):** Die fehlende Strukturierung des Tages, der Wegfall sozialer Kontakte (in den Zentren) sowie die höhere Verfügbarkeit der Substanz bereitete einigen Patientinnen und Patienten schon Probleme. So stellte die Einteilung der Tagesdosen anfänglich ein Problem dar, was zu vermehrter Nachfrage nach weiteren Medikamenten führte. Dies regelte sich aber mit der Zeit ein. In einem Zentrum wurde anfänglich strikt nur orale Eingabe bei der Mitgabe vorgesehen. Dies musste abgebrochen werden, weil einige Patientinnen und Patienten dann wieder positiv auf Kokain getestet worden sind.

Eine weitere offene Frage erfasste, ob es in den Zentren Anzeichen für einen Missbrauch der mitgegebenen Medikamente gab. Diese Frage wurde von zwei der 17 Zentren nicht beantwortet. Zehn Zentren fanden keine Hinweise und zwei weitere kaum bzw. nicht im vermehrten Umfang. Drei Zentren hatten Hinweise, dass Tabletten auf dem Schwarzmarkt aufgetaucht seien, dass oral verschriebene Tabletten geschnitten worden seien (jedoch nicht auf dem Schwarzmarkt aufgetaucht seien) und dass Tabletten injiziert worden seien, was durch die Mitgabe von flüssigem Diacetylmorphin behoben werden konnte.

Eine letzte offene Frage gab den Zentren die Möglichkeit, weitere Anmerkungen in Verbindung mit der Änderung der Betäubungsmittelsuchtverordnung vom 25. September 2020 zu machen. Acht der 17 Zentren machten keine Angaben, drei Zentren sagten explizit, keine weiteren Bemerkungen zu haben. Ein Zentrum bat darum, das nächste Mal die ausgefüllten Fragebogen zur internen Verwendung speichern zu können. Von den verbleibenden fünf Anmerkungen waren drei der Ausdruck des Dankes für die Erleichterung, die diese Massgabe für die Patientinnen und Patienten mitbrachte, bzw. der Wunsch nach Fortführung dieser Möglichkeit. Die verbleibenden zwei Antworten betonten, dass die Mitgabefrequenz eine medizinische und keine juristische Entscheidung sein sollte. Die rigide Regelung der Diacetylmorphinverschreibung sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, die vier Aufnahmekriterien seien medizinisch nicht begründbar und dies gelte insbesondere auch für die Mitgaberegulung vor dem 25. September 2020.

# 11 Referenzen

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

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2019) Heroingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2018 (Forschungsbericht Nr. 108), Lausanne: Sucht Schweiz.

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2020) Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2019 (Forschungsbericht Nr. 118), Lausanne: Sucht Schweiz.

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2021) Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2020 (Forschungsbericht Nr. 135), Lausanne: Sucht Schweiz

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).

World Health Organization (WHO) (2021). *Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



## 12 Anhang

Zu den verschiedenen Szenarien des Lebenszeitkonsums sei auf Kapitel 6 verwiesen.

Abbildung A1 Lebenszeitkonsum verschiedenen Substanzen gemäss Szenarium 1 (nur ja und nein Antworten wurden gewertet), 2021

