



**KEK  
CDC**

ANALYSE  
BERATUNG  
EVALUATION

---

# **Situationsanalyse der heroingestützten Behandlung (HeGeBe)**

Schlussbericht

16. August 2021

---

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Kathrin Frey  
Amélie Pestoni  
Marina Häusermann

## Impressum

Vertragsnummer:	20.004052 / 072-7/1
Laufzeit der Studie:	20.5.2020 – 31.8.2021
Datenerhebungsperiode:	20.5.2020 – 31.3.2021
Leitung der Studie im BAG:	Jenny Surbeck, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)
Meta-Evaluation:	<p>Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.</p> <p>Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG. Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards). Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Studienteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.</p>
Bezug:	Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F) <a href="http://www.bag.admin.ch/evaluationsberichte">www.bag.admin.ch/evaluationsberichte</a>
Übersetzung:	Das Executive Summary wurde aus der Originalsprache durch Sophie Staheyeff, KEK – CDC, übersetzt.
Zitiervorschlag:	Frey, Kathrin; Pestoni, Amélie; Häusermann, Marina (2021): Situationsanalyse der heroingestützten Behandlung (He-GeBe). Zürich: KEK – CDC.
Korrespondenzadresse:	Kathrin Frey, KEK – CDC, <a href="mailto:frey@kek.ch">frey@kek.ch</a>

# Inhaltsverzeichnis

<b>Executive Summary (D)</b> .....	<b>1</b>
<b>Executive Summary (F)</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>13</b>
1.1 Ausgangslage .....	13
1.2 Auftrag und Fragestellung .....	14
1.3 Analysekonzept und methodisches Vorgehen .....	15
1.3.1 Modul 1: Detailkonzept .....	15
1.3.2 Modul 2: Online Befragung Umsetzungsakteur/innen und Expert/innen..	15
1.3.3 Modul 3: Vertiefende Interviews .....	16
1.3.4 Modul 4: Entwicklung und Perspektive der HeGeBe-Patient/innen .....	17
1.3.5 Modul 5: Synthese .....	17
<b>2 Regelung der HeGeBe</b> .....	<b>18</b>
<b>3 Organisation und Praxis der HeGeBe-Zentren</b> .....	<b>20</b>
3.1 Grösse und Beständigkeit der HeGeBe-Zentren .....	20
3.2 Organisation der HeGeBe-Zentren .....	21
3.3 Finanzierung der HeGeBe-Zentren .....	21
3.4 Angebote der HeGeBe-Zentren.....	23
3.5 Ab- und Mitgabe-Praxis der HeGeBe-Zentren .....	23
3.5.1 Applikationsart .....	23
3.5.2 Mitgabe von DAM .....	25
3.6 Fortführung der HeGeBe ausserhalb der Zentren .....	27
<b>4 Nutzung des HeGeBe-Angebots</b> .....	<b>29</b>
4.1 Entwicklungen der HeGeBe-Patientenpopulation .....	29
4.2 Geographische Reichweite der HeGeBe .....	30
<b>5 Perspektive der Umsetzungsakteur/innen und weiterer Expert/innen</b> .....	<b>34</b>
5.1 Einschätzungen zu den Zielen der HeGeBe.....	34
5.2 Zugang zur HeGeBe in der Schweiz .....	35
5.3 Zweckmässigkeit der HeGeBe-Regelung .....	36
5.4 Herausforderungen .....	38
5.5 Optimierungspotential .....	40
<b>6 Perspektive der Betroffenen</b> .....	<b>44</b>
6.1 Zugang zur HeGeBe .....	44
6.2 Wahrnehmung der Behandlungssituation.....	45

6.3	Ab-/Mitgabe des DAM .....	46
6.4	Herausforderungen .....	47
<b>7</b>	<b>Situation der Versorgung mit Diacetylmorphin.....</b>	<b>49</b>
7.1	Analyse der Versorgungssituation .....	49
7.2	Optimierungspotential bei der Versorgung .....	51
7.2.1	Kurz- bis mittelfristige Vermeidung eines Versorgungsengpasses .....	51
7.2.2	Optimierung und alternative Versorgungsmöglichkeiten .....	51
<b>8</b>	<b>Synthese .....</b>	<b>53</b>
8.1	Beantwortung der Fragestellung .....	53
8.2	Schlussfolgerungen.....	59
<b>9</b>	<b>Referenzen.....</b>	<b>61</b>
<b>10</b>	<b>Annex: Dokumentation zum methodischen Vorgehen .....</b>	<b>64</b>
10.1	Methodenmatrix .....	64
10.2	Gesprächspartner/innen Module 1 und 3.....	67
10.3	Leitfaden Informationsgespräche Modul 1 .....	68
10.4	Stichprobe und Rücklauf Online-Befragung Modul 2 .....	69
10.5	Besuchte HeGeBe-Zentren Modul 3.....	69
10.6	Leitfaden Modul 3.....	69
10.7	Interviewpartner/innen und Leitfaden Modul 4.....	72
10.8	Expertenpanel Modul 5 .....	73
<b>11</b>	<b>Annex: Dokumentation Kapitel 3 bis 6 .....</b>	<b>74</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Fragen der Situationsanalyse (vgl. BAG 2020a: 5).....	14
Tabelle 2:	Ziele und Aufnahmekriterien der HeGeBe.....	18
Tabelle 3:	Unterschiede in der Regelung der HeGeBe und der anderen OAT .....	19
Tabelle 4:	Organisation der HeGeBe-Zentren .....	21
Tabelle 5:	Finanzierungsquellen der HeGeBe-Zentren.....	22
Tabelle 6:	Fortführung der HeGeBe ausserhalb der Zentren .....	27
Tabelle 7:	Fortführung der HeGeBe ausserhalb der Zentren: Schwierigkeiten .....	28
Tabelle 8:	Wohn- und Behandlungskanton der HeGeBe-Patient/innen, Juli 2020.....	31
Tabelle 9:	Abgabe und Mitgabe des DAM aus der Perspektive der Betroffenen .....	47
Tabelle 10:	Optimierung bei der bestehenden Versorgung und Alternativen .....	52
Tabelle 11:	Herausforderungen aus der Perspektive der Umsetzungsakteur/innen und weiterer Expert/innen .....	57
Tabelle 12:	Identifiziertes Optimierungspotential .....	58

Tabelle A 1: Methodenmatrix.....	64
Tabelle A 2: Gesprächspartner/innen Informationsgespräche und Interviews.....	67
Tabelle A 3: Stichprobe und Befragungsteilnahme (Rücklauf).....	69
Tabelle A 4: Merkmale der besuchten HeGeBe-Zentren .....	69
Tabelle A 5: Angaben zu den interviewten HeGeBe-Patient/innen .....	72
Tabelle A 6: Expertenpanel Modul 5.....	73
Tabelle A 7: HeGeBe-Zentren der Schweiz.....	74
Tabelle A 8: Regelung der Verabreichung zuhause und der Mitgabe von DAM.....	75
Tabelle A 9: Dosierung von Diaphin® bei der Mitgabe .....	75
Tabelle A 10: Mitgabe von Diaphin®: Anzahl Patient/innen .....	76
Tabelle A 11: Mitgabe von Diaphin® nach Grösse der HeGeBe-Zentren .....	76
Tabelle A 12: Patient/innen HeGeBe und andere OAT.....	77
Tabelle A 13: Einschränkungen zum Zugang zur HeGeBe Behandlung .....	79
Tabelle A 14: Rahmenbedingungen der Behandlung .....	79
Tabelle A 15: Bekanntheit des Handbuchs und der Monitoring-Jahresberichte .....	80
Tabelle A 16: Nützlichkeit des Handbuchs und der Monitoring-Jahresberichte .....	81
Tabelle A 17: Bedeutsame Entwicklungen.....	82
Tabelle A 18: Veränderungen im Konsumverhalten der Opioidabhängigen .....	82
Tabelle A 19: Herausforderungen für die HeGeBe .....	83
Tabelle A 20: Optimierungspotential Zugang der Betroffenen zu HeGeBe .....	84
Tabelle A 21: Optimierungspotential Behandlungssetting.....	84
Tabelle A 22: Optimierungspotential HeGeBe-Bewilligungssystem .....	85
Tabelle A 23: Optimierungspotential in weiteren Bereichen.....	85

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Standorte und Grösse der HeGeBe-Zentren, Stand Juli 2020.....	20
Abbildung 2: Schätzungen zum Anteil der Patient/innen pro Applikationsform .....	24
Abbildung 3: Anteil der Patient/innen mit einer Bewilligung für die erweiterte Mitgabe.....	26
Abbildung 4: Alter der HeGeBe-Patient/innen im Jahr 2020 .....	29
Abbildung 5: Anzahl Patient/innen relativ zur Kantonsbevölkerung.....	33
Abbildung 6: Anzahl Patient/innen relativ zur Gemeindebevölkerung .....	33
Abbildung 7: Wahrgenommene Erreichung der Ziele der HeGeBe .....	34
Abbildung 8: Zugang zur HeGeBe in der Schweiz .....	35
Abbildung 9: Beurteilung der Regelung der HeGeBe aus heutiger Perspektive .....	37
Abbildung 10: Einschätzungen zur Umsetzung der HeGeBe-Bestimmungen .....	38
Abbildung 11: Diaphin® Versorgung in der Schweiz, Stand Januar 2021 .....	50
Abbildung A 1: Geschätzter Anteil HeGeBe-Patient/innen mit einer Mitgabe im Jahr 2019 ..	76
Abbildung A 2: Bedeutsamkeit der Behandlungsziele der HeGeBe .....	78
Abbildung A 3: Gründe für den beschränkten Zugang zur HeGeBe.....	78
Abbildung A 4: Administrative Abwicklung der Gesuche durch das BAG .....	80
Abbildung A 5: Gültigkeit der Bewilligungen .....	80
Abbildung A 6: Wahrgenommene Entwicklungen .....	81
Abbildung A 7: Optimierungspotential.....	83

# Executive Summary (D)

---

## Abstract

Die Situationsanalyse untersucht die Umsetzung der heroingestützten Behandlung (HeGeBe). Die HeGeBe richtet sich an Personen mit einer schweren Heroinabhängigkeit und erfolgt im Jahr 2020 in 22 spezialisierten HeGeBe-Zentren. Das Umsetzungssystem weist eine hohe Kontinuität auf, ist gut etabliert und hat sich in der COVID-19-Krise bisher gut bewährt. Grosses und dringliches Optimierungspotential sehen die befragten Fachleute und die interviewten Betroffenen in einer Senkung der Zugangsschwellen, in einer Flexibilisierung der Ab- und Mitgabe, in einer Vereinfachung der Fortführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen sowie bei der Behandlung von älteren und zunehmend komorbiden Patient/innen. Die Situationsanalyse formuliert zwei zentrale, übergeordnete Schlussfolgerungen: (1) Damit die HeGeBe optimiert werden kann, braucht es eine Revision der rechtlichen Bestimmungen. (2) Die Erfahrungen mit den COVID-19-Massnahmen sollten bei der Revision und Weiterentwicklung der HeGeBe genutzt werden. Weitere Schlussfolgerungen befassen sich mit dem Verhältnis der HeGeBe und den anderen Opioid-Agonisten-Therapie (OAT), dem Zugang zur HeGeBe, der patientengerechten Weiterentwicklung der HeGeBe, den Behandlungsbedürfnissen der älteren und zunehmend komorbiden Patientinnen und Patienten sowie der Finanzierung der HeGeBe.

**Schlüsselwörter:** Heroingestützte Behandlung, HeGeBe, diacetylmorphingestützte Behandlung, Betäubungsmittelgesetz, Vier-Säulen-Modell der Drogenpolitik, Situationsanalyse

## Ausgangslage

Bei der heroingestützten Behandlung (HeGeBe)<sup>1</sup> handelt es sich um eine Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) zur Behandlung der Opioidabhängigkeit. Die HeGeBe ist im revidierten Betäubungsmittelgesetz (BetmG, SR 812.121) und der Betäubungsmittelsuchtverordnung (BetmSV, SR 812.121.6) geregelt, die seit dem 1. Juli 2011 in Kraft sind.

Wie bei anderen OAT sind die Ziele der HeGeBe eine dauerhafte therapeutische Einbindung der Patient/innen, eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und ihrer sozialen Integration sowie die Förderung eines risikoarmen Konsums. Zu den Zielen zählt auch, dass Bedingungen für eine dauerhafte Abstinenz geschaffen werden, die Betroffenen von der Drogenszene distanziert werden und keine Beschaffungskriminalität stattfindet (Art. 6 und 8 BetmSV).

Die HeGeBe wurde entwickelt, um Schwerstsuchtige zu behandeln, die mit einer anderen OAT nicht erreicht wurden oder damit nicht ausreichend stabilisiert werden konnten. Im Unterschied zu den anderen OAT kann das pharmazeutisch hergestellte Heroin (Diacetylmorphin, DAM) intravenös appliziert werden, es löst einen «Flash» aus und ist vergleichsweise kurz wirksam, was meist eine mehrfache tägliche Applikation bedingt. Die Wirksamkeit der HeGeBe wurde durch wissenschaftliche Studien belegt.

Die Regelung der HeGeBe unterscheidet sich wesentlich von der Regelung der anderen

---

<sup>1</sup> Der geläufige Begriff «HeGeBe» ist historisch begründet. In der Behandlung eingesetzt wird pharmazeutisch hergestelltes Heroin sogenanntes Diacetylmorphin (DAM). Das in der Schweiz zugelassene Präparat trägt den Namen Diaphin®.

OAT: Bei der HeGeBe ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) für die Bewilligung, Aufsicht und Kontrolle zuständig, bei den anderen OAT sind es die Kantone. Die Regelung umfasst restriktive Vorgaben.

## **Auftrag und Fragestellung**

Das BAG hat KEK – CDC mit der Situationsanalyse zur HeGeBe beauftragt. Die Situationsanalyse hat zum Ziel, relevantes Wissen über den Stand der HeGeBe zu liefern, Herausforderungen zu identifizieren und allfälliges Optimierungspotential aufzuzeigen. Gestützt auf die Ergebnisse der Analyse werden Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der HeGeBe in der Schweiz formuliert. Die Analyse bearbeitet folgende drei Hauptfragen:

1. Was ist der Stand der Umsetzung der HeGeBe?
2. Gibt es für die HeGeBe aktuelle oder künftige Herausforderungen? Wenn ja, welche?
3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?

Mit den Arbeiten an der Situationsanalyse wurde nach der ersten Welle der COVID-19-Pandemie Ende Mai 2020 begonnen und letzte Datenerhebungen fanden im März 2021 statt. Die Situationsanalyse berücksichtigt die wegen der COVID-19-Pandemie erfolgten Anpassungen; namentlich die Regelung zur erweiterten Mitgabe von DAM (nachfolgend COVID-19-Sonderregelung).<sup>2</sup> Zudem kam es im November 2020 zum Konkurs des Fertigungsbetriebs, der das in der Schweiz zugelassene Medikament Diaphin® für die intravenöse Applikation (Diaphin® i.v.) hergestellt hatte. Deshalb wurde auch die Versorgungssituation näher beleuchtet.

## **Methodik**

Wir haben ein modulares Vorgehen gewählt, um die Analysefragen zu bearbeiten und folgende qualitativen und quantitativen Methoden eingesetzt: Eine Dokumentenanalyse, Informationsgespräche mit Akteur/innen der HeGeBe, eine standardisierte Online-Befragung der HeGeBe-Umsetzungsakteur/innen und weiterer Expert/innen aus dem Suchtbereich, Besuche von HeGeBe-Zentren, leitfadengestützte Interviews mit Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren sowie weiteren Fachleuten, eine Analyse der Wohnortsdaten der HeGeBe-Patient/innen und Interviews mit Betroffenen. Die Situationsanalyse wurde von Mai 2020 bis März 2021 durchgeführt.

## **Beantwortung der Fragestellung**

### **1. Was ist der Stand der Umsetzung der HeGeBe?**

Im Jahr 2020 erfolgte die Umsetzung der HeGeBe in 22 spezialisierten HeGeBe-Zentren in 14 Kantonen der Schweiz.<sup>3</sup> Im Sommer 2020 verfügten 1'427 Patient/innen über eine gültige HeGeBe-Bewilligung des BAG. Mit der Ausnahme des HeGeBe-Zentrums in

---

<sup>2</sup> Zuerst ermöglichte das BAG eine erweiterte Mitgabe von DAM anhand einer Ausnahmegewilligung, gestützt auf Art. 8 BetmG (16.3.2020 bis 19.6.2020). Für die Zeit vom 28.9.2020 bis 31.12.2021 erliess der Bundesrat eine Änderung des Art. 13 BetmSV, AS 2020 3829.

<sup>3</sup> Nach Abschluss der Datenerhebung der Situationsanalyse wurde im Jahr 2021 ein weiteres HeGeBe-Zentrum in Freiburg eröffnet.

Lausanne, das erst im Jahr 2018 eröffnet wurde, verfügen die Zentren über eine langjährige Praxis. Das Umsetzungssystem zeichnet sich folglich durch eine hohe Kontinuität aus.

### ***Zugang zur HeGeBe***

Der Zugang zur HeGeBe wird sowohl von den Betroffenen als auch den Umsetzungsakteur/innen sowie weiteren Fachleuten aus dem Suchtbereich kritisch eingeschätzt. Gemäss der Online-Befragung der Umsetzungsakteur/innen und weiterer Fachleute sind nur einzelne Befragte der Meinung, dass der Zugang für *alle* Personen gewährleistet ist, für die eine HeGeBe medizinisch sinnvoll wäre. Die Interviews mit den Betroffenen weisen ebenfalls auf Hindernisse hin, die den Zugang zur HeGeBe erschweren. Zu den genannten Hindernissen zählen die restriktive Regelung, die Finanzierung (inkl. Reisekosten, Patientenbeiträge) oder auch die Stigmatisierung der HeGeBe, welche dazu führen könne, dass Betroffene nicht in eine HeGeBe eintreten wollen oder ihnen die HeGeBe nicht empfohlen werde. Erwähnt wurden auch fehlende Kenntnisse oder Unsicherheiten der Fachpersonen (z.B. den Hausarzt/innen) im Umgang mit Substanzstörungen. Die Analyse der Wohnortsdaten zeigt zudem, dass die geographische Reichweite des HeGeBe-Angebots beschränkt ist und Kantone ohne HeGeBe-Zentren kaum Patient/innen aufweisen.

### ***Unterschiede zwischen den HeGeBe-Zentren***

Die Situationsanalyse hat verschiedene Unterschiede bei der Praxis der Zentren festgestellt. Drei dieser Unterschiede können als problematisch erachtet werden, weil sie den Zugang, die Behandlungskontinuität und die Entwicklungsmöglichkeiten der Patient/innen betreffen: (1) Unterschiedliche Finanzierung der HeGeBe (Beteiligung der Patient/innen an den Kosten); (2) unterschiedliche Praxis der Verabreichung zuhause und der Fortführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen wie Spitälern, Pflege-/Altersheimen oder Gefängnissen; und (3) unterschiedlich restriktive bzw. liberale Anwendung der Ausnahmeregelung bezüglich der Mitgabe des DAM. Diese Unterschiede werden von den interviewten Beteiligten durch den lokalen Kontext, die über die Jahre entwickelte zentrumsspezifische Praxis sowie auch die Haltung der Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren respektive den kantonalen Behörden erklärt.

### ***Abweichungen von den gesetzlichen Grundlagen***

Weiter zeigt die Situationsanalyse auf, dass die strikte Regelung der HeGeBe speziell in zwei Bereichen Schwierigkeiten bereitet und es wohl teilweise zu Abweichungen kommt:

Mitgabe von DAM: So gaben einzelne Zentren die maximal erlaubten zwei Tagesdosen plus die Tagesrestdosis für den Tag mit, an dem die Patient/innen das DAM im Zentrum abholen. Begründet wird diese Abweichung mit einer besseren Vereinbarkeit mit einer Arbeitstätigkeit und sozialen Verpflichtungen, einer höheren Autonomie und Eigenverantwortung der Patient/innen sowie mit einer einfacheren Organisation der Zentrumsbesuche. Da derzeit die COVID-19-Regelung eine Mitgabe von sieben Tagesdosen unter gewissen Bedingungen ausnahmsweise erlaubt, ist diese Abweichung derzeit nicht präsent.

Fortführung der HeGeBe in einer nicht-spezialisierten Institution: Die Fortführung der HeGeBe in einer nicht-spezialisierten Institution benötigt eine Bewilligung durch das BAG. Gemäss Interviews mit Umsetzungsakteur/innen ist diese Bewilligung kompliziert und stellt hohe Anforderungen, deshalb werde diese wohl teilweise bei kürzeren Aufenthalten nicht eingeholt.

## **2. Gibt es für die HeGeBe aktuelle oder künftige Herausforderungen? Wenn ja, welche?**

Die Umsetzungsakteur/innen sowie weitere Expert/innen aus dem Suchtbereich erachten die Sicherstellung einer bedürfnisgerechten Behandlung der zunehmend älteren und komorbiden HeGeBe-Patient/innen als grösste Herausforderung. Weiter wird auch der Umgang mit der erwarteten Abnahme der HeGeBe-Patient/innen, die Sicherstellung der Finanzierung der HeGeBe sowie auch der Zugang und die Behandlung von (jungen) Suchtkranken mit anderem Konsumverhalten als Herausforderung betrachtet.

Weiter besteht aufgrund des Konkurses des Fertigungsbetriebs der Injektionslösungen derzeit ein erhöhtes Risiko eines Versorgungsengpasses. Zwar konnte der Hersteller von Diaphin® einen neuen Fertigungsbetrieb verpflichten, es bestand jedoch zum Zeitpunkt der Durchführung der Situationsanalyse noch erhebliche Unsicherheiten. In einigen Interviews mit Verantwortlichen des BAG, von Swissmedic und von HeGeBe-Zentren wird ausgesagt, dass die Versorgungssituation aufgrund der quasi Monopolstellung des Herstellers unbefriedigend sei. Allerdings sei der Handlungsspielraum des BAG ohne einen grundlegenden Systemwechsel (staatliche Beschaffung/Herstellung) beschränkt.

## **3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?**

Aus der Perspektive der interviewten Betroffenen, der Umsetzungsakteur/innen und der weiteren Fachleute aus dem Suchtbereich gibt es in vier Bereichen vordringliches Potential die HeGeBe zu optimieren: Beim Zugang zur HeGeBe, bei der Regelung der Mitgabe, bei der Fortführung der HeGeBe ausserhalb der HeGeBe-Zentren und bei der Behandlung von zunehmend komorbiden Patient/innen. Im Kern geht es darum, durch Optimierungen in diesen Bereichen die HeGeBe niederschwelliger zu gestalten und die Behandlung optimaler auf die individuelle physische, psychische sowie berufliche und soziale Situation der Patient/innen abstimmen zu können. Die Optimierungsvorschläge, welche die Akteur/innen skizzieren, konzentrieren sich dabei einerseits auf eine Revision der rechtlichen Bestimmungen, andererseits auf weitere Bereiche wie etwa die Finanzierung, die Therapieentwicklung einschliesslich einer Intensivierung der Zusammenarbeit in interdisziplinären Netzwerken zur Behandlung von komorbiden Patient/innen.

Ein weiteres konkretes Optimierungspotential, das die interviewten Betroffenen und Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren identifizieren, ist die Entwicklung einer intranasalen Applikationsform. Dazu besteht gemäss der interviewten Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren bereits ein Studienvorhaben, das demnächst realisiert werden soll. Vielfach und aus unterschiedlicher Perspektive, einschliesslich der Betroffenen, wird auch die Stigmatisierung der Betroffenen thematisiert, die u.a. dazu führt, dass Betroffene nicht in eine HeGeBe eintreten. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, sollte sowohl die Ausbildung des medizinischen Personals als auch die Kommunikation und Aufklärung der Bevölkerung verbessert werden.

## **Schlussfolgerungen**

Die Situationsanalyse zeigt auf, dass bei der Umsetzung der HeGeBe Anpassungsbedarf besteht, um die neuen Herausforderungen zu bewältigen und der heterogenen Population der HeGeBe-Patient/innen gerecht zu werden. Die strikte Regelung der HeGeBe erschwert und verhindert Weiterentwicklungen, Optimierungen oder Neuerungen.

Die derzeitige Krisenbewältigung der COVID-19-Pandemie stellt eine Ausnahme dar: Zum Schutz der HeGeBe-Patient/innen haben die Umsetzungsakteur/innen verschiedene Anpassungen bei der Ab- und Mitgabe ermöglicht und umgesetzt. Als wichtige Massnahme ist die COVID-19-Sonderregelung zu nennen, die ausnahmsweise eine erweiterte Mitgabe von bis zu sieben Tagesdosen ermöglicht. Die Erfahrungen mit dieser und weiteren Massnahmen zeigen auf, dass die Umsetzung der HeGeBe in der Schweiz gut funktioniert und auch eine solche Krise bewältigen kann. Diese positiven Erfahrungen eröffnen zudem auch eine grosse Chance für die Weiterentwicklung der HeGeBe.

Anhand dieser Hauptideen können die folgenden zwei übergeordneten Schlussfolgerungen formuliert werden:

1. **Revision der HeGeBe-Regelung:** Eine Weiterentwicklung der HeGeBe und ein erfolgreicher Umgang mit den Herausforderungen bedingt eine Revision der Regelung. Dies gilt speziell für die Bereiche der Abgabe, Mitgabe und Fortführung der HeGeBe ausserhalb der HeGeBe-Zentren.
2. **Erfahrungen mit COVID-19-Massnahmen berücksichtigen:** Bei der Revision und Weiterentwicklung der HeGeBe sollten die Erfahrungen mit den COVID-19-Massnahmen genutzt werden.

Diese zwei übergeordneten Schlussfolgerungen werden durch fünf weitere Schlussfolgerungen konkretisiert.

3. **Verhältnis zwischen der HeGeBe und den anderen OAT:** Beim Verhältnis zwischen der HeGeBe und den anderen OAT besteht Klärungsbedarf. Die gesetzlich verankerte Sonderstellung der HeGeBe gegenüber den anderen OAT ist umstritten und zahlreiche Fachleute erachten eine Gleichstellung der HeGeBe als sinnvoll. Es liegen Hinweise vor, wonach sich die Sonderstellung der HeGeBe negativ auf den Zugang zur HeGeBe auswirkt und die Stigmatisierung der HeGeBe-Patient/innen begünstigt. Deshalb sollte geklärt werden, inwiefern bei der Weiterentwicklung der HeGeBe eine Annäherung oder Gleichstellung mit den anderen OAT angestrebt wird und in welchen Feldern gemeinsamer Entwicklungsbedarf besteht.
4. **Zugang zur HeGeBe:** Beim Zugang zur HeGeBe besteht Optimierungsbedarf. Es gilt Lösungen zu entwickeln, wie der Therapieeintritt und die Abgabe sowie Mitgabe des DAM niederschwelliger und dezentraler gestaltet respektive reguliert werden können. Dabei sind auch die Anliegen zur Sicherheit sowie das Missbrauchsrisiko angemessen zu berücksichtigen. Bei der Entwicklung von Massnahmen zur Reduktion von wissens- und haltungsbedingten Hindernissen erscheint es sinnvoll, nicht nur auf die HeGeBe zu fokussieren, sondern auch den Zugang zu anderen OAT einzubeziehen.
5. **«Patientengerechte» Weiterentwicklung der HeGeBe:** Es sollte Raum für eine «patientengerechte» Weiterentwicklung der HeGeBe geschaffen werden. Speziell die bestehenden restriktiven Regelungen bezüglich Mitgabe und Fortführung der HeGeBe in einer nicht-spezialisierten Institution erlauben es nicht, die HeGeBe optimal auf die jeweilige physische, psychische und soziale Situation der Patientin oder des Patienten auszurichten. Folglich ist eine Revision der Bestimmungen angezeigt.
6. **Behandlung von älteren HeGeBe-Patient/innen:** Für die zunehmend älteren und komorbiden Patient/innen gilt es Ansätze zu entwickeln, die ihren Bedürfnissen entsprechen.

7. **Finanzierung der HeGeBe:** Zwischen den HeGeBe-Zentren variiert die Finanzierung erheblich. Zwei Aspekte erweisen sich als speziell problematisch. (1) Sogenannte Patientenbeträge können eine finanzielle Hürde beim Zugang zur HeGeBe darstellen. Zudem sind sie aus der Perspektive des Tarifschutzes problematisch. (2) Krankenkassenpauschalen, welche die Kosten für DAM umfassen, können den Zugang zur risikoärmeren Applikationsart (DAM-Tabletten) erschweren. Beide Aspekte sollten genauer geprüft werden.

# Executive Summary (F)

---

## Resumé

L'analyse de la situation examine la mise en œuvre du traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe). Le programme HeGeBe s'adresse aux personnes souffrant d'une grave dépendance à l'héroïne et a lieu dans 22 centres spécialisés HeGeBe au cours de l'année 2020. Le système de mise en œuvre présente un degré élevé de continuité, est bien établi et a jusqu'à présent bien fait ses preuves face à la crise du Covid-19. Les expert.e.s et les patient.e.s interrogé.e.s voient un potentiel d'optimisation important et urgent dans l'abaissement des seuils d'accès au programme, dans l'assouplissement de la remise et la remise à l'emporter, dans la simplification de la poursuite du programme HeGeBe dans les établissements non spécialisés et dans le traitement des patient.e.s plus âgé.e.s et de plus en plus comorbides. L'analyse de la situation permet de formuler deux conclusions centrales et primordiales : (1) Pour que le programme HeGeBe soit optimisé, une révision des dispositions légales est nécessaire. (2) L'expérience acquise avec les mesures Covid-19 devrait être utilisée pour la révision et le développement du programme HeGeBe. D'autres conclusions traitent de la relation entre le programme HeGeBe et les autres thérapies agonistes opioïdes (TAO), de l'accès au programme HeGeBe, du développement ultérieur du programme orienté vers le patient.e, des besoins de traitement des patient.e.s âgé.e.s et de plus en plus comorbides, et du financement du programme HeGeBe.

**Mots clés :** Traitement avec prescription d'héroïne, HeGeBe, traitement avec prescription de diacétylmorphine, Loi sur les stupéfiants et les substances psychotropes, modèle des quatre piliers de la politique en matière de drogues, analyse de situation.

## Situation initiale

Le traitement avec prescription d'héroïne (HeGeBe)<sup>4</sup> est une thérapie agonistes opioïdes (TAO) pour le traitement de la dépendance aux opioïdes. Le programme HeGeBe est réglementé par la loi révisée sur les stupéfiants et les substances psychotropes (loi sur les stupéfiants, LStup, RS 812.121) et l'ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l'addiction (ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants, OASup, RS 812.121.6), en vigueur depuis le 1er juillet 2011.

Comme pour les autres TAOs, les buts du programme HeGeBe sont de créer un lien thérapeutique durable, d'améliorer l'état de santé physique et psychique des personnes et de favoriser leur intégration sociale, d'induire une consommation à faible risque et de créer les conditions pour une abstinence durable, et finalement d'éloigner les usagers du milieu illicite et de prévenir la criminalité liée à l'approvisionnement en substances (art. 6 et 8 LStup).

Le programme HeGeBe a été mis au point pour traiter les personnes gravement dépendantes qui ne pouvaient être atteintes ou suffisamment stabilisées par d'autres TAOs. Contrairement aux autres TAOs, l'héroïne fabriquée en laboratoire (diacétylmorphine, DAM) peut être administrée par voie intraveineuse, elle déclenche un « flash » et agit de

---

<sup>4</sup> Le terme commun « HeGeBe » a des racines historiques. L'héroïne de fabrication pharmaceutique, appelée diacétylmorphine (DAM), est utilisée dans le traitement. Le médicament autorisé en Suisse s'appelle Diaphin®.

manière relativement courte, ce qui nécessite généralement plusieurs applications quotidiennes. L'efficacité du programme HeGeBe a été prouvée par des études scientifiques.

La réglementation régissant le programme HeGeBe diffère considérablement de celle des autres TAOs: dans le cas du HeGeBe, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est responsable de l'autorisation, de la supervision et du contrôle, alors que dans le cas des autres TAOs, ce sont les cantons. La réglementation comprend des dispositions restrictives, par exemple sur les critères d'admission ou la remise de la DAM, et dispose que le programme HeGeBe doit se dérouler dans des centres spécialisés. L'analyse de la situation examine la mise en œuvre du programme HeGeBe.

## **Mandat et questions de recherche**

L'OFSP a chargé KEK – CDC de l'analyse de la situation du programme HeGeBe. L'objectif de l'analyse de la situation est de fournir des connaissances pertinentes sur l'état du programme HeGeBe, d'identifier les défis et de mettre en évidence tout potentiel d'optimisation. Sur la base des résultats de l'analyse, des conclusions ont été formulées pour le développement ultérieur du programme HeGeBe en Suisse.

L'analyse de la situation se concentre sur trois questions principales :

1. Quel est l'état de la mise en œuvre du programme HeGeBe ?
2. Le programme HeGeBe est-il ou sera-t-il confronté à des défis ? Si oui, lesquels ?
3. Le programme HeGeBe peut-il être optimisé ?

Le travail sur l'analyse de la situation a commencé après la première vague de la pandémie de Covid-19, fin mai 2020, et la collecte finale des données a eu lieu en mars 2021. L'analyse de la situation tient compte de l'ajustement effectué en raison de la pandémie Covid-19, à savoir le règlement sur la remise à l'emporter étendu de la DAM (ci-après dénommé règlement spécial Covid-19)<sup>5</sup>. En outre, en novembre 2020, la société de fabrication qui avait produit le médicament Diaphin® pour administration intraveineuse (Diaphin® i.v.), autorisé en Suisse, a fait faillite. La situation de l'approvisionnement a donc également été examinée de plus près.

## **Méthodologie**

Nous avons choisi une approche modulaire pour répondre aux questions de recherche et avons utilisé les méthodes qualitatives et quantitatives suivantes : une analyse documentaire, des entretiens d'information avec les acteur.trice.s du programme HeGeBe, une enquête en ligne standardisée auprès des acteur.trice.s de mise en œuvre du programme et d'autres expert.e.s du domaine des addictions, des visites des centres HeGeBe, des entretiens semi-directifs avec les responsables des centres HeGeBe et d'autres expert.e.s, une analyse des données résidentielles des patient.e.s HeGeBe et des entretiens avec les personnes concernées. L'analyse de situation a été menée de mai 2020 à mars 2021.

---

<sup>5</sup> Dans un premier temps, l'OFSP a permis une remise à l'emporter étendue de DAM sur la base d'une autorisation exceptionnelle fondée sur l'art. 8 LStup (16.3.2020 au 19.6.2020). Pour la période du 28.9.2020 au 31.12.2021, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'art. 13 LStup, RO 2020 3829.

## Réponses aux questions de recherche

### 1. Quel est l'état de la mise en œuvre du programme HeGeBe ?

En 2020, le programme HeGeBe a été mis en œuvre dans 22 centres spécialisés HeGeBe dans 14 cantons de Suisse<sup>6</sup>. En été 2020, 1'427 patient.e.s disposaient d'une autorisation HeGeBe valide délivrée par l'OFSP. À l'exception du centre HeGeBe de Lausanne, qui n'a été ouvert qu'en 2018, les centres ont de nombreuses années d'expérience. Le système de mise en œuvre est donc caractérisé par un haut degré de continuité.

#### **Accès au programme HeGeBe**

L'accès au programme HeGeBe est considéré problématique par les personnes concernées ainsi que par les responsables de la mise en œuvre et d'autres expert.e.s du domaine des dépendances. Selon l'enquête en ligne menée auprès des acteur.rice.s de la mise en œuvre et d'autres expert.e.s, seuls quelques personnes interrogées sont d'avis que l'accès est garanti pour toutes les personnes pour lesquelles HeGeBe aurait un sens médical. Les entretiens avec les personnes concernées indiquent également des obstacles qui rendent l'accès au programme HeGeBe plus difficile. Parmi les obstacles mentionnés figure la réglementation restrictive et le financement (y compris les frais de déplacement, les contributions des patient.e.s). Y figure aussi la stigmatisation du programme HeGeBe qui peut conduire les personnes concernées à ne pas vouloir commencer ce traitement ou à ce que le programme HeGeBe ne leur soit pas recommandé. Le manque de connaissances ou l'incertitude des professionnel.le.s (par exemple, les médecins généralistes) face aux troubles liés aux substances a également été mentionné. L'analyse des données résidentielles montre également que l'étendue géographique des services HeGeBe est limitée et que les cantons sans centre HeGeBe ne comptent pratiquement aucun.e patient.e.

#### **Différences entre les centres HeGeBe**

L'analyse de la situation a permis d'identifier plusieurs différences dans la pratique des centres. Trois de ces différences peuvent être considérées comme problématiques car elles affectent l'accès, la continuité du traitement et les possibilités de développement des patient.e.s : (1) dans le financement de la DAM (participation des patient.e.s aux coûts) ; (2) dans la pratique de l'administration à domicile et de la poursuite du programme HeGeBe dans des institutions non spécialisées telles que les hôpitaux, les établissements médico-sociaux (EMS) ou les prisons ; et (3) dans l'application restrictive ou libérale de la disposition de dérogation concernant la remise à l'emporter de la DAM. Les personnes interrogées expliquent ces différences par le contexte local, la pratique spécifique au centre qui s'est développée au fil des années, ainsi que par l'attitude des responsables des centres HeGeBe et des autorités cantonales.

#### **Eloignement de la base légale**

En outre, l'analyse de la situation montre que la réglementation stricte du programme HeGeBe entraîne des difficultés dans deux domaines en particulier et qu'elle mène dans certains cas à des éloignements de la base légale :

---

<sup>6</sup> Après la fin de la collecte des données de l'analyse de la situation, un autre centre HeGeBe a été ouvert à Fribourg en 2021.

La remise à l'emporter de la DAM: Certains centres ont distribué les deux doses quotidiennes maximales autorisées plus la dose résiduelle quotidienne pour le jour où les patient.e.s ont retiré la DAM du centre. Cet éloignement se justifie par une meilleure compatibilité avec les obligations professionnelles et sociales, une plus grande autonomie et responsabilité personnelle des patient.e.s ainsi qu'une organisation plus simple des visites au centre. Puisque le règlement Covid-19 permet actuellement l'administration de sept doses quotidiennes sous certaines conditions, cet éloignement n'existe pas actuellement.

La poursuite du programme HeGeBe dans les institutions non spécialisées : La poursuite du programme HeGeBe dans une institution non spécialisée nécessite une autorisation de l'OFSP. Selon les entretiens avec les personnes impliquées dans la mise en œuvre, cette autorisation est compliquée et place des exigences élevées, ce qui explique pourquoi elle n'est probablement pas obtenue dans certains cas pour des séjours plus courts.

## **2. Le programme HeGeBe est-il ou sera-t-il confronté à des défis ? Si oui, lesquels ?**

Les acteur.trice.s de la mise en œuvre ainsi que d'autres expert.e.s du domaine des addictions considèrent que le plus grand défi est de garantir que les patient.e.s HeGeBe de plus en plus âgé.e.s et souffrant de comorbidité reçoivent un traitement adapté à leurs besoins. En outre, la gestion de la diminution attendue du nombre de patient.e.s HeGeBe, la garantie du financement du programme HeGeBe ainsi que l'accès et le traitement des (jeunes) toxicomanes ayant un comportement de consommation différent sont également considérés comme des défis.

Le risque accru de pénurie d'approvisionnement persiste en raison de la faillite de l'entreprise qui fabriquait les solutions d'injection. Bien que le fabricant de Diaphin® ait pu engager une nouvelle société de production, des incertitudes considérables subsistaient au moment de l'analyse de la situation. Lors de certains entretiens avec des représentant.e.s de l'OFSP, de Swissmedic et des centres de santé, il a été indiqué que la situation de l'approvisionnement n'était pas satisfaisante en raison de la position de quasi-monopole du fabricant. Cependant, la marge de manœuvre de l'OFSP est limitée sans un changement fondamental du système (acquisition/fabrication de l'État).

## **3. Le programme HeGeBe peut-il être optimisé ?**

Du point de vue des personnes concerné.e.s, des acteur.trice.s de la mise en œuvre et des autres expert.e.s du domaine des dépendances, il existe un potentiel urgent d'optimisation du programme HeGeBe dans quatre domaines : Dans l'accès au programme HeGeBe, dans la réglementation de la remise à l'emporter, dans la poursuite du programme HeGeBe en dehors des centres HeGeBe et dans le traitement de patient.e.s de plus en plus comorbides. Au travers d'une optimisation dans ces domaines, le programme HeGeBe pourrait être rendu plus facile d'accès et le traitement pourrait être adapté de manière plus optimale à la situation physique, psychique ainsi que professionnelle et sociale individuelle des patient.e.s. Les propositions d'optimisation présentées par les acteur.trice.s se concentrent sur une révision des dispositions légales d'une part, et d'autre part sur d'autres domaines tels que le financement et le développement de la thérapie, y compris une intensification de la coopération en réseaux interdisciplinaires pour le traitement des patient.e.s comorbides.

Un autre domaine d'optimisation concret identifié par les personnes concernées interrogées et les responsables des centres HeGeBe est le développement d'une forme d'application intranasale. Selon les responsables des centres HeGeBe interrogé.e.s, il existe

déjà un projet de recherche qui devrait être réalisé prochainement. A de nombreuses reprises et selon plusieurs points de vue dont celui des personnes touchées, la stigmatisation des personnes touchées a également été évoquée, ce qui, entre autres, les conduit à ne pas prendre part au programme HeGeBe. Pour contrer ce problème, il convient d'améliorer tant la formation du personnel médical que la communication envers et l'éducation de la population.

## Conclusions

L'analyse de la situation montre qu'il est nécessaire d'adapter la mise en œuvre du programme HeGeBe afin de faire face aux nouveaux défis et de rendre justice à la population hétérogène de patient.e.s HeGeBe. La réglementation stricte du programme HeGeBe entrave et empêche les développements ultérieurs, optimisations ou innovations.

La gestion actuelle de la crise de la pandémie Covid-19 est une exception : Afin de protéger les patient.e.s HeGeBe, les acteur.trice.s de mise en œuvre ont permis et mis en œuvre divers ajustements dans la remise et la remise à l'emporter. Une mesure importante est le règlement spécial Covid-19, qui permet exceptionnellement une remise à l'emporter prolongée jusqu'à sept doses quotidiennes. L'expérience de cette mesure et d'autres montre que la mise en œuvre du programme HeGeBe en Suisse fonctionne bien et peut également surmonter une telle crise. Ces expériences positives offrent également une grande opportunité pour le développement ultérieur du programme HeGeBe.

Sur la base de ces principaux résultats, les deux conclusions centrales suivantes ont été formulées:

1. **La révision de la réglementation du programme HeGeBe** : le développement ultérieur du programme et la bonne gestion des défis nécessitent une révision de la réglementation. Cela s'applique en particulier aux domaines de la remise, la remise à l'emporter et la poursuite du programme HeGeBe en dehors des centres HeGeBe.
2. **Tenir compte de l'expérience acquise avec les mesures Covid-19** : L'expérience acquise avec les mesures Covid-19 devrait être utilisée pour la révision et le développement du programme HeGeBe.

Ces deux conclusions générales sont appuyées par cinq autres conclusions.

3. **Relation entre le programme HeGeBe et les autres TAOs**: La relation entre le programme HeGeBe et les autres TAOs doit être clarifiée. La position spéciale du programme HeGeBe, qui est inscrite dans la loi, par rapport aux autres TAOs est controversée, et de nombreux. ses expert.e.s estiment qu'il serait judicieux de mettre le programme HeGeBe sur un pied d'égalité. Certains éléments indiquent que le statut spécial du programme HeGeBe a un impact négatif sur l'accès à ce dernier et favorise la stigmatisation des patient.e.s HeGeBe. Il convient donc de clarifier dans quelle mesure le développement ultérieur du programme HeGeBe doit viser le rapprochement ou l'égalité avec les autres TAOs et dans quels domaines un développement conjoint est nécessaire.
4. **Accès au programme HeGeBe** : Il est nécessaire d'optimiser l'accès au programme HeGeBe. Il convient de trouver des solutions dans la pratique et la régulation du programme pour rendre l'accès à la thérapie, la remise et la remise à l'emporter de la DAM plus faciles et décentralisés. Les préoccupations en matière de sécurité et les risques d'abus doivent également être pris en compte. Lors de l'élaboration de mesures visant à réduire les obstacles liés aux connaissances et aux attitudes, il semble

judicieux de ne pas se concentrer uniquement sur le programme HeGeBe mais d'inclure également l'accès à d'autres TAOs.

5. **Développement ultérieur d'un programme HeGeBe « orienté vers le.la patient.e »** : il convient de créer un espace pour un développement ultérieur d'un programme HeGeBe « orienté vers le.la patient.e ». En particulier, la réglementation restrictive existante concernant la remise à l'emporter et la poursuite du programme HeGeBe dans des institutions non spécialisées ne permet pas d'adapter le programme HeGeBe de manière optimale à la situation physique, psychique et sociale du.de la patient.e. Par conséquent, une révision des dispositions est recommandée.
6. **Traitement des patient.e.s HeGeBe âgé.e.s**: Pour les patient.e.s de plus en plus âgé.e.s et atteint.e.s de comorbidité, il est important de développer des approches qui répondent à leurs besoins.
7. **Le financement du programme HeGeBe**: Le financement varie considérablement entre les centres HeGeBe. Deux aspects s'avèrent particulièrement problématiques. (1) Les frais dits « de patient.e » peuvent constituer un obstacle financier à l'accès au programme HeGeBe. Ils sont également problématiques du point de vue de la protection tarifaire. (2) Les forfaits d'assurance maladie qui couvrent les coûts de la DAM peuvent rendre plus difficile l'accès au type d'application le moins risqué (tablettes de DAM). Ces deux aspects devraient être examinés de plus près.

# 1 Einleitung

---

## 1.1 Ausgangslage

Die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) wurde in der Schweiz 1994 zuerst im Rahmen von wissenschaftlichen Versuchen eingeführt und nachfolgend von 1999 bis 2009 mit einem befristeten dringlichen Bundesbeschluss als beschränkte medizinische Anwendung in spezialisierten Polikliniken weitergeführt. Im Rahmen der Revision des Betäubungsmittelgesetzes<sup>7</sup> vom 20. März 2008 wurde die HeGeBe unbefristet gesetzlich verankert. Das revidierte BetmG ist seit dem 1. Juli 2011 in Kraft. Seit 1994 wird die HeGeBe durch ein Monitoring begleitet (vgl. Gmel et al. 2020; Hiltbrand et al. 2018; Schaub et al. 2013).

Der Begriff heroingestützte Behandlung und die geläufige Abkürzung HeGeBe sind historisch begründet. In der Literatur und der Betäubungsmittelsuchtverordnung<sup>8</sup> wird für die HeGeBe der Begriff diacetylmorphingestützte Behandlung verwendet. Damit wird betont, dass es sich um eine Behandlung mit einem Medikament handelt, das den Wirkstoff Diacetylmorphin (DAM) – pharmazeutisch hergestelltes Heroin – beinhaltet. Das in der Schweiz zugelassene Medikament trägt den Namen Diaphin®. Die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM 2020a) oder auch die Pompidou Gruppe des Europarates zur Bekämpfung von Drogenmissbrauch und illegalem Drogenhandel (2019) brauchen in ihren Empfehlungen den Begriff Opioid-Agonisten-Therapie (OAT), einschliesslich der Behandlung mit DAM sowie weiteren Opioid-Agonisten wie Methadon.

Die HeGeBe ist Bestandteil des Vier-Säulen-Modells der Drogenpolitik der Schweiz, die auf Massnahmen in den Bereichen «Prävention», «Therapie und Wiedereingliederung», «Schadenminderung und Überlebenshilfe» sowie auf «Kontrolle und Repression» setzt. Die HeGeBe wird der Säule «Therapie und Wiedereingliederung» zugeordnet und hat zum Ziel, das Überleben der Patient/innen zu sichern und ihren Gesundheitszustand und ihre soziale Integration durch eine dauerhafte therapeutische Einbindung zu verbessern. Durch die Therapie soll erreicht werden, dass die Schwerstsüchtigen risikoarm konsumieren, ihren Beikonsum von anderen Suchtmitteln reduzieren, keine (halb-)illegalen Aktivitäten zur Beschaffung von Drogen ausführen und unabhängig von Suchtmitteln werden (BAG 2015: 9, vgl. dazu Wirkungsmodell zur HeGeBe in Frey 2012: 170). Die HeGeBe verfolgt damit die gleichen Ziele wie die anderen OAT. Im Unterschied zu den anderen OAT kann das DAM jedoch intravenös appliziert werden, löst einen «Flash» aus und ist vergleichsweise kurz wirksam, was meist eine mehrfache tägliche Applikation bedingt (Vogel und Strasser 2017: 267). Die HeGeBe wurde entwickelt, um Schwerstsüchtige zu behandeln, die mit einer anderen OAT nicht erreicht wurden oder damit nicht ausreichend stabilisiert werden konnten. Die Wirksamkeit der HeGeBe wurde in zahlreichen Studien belegt (vgl. Frick et al. 2010; Strang et al. 2012, 2015; Uchtenhagen 2009, 2012; Frey 2012: 180-183).

Grundsätzlich sind in der Schweiz die Kantone für die Betreuung und Therapie von drogenabhängigen Menschen zuständig. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) übernimmt bei der HeGeBe eine wichtige Vollzugsaufgabe: So ist es für die Erteilung von HeGeBe-

---

<sup>7</sup> Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG, SR 812.121).

<sup>8</sup> Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV, SR 812.121.6); in Kraft seit 1. Juli 2011.

Bewilligungen zuständig. Eine solche benötigen neben den Patient/innen auch die Behandlungszentren (nachfolgend HeGeBe-Zentren) und deren Ärzt/innen. Das BAG ist für die Aufsicht und Kontrolle der HeGeBe-Zentren zuständig, die es in Zusammenarbeit mit den jeweiligen kantonalen Behörden wahrnimmt. Schliesslich gehört auch die Koordination des HeGeBe-Netzwerks zur Förderung des Erfahrungs- und Wissensaustausch, die laufende Aktualisierung und Publikation des Handbuchs zur diacetylmorphingestützten Behandlung (BAG 2015) sowie die Erarbeitung des HeGeBe-Jahresberichts (Gmel et al. 2020) zu den Aufgaben des BAG. Im Jahr 2018 kam eine Evaluation zum Schluss, dass das etablierte HeGeBe-Umsetzungssystem zweckmässig ist und sich durch eine hohe Legitimation bei den Umsetzungsakteur/innen auszeichnet (vgl. Mavrot et al. 2018: 48). Aufbauend auf den Erkenntnissen dieser Evaluation, analysiert die vorliegende Studie die aktuelle Situation der HeGeBe in der Schweiz.

## 1.2 Auftrag und Fragestellung

Gestützt auf Artikel 3e Absatz 3 BetmG, welcher eine periodische Überprüfung der Durchführung und des Verlaufs der HeGeBe vorsieht, hat das BAG den Auftrag für die vorliegende Situationsanalyse im Einladungsverfahren an KEK – CDC vergeben. Die Situationsanalyse wurde von Mai 2020 bis März 2021 realisiert.

Ziel der Situationsanalyse ist es, relevantes Wissen über den Stand der HeGeBe zu generieren und allfälliges Optimierungspotential zu identifizieren. Gestützt auf dieses Wissen werden Schlussfolgerungen formuliert, die für die künftige Umsetzung der HeGeBe in der Schweiz relevant sind. Die Fragen der Situationsanalyse sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

**Tabelle 1: Fragen der Situationsanalyse (vgl. BAG 2020a: 5)**

<b>1. Was ist der Stand der Umsetzung der HeGeBe?</b>
1a. Wie gestaltet sich die Umsetzung der HeGeBe?
1b. Gibt es in der Umsetzung je nach HeGeBe-Zentrum unterschiedliche Praktiken (z.B. abhängig von der Art der HeGeBe-Zentren, regionale Unterschiede)? Falls ja, weshalb?
1c. Ist der Zugang zur HeGeBe in angemessener Weise gewährleistet? Falls nein, weshalb?
1d. Gibt es Umsetzungspraktiken, welche von den rechtlichen Grundlagen abweichen (z.B. Handhabung von Ausnahmeregelungen)? Falls ja, welche und weshalb?
<b>2. Gibt es für die HeGeBe aktuelle oder künftige Herausforderungen? Wenn ja, welche?</b>
2a. Wie schätzen die Akteurinnen und Akteure (Betroffene, Beteiligte, Expertinnen und Experten) künftige Entwicklungen ein?
2b. Welche aktuellen Herausforderungen bestehen und mit welchen zukünftigen Herausforderungen ist zu rechnen (z.B. demografische Entwicklung, die veränderte Lebenssituation, das Konsumverhalten der Abhängigen, die Finanzierung der Behandlung, gesellschaftlicher und politischer Kontext)?
<b>3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?</b>
3a. Gibt es aus Sicht verschiedener Akteurinnen und Akteure ein aktuelles oder künftiges Optimierungspotential für die HeGeBe? Wenn ja, in welchen Bereichen?

Die Analyse bearbeitet folglich drei Hauptfragen: Erstens wurde die Umsetzung der HeGeBe in der Schweiz erfasst und ermittelt, wie der Zugang zur HeGeBe einzuschätzen ist. Dabei wurden auch Unterschiede zwischen den Behandlungszentren beleuchtet und untersucht, ob Umsetzungspraktiken zu beobachten sind, die von den rechtlichen Grundlagen abweichen. Die zweite Hauptfrage befasst sich mit den Herausforderungen für die

HeGeBe und hat damit auch eine prospektive Ausrichtung. Dazu haben wir die Einschätzungen von Umsetzungsakteuren (BAG, Kantonsärzt/innen, Akteur/innen der HeGeBe-Zentren), weiteren Akteur/innen der Suchtpolitik sowie von HeGeBe-Patient/innen erhoben. Während der Durchführung der Studie kam es zu einer Veränderung bei der Versorgung des zur Injektion zugelassenen DAM. Der Schweizer Lohnhersteller, welcher das Präparat Diaphin® zur intervenösen Applikation (Diaphin® i.v.) produziert hatte, meldete im November 2020 Konkurs an. Aus diesem Grund wurde im Rahmen dieser Studie auch die Versorgungssituation näher beleuchtet. Die dritte Hauptfrage fokussiert auf den allfälligen Optimierungsbedarf. Bei der Bearbeitung der Fragen wurden die Covid-19-Pandemie sowie in diesem Zusammenhang erfolgte zentrale Anpassungen in der HeGeBe berücksichtigt.

## **1.3 Analysekonzept und methodisches Vorgehen**

Zur Bearbeitung der Fragen wählten wir ein modulares Vorgehen. Insgesamt bearbeiteten wir fünf Module und setzten qualitative sowie quantitative Methoden ein.<sup>9</sup>

### **1.3.1 Modul 1: Detailkonzept**

Modul 1 umfasste das Detailkonzept der Situationsanalyse. Es setzte die Datenbedürfnisse für die Situationsanalyse systematisch fest und legte dar, welche Aspekte der Umsetzung der HeGeBe in der Analyse besonders interessieren. Als Grundlage dienten das BetmG und die BetmSV, das Handbuch zur HeGeBe (BAG 2015), weitere Unterlagen zur Umsetzung der HeGeBe (u.a. Gmel et al. 2020, Hildebrand et al. 2018, Mavrot et al. 2018) sowie Dokumente zur Situation und Massnahmen bei der HeGeBe während der COVID-19-Pandemie (BAG 2020b, SSAM 2020b). Zudem wurden sechs Informationsgespräche mit Akteur/innen der HeGeBe geführt.<sup>10</sup>

### **1.3.2 Modul 2: Online Befragung Umsetzungsakteur/innen und Expert/innen**

Dieses Modul erfasste die Perspektive von Umsetzungsakteur/innen und von weiteren Expert/innen aus dem Suchtbereich anhand einer standardisierten Online-Befragung. Zu den Umsetzungsakteur/innen zählten die verantwortlichen Personen beim BAG, die Kantonsärzt/innen sowie die HeGeBe-Zentrumsakteur/innen. Als weitere Expert/innen wurden Akteur/innen erfasst, die an Schnittstellen zur HeGeBe tätig sind oder im Suchtbereich forschen; dazu zählten etwa die kantonalen und städtischen Beauftragten für Suchtfragen, die Leitungen der Kontakt- und Anlaufstellen oder die Vorstandsmitglieder SSAM.

Der Fragebogen umfasste folgende Themenbereiche: Zugang zur HeGeBe, Umsetzung der HeGeBe, Herausforderungen und Optimierungspotential. Den Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren stellten wir spezifische Fragen zur Umsetzungspraxis. Den Fragebogen für die Kantonsärzt/innen gestalteten wir speziell kurz, um trotz der COVID-19-Pandemie bei dieser Akteursgruppe einen angemessenen Rücklauf zu erzielen. Wir befragten alle Kantonsärzt/innen, um zu ermitteln, wie diese die Umsetzung und den Zugang zur HeGeBe einschätzen und aus welchen Gründen in gewissen Kantonen kein HeGeBe-Angebot besteht. Die Online-Befragung wurde im Zeitraum vom 4. bis zum 31. August 2020 in Deutsch und Französisch realisiert.

---

<sup>9</sup> Eine Methodenmatrix findet sich Tabelle A 1 im Annex 10.1.

<sup>10</sup> Eine Liste der Gesprächspartner/innen findet sich im Annex 10.2 und der Leitfaden in Annex 10.3.

Um ein möglichst breites Bild zu ermitteln und aussagekräftige Ergebnisse zu generieren, schlossen wir die Umsetzungsakteur/innen vollständig in die Stichprobe ein, bei den weiteren Expert/innen erfassten wir alle Akteur/innen der jeweiligen Leitungsgremien.<sup>11</sup> Wir berücksichtigten auch Expert/innen aus dem Suchtbereich aus Kantonen, die über keine HeGeBe-Angebot verfügen. Insgesamt umfasste die Stichprobe 220 Personen, wovon sich 134 an der Befragung beteiligten (Rücklauf 61 %). Bei den Kantonsärzt/innen fiel der Rücklauf tiefer aus (11 Teilnahmen, 41 % Rücklauf). Dies ist vermutlich teilweise auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Es nahmen Kantonsärzt/innen aus allen Sprachregionen, kleinen und grossen Kantonen teil. Weiter beteiligten sich Verantwortliche aus 20 der 22 HeGeBe-Zentren (44 Teilnahmen von 20 HeGeBe-Zentren, Rücklauf 76 %). Tabelle A 3 im Annex 10.4 liefert Details zur Stichprobe und zum Rücklauf.

Bei der Auswertung der Befragungsdaten analysierten wir, ob Unterschiede zwischen den Akteursgruppen bestehen. Bei der Befragung der HeGeBe-Zentren beteiligten sich zu meist mehrere Verantwortliche eines HeGeBe-Zentrums. Deswegen aggregierten wir die Befragungsdaten zur Organisation, Finanzierung sowie zur Praxis der Anwendung, Ab- und Mitgabe des DAM auf der Ebene der Zentren, so dass pro HeGeBe-Zentrum jeweils eine Antwort entstand.<sup>12</sup> Zudem teilten wir die Zentren gemäss ihrer Anzahl HeGeBe-Patient/innen in kleine, mittlere und grosse Zentren ein.

### 1.3.3 Modul 3: Vertiefende Interviews

Zur Vertiefung der Perspektive der Umsetzungsakteur/innen und der Expert/innen aus dem Suchtbereich erhoben wir im Anschluss an die Online-Befragung qualitative Angaben durch leitfadengestützte Interviews. Aufgrund der Diskussion der Zwischenergebnisse aus der Online-Befragung mit der Steuergruppe setzten wir drei thematische Schwerpunkte.

Erstens vertieften wir die Perspektive der HeGeBe-Zentrumsakteur/innen mit sieben Interviews im Rahmen von Zentrumsbesuchen. Dabei berücksichtigten wir die Perspektive der Ärztinnen und Pflegenden und fokussierten auf Fragen zum Zugang und zur Finanzierung der HeGeBe, zur Gestaltung der Ab-/Mitgabe sowie auch zu Herausforderungen und Optimierungspotential. Wir besuchten folgende drei Zentren, die sich in ihrer Grösse, Organisation, Alter und Sprachregion unterscheiden: arud Zentrum für Suchtmedizin Zürich, Neumühle Ambulatorium für HeGeBe Chur und die Policlinique d'addictologie POLADD Lausanne (vgl. Tabelle A 4 Annex 10.5). Zweitens führten wir drei Interviews, um die kantonale und die kommunale Perspektive sowie juristische Aspekte zu vertiefen. Die Interviewfragen fokussierten auf den Zugang zur HeGeBe, auf die Herausforderungen und das Optimierungspotential im städtischen oder kantonalen Kontext sowie auf Einschätzungen zu festgestellten Abweichungen und Unsicherheiten bei der Anwendung der rechtlichen Bestimmungen. Der dritte Fokus lag bei der Versorgungssituation. Dazu führten wir drei Interviews mit Verantwortlichen des Herstellers, der Zulassungsbehörde Swissmedic und der Sektion Arzneimittelaufnahme des BAG durch. Diese Interviews konzentrierten sich auf Probleme bei der Versorgung sowie auf Hinweise zu möglichen Alternativen. Die Interviews erfolgten auf Deutsch und Französisch.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Personen mit mehreren Funktionen haben wir nur einmal zur Teilnahme an der Befragung eingeladen.

<sup>12</sup> Aggregation bei numerischen Angaben: Mittelwerte. Aggregation bei Ja-Nein-Fragen (z.B. ob ein HeGeBe-Zentrum Spritzenhilfe leistet): «ja», wenn mindestens die Hälfte der Befragten mit «ja» geantwortet haben.

<sup>13</sup> Weitere Details zum Vorgehen beinhaltet die Methodenmatrix in Tabelle A 1 im Annex 10.1. Die Liste der Interviewpartner/innen findet sich in Tabelle A 2 im Annex 10.2 und die Leitfaden zum Modul 3 im Annex 10.6.

### **1.3.4 Modul 4: Entwicklung und Perspektive der HeGeBe-Patient/innen**

Modul 4 befasste sich mit der Entwicklung und geographischen Verteilung der HeGeBe-Patient/innen sowie mit deren Perspektive. Dieses Modul lieferte damit erstens Angaben zur Inanspruchnahme der HeGeBe in der Schweiz und zeigte auf, wie sich die Anzahl und das Alter der HeGeBe-Patient/innen entwickelt hat. Zweitens erfasste es die Perspektive der Betroffenen anhand von sechs leitfadengestützten Interviews mit HeGeBe-Patient/innen. Die Interviews lieferten einen Einblick, wie diese Betroffenen den Zugang und die Situation der HeGeBe wahrnehmen, welchen Schwierigkeiten sie begegnen und was aus ihrer Perspektive verbessert werden sollte.

Die Entwicklungen der HeGeBe-Patient/innen und die geographische Reichweite des HeGeBe-Angebots ermittelten wir anhand einer Analyse der vorhandenen Dokumente und Sekundärdaten. Relevante Quellen waren dabei primär die Jahresberichte zum Monitoring der HeGeBe in der Schweiz (u.a. Gmel et al. 2020, 2019; Hildebrand et al. 2018). Für die Analyse der geographischen Reichweite des HeGeBe-Angebots konnten wir anonymisierte Daten zu den Patient/innen nutzen, die im Juli 2020 über eine gültige HeGeBe-Bewilligung des BAG verfügten. Wir ergänzten die Daten mit statistischen Angaben zur Wohnbevölkerung und werteten sie mit Methoden der deskriptiven Statistik aus.

Die Perspektive der HeGeBe-Patient/innen erhoben wir durch sechs Interviews mit HeGeBe-Patient/innen von drei unterschiedlichen HeGeBe-Zentren. Dieses Vorgehen erlaubte möglichst unterschiedliche Perspektiven der HeGeBe-Patient/innen zu berücksichtigen. Die Auswahl der Interviewpartner/innen erfolgte durch die Zentren, wobei wir um möglichst unterschiedliche Perspektiven gebeten hatten (vgl. Tabelle A 5 in Annex 10.7). Aufgrund der kleinen Anzahl von Interviews sind keine repräsentativen Aussagen möglich. Der Interviewleitfaden umfasste Fragen zur derzeitigen Behandlungssituation und gegebenenfalls auch zu den Erfahrungen mit der Corona-Regelung zur Mitgabe des DAM. Weitere Fragen bezogen sich auf Schwierigkeiten und Verbesserungspotential im Behandlungsalltag, den Zugang zu HeGeBe sowie auch allfällige Sorgen bezüglich der Behandlungssituation in der Zukunft (vgl. Leitfaden zum Modul 4 im Annex 10.7).

### **1.3.5 Modul 5: Synthese**

Modul 5 umfasste die Synthese der Erkenntnisse aus den einzelnen Modulen zur Beantwortung der Fragen. Zwischenresultate sowie der Entwurf des Schlussberichts wurden in der Steuergruppe präsentiert und diskutiert. Die Rückmeldungen der Steuergruppe wurden bei der Weiterbearbeitung und Berichterstattung berücksichtigt. Dieses Modul diente zudem auch der Qualitätssicherung. Dazu unterstützten uns folgende drei Expert/innen mit ausgewiesener Expertise im Bereich der Drogenpolitik, der Evaluationsmethodik und der Suchtforschung bei der Konzeption der Analyse und der Interpretation der Ergebnisse: Dr. Nadine Friedl, Abteilung klinische Psychologie und Psychotherapie Universität Bern, Prof. Dr. Daniel Kübler, Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich und Zentrum für Demokratie Aarau, und Prof. Dr. Thomas Widmer, Institut für Politikwissenschaft Universität Zürich. Weitere Angaben zur Expertise der Expert/innen finden sich in Tabelle A 6 im Annex 10.8.

## 2 Regelung der HeGeBe

---

Die HeGeBe ist in der Schweiz detailliert reguliert. Das BetmG legt fest, dass es für die HeGeBe eine Patientenbewilligung des Bundes braucht. Auf der Ebene des Gesetzes wird weiter auch festgelegt, dass eine HeGeBe nur Personen verschrieben werden darf, bei welchen andere Behandlungsformen versagt haben oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt. Schliesslich darf die HeGeBe nur von spezialisierten Ärzt/innen in geeigneten Einrichtungen verschrieben werden.<sup>14</sup> In der BetmSV hat der Bundesrat detaillierte Bestimmungen zur HeGeBe erlassen. Zentrale Bestimmungen betreffen die Ziele und die Aufnahmekriterien, die in der nachfolgenden Tabelle 2 aufgeführt sind.

**Tabelle 2: Ziele und Aufnahmekriterien der HeGeBe**

<b>Ziele</b> (vgl. Art. 6 und 8 BetmSV)	<ul style="list-style-type: none"><li>– therapeutische Einbindung;</li><li>– Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit;</li><li>– soziale und berufliche Wiedereingliederung;</li><li>– risikoarmer Konsum psychoaktiver Substanzen:</li><li>– Reduktion und Abstinenz von Substitutionsmitteln; Abstinenz vom unbefugten Konsum kontrollierter Substanzen;</li><li>– Distanzierung von der Drogenszene und Verhinderung der Beschaffungskriminalität;</li></ul>
<b>Aufnahmekriterien</b> (vgl. Art. 10 BetmSV)	<ul style="list-style-type: none"><li>– mindestens 18 Jahre alt;</li><li>– seit mindestens zwei Jahren schwer heroinabhängig;</li><li>– mindestens zwei erfolglose/abgebrochene Behandlungsversuche;</li><li>– physische, psychische oder soziale Defizite.</li></ul>

Die BetmSV legt fest, dass das BAG für die Bewilligung und Aufsicht der HeGeBe-Zentren sowie auch für die Arzt- und Patientenbewilligung zuständig ist. Weiter umfasst sie Bestimmungen zur Indikation, zum Behandlungsplan, zu den Anforderungen an die HeGeBe-Zentren und das Behandlungspersonal.

Die BetmSV regelt auch die Verabreichung, Abgabe und Mitgabe des DAM. Grundsätzlich hat die Abgabe und Einnahme des DAM im HeGeBe-Zentrum unter Sichtkontrolle eines Mitglieds des Behandlungsteams zu erfolgen. Für die Verabreichung zuhause und Mitgabe sind Ausnahmen von dieser Regelung vorgesehen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurden diese Ausnahmeregelungen im Jahr 2020 befristet angepasst. Die ursprüngliche Regelung, die zwischen 1. Juli 2011 bis 27. September 2020 in Kraft war und per 1. Januar 2022 wieder in Kraft treten wird, erlaubt in indizierten Ausnahmefällen eine Verabreichung zuhause und ausserordentlich auch eine Mitgabe von maximal zwei Tagesdosen unter gewissen Bedingungen. Diese Mitgabe hat das BAG wegen der COVID-19-Pandemie während der ausserordentlichen Lage (16.3.2020 bis 19.6.2020) gestützt auf Artikel 8 BetmG auf sieben Tagesdosen erweitert. Allerdings benötigte eine solche Mitgabe eine Ausnahmegewilligung durch das BAG, die jeweils für sechs Monate ausgestellt wurde.

Da die COVID-19-Pandemie andauert und sich die erweiterte Mitgabe als zweckmässig erwiesen hatte, um COVID-19-Infektionen bei HeGeBe-Patient/innen zu vermeiden, hat

---

<sup>14</sup> Die HeGeBe wird in Artikel 3e BetmG geregelt.

der Bundesrat die BetmSV temporär angepasst. Befristet bis Ende 2021 ist eine erweiterte Mitgabe mit bis zu vier Tagesdosen bei Patient/innen möglich, die wegen der COVID-19-Pandemie als besonders gefährdet gelten. Bei Patient/innen mit erhöhtem Risiko können bis zu maximal sieben Tagesdosen mitgegeben werden. Auch diese COVID-19-Regelung definiert Bedingungen, die für eine Mitgabe erfüllt sein müssen (Art. 13 Abs. 3 bis 6 BetmSV).<sup>15</sup>

Der HeGeBe kommt gemäss BetmG (Art. 3e Abs. 3) eine Sonderstellung im Vergleich zu den anderen OAT zu. Die anderen OAT werden von den Kantonen beaufsichtigt und bewilligt und können als Erstbehandlung dezentral von Hausärzt/innen, Spitälern, psychiatrischen Diensten oder spezialisierten Institutionen verschrieben werden. Zudem können die anderen OAT neben Ärzt/innen von weiteren qualifizierten Personen wie Apotheker/innen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter/innen und Psycholog/innen durchgeführt werden. Die Regelung der Mitgabe der verschriebenen Betäubungsmittel ist weiter gefasst; so ist eine Mitgabe bis zu einem Monat möglich (BAG 2013, SSAM 2020: 35). Die Mitgabe der Substitutionspräparate wird durch kantonale Regelungen präzisiert (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 3: Unterschiede in der Regelung der HeGeBe und der anderen OAT**

	<b>HeGeBe</b>	<b>andere OAT</b>
<b>Bewilligung und Kontrolle</b>	BAG	Kantone
<b>Durchführung</b>	zentral, in spezialisierten, durch das BAG bewilligte HeGeBe-Zentren	dezentral (Hausärzt/innen, Spitäler, Apotheken, psychiatrische Dienste, spezialisierte Institutionen)
<b>Behandlungszugang</b>	betäubungsmittelabhängige Personen, bei denen andere Behandlungsformen versagt haben oder deren Gesundheitszustand andere Behandlungsformen nicht zulässt	betäubungsmittelabhängige Personen
<b>Mitgabe</b>	ohne COVID-19-Sonderregelung: ausnahmsweise für maximal 2 Tagesdosen	maximal bis zu einem Monat, gemäss kantonaler Grundlagen teilweise weniger lang (z.B. sieben Tage)
Quellen: In Anlehnung an BAG 2020a ergänzt durch Angaben aus folgenden Quellen BetmG, BetmSV, SSAM 2020a.		

<sup>15</sup> Tabelle A 8 im Annex 11 umfasst eine detaillierte Übersicht über die Regelung der Mitgabe und Verabreichung zuhause.

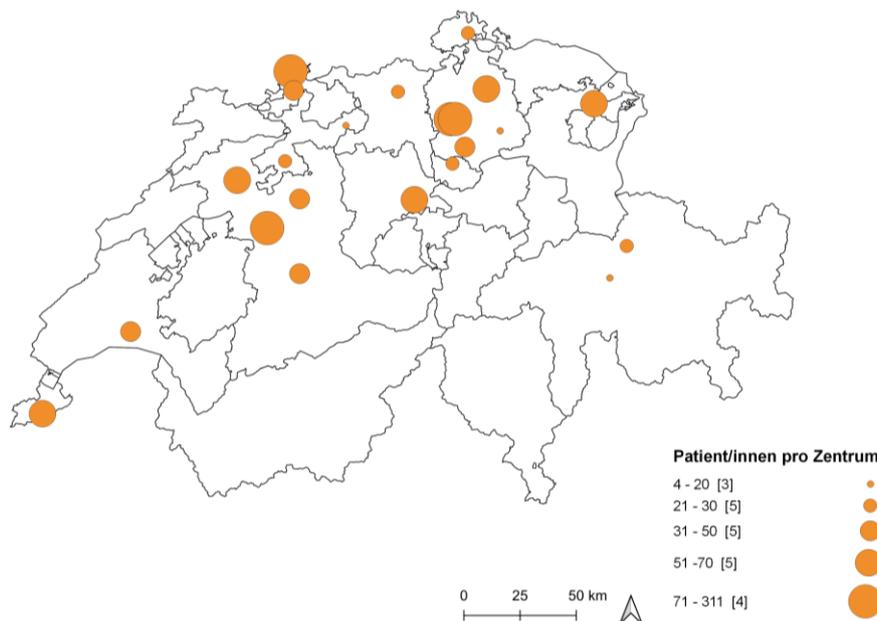
### 3 Organisation und Praxis der HeGeBe-Zentren

Dieses Kapitel zeigt auf, wie sich die Praxis der HeGeBe in der Schweiz gestaltet. Das Angebot der HeGeBe konzentriert sich in der Schweiz auf die spezialisierten Zentren, die eine Bewilligung des BAG zur Durchführung der HeGeBe haben. Die nachfolgende Analyse stützt sich auf Daten der Online-Befragung, die Interviews mit Umsetzungsakteur/innen und weiteren Expert/innen sowie auf weitere relevante Unterlagen und Daten zu den HeGeBe-Zentren und deren Praxis.

#### 3.1 Grösse und Beständigkeit der HeGeBe-Zentren

Im Jahr 2020 hatten 22 Institutionen eine Bewilligung zur Durchführung der HeGeBe.<sup>16</sup> Diese Institutionen, nachfolgend als HeGeBe-Zentren bezeichnet, verteilen sich auf 14 Kantone. Mehrere HeGeBe-Zentren gibt es in den Kantonen Zürich (5), Bern (4), Solothurn (2) und Graubünden/Glarus (2) (vgl. Abbildung 1, Tabelle A 7 im Annex 11). Betrachtet man die Standorte der 22 HeGeBe-Zentren in der Schweiz, können wir feststellen, dass sich HeGeBe-Zentren vor allem in grösseren Städten und in dichtbesiedelten, urbanen Gebieten befinden.

**Abbildung 1: Standorte und Grösse der HeGeBe-Zentren, Stand Juli 2020**



Quelle: Die Karte wurde mit Daten des BAG zu den HeGeBe-Patientenbewilligungen, Stand Juli 2020, erstellt.

Mehr als die Hälfte der HeGeBe-Zentren wurden vor mehr als 20 Jahren eröffnet. Auch die meisten anderen HeGeBe-Zentren bestehen schon mindestens seit 15 Jahren. Das HeGeBe-Zentrum in Lausanne wurde hingegen erst im Jahr 2018 eröffnet. Damit bestehen in der Westschweiz zwei HeGeBe-Zentren, neben Lausanne auch eines in Genf. Die Kantone der Westschweiz haben das Vier-Säulen-Modell der Drogenpolitik aufgrund von

<sup>16</sup> Nach Abschluss der Datenerhebung der Situationsanalyse wurde im Jahr 2021 ein weiteres HeGeBe-Zentrum in Freiburg eröffnet.

politischen Widerständen insgesamt zurückhaltender umgesetzt (vgl. Brunner/Kübler 2019).

Die HeGeBe-Zentren variieren beträchtlich in ihrer Grösse gemessen an der Anzahl HeGeBe-Patient/innen. Im Juli 2020 behandelten acht kleine HeGeBe-Zentren 30 oder weniger HeGeBe-Patient/innen. Zehn mittlere HeGeBe-Zentren behandelten zwischen 31 und 70 Patient/innen und vier HeGeBe-Zentren behandelten deutlich mehr Patient/innen.

### 3.2 Organisation der HeGeBe-Zentren

Die HeGeBe-Zentren sind unterschiedlich organisiert: Am häufigsten werden sie von kantonalen psychiatrischen Diensten geführt (10), dabei auch die drei HeGeBe-Zentren der Universitätsspitäler Basel, Genf und Lausanne. Acht HeGeBe-Zentren sind als Verein oder Stiftung organisiert. Zwei HeGeBe-Zentren werden von städtischen Stellen (mit-)getragen und eines wird von einer Privatklinik geführt. Schliesslich führt die kantonale Strafvollzugsanstalt Realta ein HeGeBe-Zentrum, wobei die medizinische Leitung durch die Klinik Beverin, psychiatrische Dienste Graubünden, wahrgenommen wird.

Die HeGeBe-Zentren unterscheiden sich auch durch die Zusammensetzung des Leitungsteams (vgl. Tabelle 4). Die Hälfte der HeGeBe-Zentren wird durch ein gemischtes Leitungsteam aus ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal geführt, drei haben eine ärztliche Leitung und ein HeGeBe-Zentrum eine nicht-ärztliche Leitung. Zu den übrigen sieben HeGeBe-Zentren liegen keine oder unklare Angaben vor.

**Tabelle 4: Organisation der HeGeBe-Zentren**

	Anzahl HeGeBe-Zentren
<b>Trägerorganisation <sup>a</sup></b>	
kantonale psychiatrische Dienste (Kantons-/Universitätsspitäler)	10
städtische Stellen (eins in Kooperation mit Kantonsspital)	2
Verein oder Stiftung	8
Privatklinik	1
<b>Leitung der HeGeBe-Zentren <sup>b</sup></b>	
gemischtes Leitungsteam ärztliches und nicht-ärztliches Personal	11
ärztliche Leitung	3
nicht-ärztliche Leitung	1
unklar / keine Angaben	7
Quellen: <sup>a</sup> Dokumentenanalyse. <sup>b</sup> Online-Befragung der HeGeBe-Zentren. Zu 20 HeGeBe-Zentren liegen Angaben aus der Befragung vor, 2 haben sich nicht an der Befragung beteiligt und die Angaben konnten nicht aus Dokumenten eruiert werden.	

### 3.3 Finanzierung der HeGeBe-Zentren

Gemäss Online-Befragung finanzieren sich die HeGeBe-Zentren über unterschiedliche Finanzierungsquellen: Sechs HeGeBe-Zentren finanzieren sich ausschliesslich über die Vergütung durch die Krankenkassen (Tagespauschalen, Abrechnung über Tarmed). Die Vergütung durch die Krankenkassen kann zwischen den HeGeBe-Zentren variieren, da diese mit den Krankenkassen ausgehandelt werden. Grosse HeGeBe-Zentren besitzen diesbezüglich Vorteile. Vierzehn HeGeBe-Zentren finanzieren sich zusätzlich durch kantonale und/oder kommunale Beiträge, durch direkte Beiträge der Patient/innen sowie weitere Einnahmen (vgl. Tabelle 5).

Im Rahmen der Online-Befragung haben wir auch gefragt, wie hoch der Anteil der Finanzierung durch kantonale/kommunale Beiträge, Beiträge der Patient/innen und/oder andere Einnahmen ist. Zu zwölf der Zentren mit einer solchen Finanzierung liegt eine Schätzung vor: Bei vier HeGeBe-Zentren liegt dieser Anteil schätzungsweise bei 15 bis 21 %, bei vier zwischen 27 und 40 % und bei weiteren vier zwischen 50 und 70 %. Bei Letzteren finden sich nur kleine Zentren mit weniger als 31 HeGeBe-Patient/innen. Gemäss Online-Befragung gibt es jedoch auch kleine Zentren mit keinem oder einem viel geringeren Anteil einer solchen Finanzierung.

Die Tatsache, dass es gemäss Online-Befragung sechs Zentren gibt, die sich ausschliesslich über die Vergütungen durch die Krankenkassen finanzieren, steht etwas im Widerspruch mit Interviewaussagen sowohl von Akteur/innen der HeGeBe-Zentren, des BAG als auch der Kantone, wonach eine solche Finanzierung nicht ausreichend sei. Allerdings geben auch in der Online-Befragung zahlreiche Akteur/innen an, dass die Sicherstellung der Finanzierung eine Herausforderung darstellt.

**Tabelle 5: Finanzierungsquellen der HeGeBe-Zentren**

Finanzierungsquellen	HeGeBe-Zentren																			
Tagespauschale Krankenkasse	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Abrechnung Tarmed		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
kantonaler Beitrag							x	x	x	x		x			x	x			x	x
kommunaler Beitrag												x	x	x	x				x	x
direkter Beitrag Patient/innen															x	x	x	x	x	x
weitere Einnahmen																				x
Anzahl Finanzierungsquellen	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	5	5
Frage: Wie wird die HeGeBe in Ihrem Zentrum finanziert? (N aggregiert = 20 Zentren)																				
Quelle: Online-Befragung der HeGeBe-Zentren.																				

Eine Finanzierung durch direkte Beiträge der Patient/innen<sup>17</sup> kennen gemäss Online-Befragung acht HeGeBe-Zentren in sechs Kantonen der Deutschschweiz. Es fällt auf, dass eine solche Finanzierung nur in Kombination mit kantonalen und/oder kommunalen Beiträgen auftritt. Die Finanzierung durch direkte Beiträge der Patient/innen ist umstritten und wird als problematisch erachtet. Gemäss Interviews mit Akteur/innen der HeGeBe-Zentren handelt es sich dabei um eine Pauschale, welche die HeGeBe-Patient/innen für die Ab- oder Mitgabe des DAM im HeGeBe-Zentrum bezahlen müssen (auch als Tagespauschale bezeichnet, die für jeden Tag mit Zentrumsbesuch anfällt). Gerechtfertigt wird dieser Beitrag in den Interviews dadurch, dass die HeGeBe nicht nur medizinische, sondern auch soziale Dienstleistungen umfasse, die nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckt würden. Teilweise seien die HeGeBe-Zentren, die einen kommunalen und/oder kantonalen Finanzierungsbeitrag erhalten, durch ihre Standortgemeinde oder ihren Standortkanton verpflichtet, für HeGeBe-Patient/innen, die von ausserhalb kommen, einen (höheren) Beitrag zu verlangen. In diesem Sinne dient der Beitrag einem interkantonalen/-kommunalen Ausgleich und soll dazu beitragen, dass Kantone/Gemeinden nicht gratis an Leistungen der Städte/Kantone mit einem HeGeBe-Angebot partizipieren (Bekämpfung von Trittbrettfahren). Diese Beiträge würden teilweise von den Wohnortgemeinden respektive der Sozialhilfe übernommen, falls die Patient/in-

<sup>17</sup> Es handelt sich dabei nicht um den Selbstbehalt, den die Patient/innen bei Leistungen nach OKP übernehmen müssen.

nen Sozialhilfe beziehen. Gemäss Interviews gibt es auch HeGeBe-Zentren, die auf solche Beiträge der Patient/innen bewusst verzichten, da sie nicht mit dem Grundsatz des Tarifschutzes des Krankenversicherungsgesetzes zu vereinbaren seien. Aus juristischer Perspektive könne ergänzt werden, dass es den HeGeBe-Patient/innen grundsätzlich offenstehen müsste, die Leistungen nach OKP auch ohne die zusätzlichen sozialen Dienste zu beziehen. Da diese Möglichkeit den Patient/innen nicht offensteht, liegt hier eine problematische Finanzierung vor. Aus der Perspektive der Patient/innen kann dieser Beitrag zudem eine finanzielle Hürde zum Zugang zu einer HeGeBe darstellen (siehe Kapitel 6.1). Wir konnten diese Problematik und deren Reichweite im Rahmen der Situationsanalyse nicht vertieft und hinreichend systematisch untersuchen.

### **3.4 Angebote der HeGeBe-Zentren**

Die HeGeBe-Zentren unterscheiden sich bezüglich ihrer Angebote: Gemäss der Online-Befragung bieten elf HeGeBe-Zentren eine somatische Behandlung in ihrem Zentrum an, neun haben kein solches Angebot und folglich muss die somatische Behandlung der HeGeBe-Patient/innen ausserhalb erfolgen. Zu den zwei HeGeBe-Zentren, die sich nicht an der Befragung beteiligt haben, liegen uns keine Angaben vor. Gemäss Interviewaussagen von HeGeBe-Zentrumsakteur/innen sei es zusehends schwieriger, geeignete Hausärzt/innen zu finden. Als Erklärung führen die Interviewten an, dass Hausärzt/innen, die mit der Drogenproblematik der 90er Jahre vertraut waren, pensioniert würden und jüngere weniger für die Problematik sensibilisiert und weniger oft bereit seien, die Behandlung von Schwerstsuchtigen mit komplexen Komorbiditäten zu übernehmen.

Die HeGeBe-Zentren unterscheiden sich auch deutlich dadurch, wie sie die Abgabe organisieren. Wie die besuchten HeGeBe-Zentren verdeutlichen, gibt es HeGeBe-Zentren, die täglich durchgehend geöffnet sind und wo die Patient/innen ohne zeitlich fixierten Termin zur Abgabe kommen können (Ticketing-System). Andere hingegen haben nur in bestimmten Zeitfenstern für die Abgabe geöffnet oder legen mit den Patient/innen die Termine fest.

Die Besuche der drei HeGeBe-Zentren sowie auch die weiteren Interviews mit Umsetzungsakteur/innen verdeutlichen, dass gewisse Unterschiede bei sozialen Angeboten der HeGeBe-Zentren bestehen. Während manche HeGeBe-Zentren Gruppenaktivitäten wie Kochen oder Ferienlager organisieren, beschränken sich andere primär auf die medizinischen Angebote und eine Beratungsstelle für soziale Fragen und Anliegen der Patient/innen. Diese Unterschiede weisen einerseits darauf hin, dass verschiedene Verständnisse dazu bestehen, was eine HeGeBe umfassen sollte. Andererseits arbeiten die HeGeBe-Zentren in Kontexten mit unterschiedlich gut ausgebauten sozialen Angeboten für Schwerstsuchtige.

### **3.5 Ab- und Mitgabe-Praxis der HeGeBe-Zentren**

#### **3.5.1 Applikationsart**

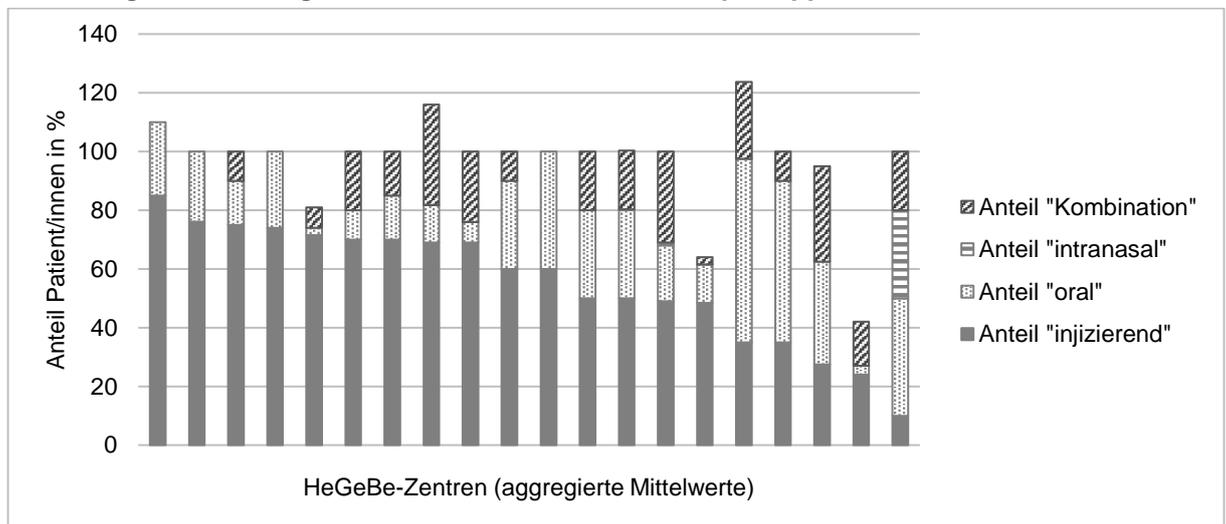
In allen 20 HeGeBe-Zentren, die sich an der Online-Befragung beteiligt haben, wird DAM vor Ort sowohl als Lösung zur intravenösen Injektion als auch als Tablette verabreicht. In 16 HeGeBe-Zentren erfolgt auch eine kombinierte Abgabe, bei der die intervenöse und orale Applikationsart zu gleichen Anteilen angewendet wird. Eine intranasale Applikation von DAM, die eine Ausnahmegewilligung durch das BAG bedingt, findet gemäss Online-

Befragung nur in drei HeGeBe-Zentren Anwendung. Sogenannte Spritzenhilfe leisten gemäss Befragung nur vier HeGeBe-Zentren, die unterschiedlich gross sind und sich in der Deutsch- und Westschweiz befinden.

In der Online-Befragung haben wir nach einer Schätzung zum Anteil der Patient/innen gefragt, welche die jeweilige Applikationsart hauptsächlich anwenden. Abbildung 2 gibt diese Schätzungen aggregiert auf der Ebene der HeGeBe-Zentren wieder. Die Angaben von einigen Befragten sind allerdings nicht präzise, da die angegebenen Anteile summiert nicht 100 % ergeben. Gemäss diesen Angaben stellt die intervenöse Applikation in elf HeGeBe-Zentren die häufigste Applikationsform dar (jeweils mehr als 50 % der Patient/innen). In der Tendenz wird DAM in den grösseren Zentren öfters in Tablettenform und kombiniert abgegeben.<sup>18</sup>

Gemäss den Interviews mit den HeGeBe-Zentrumsakteur/innen gibt es verschiedene Erklärungen für diese Unterschiede bei der Applikationsart. Entscheidend sollten die Bedürfnisse der HeGeBe-Patient/innen und die Behandlungserfordernisse sein. Allerdings würden die Entscheide für die Applikationsart auch durch die Möglichkeit einer Mitgabe – in der Regel nur in Form von Tabletten – bestimmt. Zudem stelle die Abgabe in Tablettenform eine risikoärmere Konsumart dar. In den Interviews wird der Wechsel von injizierenden zur oralen Applikationsart deshalb teilweise auch als eine positive Entwicklung in der Behandlung der Patient/innen bezeichnet. In der Vergangenheit hätte es Widerstände von gewissen Umsetzungsakteur/innen gegen die DAM Tabletten gegeben. Es sei befürchtet worden, dass die Tabletten aus dem HeGeBe-Zentrum geschmuggelt und auf dem Schwarzmarkt verkauft werden könnten. Schliesslich liegen Hinweise vor, wonach es HeGeBe-Zentren gibt, welche die Abgabe in Form von Tabletten aus Kostengründen beschränken. Bei Krankenkassenpauschalen, welche die Medikamentenkosten einschliessen, bestünden finanzielle Anreize für die Abgabe der billigeren Injektionslösung.

**Abbildung 2: Schätzungen zum Anteil der Patient/innen pro Applikationsform**



Frage: Wie wird das Diaphin® in Ihrem Zentrum angewendet? Bitte geben Sie eine Schätzung zum Anteil der Patient/innen an, welche die jeweilige Applikationsart hauptsächlich anwenden (N aggregiert = 20 Zentren)

Quelle: Online-Befragung der HeGeBe-Zentren.

<sup>18</sup> Für eine Beschreibung der Eigenschaften von oralem DAM und dessen Indikationen siehe Kormann und Schaub (2013). Die Autoren zeigen in dieser Forschungsarbeit die Entwicklung der Applikationsarten zwischen 1999 und 2012 und stellen für diesen Zeitraum eine deutliche Abnahme des Anteils der Patient/innen mit ausschliesslich intravenöser Applikation fest.

### 3.5.2 Mitgabe von DAM

Eine Mitgabe von DAM praktizieren gemäss Online-Befragung 18 der 20 HeGeBe-Zentren, die sich an der Befragung beteiligt haben. Bei einem der zwei HeGeBe-Zentren, die keine Mitgabe zulassen, handelt es sich um das HeGeBe-Zentrum der Vollzugsanstalt Realta, wo sich die Frage der Mitgabe nicht stellt.

Die Mitgabe erfolgt gemäss den Angaben aus der Online-Befragung fast ausschliesslich mit DAM Tabletten, nur zwei HeGeBe-Zentren geben DAM auch als Lösung mit. Aus den Interviews mit Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren geht hervor, dass die Gründe für diese Praxis etwas diffus sind. Eine Mitgabe als Lösung sei «historisch tabu» gewesen; man sei sich nicht bewusst gewesen, dass die Mitgabe als Lösung erlaubt sei. Andere Interviewte geben an, dass die HeGeBe-Zentren gemeinsam vereinbart hätten, dass die Mitgabe mit Tabletten erfolgen sollte. Einzelne bezeichnen die Mitgabe der Lösung als logistisch schwierig. Weiter geht aus den Interviews hervor, dass die Mitgabe der Lösung wohl derzeit vor allem als Tagesrest erfolgt.

Die Bedingungen und Dauer der Mitgabe ist in den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 13 BetmSV) detailliert festgelegt (vgl. Tabelle A 8 im Annex 11). Aus der Online-Befragung und den Interviews geht deutlich hervor, dass die Einschränkung auf maximal zwei Tagesdosen in der Praxis Schwierigkeiten bereitet. Gemäss den Interviews mit Umsetzungsakteur/innen ist in der Vergangenheit diese Beschränkung nicht immer strikt eingehalten worden. Einzelne HeGeBe-Zentren hätte vor der COVID-19 bedingten Sonderregelung mehr als zwei Tagesdosen mitgegeben (vgl. Tabelle A 9 im Annex 11). Es handle sich bei meist um den Tagesrest für den Tag, an dem die Patient/innen das DAM im Zentrum abholen würden. Diese Praxis wird damit begründet, dass stabile Patient/innen dadurch mehr Autonomie und Eigenverantwortung übernehmen können. Eine solche Mitgabe sei besser mit einer Arbeitstätigkeit oder sozialen Verpflichtungen der Patient/innen zu vereinbaren. Zudem könne eine Mitgabe übers Wochenende praktikabler gestaltet werden und auch die Ab-/Mitgabe im Zentrum mit einer besseren Regelmässigkeit stattfinden. Ein HeGeBe-Zentrum musste diese Mitgabe-Praxis nach einer Inspektion durch das BAG einstellen. Dies sei für die betroffenen Patient/innen sehr einschneidend gewesen.

Aus juristischer Perspektive sei bei der Beurteilung dieser Abweichung von den gesetzlichen Bestimmungen das individuelle und das öffentliche Gesundheitsrisiko abzuwägen. Eine allfällige administrative Korrekturmassnahme durch die zuständige Aufsichtsbehörde müsse dieser Risikoabwägung gerecht werden.

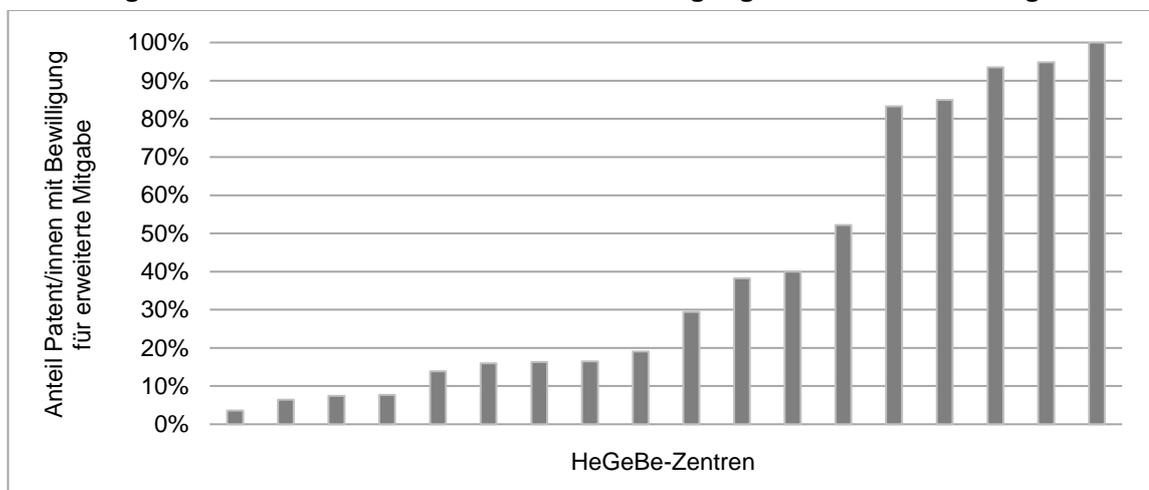
Die Mitgabe-Praxis variiert stark zwischen den HeGeBe-Zentren. Dies zeigte sich auch im Frühling 2020, als die HeGeBe-Zentren zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie beim BAG um eine Ausnahmegewilligung für eine erweiterte Mitgabe ersuchen konnten (BAG 2020b). 18 der 22 HeGeBe-Zentren haben für einen sehr unterschiedlich hohen Anteil ihrer Patient/innen ein Gesuch gestellt (vgl. Abbildung 3). Es finden sich sowohl in der Deutschschweiz als auch der Westschweiz HeGeBe-Zentren, die für einen verhältnismässig hohen Anteil ihrer Patient/innen ein Gesuch gestellt haben. Dies gilt sowohl für kleine, mittlere und grosse HeGeBe-Zentren. Insgesamt hat das BAG 587 Gesuche bewilligt, d.h. für ca. 40 % aller HeGeBe-Patient/innen mit einer HeGeBe-Bewilligung. Allerdings bedeutet eine Bewilligung nicht, dass die HeGeBe-Zentren eine erweiterte Mitgabe von bis zu sieben Tagesdosen bei all diesen Patient/innen tatsächlich einsetzten.

Gemäss der Online-Befragung und den Interviews mit den Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren sind die Erfahrungen mit der erweiterten Mitgabe gemäss der COVID-19-Regelung vom 16. März 2020 bis zum 19. Juni 2020 sehr positiv. Die Interviews beziehen sich

zudem auch auf die Erfahrungen mit der erweiterten Mitgabe, die durch die befristete Anpassung der BetmSV (Art. 13 Abs. 3) zum Zweck der Pandemiebekämpfung ermöglicht wurde.<sup>19</sup>

Die schriftlichen Rückmeldungen von den HeGeBe-Zentren ans BAG im Juni 2020 zeugen ebenfalls von sehr guten Erfahrungen: Die Patient/innen hätten mit dieser Massnahme sowie weiteren zentrumsspezifischen Massnahmen vor COVID-19-Infektion geschützt werden können. Die erweiterte Mitgabe hätte erlaubt, die Behandlung flexibler zu gestalten und den Patient/innen mehr Eigenverantwortung zu übergeben. In manchen Fällen hätte die erweiterte Mitgabe auch eine Umstellung auf eine perorale Einnahme oder die Reduktion der Dosierung erlaubt. Weiter wurde auch festgestellt, dass die Patient/innen die erweiterte Mitgabe schätzen würden; ihr Sicherheitsempfinden und ihr Vertrauen gegenüber den HeGeBe-Zentren sei dadurch gestärkt worden.

**Abbildung 3: Anteil der Patient/innen mit einer Bewilligung für die erweiterte Mitgabe**



Quelle: BAG Daten zu den Ausnahmewilligungen für die erweiterte Mitgabe gemäss COVID-19-Sonderregelung vom März 2020 (N = 18 HeGeBe-Zentren).

Die Angaben zur Mitgabe-Praxis im Jahr 2019 aus der Online-Befragung zeigen, dass sich die Mitgabe in den meisten Zentren auf eine Minderheit der HeGeBe-Patient/innen beschränkte: Es liegen Schätzungen zum Anteil Patient/innen mit einer Mitgabe zu 15 Zentren vor. Bei neuen Zentren erfolgte schätzungsweise eine Mitgabe bei etwa einem Viertel der Patient/innen, bei sechs Zentren war der Anteil höher, jedoch nur bei zwei Zentren liegt die Schätzung bei mehr als der Hälfte der Patient/innen (vgl. Abbildung A 1, Tabelle A 10 und Tabelle A 11 im Annex 11). Diese Angaben geben jedoch keine Auskunft darüber, wie regelmässig und in welcher Dosierung die Mitgabe erfolgte, sondern lediglich, welcher Anteil der Patient/innen mindestens einmal eine Mitgabe im Jahr 2019 erhielt. Insgesamt legen die Befragungs- und Interviewdaten nahe, dass die Ausnahmeregelung zur Mitgabe als Ausnahme gehandhabt wird.

Aus den Interviews mit dem Zentrumsakteur/innen geht hervor, dass die Mitgabe-Praxis auf die Behandlungserfordernisse abgestimmt wird und die Stabilität der Patient/innen, den Beikonsum sowie eine Einschätzung zur Missbrauchsgefahr berücksichtigt. Es werde

<sup>19</sup> Die Online-Befragung fand im August 2020 statt und folglich beziehen sich die berichteten Erfahrungen auf die COVID-19-Sonderregelung, welche das BAG mit einer Ausnahmewilligung ermöglichte. Die befristete Anpassung der BetmSV (Art. 13) erfolgt erst Ende September 2020, siehe dazu Tabelle A 8 in Annex 11. Die Interviews des Moduls 3 decken hingegen einen längeren Zeitraum ab (bis maximal Januar 2021, vgl. Zeitpunkt der Interviewdurchführung Tabelle A 2 im Annex 10).

auch die jeweilige persönliche Situation der Patient/innen einbezogen. Folglich lässt sich ein Teil der Unterschiede zwischen den Zentren mit Unterschieden bei der Population der jeweiligen HeGeBe-Patient/innen erklären. Gemäss Interviews beeinflussen jedoch zwei weitere Aspekte die Mitgabe-Praxis wesentlich: Die diesbezügliche liberale oder restriktive Haltung bei der zuständigen kantonalen Stelle sowie auch die Haltung der behandelnden Ärzt/innen respektive des Behandlungsteams. Die einen setzten die Regelung der Mitgabe restriktiv um und streben eine sehr enge Begleitung der Patient/innen an, weil sie damit in der Vergangenheit gute Erfahrungen gemacht haben. Die anderen gewichten die Autonomie, das Selbstwertgefühl und die Eigenverantwortung der Patient/innen höher. Eine individuell vereinbarte Mitgabe-Praxis biete den Patient/innen Entwicklungsmöglichkeiten.

### 3.6 Fortführung der HeGeBe ausserhalb der Zentren

Gemäss gesetzlichen Bestimmungen ist eine Fortführung der HeGeBe ausserhalb der HeGeBe-Zentren ausnahmsweise möglich. Wie aus der Online-Befragung und der Besuche der drei HeGeBe-Zentren hervorgeht, ist eine Verabreichung von DAM zuhause und eine Fortführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen wie Akutspitälern, Pflege- und Altersheimen oder auch Gefängnissen nicht in allen HeGeBe-Zentren bzw. Kantonen möglich. Dies bedeutet, dass die HeGeBe-Patient/innen auf ein anderes Medikament wechseln müssen, was keine optimale Behandlung ermögliche.

Eine Verabreichung zuhause wenden gemäss Online-Befragung elf der 20 HeGeBe-Zentren an, die an der Befragung teilgenommen haben. Unterschiedlich grosse HeGeBe-Zentren in der West- und Deutschschweiz setzen eine solche Praxis ein. Gemäss Online-Befragung erfolgte im Jahr 2019 eine solche Verabreichung bei einer verhältnismässig kleinen Anzahl von HeGeBe-Patient/innen hauptsächlich durch die Spitex und etwas weniger häufig durch eine Person aus dem Betreuungsteam des HeGeBe-Zentrums.

Eine Fortführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen (z.B. Spital, Pflege-/Altersheim, Gefängnis) wenden 16 der 20 befragten HeGeBe-Zentren an. Im Jahr 2019 organisierten 14 dieser HeGeBe-Zentren Fortführungen in Spitälern, neun veranlassten Fortführungen in Pflege-/Altersheimen und vier HeGeBe-Zentren sorgten dafür, dass ihre Patient/innen die HeGeBe im Strafvollzug weiterführen konnten.

**Tabelle 6: Fortführung der HeGeBe ausserhalb der Zentren**

	Anzahl HeGeBe-Zentren		
	ja	nein	keine Angaben
Verabreichung zuhause	11	9	2
Fortführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen	16	4	2

Quelle: Zu 20 Zentren liegen Angaben aus der Online-Befragung vor. In der Spalte «keine Angaben» sind die zwei Zentren aufgeführt, die sich nicht an der Online-Befragung beteiligt haben (N=22).

Sowohl in der Online-Befragung als auch in den Interviews kommt deutlich zum Ausdruck, dass die gesetzlichen Bestimmungen eine Fortführung der Behandlung in einem Spital oder anderen nicht-spezialisierten Institutionen erschweren. Folgendes Interviewzitat spricht zudem an, dass mit dem Substitut «Diacetylmorphin» Ängste verbunden sind.

*«Die komplexe, rigide Regelung macht es sehr einfach, Gründe zu finden, weshalb die HeGeBe im Spital nicht fortgeführt werden kann. Im Hintergrund ist auch die Angst vor Diacetylmorphin präsent.» (Interviewzitat HeGeBe-Zentrumsakteur/in)*

Widerstände gegen eine Weiterführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen bestünden sowohl bei gewissen Kantonsärzt/innen wie auch bei den betroffenen nicht-spezialisierten Institutionen. Interviewaussagen von Umsetzungsakteur/innen weisen darauf hin, dass Unsicherheiten bestehen, was im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erlaubt ist und was nicht. Es liegen uns auch einzelne Interviewaussagen vor, wonach die Bewilligung für die Weiterbehandlung in einer nicht-spezialisierten Institution beim BAG nicht immer eingeholt werde, speziell bei kurzen Aufenthalten. Begründet wird dies damit, dass das Einholen einer Bewilligung sehr aufwändig und kompliziert sei. Die Fortführung erfolge in enger Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam des Zentrums und der nicht-spezialisierten Institution. Die nachfolgende Tabelle fasst die Praxis und festgestellten Schwierigkeiten zusammen.

**Tabelle 7: Fortführung der HeGeBe ausserhalb der Zentren: Schwierigkeiten**

	<b>Unsicherheiten</b>	<b>Schwierigkeiten</b>
<b>Abgabe zuhause</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ob Abgabe durch Spitex erlaubt</li> <li>– ob Lagerung von DAM durch Spitex erlaubt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– (zu) aufwändig, da Spitex DAM nicht lagern kann</li> </ul>
	– unklare, fehlende Finanzierung	
<b>Fortführung in nicht-spezialisierten Institutionen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Befristung der Fortführung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– teilweise Durchführung wohl ohne Bewilligung</li> <li>– Bewilligungsantrag beim BAG aufwändig und kompliziert</li> <li>– hohe Anforderungen an nicht-spezialisierte Institutionen</li> <li>– Ablehnung durch Kantonsärzt/innen und/oder Personal der Institutionen</li> <li>– sehr aufwändig wegen Absprachen, Sensibilisierung und Schulung / Coaching des Personals</li> <li>– Lieferung und Lagerung von DAM</li> <li>– fehlende Standards</li> </ul>
	– unklare, fehlende Finanzierung des Unterstützungs-/Koordinationsaufwands der HeGeBe-Zentren	
Quelle: Interviews mit Umsetzungsakteur/innen.		

Im Rahmen der COVID19-Bekämpfung haben einzelne Kantone bzw. HeGeBe-Zentren erstmals Erfahrungen mit der Verabreichung zuhause gemacht sowie auch eine Abgabe durch Apotheken erprobt. Gemäss den Interviewaussagen und vorliegenden Rückmeldungen der HeGeBe-Zentren ans BAG zur Anwendung der COVID-19-Sonderregelung von März bis Juni 2020 sind die Erfahrungen insgesamt sehr positiv.

## 4 Nutzung des HeGeBe-Angebots

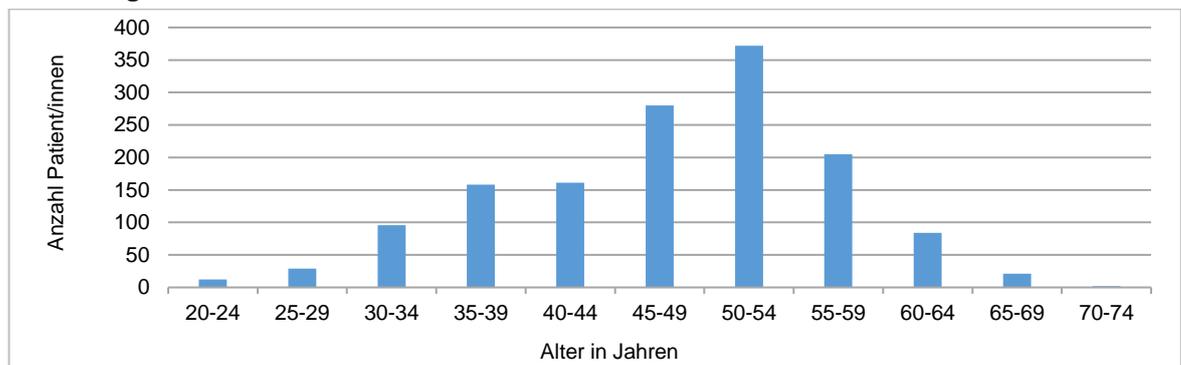
Dieses Kapitel zeigt auf, wie sich die Nutzung des HeGeBe-Angebots über die Zeit entwickelt hat und führt die Erkenntnisse zur Patientenpopulation der HeGeBe aus der Literatur auf. Zudem präsentiert dieses Kapitel die Analyse der geographischen Reichweite des HeGeBe-Angebots und liefert damit erste Hinweise zur Frage nach dem Zugang zur HeGeBe in der Schweiz.

### 4.1 Entwicklungen der HeGeBe-Patientenpopulation

Die neuste Auswertung der Monitoring-Daten zur HeGeBe in der Schweiz weist darauf hin, dass der Bestand an HeGeBe-Patient/innen in der Schweiz «seit Jahren stabil» ist (Gmel et al. 2020: 11).<sup>20</sup> Zwischen 2015 und 2019 bewegt sich die Anzahl Patient/innen in HeGeBe zwischen 1'771 und 1'799 einschliesslich gewisser Doppelseinträge. Wegen der Doppelseinträge weisen die Daten jedoch gewisse Ungenauigkeiten aus. Für das Jahr 2019 haben Gmel et al. eine Datenbereinigung vorgenommen und gehen von insgesamt 1663 Patient/innen in einer HeGeBe aus (ebd.: 11). Diese Zahl deckt sich in etwa mit der Anzahl der Patientenbewilligungen des BAG für die entsprechende Periode.<sup>21</sup> Die Autoren gehen von einer Überschätzung der Anzahl Patient/innen in den früheren Jahren aus.

Die Monitoring-Daten zeigen eindeutig, dass die HeGeBe-Patientenpopulation altert. So waren 78% der HeGeBe-Patient/innen im Jahr 1994 unter 35 Jahre alt, im Jahr 2019 sind es nur noch 11% (ebd.: 12, vgl. Vogel und Strasse 2017: 270). Abbildung 4 zeigt das Alter der Patient/innen mit einer gültigen Bewilligung Stand Juli 2020 auf: Die oder der jüngste HeGeBe-Patient/in ist 20 Jahre alt, der älteste 74 und das Durchschnittsalter liegt bei knapp 50 Jahren. Drei Viertel der Patient/innen sind Männer und ein Viertel Frauen.

**Abbildung 4: Alter der HeGeBe-Patient/innen im Jahr 2020**



Quelle: Daten des BAG zu den 1'427 gültigen Patientenbewilligungen, Stand Juli 2020. Zu sieben Patientenbewilligungen liegen keine respektive unplausible Angaben zum Alter vor (N=1'420).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt bei etwa fünf bis sechs Jahren und ist im Zeitverlauf insgesamt stabil (ebd.: 12-15).<sup>22</sup> Die Vorgeschichten der Patient/innen haben

<sup>20</sup> Die jährliche Statistik der anderen OAT weist auf einen rückläufigen Trend hin; allerdings bestehende auch bei dieser Statistik gewisse Schwierigkeiten (vgl. [https://www.substitution.ch/de/jaehrliche\\_statistik.html&year=2019&trend](https://www.substitution.ch/de/jaehrliche_statistik.html&year=2019&trend)).

<sup>21</sup> Für eine detaillierte Erläuterung der bestehenden Diskrepanzen und Doppelseinträge bei den Daten siehe Gmel et al. 2020: 8 und 11. Es kam zu Doppelseinträgen, weil Patient/innen ohne eindeutigen Identifizierungscode erfasst wurden.

<sup>22</sup> Bei einem Behandlungsunterbruch von mindestens einem Monat wird der Wiedereintritt der Patientin oder des Patienten erneut als Behandlung gezählt.

sich in den letzten Jahren kaum verändert: Praktisch alle Patient/innen wurde bereits wegen einer illegalen Substanzproblematik behandelt. Etwa ein Viertel war beim Eintritt in die HeGeBe im Jahr 2019 auch schon wegen anderen Substanzproblemen (Alkohol, Medikamente, Tabak, Verhaltenssucht) in Behandlung. Mehr als zwei Drittel haben Erfahrungen mit unterschiedlichen Behandlungsformen (OAT, stationäre Therapien, betreuter Entzug). Im Jahr 2019 wurden 170 Eintritte registriert, 135 Erst- und 35 Wiedereintritte in die HeGeBe. Gut die Hälfte der Patient/innen hat sich beim erstmaligen Eintritt in die HeGeBe auf Eigeninitiative oder auf Anraten von Familie, Freund/innen und Bekannten in die HeGeBe begeben. Bei den anderen erfolgte die Vermittlung in die HeGeBe über eine professionelle Stelle aus dem Sucht-, Gesundheits-, Sozial- oder Polizei-/Justizbereich. Patient/innen, die im Jahr 2019 erstmals in eine HeGeBe eintraten, waren grossmehrheitlich ledig, lebten in einer stabilen Wohnsituation, bezogen Sozialhilfe oder eine Rente. Eine Mehrheit der Patient/innen war beim Ersteintritt arbeitslos oder nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv, verfügte jedoch zumindest über eine zwei- bis vierjährige Ausbildung (ebd.: 16-22).

Das Monitoring umfasst weiter auch Daten zum Substanzgebrauch vor Behandlungseintritt, allerdings werden diese stark durch fehlende Werte beeinflusst. Die Daten für das Jahr 2019 zeigen auf, dass HeGeBe-Patient/innen in der Regel im Alter von 14 bis 15 Jahren mit dem Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis beginnen und später mit 18 bis 19 Jahren weitere illegale Substanzen wie Kokain und Heroin dazukommen (ebd. 29).

Im Jahr 2019 waren in der Schweiz insgesamt 18'000 Patient/innen in einer OAT Behandlung. Davon waren 9.2 % (1'663 Patient/innen) in einer HeGeBe und die restlichen 91.8 % (16'337 Patient/innen) in einer OAT mit einem anderen Substitutionspräparat. Gemäss einer Analyse der Entwicklung der OAT im Kanton Zürich für die Jahre 1992 bis 2015 bilden die HeGeBe-Patient/innen eine homogenere Gruppe als die Patient/innen der anderen OAT. Die HeGeBe-Patientinnen sind häufiger Schweizer/innen, weisen ein höheres Durchschnittsalter, den höchsten Anteil an Patient/innen mit Drogengebrauch mit Injektion und die geringste soziale Integration auf (Nordt et al. 2018: 109). Zudem zeigt diese Analyse auf, dass der Anteil der HeGeBe-Patient/innen in Zürich, nach einer raschen Inanspruchnahme 1994 bei der Einführung, im Zeitraum von 1998 bis 2015 stabil bei ca. 12.2 % liegt. Die Autor/innen widerlegen in ihrer Studie die Befürchtung, wonach OAT mit neuen Substanzen eine hohe Anzahl an Patient/innen anziehen. Bei der HeGeBe gehen sie allerdings davon aus, dass auch Patient/innen, für die eine HeGeBe geeignet wäre, aufgrund der restriktiven Regelung der Abgabe des DAM einen Behandlungseintritt ablehnen (ebd.).

## 4.2 Geographische Reichweite der HeGeBe

Anhand der anonymisierten Wohnortsdaten haben wir analysiert, in welchen Kantonen die HeGeBe-Patient/innen wohnen und ob sie in einem HeGeBe-Zentrum in ihrem Wohnkanton oder ausserkantonale behandelt werden.<sup>23</sup> In fünf Kantonen ohne HeGeBe-Zentrum wohnen gemäss der verfügbaren Daten im Juli 2020 auch keine HeGeBe-Patient/innen<sup>24</sup> (vgl. Tabelle 8). Es sind dies die Kantone Appenzell Innerrhoden, Jura, Neuchâtel, Obwalden und Uri. In den weiteren sieben Kantonen Appenzell Ausserrhoden, Fribourg, Nidwal-

---

<sup>23</sup> Die Analyse der Wohnortsdaten stützt sich auf Daten, die sich auf die 22 HeGeBe-Zentren beziehen, die im Juli 2020 bestanden. Im Jahr 2021 wurde ein weiteres HeGeBe-Zentrum im Kanton Freiburg eröffnet.

<sup>24</sup> Keine Personen, die im Juli 2020 über eine HeGeBe-Bewilligung des BAG verfügten.

den, Schwyz, Thurgau, Tessin und Wallis, die ebenfalls über kein HeGeBe-Zentrum verfügen, wohnen 22 (1.5 %) der 1'427 HeGeBe-Patient/innen. Demgegenüber werden fast alle, nämlich 1'339 (93.8 %) HeGeBe-Patient/innen in einem HeGeBe-Zentrum in ihrem Wohnkanton behandelt und 66 (4.6 %) sind ausserkantonale in Behandlung, obwohl ihr Wohnkanton über ein HeGeBe-Zentrum verfügt. Diese 66 HeGeBe-Patient/innen verteilen sich auf neun Kantone, wobei Basel-Stadt und Zürich am meisten ausserkantonale HeGeBe-Patient/innen behandeln.

**Tabelle 8: Wohn- und Behandlungskanton der HeGeBe-Patient/innen, Juli 2020**

Kanton	Total HeGeBe-Patient/innen	Behandlung			
		innerkantonale		ausserkantonale	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %
AG	45	25	55.6%	20	44.4%
AI	0	--	--	0	0.0%
AR	1	--	--	1	100.0%
BE	311	309	99.4%	2	0.6%
BL	40	27	67.5%	13	32.5%
BS	133	133	100.0%	0	0.0%
FR	3	--	--	3	100.0%
GE	66	66	100.0%	0	0.0%
GL*	1	0	0.0%	1	100.0%
GR	28	25	89.3%	3	10.7%
JU	0	--	--	1	0.0%
LU	65	64	98.5%	1	1.5%
NE	0	--	--	1	0.0%
NW	2	--	--	2	100.0%
OW	0	--	--	1	0.0%
SG	75	64	85.3%	11	14.7%
SH	23	22	95.7%	1	4.3%
SO	44	36	81.8%	8	18.2%
SZ	7	--	--	7	100.0%
TG	5	--	--	5	100.0%
TI	3	--	--	3	100.0%
UR	0	--	--	0	0.0%
VD	47	45	95.7%	2	4.3%
VS	1	--	--	1	100.0%
ZG	26	24	92.3%	2	7.7%
ZH	501	499	99.6%	2	0.4%
<b>Summe</b>	<b>1'427</b>	<b>1'339</b>	<b>93.8%</b>	<b>88</b>	<b>6.2%</b>
Kantone mit HeGeBe-Zentrum	1'405	1'339	95.3%	66	4.7%
Kantone ohne HeGeBe-Zentrum	22	--	--	22	100.0%

GL\* wird als Kanton mit Zentrum gezählt, da GR und GL gemeinsam organisiert sind.  
Kantone ohne HeGeBe-Zentrum sind hellrot eingefärbt.  
Quelle: Daten des BAG zu den HeGeBe-Patientenbewilligungen, Stand Juli 2020.

Diese Analyse legt nahe, dass eine gewisse Durchlässigkeit zwischen Kantonen mit einem HeGeBe-Angebot besteht. Das heisst, dass in Kantonen mit einem HeGeBe-Zentrum wohl eher die Möglichkeit besteht Zugang zu einer HeGeBe zu erhalten, sowohl innerhalb

wie auch ausserhalb des Kantons. Hingegen wirken die Grenzen der Kantone ohne HeGeBe-Zentrum stark als Hürden und sind wenig durchlässig. Neben langen Anfahrtswegen wirken vermutlich auch die Reisekosten und Kostenbeiträge pro Abgabe für ausserkantonale bzw. ausserstädtische Patient/innen hemmend (vgl. Kapitel 3.3 und 6.1). Dies dürfte speziell für Patient/innen zutreffen, die von der Sozialhilfe oder einer Rente leben und gemäss HeGeBe-Monitoring traf dies für drei Viertel der Patient/innen zu, die im Jahr 2019 zum ersten Mal in eine HeGeBe eintraten (Gmel et al. 2020: 20).

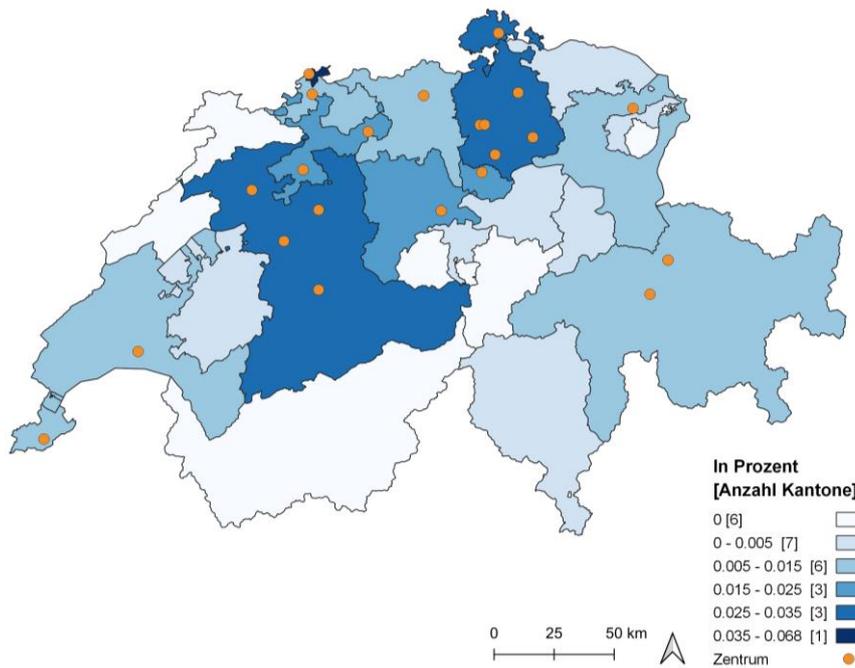
Die Karte in Abbildung 5 stellt die Anzahl HeGeBe-Patient/innen relativ zur Wohnbevölkerung der Kantone dar. Helle Flächen stehen für Kantone mit keinen oder nur einzelnen Personen in einer HeGeBe-Behandlung, dunkle Flächen für Kantone mit steigendem Anteil der HeGeBe-Patient/innen an der Kantonsbevölkerung. So wird ersichtlich, dass anteilmässig viele HeGeBe-Patient/innen in den Kantonen Zürich, Bern und Basel-Stadt sowie Schaffhausen wohnen.

Abbildung 6 zeigt die Anzahl HeGeBe-Patient/innen relativ zur Gemeindebevölkerung auf. Es zeigt sich, dass eine grosse Fläche der Schweiz hell ist, wonach in diesen Gemeinden keine HeGeBe-Patient/innen wohnen. In weiten Gebieten der Westschweiz, des Tessins aber auch der Inner- und Ostschweiz wohnen kaum HeGeBe-Patient/innen. Dies gilt speziell auch für die Alpen und Alpensüdseite. In den grossflächigen Kantonen Waadt und Graubünden wohnen die HeGeBe-Patient/innen hauptsächlich in der Nähe der HeGeBe-Zentren. Dies erstaunt nicht, denn eine HeGeBe bedingt häufige, teilweise zweimal tägliche Besuche des Behandlungszentrums. Allerdings zeigt Abbildung 6, dass es einzelne Gemeinden mit HeGeBe-Patient/innen gibt, die eine grössere oder gar grosse Distanz zu einem HeGeBe-Zentrum aufweisen. Vorausgesetzt die Wohnortsangaben sind korrekt, gibt es Patient/innen, die lange Reisezeiten für die HeGeBe auf sich nehmen.

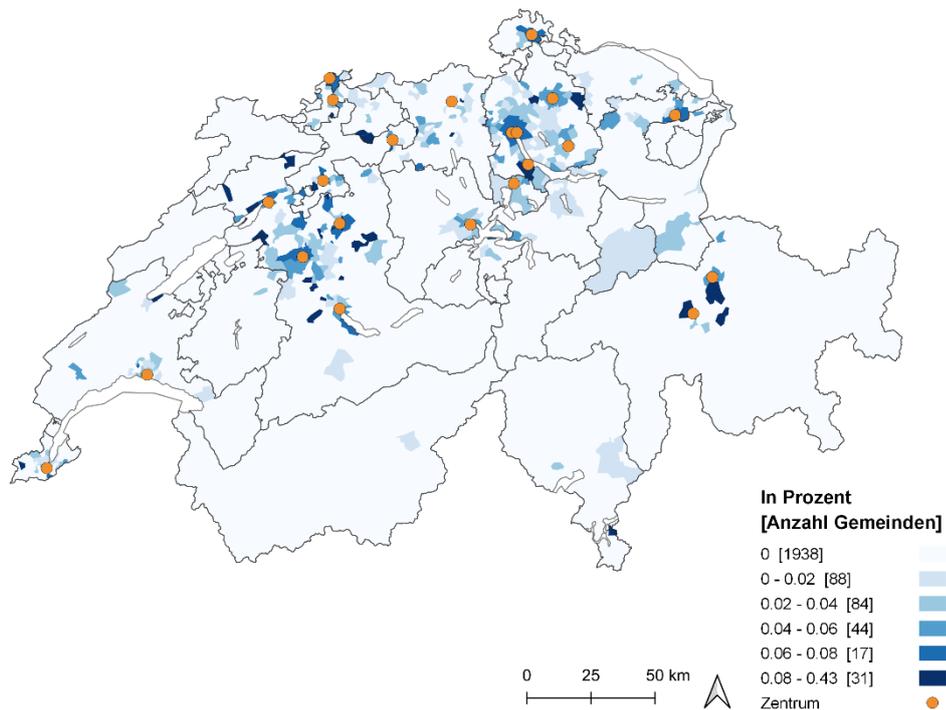
Es fällt auf, dass der Anteil der HeGeBe-Patient/innen in Kantonen respektive Städten mit einem HeGeBe-Zentrum wesentlich höher ist als andernorts. Allerdings lässt sich aufgrund dieser Analyse nicht sagen, welcher Anteil auf den Bedarf (Anzahl Patient/innen) des jeweiligen Gebiets zurückzuführen ist und welcher Anteil von HeGeBe-Behandlungen durch die Existenz eines HeGeBe-Zentrums bedingt ist. So kann vermutet werden, dass eine unterschiedliche soziodemographische Zusammensetzung der Bevölkerung oder auch Unterschiede bei den eingesetzten drogenpolitischen Massnahmen und Angeboten den Anteil der HeGeBe-Patient/innen an der jeweiligen Wohnbevölkerung erklärt. Möglicherweise hat auch das Angebot des jeweiligen HeGeBe-Zentrums einen Einfluss auf den Anteil HeGeBe-Patient/innen. Oft wird eingebracht, dass Schwerstsüchtige in städtischen Gebieten wohnen oder dort hinziehen, weil illegale Drogen in städtischen Regionen einfacher erhältlich sind (Gmel et al. 2018).

Wie gross der Bedarf für die HeGeBe in der Schweiz insgesamt und in spezifischen Regionen ist, bleibt schwierig einzuschätzen. So fehlen verlässliche Daten zum Heroinkonsum in der Schweiz, da auch bei sehr grossen Stichproben der Anteil Personen mit Heroinkonsum klein ist (Gmel et al. 2018: 83). Allerdings ist ein Vergleich mit der Behandlungsprävalenz von anderen OAT möglich (vgl. Tabelle A 12 im Annex 11). Bei den OAT mit anderen Präparaten zeigen sich zwar ebenfalls Unterschiede zwischen den Kantonen, diese sind jedoch verhältnismässig kleiner: In Kantonen ohne HeGeBe-Zentrum befanden sich 0.176 % der Bevölkerung in einer anderen OAT, in Kantonen mit HeGeBe-Zentrum waren es 0.199 %. Bei den Kantonen mit einem HeGeBe-Angebot variiert der Anteil der HeGeBe-Patient/innen relativ zu allen OAT-Patient/innen beträchtlich, nämlich zwischen 1.3 % und 26.0 % (vgl. Tabelle A 12 im Annex 11).

**Abbildung 5: Anzahl Patient/innen relativ zur Kantonsbevölkerung**



**Abbildung 6: Anzahl Patient/innen relativ zur Gemeindebevölkerung**



Quellen: Die Karten wurden mit Daten des BAG zu den HeGeBe-Patientenbewilligungen, Stand Juli 2020, und Daten des Bundesamtes für Statistik (2020) und von Swisstopo (2020) erstellt.

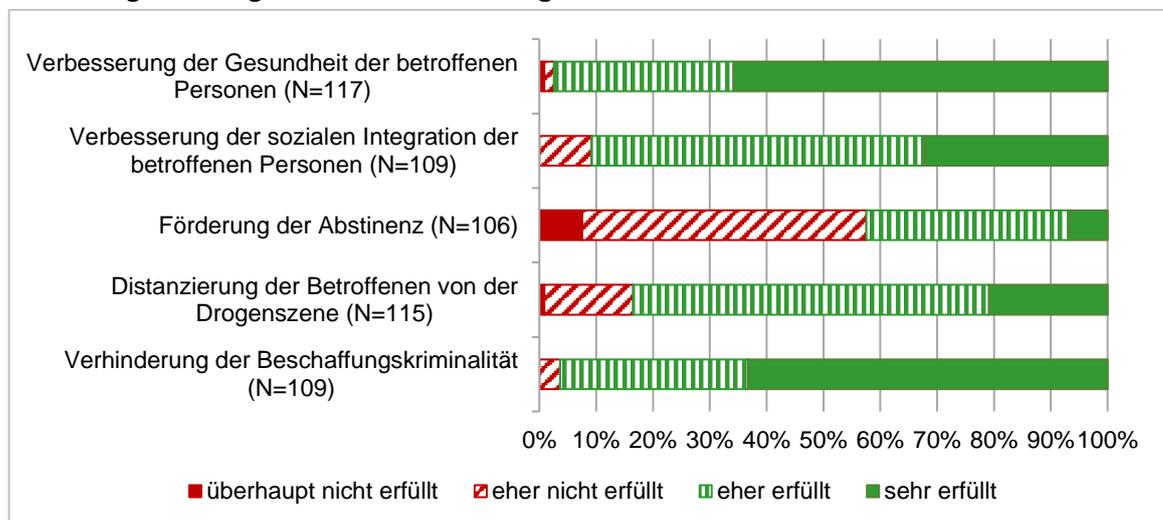
## 5 Perspektive der Umsetzungsakteur/innen und weiterer Expert/innen

Dieses Kapitel präsentiert die Einschätzungen von Umsetzungsakteur/innen (Verantwortliche des BAG, der Kantone und der HeGeBe-Zentren) und von weiteren Expert/innen aus dem Suchtbereich, die durch eine Online-Befragung sowie vertiefende Interviews erhoben wurden. Im Zentrum steht die Frage, wie sie die Umsetzung der HeGeBe wahrnehmen, wie sie den Zugang zur HeGeBe einschätzen und welche Herausforderungen und welche Optimierungspotentiale sie identifizieren.

### 5.1 Einschätzungen zu den Zielen der HeGeBe

In der Online-Befragung haben wir gefragt, inwiefern sich die Erwartungen erfüllt haben, die bei der Einführung der HeGeBe bestanden haben und die als Ziele der Substitutionsbehandlung und der HeGeBe im engeren Sinne auch in den gesetzlichen Grundlagen festgehalten sind. Aus der Abbildung 7 geht deutlich hervor, dass die Befragten der Meinung sind, dass die HeGeBe die Erwartungen mit einer Ausnahme erfüllt: Eine grosse Mehrheit ist der Ansicht, dass die HeGeBe zu einer Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Integration der Betroffenen führt, die Beschaffungskriminalität verhindert sowie eine Distanzierung der Betroffenen von der Drogenszene bewirkt. Nicht erfüllt sieht eine Mehrheit der Befragten hingegen die Erwartung der Förderung der Abstinenz.

Abbildung 7: Wahrgenommene Erreichung der Ziele der HeGeBe



Frage: Inwiefern haben sich die Erwartungen erfüllt, die bei Einführung der HeGeBe bestanden? (N=134, «weiss nicht»/ «keine Angaben»: 17 bis 25).

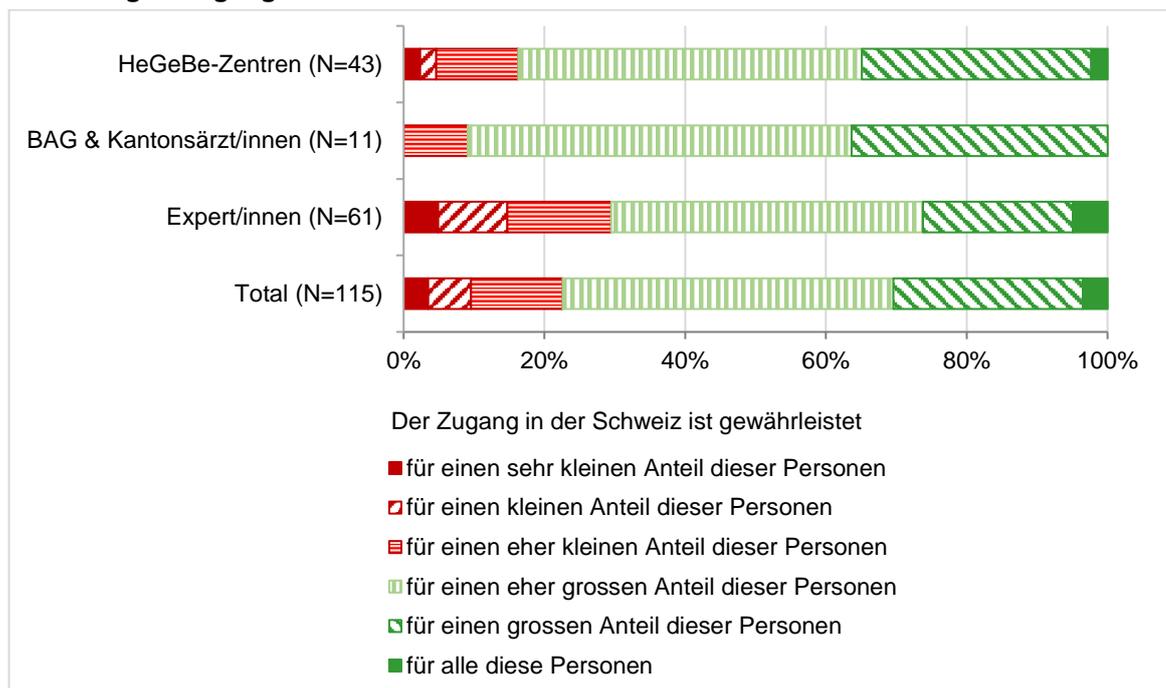
Quelle: Online-Befragung alle Akteursgruppen.

Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass nicht nur die Akteur/innen der HeGeBe-Zentren, sondern auch Vertreter/innen der Kantone und des BAG sowie weitere Expert/innen die Ansicht teilen, dass die therapeutische Einbindung, die Verbesserung der Gesundheit und die gesellschaftliche Integration vorrangige Behandlungsziele sind. Dem Ziel der Abstinenz wird weniger Bedeutung zugeschrieben (vgl. auch Abbildung A 2 im Annex 11). Damit ergibt sich eine gewisse Diskrepanz zwischen den gesetzlich festgelegten und tatsächlich angestrebten und erreichten Behandlungszielen.

## 5.2 Zugang zur HeGeBe in der Schweiz

Die befragten und interviewten Akteur/innen sind sich darin einig, dass nicht alle Personen, für die aus medizinischer Sicht eine solche Behandlung sinnvoll wäre, Zugang zur HeGeBe haben. Abbildung 8 zeigt auf, dass nur drei Prozent der Befragten die Einschätzung teilt, dass der Zugang für *alle* Personen mit einem medizinischen Bedarf gewährleistet ist. Allerdings geht aus dieser Abbildung ebenfalls hervor, dass die Mehrheit der Befragten (77 %) der Ansicht ist, dass der Zugang mindestens für einen eher grossen Anteil dieser Personen gewährleistet ist. Die Expert/innen schätzen den Zugang etwas kritischer ein als die direkt an der Umsetzung beteiligten Akteur/innen.

**Abbildung 8: Zugang zur HeGeBe in der Schweiz**



Frage: Wie beurteilen Sie den Zugang zur HeGeBe für die Personen, für die aus medizinischer Sicht eine solche Behandlung sinnvoll wäre? (N=134, «weiss nicht»/ «keine Angaben»: 19).

Quelle: Online-Befragung alle Akteursgruppen.

In der Online-Befragung als auch in den Interviews werden verschiedene Faktoren genannt, die den Zugang zur HeGeBe in der Schweiz erschweren (vgl. Abbildung A 3 Annex 11). Häufig kritisieren die Akteur/innen die ungleiche geographische Abdeckung:

*«Aktuell ist die Behandlungsgerechtigkeit nicht gegeben, weil es Kantone gibt, in welchen keine HeGeBe angeboten wird.» (Interviewzitat Expert/in)*

Aus rechtlicher Perspektive ist anzuführen, dass die bestehende gesetzliche Regelung eine ungleiche geographische Abdeckung zulässt. Zudem würden auch andere spezialisierte medizinische Behandlungen nur in ausgewählten Zentren der Schweiz erbracht.

Die meisten Interviewten fordern dezentrale Behandlungsmöglichkeiten und sind sich darin einig, dass sich der regionale Zugang nur verbessern lässt, wenn die HeGeBe in Kooperation mit anderen Stellen, etwa Polikliniken, ausgewählte Praxen der Grundversorgung oder Apotheken, durchgeführt werden könnte.

*«Die flächendeckende Versorgung wird dadurch erschwert, dass die HeGeBe nur in bewilligten Zentren durchgeführt werden kann. Das ist zu teuer und zu aufwändig.» (Interviewzitat Akteur/in HeGeBe-Zentrum)*

Einzelne Kantone haben während dem ersten Lockdown im ersten Halbjahr 2020 eine Abgabe durch Apotheken organisiert, um ihre Patient/innen zu schützen und Kontakte zu reduzieren. Die Interviewaussagen weisen auf positive Erfahrungen hin. Bei einer dezentralen Organisation der HeGeBe sei es wichtig, dass die Rückverfolgbarkeit des abgegebenen DAM sichergestellt bleibe. Einzelne interviewte Akteur/innen innerhalb und ausserhalb der HeGeBe-Zentren thematisieren zudem, dass eine starke Konzentration der HeGeBe auf städtische Zentren das Risiko eines Schwarzmarkts um die jeweiligen Zentren erhöhen würde.

Neben den geographischen Faktoren wird in der Online-Befragung und den Interviews auch die strenge Regelung der HeGeBe-Bewilligung für Patient/innen als Hindernis für einen Behandlungseintritt genannt. Die rechtlichen Zulassungskriterien seien zu strikt und würden der grossen Heterogenität der Patient/innen nicht gerecht. Man könne zwar beim BAG um eine Ausnahmegewilligung ersuchen, dies sei jedoch aufwändig. Mehrfach wird in den Interviews betont, dass die Aufnahme aufgrund der fachlichen Beurteilung der Ärztin oder des Arztes erfolgen sollte. Weiter wird im restriktiven Behandlungsregime ein Hindernis gesehen: Es erlaube keine Flexibilität und folglich könne man nicht auf die sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der Patient/innen eingehen. Die Betroffenen würden sich nicht mit Behandlungsform und -zielen identifizieren können und deshalb nicht in eine HeGeBe eintreten.

*«Eine wirksame Therapie sollte nicht mit Auflagen schlechter zugänglich gemacht werden» (Interviewzitat Akteur/in HeGeBe-Zentrum)*

Ein weiteres Hindernis bestehe darin, dass eine nasale Applikation nicht möglich sei und damit stünde für gewisse Patient/innen keine passende Applikationsform zur Verfügung.

In den Interviews werden zwei weitere Faktoren genannt, welche den Zugang zur HeGeBe erschweren können: Fehlende Kenntnisse und negative Haltungen in der Gesellschaft, bei den Akteur/innen des Gesundheits- und des Sozialwesens sowie auch bei den Betroffenen selbst. Dies könne dazu führen, dass die Patient/innen entweder eine HeGeBe nicht empfohlen wird oder die Patient/innen eine HeGeBe ablehnen, weil sie nicht zu dieser Patientengruppe gehören möchten.

Weiter werden auch finanzielle Hindernisse genannt (z.B. Reise- und Behandlungskosten). Zudem hätten Asylbewerber/innen und Sans-Papiers keinen Zugang zur HeGeBe. Schliesslich sei auch der Zugang für Betroffene im Strafvollzug nicht gegeben, da lediglich in einer Strafvollzugsanstalt in der Schweiz die Möglichkeit bestehe, eine HeGeBe zu beginnen oder fortzusetzen.

### **5.3 Zweckmässigkeit der HeGeBe-Regelung**

Grundsätzlich ist das HeGeBe-System gut etabliert: Es stützt sich auf 25 Jahre Erfahrungen und es ist viel erreicht worden. Dies betonen zahlreiche interviewte Personen aus unterschiedlicher Perspektive. In einigen Interviews wird auch der Begriff «Normalität» verwendet, um die aktuelle Situation zu beschreiben:

«Die HeGeBe ist völlige Normalität geworden. Es gibt keine Zentren, die mit der Nachbarschaft, der Stadt oder Gemeinde Probleme haben.» (Interviewzitat Akteur/in HeGeBe-Zentrum)

Aber die interviewten Akteur/innen sind sich auch weitgehend darin einig, dass die bestehende restriktive Regelung der HeGeBe, der Realität nicht (mehr) gerecht wird und keine optimale Behandlung der betroffenen Schwerstsüchtigen zulässt.

«Die Regelung stellt keine geeignete Rahmenbedingung für eine Langzeitbehandlung dar.» (Interviewzitat Akteur/in HeGeBe-Zentrum)

«Alles spricht für eine Normalisierung der Behandlung. Es gibt aus medizinischer Sicht keine Gründe für eine rechtliche Sonderbehandlung der HeGeBe gegenüber den anderen OAT.» (Interviewzitat Expert/in)

«Die bestehende Regelung wird der Heterogenität der Patient/innen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Krankheitsbildern nicht gerecht.» (Interviewzitat Akteur/in HeGeBe-Zentrum)

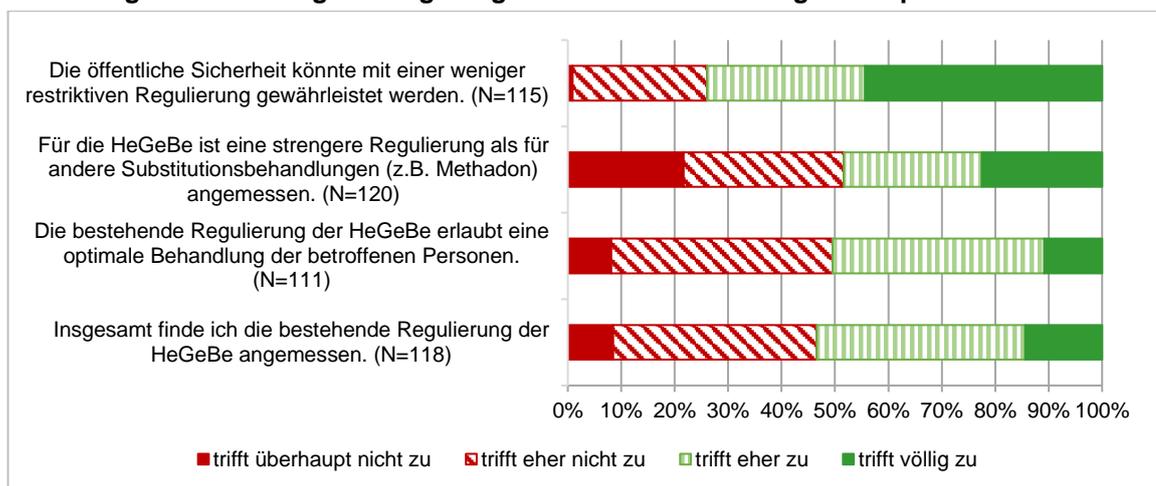
«Die restriktive Regelung verhindert Entwicklung.» (Interviewzitat Umsetzungsakteur/in)

Es finden sich jedoch auch einzelne Einschätzungen, wonach zwar eine Erleichterung in gewissen Bereichen nötig ist, jedoch bei DAM die Missbrauchsgefahr grösser ist:

«Bei der HeGeBe ist eine striktere Regelung notwendig, weil die Missbrauchsgefahr grösser ist. Eine Normalisierung respektive eine Gleichstellung mit anderen OAT würde das ganze HeGeBe-System gefährden.» (Interviewzitat Vollzugsbehörde)

Die Ergebnisse der Online-Befragung weisen darauf hin, dass die bestehende Regelung stark umstritten ist, und zwar in allen befragten Akteursgruppen. Breit abgestützt ist lediglich die Meinung, wonach die öffentliche Sicherheit mit einer weniger restriktiven Regelung gewährleistet werden könnte (Abbildung 9).

**Abbildung 9: Beurteilung der Regelung der HeGeBe aus heutiger Perspektive**



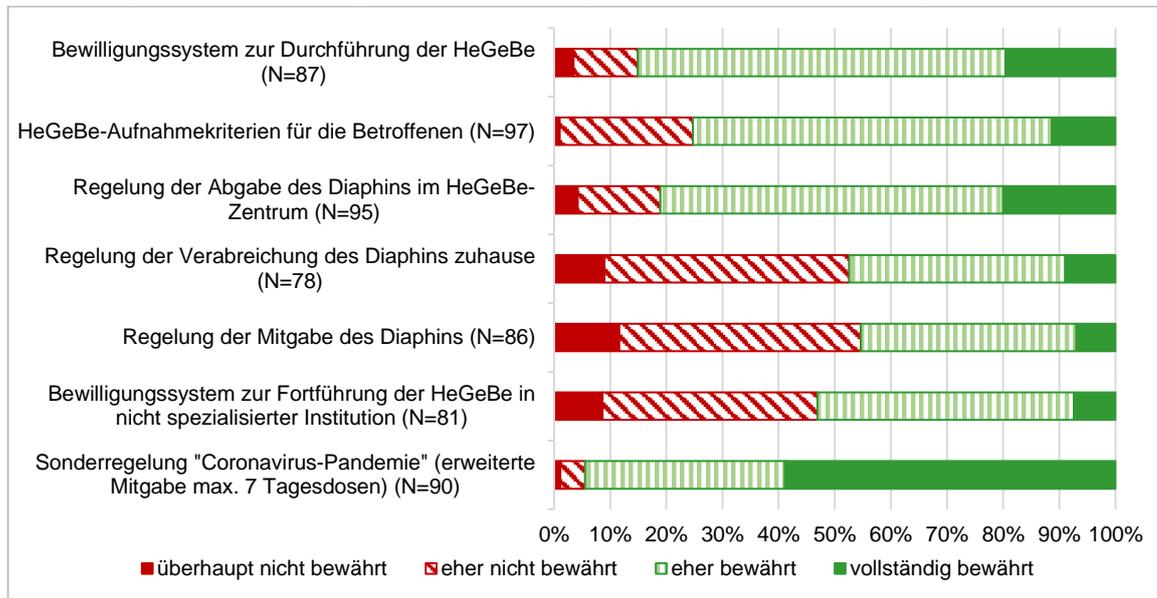
Frage: Wie beurteilen Sie die bestehende Regulierung der HeGeBe aus heutiger Perspektive? (N=134, «kann ich nicht beurteilen» / «keine Angaben»: 23 bis 14 Befragte).

Quelle: Online-Befragung alle Akteursgruppen.

Aus der Online-Befragung und den Interviews geht übereinstimmend hervor, dass sich gewisse Bestimmungen der HeGeBe in der Praxis nicht bewähren. So gibt eine (knappe)

Mehrheit der Befragten an, dass sich die Regelungen bezüglich der Verabreichung zuhause, der Mitgabe sowie der Fortführung der Behandlung in einer nicht-spezialisierten Institution überhaupt nicht oder eher nicht bewährt. Eindrücklich ist demgegenüber, dass praktisch alle Befragten die Einschätzung teilen, wonach sich die COVID-19-Sonderregelung der erweiterten Mitgabe bewährt hat (Abbildung 10, vgl. auch Kapitel 3.5 und 3.6).

**Abbildung 10: Einschätzungen zur Umsetzung der HeGeBe-Bestimmungen**



Frage: Inwiefern haben sich die folgenden Bestimmungen zur HeGeBe bewährt? (N=134, «kann ich nicht beurteilen» / «keine Angaben»: 37 bis 56 Befragte).

Quelle: Online-Befragung alle Akteursgruppen.

In der Online-Befragung haben wir die Umsetzungsakteur/innen auch Fragen zur administrativen Abwicklung der Gesuche durch das BAG sowie zur Gültigkeit der Bewilligungen gestellt. Eine grosse Mehrheit der Beteiligten findet die Abwicklung der Gesuche für die Institutions-, Arzt- und Patientenbewilligung als eher angemessen oder angemessen. Die Abwicklung der Gesuche für eine Fortführung der HeGeBe in einer nicht-spezialisierten Institution finden hingegen mehr als 40 % der Beteiligten nicht oder eher nicht angemessen (vgl. Abbildung A 4 im Annex 11). Die fünfjährige Gültigkeit der Institutionsbewilligung und der Arztbewilligung findet eine grosse Mehrheit der Befragten angemessen. Die 2-jährige Gültigkeit der Patientenbewilligung erachten hingegen mehr als 40 % der befragten Umsetzungsakteur/innen als zu kurz und knapp 60 % gibt an, dass die 3-monatige Gültigkeit der Bewilligung für eine Fortführung in einer nicht-spezialisierten Institution zu kurz ist (vgl. Abbildung A 5 im Annex 11).

## 5.4 Herausforderungen

Die Analyse der Daten aus der Online-Befragung und den Interviews zeigt, dass die Umsetzungsakteur/innen und weitere Fachleute insgesamt sechs Entwicklungen als bedeutende Herausforderungen wahrnehmen (vgl. Abbildung A 6, Tabelle A 17 im Annex 11).

### Herausforderung 1: Alterung und zunehmende Komorbidität der Patient/innen

Diese Entwicklung wird von allen Akteurinnen als sehr bedeutsam wahrgenommen. Es stelle sich die Frage, wie die Behandlung von älteren und zunehmend komorbiden He-

GeBe-Patient/innen sichergestellt werden kann. Die Herausforderung bestehe darin, Lösungen für Patient/innen zu entwickeln, die nicht mehr ins HeGeBe-Zentrum kommen können und folglich eine Behandlung zuhause oder in einer Einrichtung (Spital, Alters- oder Pflegeheim) benötigen. Gemäss Interviewaussagen brauche es bedürfnisgerechte, interdisziplinäre Angebote. Wie folgendes Zitat illustriert, besteht vermutlich auch ein Bedarf an spezialisierten Institutionen:

*«Es ist ein Trugschluss, dass Schwerstsüchtige, wenn sie substituiert sind, in einem regulären Pflegezentrum einen Platz finden werden. [...] Es besteht die Gefahr, dass sie in regulären Strukturen erneut stigmatisiert werden. Dieser Herausforderung hinken wir hinterher, das hätten wir vor fünf Jahren in Angriff nehmen müssen.» (Interviewzitat Expert/in)*

Gemäss den Interviews mit Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren stellt die zunehmende Komorbidität auch bei mobilen Patient/innen, die noch ins HeGeBe-Zentrum kommen können, wegen der hohen Komplexität eine Herausforderung dar. Dies gelte speziell für HeGeBe-Zentren ohne integrierte somatische Behandlung. Einerseits sei es immer schwieriger, Hausärzt/innen zu finden, andererseits sei es anspruchsvoll die Behandlungen zu organisieren und zu koordinieren. Zudem fehle es an einer Finanzierung der Koordinationsleistungen einer integrierten Versorgung.

### **Herausforderung 2: Kostendruck und Veränderung bei der Finanzierung**

Die Hälfte der befragten Umsetzungsakteur/innen gab in der Befragung an, dass die Finanzierung der HeGeBe in den nächsten Jahren abnehmen wird (vgl. Abbildung A 6 im Annex 11). In den geführten Interviews ist die Problematik auch präsent, es zeigt sich jedoch, dass die HeGeBe-Zentren einem unterschiedlich hohen Finanzierungsdruck ausgesetzt sind. So haben sich wohl gewisse Kantone in den letzten Jahren aus der Finanzierung zurückgezogen, andere haben hingegen gleichbleibend oder mehr investiert. Allerdings liegen uns zu dieser Entwicklung keine genauen Angaben vor. Gemäss Interviewaussagen kommen speziell kleine HeGeBe-Zentren mit weniger als 30 Patient/innen unter Druck. Grössere HeGeBe-Zentren haben gegenüber kleinen HeGeBe-Zentren den Vorteil, dass sie die Kosten auf mehr Patient/innen verteilen und zudem bessere Verträge mit den Krankenkassen abschliessen können (vgl. Kapitel 3.3).

### **Herausforderung 3: Abnahme der Anzahl HeGeBe-Patient/innen**

Die Abnahme der HeGeBe-Patient/innen wird von Umsetzungsakteur/innen und weiteren Fachleuten aus dem Suchtbereich oft als Herausforderung bezeichnet. Allerdings zeigt die Online-Befragung, dass in etwa gleiche viele Befragte von einer gleichbleibenden wie von einer sinkenden Anzahl der heroinabhängigen Personen in den nächsten Jahren ausgehen. Eine abnehmende Anzahl erachten manche als problematisch, weil dadurch der Finanzierungsdruck speziell bei kleinen Zentren wachse (Finanzierung der Öffnungs-/Abgabezeiten für wenige Patient/innen). Die Problematik, dass für eine kleine Patientenpopulation ein sehr aufwändiges administratives System betrieben werde, akzentuiere sich damit zunehmend.

### **Herausforderung 4: Veränderungen beim Konsumverhalten der Suchtkranken**

Umsetzungsakteure und weitere Expert/innen geben in der Online-Befragung an, dass sie eine Veränderung beim Konsumverhalten der Suchtkranken beobachten. Als Veränderung genannt werden: Weniger intravenöser Konsum, mehr nasal und peroraler Konsum sowie eine Zunahme von Misch- und Beikonsum (u.a. Kokain, Alkohol, Schmerz- und Schlafmittel, Benzodiazepine) (vgl. Tabelle A 18 im Annex 11). Gemäss Interviewaussagen von Umsetzungsakteur/innen bedingen diese Veränderungen eine Entwicklung der

Behandlungsmöglichkeiten – Ansätze, Applikationsformen (intranasal) und möglicherweise auch neuer Substitutionspräparate. So gebe es Personen mit problematischem Kokainkonsum, die auf keine bestehende OAT ansprechen. Zudem wird es als Herausforderung wahrgenommen, junge Suchtkranke zu erreichen und ihnen eine bedürfnisgerechte Behandlung zukommen zu lassen. Speziell die Behandlung von jüngeren Suchtpatient/innen, die häufig sozial sehr auffällig seien und verschiedene Substanzen konsumieren würden, wird als sehr aufwändig und anspruchsvoll wahrgenommen.

#### **Herausforderung 5: Stigmatisierung der Betroffenen**

Aus der Perspektive der Umsetzungsakteur/innen und weiterer Expert/innen ist die Stigmatisierung der Schwerstsüchtigen und der HeGeBe-Patient/innen im Speziellen konstant und sie erwarten auch für die nächsten Jahre keine Veränderung (vgl. Abbildung A 6 im Annex 11). Dies führt gemäss Interviewaussagen von Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren auch dazu, dass Betroffene sich gegen eine HeGeBe entscheiden würden. Die Stigmatisierung respektive negative Haltungen und die Angst vor «DAM» verhindere teilweise auch die Fortführung der Behandlung in nicht-spezialisierten Einrichtungen sowie im Strafvollzug (vgl. dazu auch Kapitel 3.6). Dieser Stigmatisierung zu begegnen und auf eine Entstigmatisierung hinzuwirken sei eine kontinuierliche und wichtige Aufgabe.

#### **Herausforderung 6: Revision der Regelung der HeGeBe**

Die restriktive Regelung der HeGeBe wird von einer Mehrheit der Umsetzungsakteur/innen und der weiteren Expert/innen als Herausforderungen wahrgenommen, weil sie den Zugang und die Behandlung der HeGeBe-Patient/innen einschränkt. Es wird eine Anpassung der Regelung gefordert, um die Behandlung besser auf die individuellen Bedürfnisse der Patient/innen ausrichten zu können. Im Zentrum stehen Forderungen nach einer Erleichterung der Bestimmungen zur Ab- und Mitgabe und damit verknüpft wird auch die Einbindung von nicht-spezialisierten, dezentralen Stellen wie Altersheime, aber auch Apotheken oder Hausärzt/innen gefordert. Bei der Mitgabe steht eine Verlängerung der Dauer im Vordergrund; oft wird auf die COVID-19-Sonderregelung verwiesen. Die Anpassung der Regelung solle zu einer Integration oder einer möglichst grossen Annäherung an die anderen OAT führen. Aus der Befragung und den Interviews mit Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren geht hervor, dass sie schon länger auf eine Revision der Regelung warten, sie die Situation zunehmend als schwierig wahrnehmen und sie in ihren Entwicklungen, wie etwa einem Ausbau eines dezentralen HeGeBe-Angebots oder der Fortführung der Behandlung in nicht-spezialisierten Institutionen, «blockiert» werden. Einige Verantwortliche des BAG und der Kantone sowie weitere Expert/innen thematisieren im Zusammenhang mit der geforderten Revision der HeGeBe-Regelung, dass es politische Widerstände bei Entscheidungsträger/innen geben könnte und eine Revision mit gewissen Risiken für die HeGeBe verbunden sei. Allfällige Risiken, die sich mit der Einbindung von dezentralen, nicht-spezialisierten Stellen in die HeGeBe ergeben könnten, werden in den Interviews kaum thematisiert oder ausgeführt, dass diese mit entsprechenden Vorkehrungen (z.B. Aus-/Weiterbildung des Personals) gut begegnet werden könne.

## **5.5 Optimierungspotential**

Die Analyse der Befragungs- und Interviewdaten zeigt auf, dass die Umsetzungsakteur/innen und weitere Expert/innen in sechs Bereichen Optimierungspotential verorten. Der erste Bereich befasst sich mit dem Zugang zur HeGeBe. Die Bereiche 2 bis 4 können dem Behandlungssetting zugeordnet werden, beeinflussen jedoch auch die Zugänglichkeit der HeGeBe. Diese Bereiche umfassen die Gleichstellung der HeGeBe mit anderen OAT, die

Flexibilisierung und Erleichterung der Ab- und Mitgabe sowie die Behandlung von älteren und komorbiden Patient/innen. Gemäss der vorliegenden Befragungs- und Interviewdaten besteht in diesen vier Bereichen grosses und vordringliches Optimierungspotential. Das fünfte Optimierungspotential bezieht sich auf das HeGeBe-Bewilligungssystem, während beim sechsten weitere Aspekte zusammengefasst werden.<sup>25</sup>

### **Optimierungspotential 1: Senkung der Zugangsschwellen**

Wie die Analyse der Befragungs- und Interviewdaten zeigt, betrifft das Optimierungspotential beim Zugang zahlreiche Aspekte (vgl. 5.2). Eine Mehrheit der befragten und interviewten Personen ist der Meinung, dass die geographische Abdeckung der HeGeBe erhöht werden sollte; etwa durch dezentrale Abgabemöglichkeiten. Viele sind auch der Ansicht, dass die Aufnahmekriterien bezüglich Alter und Therapieversuche zu restriktiv seien und angepasst werden müssten, um die Schwelle zum Eintritt in die HeGeBe zu senken. Schliesslich wird eingebracht, dass die Finanzierung der HeGeBe verbessert werden sollte, d.h. der Zugang zur HeGeBe auch für Personen ohne Krankenversicherungen ermöglicht werden sollte.

### **Optimierungspotential 2: Gleichstellung mit anderen OAT**

Ein weitreichendes Optimierungspotential wird bei der Sonderstellung der HeGeBe gesehen, der nicht optimiert, sondern abgeschafft werden sollte. Gefordert wird eine Gleichstellung der HeGeBe mit den anderen OAT. Allerdings zeigt die Online-Befragung auf, dass etwa die Hälfte der Befragten in allen Akteursgruppen eine restriktivere Regelung und damit eine gesetzliche Sonderstellung der HeGeBe für angemessen hält (vgl. Abbildung 9 in Kapitel 5.3). In den Interviews sprach sich hingegen eine grosse Mehrheit, dabei praktisch alle interviewten Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren, für eine Gleichstellung der HeGeBe mit den anderen OAT aus. Nur einzelne interviewte Personen äusserten sich kritisch, weil sie die Missbrauchsgefahren von «DAM» im Vergleich zu anderen Substitutionsmitteln wie Methadon höher einschätzen. Die anderen thematisieren die Missbrauchsgefahr ebenfalls, teilen jedoch die Einschätzungen, dass dieser Gefahr mit einem verantwortungsvollen Umgang der behandelnden Ärzt/innen, der Nachverfolgbarkeit der Ab- und Mitgabe sowie auch einer guten Zusammenarbeit mit den Sicherheitsbehörden begegnet werden könne. Einige führen aus, dass sich DAM medizinisch nicht von anderen Substitutionsmitteln unterscheidet und auch bei Letzteren eine Missbrauchsgefahr bestünde. Eine Gleichstellung der HeGeBe mit anderen OAT würde erlauben, den Zugang zur HeGeBe zu optimieren und die Behandlung flexibler an die Bedürfnisse der Patient/innen anzupassen. Sie könnte auch zur Entstigmatisierung beitragen und therapeutische Entwicklungen begünstigen. Aus diesen Ausführungen geht hervor, dass zahlreiche Fachleute die bestehende Sonderstellung der HeGeBe gemäss BetmG (Art. 3e Abs. 3) und deren Konkretisierung in der BetmSV (3. Abschnitt) als nicht zweckmässig erachten, um die HeGeBe optimal gestalten zu können.

### **Optimierungspotential 3: Flexibilisierung und Erweiterung der Ab- und Mitgabe**

Eine grossmehrheitliche Zustimmung besteht bezüglich einer Optimierung der Ab- und Mitgabe Regelung. Auch Akteur/innen, die einer Gleichstellung mit anderen OAT kritisch gegenüberstehen, sind der Meinung, dass es eine flexiblere, weniger restriktive Regelung der Ab- und Mitgabe braucht. Die Ab- und Mitgabe Regelung sollte angepasst werden,

---

<sup>25</sup> Die Angaben aus der Online-Befragung werden in der Abbildung A 7, Tabelle A 20, Tabelle A 21, Tabelle A 22 und Tabelle A 23 in Annex 11 detailliert wiedergegeben.

um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patient/innen respektive der grossen Heterogenität der Patientenpopulation gerecht zu werden. Speziell von Zentrumsakteur/innen aber auch aus kantonaler und städtischer Perspektive wird betont, dass die Erfahrungen mit der COVID-19-Sonderregelung bisher sehr positiv sind und die Sonderregelung auch nach der COVID-19-Pandemie weitergeführt werden sollte.

*«Wir hätten festgestellt, wenn es wegen der erweiterten Mitgabe zu mehr Handel und Konsum gekommen wäre. Wir pflegen einen sehr regen Austausch mit der Polizei, Drogenfahndung und dem städtischen Sicherheitsdienst» (Interviewzitat Umsetzungsakteur/in)*

*«Die Patient/innen haben von einer «neuen» Lebensqualität berichtet. Sie kommen weniger in Versuchung, weil sie weniger am Schwarzmarkt vorbeikommen. Sie haben mehr Zeit, weniger Stress und müssen auch keinen Vorwand finden, um zur Abgabe zu kommen.» (Interviewzitat Akteur/in HeGeBe-Zentrum)*

Gemäss Interviewaussagen brauche es eine Regelung, die mehr Autonomie und Eigenverantwortung der HeGeBe-Patient/innen ermöglicht. Die Mitgabe sei individuell zu vereinbaren und müsse aus medizinischer und psychologischer Sicht vertretbar sein. Es kommt in den Interviews deutlich zum Ausdruck, dass eine erweiterte Mitgabe nicht für alle Patient/innen als fachlich angemessen erachtet wird, im Gegenteil. Es geben jedoch Patient/innen, die ausreichend stabil sind und bei welchen eine erweiterte Mitgabe fachlich angezeigt ist, um die Ziele der HeGeBe besser erreichen zu können.

Einzelne Stimmen thematisieren, dass gewisse HeGeBe-Zentren die Modalitäten der Ab- und Mitgabe bereits vermehrt individuell auf die Bedürfnisse der Patient/innen abstimmen und die Mitgabe öfters anwenden als andere HeGeBe-Zentren. Diese HeGeBe-Zentren sollten den nötigen Handlungsspielraum erhalten, um diese Entwicklung weiterverfolgen zu können.

Ein weiterer Optimierungsbedarf wird bei den Applikationsarten festgestellt; namentlich die Entwicklung einer nasalen Applikation sei für eine patientengerechte Behandlung sehr wichtig. Laut den interviewten Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren würde nun demnächst eine Studie durchgeführt.

#### **Optimierungspotential 4: Behandlung der älteren und komorbiden Patient/innen**

Bei der Behandlung von älteren und komorbiden Patient/innen bestehe Optimierungspotential bezüglich der Fortführung der HeGeBe zuhause oder in nicht-spezialisierten Institutionen. Es brauche bedürfnisgerechte Behandlungskonzepte für immobile Patient/innen und dazu müsse die Zusammenarbeit etwa mit der Spitex oder Alters- und Pflegeheimen intensiviert werden. Weiter erfordere eine Behandlung von multimorbiden Patient/innen interdisziplinäre Behandlungsansätze, die entwickelt und gefördert werden sollten.

#### **Optimierungspotential 5: Reduktion des Aufwandes beim Bewilligungssystem**

Die weiter oben angesprochene Gleichstellung der HeGeBe mit anderen OAT würde auch zu grossen Veränderungen beim Bewilligungssystem führen, da die Bewilligungskompetenz für die anderen OAT bei den Kantonen liegt. Die Befragten haben jedoch auch Optimierungspotential im bestehenden Bewilligungssystem identifiziert, und zwar primär beim Aufwand. Dieser könnte etwa durch eine längere Gültigkeit der Patientenbewilligungen, durch ein elektronisches Bewilligungssystem und schlankere Abläufe reduziert werden.

### **Optimierungspotential 6: Weitere Aspekte**

Einige interviewte Zentrumsakteur/innen sehen Optimierungspotential bei der Ausbildung der Ärzt/innen: Eine stärkere Berücksichtigung der Substanzstörungen in der Grundbildung könnte die Zusammenarbeit mit den künftigen Haus- und Spitalärzt/innen erleichtern und zu einer besseren Versorgung der HeGeBe-Patient/innen führen.

In einigen Interviews wird auch beim HeGeBe-Monitoring Optimierungspotential identifiziert. Das sehr aufwändige Monitoring sei nur bedingt nützlich, weil es die Therapieverläufe nicht erfasse. Für die Entwicklung der Behandlung wären etwa Angaben zum Verbleib in der HeGeBe respektive Wechsel in andere OAT wertvoll. Die Online-Befragung zeigt auf, dass gut zwei Drittel der Befragten das Monitoring kennen. Diejenigen, die es kennen, sind grossmehheitlich der Ansicht, dass das Monitoring für ihre Tätigkeit im Suchtbereich eher bis sehr nützlich ist (vgl. Tabelle A 15 und Tabelle A 16 im Annex 11).

## 6 Perspektive der Betroffenen

---

Dieses Kapitel befasst sich mit der Perspektive der Betroffenen und stützt sich auf die Daten aus sechs Interviews mit Betroffenen aus drei sehr unterschiedlichen HeGeBe-Zentren. Es interessierte, wie die Betroffenen die Behandlungssituation wahrnehmen und wie sie den Zugang zur HeGeBe einschätzen. Welchen Herausforderungen begegnen sie im Behandlungsalltag und was könnte aus ihrer Perspektive verbessert werden?

### 6.1 Zugang zur HeGeBe

In mehreren Interviews klingt an, dass die Betroffenen ihren Eintritt in die HeGeBe rückblickend als «spät» wahrnehmen und teilweise auch bedauern, nicht früher mit der Behandlung begonnen zu haben.

*«Ich habe immer gedacht, es sei sehr schwierig ins Programm zu kommen.» (Interviewzeit Patient/in)*

Diese interviewte Person gibt an, dass sie auf Empfehlung ihres neuen Psychiaters mit der HeGeBe begonnen hatte. Davor sei sie acht Jahre in einer Methadonbehandlung bei einem Hausarzt gewesen.

*«Ich wusste nicht, dass es ein solches Programm gibt. Wenn ich es gewusst hätte, hätte ich mich früher gemeldet.» (Interviewzeit Patient/in)*

Diese Person erfuhr von einer Staatsanwältin in einem Strafverfahren von der HeGeBe.

*«Ich wollte immer ins Diaphin®-Programm, aber mit der Abgabe-Regelung war es für mich nicht möglich, weil ich Kinder betreue und sie nicht ins Zentrum mitnehmen wollte.» (Interviewzeit Patient/in)*

Diese interviewte Person führt aus, dass die Corona-Sonderregelung im Frühjahr 2020 es ihr ermöglichte, in die Behandlung einzutreten und gleichzeitig auch ihren sozialen Verpflichtungen nachzukommen. Ihr Hausarzt habe ihr aus gesundheitlichen Gründen die HeGeBe empfohlen.

*«Ich wäre gerne früher gekommen. Leider unterstützt mein Kanton die HeGeBe nicht. Es gibt in meinem Kanton kein Zentrum. Ich kenne viele, die auch gerne in eine HeGeBe eintreten möchten, jedoch nicht können, weil die Sozialhilfe diese Behandlung nicht unterstützt.» (Interviewzeit Patient/in)*

Diese interviewte Person ergänzt weiter, dass sie sich die Behandlung – die Reisekosten und Kostenbeitrag pro Abgabe im HeGeBe-Zentrum – nur dank einem Erbe leisten könne. Gemäss Interviewangaben muss sich diese Person an den Kosten für die Abgabe beteiligen, weil sie nicht in der Stadt des HeGeBe-Zentrums wohnt.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass der Zugang zur HeGeBe für die interviewten Betroffenen nicht leicht war. Wir haben die Betroffenen auch generell nach einer Einschätzung zum Zugang zur HeGeBe für Personen mit einem entsprechenden Behandlungsbedarf gefragt. Die Betroffenen schätzen den Zugang unterschiedlich ein. Die einen sind der Meinung, dass alle schwerstsuchtigen Personen in eine HeGeBe eintreten können, die wollen. Andere betonen hingegen, dass es für Personen schwierig sei, die weit weg von einem HeGeBe-Zentrum wohnen. Eine interviewte Person thematisiert die finanziellen Hürden und geht davon aus, dass es Betroffene gebe, die einen weiten Weg auf sich

nehmen würden, wenn sie sich die Reise- und Behandlungskosten leisten könnten. Schliesslich erwähnen mehrere Interviewte, dass der Zugang zur HeGeBe auf der Gasse als «zu schwierig» wahrgenommen werde. Man höre auf der Gasse oft, man solle nicht in die Behandlung, weil es schwierig sei ins DAM Programm reinzukommen und man sich dann an strenge Regeln halten müsse. Süchtige würden sich nicht einengen lassen wollen und die Überwachung fürchten.

## 6.2 Wahrnehmung der Behandlungssituation

Die interviewten Betroffenen nehmen ihre Behandlungssituation insgesamt positiv wahr. Spontan führen alle an, dass es ihnen aufgrund der HeGeBe viel besser gehe.

*«Wir wären nicht mehr, wenn es das Programm nicht gäbe.» (Interviewzitat Patient/in)*

Nicht nur ihre Gesundheit, sondern insgesamt ihre Lebensqualität habe sich verbessert. Sie hätten den illegalen (Bei-)Konsum von Betäubungsmitteln aufgegeben oder stark reduzieren können, keinen Beschaffungsstress und -kriminalität mehr, weniger oder keine Geldprobleme, mehr Stabilität und Ruhe im Leben. Sie könnten den (Arbeits-)Alltag besser bewältigen. Einige, die zuvor in einer Methadon-Behandlung waren, betonen, dass es ihnen in der HeGeBe wesentlich besser gehe, weil sie den Beikonsum stark verringern konnten und keine Nebenwirkungen wie starkes Schwitzen auftrate.

Gefragt nach ihren Behandlungszielen sprachen die Interviewten vor allem die Stabilisierung und Verbesserung ihrer Gesundheit an und damit verbunden auch Ziele bezüglich des Beikonsums. Einige Interviewte erwähnten als Fernziel auch die Abstinenz.

### Positive Aspekte der Behandlungssituation

Gefragt nach besonders positiven Aspekten ihrer Behandlungssituation sagen die Interviewten übereinstimmend aus, dass das Personal ihres HeGeBe-Zentrums sehr gut sei. Sie thematisieren, dass sie im Rahmen früherer Behandlungen Stigmatisierung erlebten.

*«Als Süchtiger wird man hier fair und sachlich behandelt. Es ist ihnen [dem Behandlungspersonal] wichtig, dass wir, die Betroffenen, gesund bleiben.» (Interviewzitat Patient/in)*

Es sei wichtig, dass DAM als Medikament behandelt und die Stabilität als wichtiger Aspekt der Lebensqualität betrachtet werde. Einzelne Interviewte betonen, dass es für sie eine grosse Entlastung sei, wenn sie nicht unter Druck gesetzt würden, abstinent zu werden. Weiter führen mehrere Interviewte aus unterschiedlichen Zentren an, dass sie auch die Unterstützung in sozialen Belangen (Kontakt mit dem Sozialdienst, IV-Stellen, Geldfragen) sehr schätzen. Eine einzelne interviewte Person thematisiert, dass die Zusammenarbeit zwischen der HeGeBe-Ärztin und dem Hausarzt gut funktioniere. Positiv erwähnt werden auch Gruppenaktivitäten sowie ein Ferienlager.

### Schwierigkeiten und Verbesserungsbedarf bei der Behandlungssituation

Nur einzelne der interviewten Patient/innen können Verbesserungsbedarf oder Schwierigkeiten benennen, die sie der Behandlungssituation zuschreiben und die nicht den Zugang zur HeGeBe oder die Ab-/Mitgabe betreffen (vgl. Kapitel 6.1 und 6.3). Eine Person kritisiert, dass sie sich an einer Gruppenaktivität des HeGeBe-Zentrums beteiligen müsse, obwohl diese Aktivität als «freiwillig» bezeichnet würde. Eine andere interviewte Person wünscht sich eine individuellere Behandlung und mehr Vertrauen:

*«Patient/innen, die schon sehr lange dabei sind, sollte mehr vertraut werden. Ich habe manchmal das Gefühl, dass wir alle gleich behandelt werden.» (Interviewzitat Patient/in)*

### 6.3 Ab-/Mitgabe des DAM

Aus den Interviews geht hervor, dass die Behandlungssituation stark durch die individuellen Ab- und Mitgabe-Regelung geprägt wird. Die Interviewten kennen unterschiedliche Modalitäten der Ab- und Mitgabe (siehe Tabelle A 5 im Annex 10.7). Bei den fünf interviewten Personen,<sup>26</sup> die zum Zeitpunkt des ersten Lockdowns im März bis Juni 2020 bereits in einer HeGeBe waren, kam es zu einer Umstellung bei der Mitgabe, um sie besser vor einer COVID-19-Infektion zu schützen. Von diesen fünf Personen zeigt sich eine Person erleichtert, dass sie zum Zeitpunkt des Interviews wieder zweimal täglich ins Zentrum kommen konnte. Die Umstellung bei der Applikationsart – von intramuskulärer Injektion zur Einnahme in Tablettenform für die Mitgabe – sei sehr schwierig gewesen. Die anderen vier interviewten Personen schätzen hingegen die erweiterte Mitgabe. Eine Person musste nach dem Lockdown wieder zu den vorherbestehenden Modalitäten wechseln, hätte jedoch gerne an der erweiterten Mitgabe festgehalten, d.h. in ihrem Fall an einer Mitgabe von maximal zwei Tagesdosen auch unter der Woche. Die Mitgabe habe ihr mehr Selbständigkeit und Freiraum gegeben.

Zwei der interviewten Betroffenen konnten zum Zeitpunkt des Interviews DAM dosiert für eine Woche mitnehmen. Diese beiden Personen schätzen die wöchige Mitgabe sehr und wünschen sich eine Weiterführung dieser Regelung:

*«Es wäre schön, wenn es so bleibt [Mitgabe für eine Woche] und die Regelung weitergeführt würde. Ich würde es aber auch in Kauf nehmen, wenn ich wieder mehr kommen müsste, weil es mir in der HeGeBe viel besser geht.» (Interviewzitat Patient/in)*

*«Die HeGeBe ist wichtig, damit man ein normales Leben führen und sich würdig fühlen kann, ohne Stigmatisierung zu erfahren. Allerdings stellt ein enges Behandlungsregime – tägliche Abgabe im Zentrum – eine starke Einschränkung dar.» (Interviewzitat Patient/in)*

Die erweiterte Mitgabe sei besser mit ihrer Arbeitstätigkeit respektive ihren sozialen Verpflichtungen (Kinderbetreuung) verträglich, sie seien dadurch weniger gestresst und würden über mehr Autonomie und freie Zeit verfügen. Bei der Mitgabe von maximal zwei Tagesdosen komme erschwerend hinzu, dass die Abgabe nicht immer am gleichen Wochentag erfolgen könne. Das erschwere die Arbeitstätigkeit sowie die Wahrnehmung von sozialen Verpflichtungen. Zudem schätzen diese interviewten Personen, dass sie weniger mit dem Schwarzmarkt auf dem Weg ins HeGeBe-Zentrum konfrontiert werden, wenn sie weniger ins HeGeBe-Zentrum kommen müssen. Die Abgabe im Zentrum ist bei diesen beiden Interviewten zudem mit einer Reisezeit von 60 bis 90 Minuten pro Abgabe verbunden. Diesen Umstand empfinden sie als aufwändig, speziell weil sie arbeitstätig sind oder Kinder betreuen. Da beide zudem einen Kostenbeitrag pro Abgabe im HeGeBe-Zentrum leisten müssen, bedeutet für sie eine erweiterte Mitgabe auch eine Reduktion der Behandlungskosten, die sie selbst tragen müssen. Diese interviewten Personen thematisieren auch, dass eine gewisse Missbrauchsgefahr bestehe, Verkäufe auf dem Schwarzmarkt stattfinden würden und eine Mitgabe viel Selbstdisziplin verlange. Gemäss ihrer Erfahrung würden die HeGeBe-Zentren dieser Problematik mit einer engen Zusammenarbeit mit der Polizei und dem Sicherheitsdienst sowie auch mit einer guten, je nach Bedarf auch wieder engeren therapeutischen Begleitung beugen.

---

<sup>26</sup> Bei drei Personen umfasste die Covid-19-bedingte Mitgabe eine Tagesrestdosis bis maximal zwei Tagesdosen. Bei zwei Personen erfolgte eine Mitgabe des DAM für eine Woche gemäss der Corona-Sonderregelung und anschliessend erneut gemäss der temporären Änderung der BetmSV. Die sechste interviewte Person war zum Zeitpunkt des Lockdowns noch nicht in HeGeBe.

Auch die zwei weiteren interviewten Betroffenen mit einer Mitgabe von maximal zwei Tagesdosen betonen, dass sich die HeGeBe dadurch besser mit ihrer Arbeitstätigkeit und den sozialen Verpflichtungen vereinbaren lasse. Die beiden Betroffenen, die derzeit keine Mitgabe von DAM haben, führen hingegen an, dass ihnen die zweimal tägliche Abgabe im HeGeBe-Zentrum eine wichtige Tagesstruktur biete. Eine Person betont zudem, dass ihr die Abgabe im HeGeBe-Zentrum Sicherheit gebe und es für sie wichtig war, dass das Betreuungspersonal ihr zu Beginn bei der Injektion geholfen hatte. Auch diese beiden Betroffenen merken an, dass eine zweimaltägliche Abgabe aufwändig sei, speziell wenn die Abgabezeit nicht mit dem Fahrplan des öffentlichen Verkehrs korrespondiere oder es zu Verzögerungen komme. Es könne vorkommen, dass für die Abgaben einschliesslich der Reisezeiten bis zu fünf Stunden pro Tag benötigt werde. Es fällt zudem auf, dass diese beiden Interviewten die Abgabe im Zentrum auch deshalb schätzen, weil sie das DAM injizieren können, während eine Mitgabe in ihrem jeweiligen HeGeBe-Zentrum nur mit Tabletten erfolgen würde.

Die Vereinbarkeit der Ab-/Mitgabe während Ferien ist für interviewten Betroffenen kein Thema, da sie sich keine Ferien leisten könnten. Schliesslich thematisiert eine Person, dass ihr die Applikationsform «Tabletten» grosse Schwierigkeiten bereite und es für sie eine grosse Erleichterung wäre, wenn sie das DAM nasal applizieren könnte. Nachfolgende Tabelle fasst die Perspektive der Betroffenen zusammen.

**Tabelle 9: Abgabe und Mitgabe des DAM aus der Perspektive der Betroffenen**

Perspektive der interviewten Betroffenen	Abgabe im HeGeBe-Zentrum	Mitgabe*
positive Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>– intravenöse / intramuskuläre Applikation möglich **</li> <li>– Sicherheit bezüglich Dosierung</li> <li>– Unterstützung bei der Applikation, einschliesslich Einhaltung Hygiene</li> <li>– Tagesstruktur / soziale Kontakte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– weniger Kontakte zum Schwarzmarkt / zur Szene</li> <li>– mehr Eigenverantwortung, Autonomie</li> <li>– entgegengebrachtes Vertrauen</li> <li>– (bessere) Vereinbarkeit mit Arbeitstätigkeit / sozialen Verpflichtungen.</li> </ul>
kritische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>– lange Anfahrtswege, Reisekosten</li> <li>– Einschränkungen bezüglich Arbeitstätigkeit, sozialen Verpflichtungen und Freizeit</li> <li>– teilweise mit direkten Kostenbeiträgen der Patient/innen verbunden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Missbrauchsgefahr</li> <li>– bedingt hohe Selbstdisziplin</li> </ul>
<p>* Die Erfahrung mit der Mitgabe von DAM in Tablettenform variiert zwischen den Interviewten erheblich zwischen gar keine Mitgabe bis Mitgabe für eine Woche.  ** DAM wird von den meisten Zentren nur in Tablettenform mitgegeben und nicht als i.v. Lösung (vgl. Kapitel 3.5.2).  Quelle: Interviews mit HeGeBe-Patient/innen.</p>		

## 6.4 Herausforderungen

Mehre interviewte HeGeBe-Patient/innen sagen aus, dass sie nicht weit in die Zukunft blicken würden oder dazu noch zu wenig lang in der HeGeBe seien. Mehrfach betonen die Interviewten, dass es sehr schlimm wäre, wenn die HeGeBe eingestellt würde, wovon sie jedoch nicht ausgehen würden. Einzelne sprechen an, dass es möglicherweise für sie mit zunehmendem Alter schwierig werde, für die Behandlung ins HeGeBe-Zentrum zu kommen (eingeschränkte Mobilität). Die Betroffenen zeigen sich überzeugt, dass sich in diesen Fällen gute Lösungen finden werden. Mehrere Betroffene thematisieren in den In-

terviews, dass sie im Alltag Stigmatisierung erfahren und für ihre Situation und Behandlung wenig Verständnis vorhanden sei. Es sei schwierig, als Menschen zweiter Klasse behandelt zu werden.

## 7 Situation der Versorgung mit Diacetylmorphin

---

Aufgrund des Konkurses des Lohnherstellers, welcher Diaphin® i.v. im Auftrag der Firma mit der Zulassung für Diaphin® produzierte, hat sich die Versorgungssituation in der Schweiz per Ende 2020 verändert. Es zeichnete sich ein wesentliches Risiko für einen Versorgungsengpass ab. Deshalb wird in diesem Kapitel vertieft auf die Versorgungssituation eingegangen. Ziel ist es, die Problemlage darzulegen und Hinweise auf mögliche Alternativen zu generieren. Allerdings konnte im Rahmen der vorliegenden Studie keine vertiefte Analyse vorgenommen werden.

### 7.1 Analyse der Versorgungssituation

Die Herstellung und der Vertrieb von diacetylmorphin-haltigen Präparaten sind mit hohen Auflagen bezüglich Sicherheit und Dokumentation verbunden, da dieser Wirkstoff zu den gemäss BetmG verbotenen Betäubungsmitteln zählt. Betäubungsmittel, die in der Schweiz als Heilmittel eingesetzt werden, unterstehen auch dem Heilmittelgesetz (HMG SR 812.21) und benötigen eine Zulassung durch Swissmedic. Als weitere Rahmenbedingung fällt die kleine und tendenziell abnehmende Nachfrage in der Schweiz ins Gewicht.<sup>27</sup> Weiter birgt die Produktion von diacetylmorphin-haltigen Produkten ein gewisses Risiko für den Ruf einer Firma (Produktion einer «illegalen Droge»). Schliesslich zeichnet sich die Situation zwar durch eine verhältnismässig hohe Sicherheit bezüglich des vorhandenen Bedarfs ab, allerdings besteht aufgrund des restriktiven (internationalen) Umgangs mit Betäubungsmitteln eine hohe Abhängigkeit von der Politik. Diese Rahmenbedingungen beschränken das Interesse von Firmen für die Herstellung solcher Arzneimittel (vgl. Bundesrat 2016).

In der Schweiz zeichnet sich die Versorgung mit DAM durch eine quasi Monopolstellung des Herstellers DiaMo Narcotics GmbH mit Sitz in Thun aus. DiaMo Narcotics ist Inhaberin der Zulassungen für die drei Produkte, die in der Schweiz in der HeGeBe eingesetzt werden können. Es handelt sich dabei um Diaphin® i.v., von Swissmedic zugelassen seit 2001, und Diaphin®-Tabletten in zwei unterschiedlichen galenischen Formen (IR= Immediate-Release, SR= Slow-Release), zugelassen seit 2010. Die drei Produkte stehen auf der Spezialitätenliste mit den Präparaten, die von der OKP vergütet werden. Der Hersteller bezieht den Wirkstoff von zwei Wirkstoffherstellern. Beim Ausfall oder Schwierigkeiten eines Wirkstoffherstellers kommt es damit nicht zu einem Totalausfall. Zudem kann bei Problemen möglicherweise die eingebundene Partnerfirma einspringen.

Diaphin® i.v. und Diaphin®-Tabletten lässt der Hersteller je bei einem Lohnhersteller produzieren. Wegen dem kleinen Auftragsvolumen sei eine Verteilung auf weitere Lohnhersteller keine Option. Damit besteht ein hohes Risiko, dass es bei Produktionsschwierigkeiten oder einem Konkurs des jeweiligen Lohnherstellers zu einem Versorgungsproblem kommen kann. Ob es zu einem Versorgungsproblem kommt, ist wesentlich davon abhängig, wie gross die Lagerbestände sind, wie schnell die Schwierigkeiten behoben werden können oder im Falle eines Konkurses, wie schnell ein neuer Lohnhersteller für die Produktion gewonnen werden kann. Gemäss Interviews führe die quasi Monopolstellung auch dazu, dass bei Qualitätsproblemen wenig Steuerungsspielraum bestehe: Es müsse

---

<sup>27</sup> Es wird eine Abnahme bei der Anzahl HeGeBe-Patient/innen und ein Rückgang bei der i.v. Anwendungsform erwartet.

jeweils nach Kompromissen gesucht werden, um wenigstens die minimale Sicherheit zu gewährleisten und die Versorgung sicherzustellen.

Wie in diesem Kapitel einleitend erwähnt, kam es im November 2020 zu einem Konkurs des Lohnherstellers von Diaphin® i.v. Aus den geführten Interviews geht hervor, dass aufgrund von Schwierigkeiten mit dem Lohnhersteller in der Vergangenheit keine Lagerbestände aufgebaut werden konnten. Die Gewinnung eines neuen Lohnherstellers mit Sitz in den Niederlanden scheint bisher auf gutem Weg zu sein (Stand Januar 2021). Die Vorbereitung für die Produktion seien angelaufen und das Vorgehen für die Zulassung durch Swissmedic vereinbart. Gemäss Hersteller könne ein Versorgungsengpass vermieden werden, wenn alles optimal laufe. Allerdings geht aus den Interviews auch hervor, dass durchaus Risiken für Verzögerungen bestehen, etwa bei der Zertifizierung und Inbetriebnahme der neuen Produktionsanlage oder bei den Bewilligungen, die für die Herstellung, Ein- und Ausfuhr von Betäubungsmitteln nötig sind.

Abbildung 11 gibt einen Überblick über die Rahmenbedingungen und das bestehende Firmennetzwerk der Versorgung. Im Kästchen ganz rechts sind die Stärken sowie die Schwächen und Risiken der aktuellen Versorgungssituation aufgeführt. Gemäss Interviews zählt zu den Stärken der bestehenden Versorgung, dass sie bisher funktioniert hat. In den Interviews mit den Zentrumsakteur/innen wurde die Versorgung nur von einzelnen Personen als problematisch thematisiert.

**Abbildung 11: Diaphin® Versorgung in der Schweiz, Stand Januar 2021**



Quellen: Interviewaussagen und Bundesrat 2016.

In den Interviews mit Vertreter/innen vom BAG und von Swissmedic finden sich hingegen zahlreiche Hinweise auf Schwächen und Risiken, die primär auf die sehr langjährige quasi Monopolstellung des Herstellers zurückzuführen sind. So ist etwa neben dem Risiko eines

Versorgungsengpasses auch die Abhängigkeit von Angaben des Herstellers bei der Festlegung des Preises erschwerend, weil auch international kaum vergleichbare Konkurrenzprodukte verfügbar sind. Teilweise wird die Zusammenarbeit zwischen dem Hersteller und einigen HeGeBe-Zentren als zu eng kritisiert. Das BAG schuf diesbezüglich bewusst grössere Distanz, indem es den Hersteller seit einigen Jahren nicht mehr zu den halbjährlichen Netzwerktreffen der HeGeBe-Umsetzungsakteure einlädt. In den Interviews finden sich zudem kritische Aussagen, wonach der Hersteller zu wenig transparent kommuniziere.

Schliesslich wurde in den Interviews auch auf die Risiken einer Kleinstfirma hingewiesen, die stark durch eine Persönlichkeit geprägt würde, die früher beim BAG tätig gewesen war. Bei steigenden Anforderungen an pharmazeutische Abläufe und Qualität stosse diese Struktur an Grenzen. Es stelle sich die Frage der Nachfolgeregelung sowie auch nach der Positionierung auf dem Markt.

## **7.2 Optimierungspotential bei der Versorgung**

### **7.2.1 Kurz- bis mittelfristige Vermeidung eines Versorgungsengpasses**

Die Strategie zur Vermeidung eines Engpasses respektive Lücke bei der Versorgung der HeGeBe-Patient/innen mit Diaphin® i.v. umfasst derzeit folgende Punkte:

- Kommunikation des Herstellers zur Situation;
- Unterbinden von Hamsterkäufen, indem sich der Hersteller auf vergangene Bestellungen abstützt und Käufe entsprechend einschränkt;
- Empfehlung zur Umstellung auf Diaphin®-Tabletten oder anderes OAT, Potential wird allerdings als klein eingeschätzt;
- Aufschiebung der Studie zur nasalen Applikation von Diaphin®, welche ebenfalls Diaphin® i.v. einsetzen würde.

Gemäss Einschätzungen der Interviewten stellt ein Einkauf eines alternativen ausländischen Präparats keine Option dar, weil es kein vergleichbares Produkt gebe, das in einem Land mit vergleichbarer Arzneimittelkontrolle zugelassen sei. Als weitere Möglichkeit sei denkbar, dass die Spitalapotheken die Injektionslösung aus dem Wirkstoff selbst herstellen. Hier wäre der Einkauf des Wirkstoffes sowie auch die Vergütung zu klären. Zudem dürfen die Spitalapotheken selbsthergestellte Arzneimittel nur an die eigene Kundschaft abgeben (HMG Art. 9 Abs. 2). Die Versorgung der HeGeBe-Zentren, die nicht selbst über eine Spitalapotheke verfügen wäre damit rechtlich problematisch.

### **7.2.2 Optimierung und alternative Versorgungsmöglichkeiten**

Gemäss Interviews sind die Handlungsoptionen und Optimierungsspielräume eingeschränkt: Es handle sich um ein für die Schweiz bedeutsames Produkt, das zugleich aufgrund seiner Eigenschaften (Betäubungsmittel), Absatzmöglichkeiten und Margen für Hersteller wenig attraktiv sei. Zudem sei die Anzahl Firmen, die i.v. Lösungen herstellen könnten, beschränkt. Tabelle 10 skizziert gestützt auf Interviewaussagen und den Bericht des Bundesrates zur Medikamentensicherheit (2016) eine mögliche Optimierung der bestehenden Versorgung sowie auch alternative Versorgungsmöglichkeiten. Bei einer Veränderung der bestehenden Situation gelte es jedoch immer zu bedenken, dass damit das HeGeBe-System gefährdet werden könnte. Zudem seien die Kostenfolgen sehr schwierig einzuschätzen. Bei einer weiterführenden Diskussion von Alternativen sollten die Arbeiten

berücksichtigt werden, die sich mit der Versorgungssicherheit bei Medikamenten befassen. So arbeitet das BAG zusammen mit Swissmedic, dem Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung und der Armeepothek an einem Bericht, der mögliche Stossrichtungen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung aufzeigen wird.<sup>28</sup>

**Tabelle 10: Optimierung bei der bestehenden Versorgung und Alternativen**

Vorschlag	Beschreibung	Vorteile / kritische Aspekte
<b>Optimierung bestehende Versorgung: Produktion durch Pharmaindustrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Versorgung wie bisher über Markt</li> <li>– Ausbau Lagerhaltung</li> <li>– Kooperation / Übernahme durch grosse Pharmafirma, die noch weitere Substitute herstellt (Nachfolgeregelung)</li> </ul>	<p><b>Vorteile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontinuität</li> <li>– durch Kooperation / Übernahme: neue Dynamik, Innovation</li> </ul> <p><b>kritische Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Abhängigkeit von einem Anbieter (Preis und Qualität)</li> <li>– beschränkte Steuerungsmöglichkeit</li> </ul>
<b>Dezentrale Herstellung durch Spitalapotheken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Herstellung durch Spitalapotheken; eventuell nur für i.v. Lösung</li> <li>– Zentraler Einkauf des Wirkstoffs</li> </ul>	<p><b>Vorteile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kleineres Risiko für Totalausfall</li> <li>– geringere Abhängigkeit</li> </ul> <p><b>kritische Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Abhängigkeit von Wirkstoffhersteller</li> <li>– dezentraler Einkauf des Wirkstoffs: hoher Aufwand</li> <li>– Kapazitäten / Interesse der Spitalapotheken</li> <li>– Versorgung der HeGeBe-Zentren ohne Spitalanbindung fraglich; würde neue rechtliche Lösung bedingen</li> </ul>
<b>Beschaffung durch Bund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verantwortung beim Bund</li> <li>– Beschaffung / Ausschreibung (BAG, Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung, Armeepothek)</li> </ul>	<p><b>Vorteile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Planbarkeit und Steuerung</li> <li>– keine Abhängigkeit zwischen Hersteller und HeGeBe-Zentren</li> <li>– Zusammenarbeit mit breiter aufgestellter Firma möglich</li> </ul> <p><b>kritische Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kein (grosses) Interesse bei Firmen, sich an Ausschreibung zu beteiligen</li> <li>– neuer Hersteller müsste Zulassung beantragen</li> <li>– politische Aufmerksamkeit für Kosten</li> </ul>
<b>Herstellung durch Bund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Novum / Systemwechsel</li> <li>– Herstellung durch den Bund (direkt, durch Beteiligung an Lohnherstellern)</li> <li>– Herstellung durch Armeepothek primär denkbar, wenn Armeepothek auch die Herstellung von anderen wichtigen, von Versorgungslücken betroffenen Arzneimitteln übernehmen würde</li> </ul>	<p><b>Vorteile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Planbarkeit und Steuerung</li> </ul> <p><b>kritische Aspekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– politische Unterstützung für staatliche Produktion / Systemwechsel</li> <li>– bisher keine Rechtsgrundlage dafür; es müsste eine Regelung geschaffen werden</li> <li>– private Aktivitäten werden durch staatliche konkurrenziert</li> </ul>

Quellen: vertiefende Interviews und Bundesrat 2016.

<sup>28</sup> Siehe u.a. Stellungnahme des Bundesrates zur Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates 20.3166 zur Erhöhung der Versorgungssicherheit bei Medikamenten und Impfstoffen.

## 8 Synthese

---

### 8.1 Beantwortung der Fragestellung

#### 1. Was ist Stand der Umsetzung der HeGeBe?

Die erste Hauptfrage gemäss dem Pflichtenheft der Situationsanalyse (BAG 2020a) umfasst vier Teilfragen, die nachfolgend gebündelt beantwortet werden. Zuerst werden die Fragen nach der Umsetzung der HeGeBe und nach Unterschieden in der Praxis der HeGeBe-Zentren beantwortet. Nachfolgend werden die Analyseergebnisse zur Frage zum Zugang und zu festgestellten Abweichungen von den gesetzlichen Bestimmungen präsentiert.

*1a. Wie gestaltet sich die Umsetzung der HeGeBe?*

*1b. Gibt es in der Umsetzung je nach HeGeBe-Zentrum unterschiedliche Praktiken?*

Im Jahr 2020 erfolgt die Umsetzung der HeGeBe in der Schweiz in 22 spezialisierten HeGeBe-Zentren. Mit einer Ausnahme verfügen alle HeGeBe-Zentren über eine sehr langjährige Erfahrung und die Umsetzung zeichnet sich in diesem Sinne durch eine hohe Kontinuität bei den Zentren ab. Die Mehrheit der HeGeBe-Zentren wird von öffentlichen Spitälern oder von privaten Vereinen/Stiftungen getragen. Die HeGeBe-Zentren variieren beträchtlich in ihrer Grösse (zwischen 4 und 311 Patient/innen). Im Juli 2020 verfügten insgesamt 1'427 Patient/innen über eine HeGeBe-Bewilligung.

Die Situationsanalyse bestätigt den Befund der Evaluation aus dem Jahre 2018 (Mavrot et al. 2018), wonach das Umsetzungssystem gut etabliert ist. Dies zeigt sich auch in den Hinweisen, wonach das Umsetzungssystem die HeGeBe-Patient/innen effektiv vor COVID-19-Infektionen schützen konnte.

Die administrative Abwicklung der Bewilligungen durch das BAG erachten die Beteiligten, ausser bei der Bewilligung für die Fortführung der Behandlung in einer nicht-spezialisierten Institution, als angemessen, jedoch auch als sehr aufwändig. Diesen Aufwand respektive die zugrundeliegende Sonderstellung der HeGeBe wird durch zahlreiche Akteur/innen in Frage gestellt. Es wird teilweise bezweifelt, dass der Bewilligungsaufwand zu einer besseren Behandlungsqualität führe und den Missbrauch effizient verhindern könne.

Die Situationsanalyse zeigt einige Unterschiede bei der Umsetzung der HeGeBe durch die Zentren auf. Die Unterschiede können meist nicht durch die Grösse oder durch die Region der Zentren erklärt werden. Vielmehr prägen der unmittelbare kantonale und städtische, nachbarschaftliche Kontext, die über viele Jahre gewachsene Praxis sowie auch die Haltung der Verantwortlichen die lokale Umsetzung der HeGeBe. Die Analyse weist auf drei Unterschiede hin, die als problematisch erachtet werden können, weil sie den Zugang, die Behandlungskontinuität (Qualität) sowie auch die Entwicklungsmöglichkeiten der Patient/innen betreffen:

- Unterschiedliche Finanzierung der HeGeBe-Zentren;
- unterschiedliche Praxis bezüglich Verabreichung zuhause und Fortführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen;
- unterschiedlich restriktive bzw. liberale Anwendung der Ausnahmeregelung bezüglich der Mitgabe von DAM.

Gemäss Online-Befragung müssen sich die Patient/innen in acht Zentren in sechs Deutschschweizer Kantonen durch einen direkten Beitrag an den Kosten der HeGeBe beteiligen. Die uns vorliegenden Hinweise deuten darauf hin, dass diese Beiträge zur Finanzierung von sozialen Dienstleistungen erhoben werden und auch deshalb eingesetzt werden, um ein Trittbrettfahren (Nutzung von nicht mitfinanzierten Leistungen) durch andere Kantone respektive Gemeinden zu verhindern. Die Problematik liegt darin, dass diese Abgeltung direkt bei den Patient/innen erhoben wird. Für die Patient/innen können diese Kosten ein Zugangshindernis darstellen. Aus rechtlicher Perspektive ist anzuführen, dass dadurch wohl der Grundsatz des Tarifschutzes verletzt wird. Eine weitere Problematik besteht darin, dass wohl gewisse HeGeBe-Zentren Verträge mit Krankenkassen haben, welche die Medikamentenkosten in die Pauschale einschliessen. Dadurch bestünden Anreize, die billigere Injektionslösungen anstelle der teureren Tabletten einzusetzen, auch wenn die Patientin oder der Patient von einer risikoarmen peroralen Applikationsart profitieren könnte.

Die Verabreichung zuhause und eine Fortführung in nicht-spezialisierten Institutionen ist nicht in allen HeGeBe-Zentren möglich. Patient/innen in HeGeBe-Zentren ohne eine solche Praxis müssen auf ein anderes Präparat umstellen, falls sie wegen Krankheit, Verletzung oder Gefängnisstrafe nicht ins Zentrum kommen können bzw. sich in einer nicht-spezialisierten Institution befinden. Dies ist nicht im Sinne einer optimalen, patientengerechten Behandlung. Die interviewten Zentrumsakteur/innen nannten primär zwei Erklärungen, weshalb einige Zentren keine solche Praxis aufweisen: Erstens die ablehnende Haltung der/des zuständigen Kantonsärztin/arztes und der Verantwortlichen der nicht-spezialisierten Institutionen und zweitens der grosse Aufwand sowie die hohen Anforderungen für eine Bewilligung der Fortführung in einer nicht-spezialisierten Institution.

Die Mitgabe-Praxis variiert stark zwischen den HeGeBe-Zentren. Die Unterschiede werden primär durch die unterschiedlichen Haltungen der verantwortlichen Akteur/innen der HeGeBe-Zentren und der Kantone erklärt. Wie aus den Interviews mit den Patient/innen deutlich hervorgeht, besteht bei einer (zu) restriktiven Mitgabe-Praxis sowohl die Gefahr, dass Patient/innen mit einem entsprechenden Bedarf nicht in die HeGeBe eintreten oder Schwierigkeiten mit der Vereinbarkeit mit ihrer Arbeitstätigkeit oder ihren sozialen Verpflichtungen haben.

#### *1c. Ist der Zugang zur HeGeBe in angemessener Weise gewährleistet?*

Die Ergebnisse der Online-Befragung und der Interviews zeigen deutlich: Die beteiligten Umsetzungsakteur/innen, weitere Akteur/innen des Suchtbereichs sowie auch die Betroffenen teilen die Einschätzung, wonach der Zugang zur HeGeBe in der Schweiz nicht für *alle* Personen, für die eine HeGeBe medizinisch sinnvoll wäre, gewährleistet ist. Gemäss Online-Befragung geht jedoch eine Mehrheit der befragten Akteur/innen davon aus, dass zumindest ein eher grosser Anteil der Personen mit Bedarf Zugang zur HeGeBe hat.

Die Analyse der Befragungs- und Interviewdaten zeigt, dass in der Schweiz bei der HeGeBe alle Faktoren wirken, die im Bericht der Pomicidou-Gruppe des Europarates (2019:27) als Hindernisse für einen Zugang zu OAT thematisiert werden. Es sind dies:

- *Legislative und politische Hindernisse:* Die strikte Regelung, der damit verbundene hohe Aufwand aber auch vorhandene oder vermutete politische Widerstände gegenüber einem HeGeBe-Angebot würden dazu führen, dass das Angebot auf gewisse Städte respektive Zentren beschränkt bleibt. Zudem führe die restriktive Regelung dazu, dass gewisse Patient/innen mit einem medizinischen Bedarf nicht behandelt werden können oder wollen.

- *Wissensbedingte Hindernisse:* Die Situationsanalyse weist darauf hin, dass auch fehlendes Wissen und Unsicherheiten bezüglich Substanzstörungen und der HeGeBe im engeren Sinne bei den Fachpersonen (z.B. den Hausärzt/innen) den Zugang zur HeGeBe erschwert.
- *Haltungsverbundene Hindernisse der Gesellschaft:* Die HeGeBe wird gemäss den Beteiligten und Betroffenen teilweise negativ wahrgenommen; in der Gesellschaft allgemein, von den Fachleuten im Gesundheits- und Sozialbereich sowie auch von den Betroffenen selbst. Die Betroffenen seien mit Stigmatisierung konfrontiert. Gewisse Schwerstsüchtige würden deshalb keine oder eine für sie weniger gut passende OAT machen.
- *Wirtschaftliche Hindernisse:* Gemäss Online-Befragung erheben mindestens acht HeGeBe-Zentren einen Beitrag der Patient/innen, der nicht von der OKP übernommen wird. Die Interviews mit Betroffenen zeigen deutlich, dass diese Kosten sowie möglicherweise auch Reisekosten den Zugang zur HeGeBe erschweren können.

Die Analyse der Wohnortsdaten zeigt auf, dass der Anteil der HeGeBe-Patient/innen an der Wohnbevölkerung sehr unterschiedlich ist und diese Faktoren folglich in der Schweiz nicht in allen Gebieten gleichermassen wirken. Vermutlich ist der unterschiedliche Anteil an HeGeBe-Patient/innen zudem durch weitere Faktoren, namentlich die soziodemographische Struktur der Bevölkerung, die Ausgestaltung des HeGeBe-Angebots oder die jeweilige Verfügbarkeit an illegalen Substanzen zu erklären. Offensichtlich ist, dass Kantone ohne HeGeBe-Angebot praktisch keine HeGeBe-Patient/innen aufweisen. In weiten Gebieten der Schweiz, speziell in der Westschweiz, der italienischen Schweiz, der inner- und Ostschweiz sowie auch den Alpen wohnen praktische keine HeGeBe-Patient/innen. Schliesslich ist auch festzuhalten, dass der Zugang zur HeGeBe im Strafvollzug nur in einer Vollzugsanstalt der Schweiz möglich ist (vgl. dazu auch Buadze et al. 2020; Liebreuz et al. 2020).

#### *1d. Gibt es Umsetzungspraktiken, welche von den rechtlichen Grundlagen abweichen?*

Die vorliegende Analyse weist auf zwei Bereiche hin, in welchen es in der Praxis zu Abweichungen von den rechtlichen Grundlagen kommt. Es sind dies die beiden Ausnahmeregelungen bezüglich der Mitgabe von DAM und bezüglich der Fortführung der HeGeBe in einer nicht-spezialisierten Institution.

Bei der Mitgabe besteht die rechtliche Abweichung darin, dass einzelne Zentren in der Zeit vor der erweiterten COVID-19-Sonderregelung mehr DAM mitgaben als die zwei erlaubten Tagesdosen. Gemäss Interviews mit Umsetzungsakteur/innen geht es dabei meist um die Mitgabe des Tagesrestes für den Tag, an dem die Ab- und Mitgabe im HeGeBe-Zentrum erfolgt. Begründet wird diese Mitgabe von zwei Tagesdosen plus Tagesrest damit, dass dadurch die HeGeBe etwas besser mit einer Arbeitstätigkeit, sozialen Verpflichtungen sowie auch den Wochenenden zu vereinbaren ist. Eine Mitgabe übers Wochenende werde dadurch praktikabler und die HeGeBe-Zentrumsbesuche könnten mit einer gewissen Regelmässigkeit stattfinden. Aus juristischer Perspektive ist bei der Einordnung dieser Abweichung die individuelle, gesundheitliche Verbesserung der Situation der Betroffenen und das Risiko bezüglich der öffentlichen Gesundheit abzuwägen.

Bei der Fortführung der HeGeBe durch Verabreichung zuhause oder in nicht-spezialisierten Institutionen zeigt die Situationsanalyse auf, dass bei den Umsetzungsakteur/innen gewisse Unsicherheiten bestehen, was im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen möglich ist. Dies betrifft etwa den Einsatz der Spitex zur Verabreichung zuhause. Bei der Fortführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen ist den Beteiligten klar, dass es

hierzu eine Ausnahmegewilligung für die jeweilige Institution braucht. Gemäss einzelner Interviewaussagen wird diese Bewilligung wohl nicht in jedem Fall eingeholt. Begründet wird dies damit, dass einerseits die Bewilligung kompliziert und aufwändig sei, andererseits hohe Anforderungen bestünden, welche die nicht-spezialisierten Institutionen, namentlich Pflegeheime, kaum erfüllen können.

## **2. Gibt es für die HeGeBe aktuelle oder künftige Herausforderungen? Wenn ja, welche?**

*2a. Wie schätzen die Akteurinnen und Akteure (Betroffene, Beteiligte, Expertinnen und Experten) künftige Entwicklungen ein?*

*2b. Welche aktuellen Herausforderungen bestehen und mit welchen zukünftigen Herausforderungen ist zu rechnen?*

Die Analyse der Befragungs- und Interviewdaten sowie weiterer Unterlagen (Mavrot et al. 2018; Nordt et al. 2018; Vogel und Strasser 2017, Beck 2020) zeigt auf, dass insgesamt sechs bedeutsame Herausforderungen bestehen. Die bedeutsamste Entwicklung besteht in der Alterung und zunehmenden Komorbidität der HeGeBe-Patient/innen. Die Herausforderung besteht darin, die Behandlung von multimorbiden Patient/innen sicherzustellen, gegebenenfalls zuhause, durch interdisziplinäre Versorgungsnetzwerke oder in geeigneten Einrichtungen.

Eine generelle Abnahme der Anzahl der HeGeBe-Patient/innen in der Schweiz lässt sich derzeit anhand der verfügbaren Daten noch nicht feststellen (Gmel et al. 2020), wird jedoch von zahlreichen befragten Akteur/innen für die Zukunft angenommen. Die Daten zur Alterung der HeGeBe-Patientenpopulation der Schweiz (vgl. ebd.; Vogel und Strasser 2017: 270) legen eine solche Entwicklung längerfristig nahe.<sup>29</sup> Durch eine abnehmende Anzahl der Patient/innen nehme der Finanzierungsdruck zu. Die Finanzierung wird insgesamt auch als Herausforderung bezeichnet, wobei diese Herausforderung nicht in allen HeGeBe-Zentren und Kantonen als gleich bedeutsam eingeschätzt wird.

Eine weitere Herausforderung wird in Veränderungen beim Konsumverhalten gesehen. Dies bedinge Anpassungs- und Entwicklungsleistungen bei der Behandlung, bis hin zur Entwicklung von neuen Applikationsformen (z.B. nasale Applikation) und Therapieangeboten. Wie junge Suchtkranke mit einem hohen Mischkonsum erreicht und behandelt werden können, wird auch als Herausforderung wahrgenommen. Viele Umsetzungsakteur/innen, weitere Fachleute aus dem Suchtbereich sowie auch die interviewten Betroffenen sehen in der gleichbleibenden Stigmatisierung eine Herausforderung.

Schliesslich wird von einer Mehrheit der befragten Umsetzungsakteur/innen und weiteren Fachleuten aus dem Suchtbereich die Regelung der HeGeBe als Herausforderung erachtet. Es wird eine Revision der rechtlichen Bestimmungen gefordert, um den Herausforderungen der HeGeBe besser gerecht werden zu können und sie patientenorientierter gestalten zu können. Im Zentrum stehe Forderungen nach einer Erleichterung und Flexibilisierung der Regelung bis hin zu einer Gleichstellung der HeGeBe mit anderen OAT.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Herausforderungen und Entwicklungen, welche die Umsetzungsakteur/innen und weitere Expert/innen aus dem Suchtbereich in der Befragung und den Interviews genannt haben.

---

<sup>29</sup> Auch der Europäische Drogenbericht für das Jahr 2020 geht für Europa von einer alternden Kohorte von Heroin-Konsumentinnen und niedrigen Einstiegsquoten aus (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2020).

**Tabelle 11: Herausforderungen aus der Perspektive der Umsetzungsakteur/innen und weiterer Expert/innen**

Entwicklung	Herausforderung
Alterung der HeGeBe-Patient/innen, steigende Komorbidität, abnehmende Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bedürfnisgerechte Behandlung (zu Hause)</li> <li>– geeignete Einrichtungen für pflegebedürftige Patient/innen</li> <li>– interdisziplinäre Behandlung</li> </ul>
Abnahme der Anzahl HeGeBe-Patient/innen	– Finanzierung der personalintensiven Abgabe / kostenintensive Therapie für kleine Patientenpopulation
Kostendruck / Veränderung der Finanzierung	– Finanzierung des HeGeBe-Angebots sicherstellen
Veränderung beim Konsumverhalten (Substanzen / Konsumform)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erreichbarkeit / Zugang zu (jungen) Suchtkranken</li> <li>– Anpassung der Behandlung</li> <li>– Entwicklung neuer Medikamente / Therapien</li> <li>– Entwicklung neuer Applikationsformen</li> </ul>
Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sensibilisierung, Informationsarbeit, Ausbildung</li> <li>– Zugang zur HeGeBe</li> </ul>
	– Regelung der HeGeBe; Revision der rechtlichen Bestimmungen
Quellen: Online-Befragung aller Akteursgruppen, Interviews mit Umsetzungsakteur/innen und weiteren Fachleuten aus dem Suchtbereich.	

Die Versorgung mit Diaphin® i.v. wurde in der Online-Befragung und den meisten Interviews mit Umsetzungsakteur/innen und weiteren Expert/innen aus dem Suchtbereich kaum thematisiert. Sie kann jedoch als Herausforderung bezeichnet werden, da zahlreiche Risiken bestehen und zum Zeitpunkt der Analyse ein Versorgungsengpass ab Juni 2021 nicht ausgeschlossen werden konnte. Die Analyse verdeutlicht, dass es sich bei Diaphin® um ein bedeutsames Produkt für die Schweiz handelt, dessen Produktion jedoch für Hersteller wenig attraktiv ist. Die bestehende quasi Monopolstellung des Herstellers ist mit Risiken verbunden und teilweise wird die Zusammenarbeit zwischen dem Hersteller und den HeGeBe-Zentren als problematisch eingestuft. Der Handlungsspielraum des BAG und der Umsetzungsakteur/innen ist jedoch ohne einen grundsätzlichen Systemwechsel (Beschaffung/Produktion durch Bundesstellen) begrenzt.

### 3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?

*3a. Gibt es aus Sicht verschiedener Akteurinnen und Akteure ein aktuelles oder künftiges Optimierungspotential für die HeGeBe? Wenn ja, in welchen Bereichen?*

Aus der Perspektive der interviewten Betroffenen, der Umsetzungsakteur/innen und der weiteren Fachleute aus dem Suchtbereich besteht in verschiedenen Bereichen Potential die HeGeBe zu optimieren. Dringlichster und grösster Optimierungsbedarf besteht gemäss Befragungs- und Interviewdaten in folgenden vier Bereichen: Zugang zur HeGeBe, Regelung und Gestaltung der Ab- und Mitgabe des DAM, Fortführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen und Behandlung von älteren und zunehmend komorbiden Patient/innen. Im Kern geht es darum, durch Optimierungen in diesen Bereichen die HeGeBe niederschwelliger zu gestalten und optimaler auf die individuelle, physische, psychische sowie berufliche und soziale Situation der Patient/innen abstimmen zu können. Die Lösungsvorschläge, welche die Akteur/innen skizzieren, konzentrieren sich einerseits auf eine Revision der rechtlichen Bestimmungen, andererseits auf weitere Bereiche wie etwa die Finanzierung, die Therapieentwicklung einschliesslich einer Intensivierung der Zusammenarbeit in interdisziplinären Netzwerken zur Behandlung von komorbiden Pati-

ent/innen. Ein weiteres Optimierungspotential, das die interviewten Betroffenen und speziell die Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren identifizieren, ist die Entwicklung einer intranasalen Applikationsform. Laut den interviewten Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren besteht hierzu bereits ein Studienprojekt. Vielfach und aus unterschiedlicher Perspektive, einschliesslich der interviewten Betroffenen, wird auch die Stigmatisierung thematisiert. Diese Problematik beeinflusst die HeGeBe-Patient/innen und die Umsetzung der HeGeBe direkt, es handelt sich jedoch im Unterschied zu den anderen identifizierten Bereichen mit Optimierungspotential um ein übergeordnetes Problemfeld. Angesprochen ist nicht nur die Stigmatisierung der HeGeBe-Patient/innen, sondern insgesamt der gesellschaftliche Umgang mit Personen mit Substanzstörungen.

Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Bereiche, die jeweilige Problematik sowie die Optimierungsvorschläge, welche die befragten Beteiligten und Betroffenen einbrachten. Während grosse Einigkeit über den Optimierungsbedarf besteht, sind die aufgeführten Optimierungsvorschläge teilweise umstritten. Bei den Optimierungsvorschlägen werden weiterführende Vorschläge wie die Gleichstellung mit anderen OAT sowie auch alternative Vorschläge und/oder komplementäre Massnahmen aufgeführt.

**Tabelle 12: Identifiziertes Optimierungspotential**

Bereich	Problematik	Optimierungsvorschläge
<b>Zugang</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nicht alle Betroffenen haben Zugang</li> <li>– regulatorische, politische, wissensbedingte, haltungsbedingte, finanzielle Hindernisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gleichstellung mit anderen OAT</li> <li>– Erleichterungen bezüglich Aufnahmekriterien, Ab-/Mitgabe, durchführende Institutionen usw.</li> <li>– dezentrale Angebote ermöglichen</li> <li>– finanzielle Hürden abbauen</li> <li>– Ausbildung der Ärzt/innen</li> </ul>
<b>Ab-/Mitgabe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vereinbarkeit mit sozialer Integration</li> <li>– eingeschränkte Autonomie, Eigenverantwortung der Patient/innen</li> <li>– zeitintensive Abgabe</li> <li>– Abweichungen von Bestimmungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gleichstellung mit anderen OAT</li> <li>– Erleichterung und Erweiterung der Mitgabe, z.B. COVID-19-Sonderregelung beibehalten.</li> </ul>
<b>Fortführung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– keine Fortführung in gewissen Zentren</li> <li>– ablehnende Haltung der Verantwortlichen der Kantone, der nicht-spezialisierten Institutionen</li> <li>– (zu) hohe Anforderungen</li> <li>– hoher Bewilligungsaufwand</li> <li>– Abweichungen von den Bestimmungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gleichstellung mit anderen OAT</li> <li>– Durchführung in nicht-spezialisierten Institutionen erleichtern.</li> </ul>
<b>Behandlung «ältere und komorbide Patient/innen»</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– immobile Patient/innen, Abgabe im HeGeBe-Zentrum nicht möglich</li> <li>– komplexen, komorbiden Fälle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– siehe bei Fortführung</li> <li>– interdisziplinäre Behandlungsansätze/ -teams</li> </ul>
<b>Behandlungserfordernisse «Konsumverhalten»</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zunahme Misch- und Beikonsum</li> <li>– Bedürfnis nach nasaler Applikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Therapieentwicklung</li> <li>– nasale Applikation erforschen</li> </ul>
<b>Stigmatisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– gleichbleibende Stigmatisierung</li> <li>– Zugang zur HeGeBe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausbildung Ärzt/innen, Pflegepersonal</li> <li>– Kommunikation und Aufklärung</li> </ul>

Quellen: Online-Befragung, Vertiefungsinterviews und Interviews mit HeGeBe-Patient/innen.

## 8.2 Schlussfolgerungen

Die Situationsanalyse zeigt auf, dass bei der Umsetzung der HeGeBe Anpassungsbedarf besteht, um neue Herausforderungen zu meistern und der heterogenen Population der Patient/innen gerecht zu werden. Weiterentwicklungen, Optimierungen oder Neuerungen werden durch die strikte Regelung der HeGeBe erschwert und verhindert.

Eine Ausnahme stellt derzeit die Krisenbewältigung der COVID-19-Pandemie dar. So liegen zahlreiche Hinweise vor, dass die Umsetzungsakteur/innen die Patient/innen mit Anpassungen bei der Ab- und Mitgabe bisher erfolgreich vor COVID-19 schützen konnten. Eine wesentliche Massnahme stellt dabei die COVID-19-Sonderregelung dar, die ausnahmsweise eine erweiterte Mitgabe des DAM von bis zu sieben Tagesdosen ermöglicht, wenn die Patientin oder der Patient gewisse Bedingungen erfüllt. Sowohl in den Interviews mit den verschiedenen Akteursgruppen als auch in der Online-Befragung ist diese COVID-19-Regelung in den Antworten sehr präsent. Dies kann einerseits mit der COVID-19-Krisensituation im Jahr 2020 selbst erklärt werden. Andererseits kommt dabei jedoch auch deutlich zum Ausdruck, dass die bestehende Regelung der Mitgabe, in Kraft vor der COVID-19-Sonderregelung, grossmehrheitlich als zu restriktiv und nicht mehr zielführend erachtet wird. Mit der COVID-19-Sonderregelung erhielten die Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren, die Möglichkeit Erfahrungen mit einer erweiterten Mitgabe zu sammeln. Zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie haben die HeGeBe-Zentren weitere Massnahmen erprobt, etwa erstmals eine Abgabe durch Apotheken, eine Verabreichung des DAM zuhause oder die Mitgabe der Injektionslösung durch HeGeBe-Zentren, die eine solche Praxis bisher nicht einsetzten. Diese Erfahrungen belegen einerseits, wie gut die Umsetzung der HeGeBe in der Schweiz funktioniert und auf eine solche Krise reagieren kann. Andererseits eröffnen diese durchwegs positiven Erfahrungen auch eine grosse Chance für die Weiterentwicklung der HeGeBe.

Aus diesem Ergebnis können wir die folgenden zwei übergeordneten Schlussfolgerungen ableiten:

1. **Revision der HeGeBe-Regelung:** Eine Weiterentwicklung der HeGeBe und ein erfolgreicher Umgang mit den Herausforderungen bedingt eine Revision der Regelung. Dies gilt speziell für die Bereiche der Abgabe, Mitgabe und Fortführung der HeGeBe ausserhalb der HeGeBe-Zentren.
2. **Erfahrungen mit COVID-19-Massnahmen berücksichtigen:** Bei der Revision und Weiterentwicklung der HeGeBe sollten die Erfahrungen mit den COVID-19-Massnahmen genutzt werden.

Gestützt auf die Ergebnisse der Situationsanalyse können weitere Schlussfolgerungen bezüglich der folgenden Felder mit Klärungs- und Entwicklungsbedarf formuliert werden:

3. **Verhältnis zwischen der HeGeBe und den anderen OAT:** Beim Verhältnis zwischen der HeGeBe und den anderen OAT gibt es Klärungsbedarf. Die Situationsanalyse zeigt auf, dass die gesetzlich verankerte Sonderstellung der HeGeBe gegenüber den anderen OAT umstritten ist. Zahlreiche Fachleute erachten eine Gleichstellung der HeGeBe als sinnvoll. Es liegen Hinweise vor, wonach sich die Sonderstellung der HeGeBe negativ auf den Zugang zur HeGeBe auswirkt und die Stigmatisierung der HeGeBe-Patient/innen begünstigt. Zudem sind die anderen OAT vermutlich mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert, etwa mit der Alterung und der zunehmenden Komorbidität der Patient/innen. Deshalb erscheint es sinnvoll, die Weiterentwicklung

der HeGeBe nicht isoliert anzugehen. Es sollte geklärt werden, inwiefern bei der Weiterentwicklung eine Annäherung oder Gleichstellung mit den anderen OAT angestrebt wird und in welchen Feldern gemeinsamer Entwicklungsbedarf besteht.

4. **Zugang zur HeGeBe:** Beim Zugang zur HeGeBe besteht aus der Perspektive der Betroffenen und der Fachleute Optimierungsbedarf. Die Situationsanalyse weist auf vielfältige Hindernisse hin. Im Zentrum steht die Frage, wie der Therapieeintritt, die Abgabe und die Mitgabe des DAM niederschwelliger und dezentraler gestaltet respektive reguliert werden kann. Die Anliegen zur Sicherheit und das Missbrauchsrisiko sollten dabei angemessen berücksichtigt werden. Weiter weist die Situationsanalyse auf wissens- und haltungsbedingte Hindernisse hin. Bei der Bearbeitung dieser wissens- und haltungsbedingten Hindernisse ist es vermutlich sinnvoll, nicht nur auf die HeGeBe zu fokussieren, sondern auch den Zugang zu anderen OAT einzubeziehen. Wirtschaftliche Hindernisse werden in Punkt 7 thematisiert.
5. **«Patientengerechte» Weiterentwicklung der HeGeBe:** Es sollte Raum für eine «patientengerechte» Weiterentwicklung der HeGeBe geschaffen werden. Die Betroffenen und die Fachleute haben grosses Optimierungspotential bei der Regelung der Mitgabe sowie der Fortführung der HeGeBe in nicht-spezialisierten Institutionen identifiziert. Demnach kann die HeGeBe im Rahmen der bestehenden Regelung nicht optimal auf die jeweilige physische, psychische und soziale Situation der Patientin oder des Patienten ausgerichtet werden. Die Regelung der Mitgabe wird der Heterogenität der Patient/innen nicht gerecht. Die Situationsanalyse zeigt auf, dass es neben Patient/innen, für die fachlich eine engmaschige Betreuung mit täglicher Abgabe im Zentrum sinnvoll ist, auch Patient/innen gibt, die ausreichend stabil sind und für die eine erweiterte Mitgabe fachlich angezeigt ist, um ihnen mehr Autonomie und Eigenverantwortung zu ermöglichen. Allerdings weist die Situationsanalyse auch darauf hin, dass die Vorstellungen der Fachleute zu einer «patientengerechten» HeGeBe variieren. Das äussert sich etwa darin, wie restriktiv oder progressiv die Mitgabe des DAM erlaubt wird. Für eine fachliche Entwicklung könnte es sinnvoll sein, diese Vorstellungen stärker explizit zu artikulieren und die differenzierte, patientenorientierte Praxis aufzuzeigen.
6. **Behandlung von älteren HeGeBe-Patient/innen:** Für die zunehmend älteren und komorbiden Patient/innen gilt es Ansätze zu entwickeln, die ihren Bedürfnissen entsprechen.
7. **Finanzierung der HeGeBe:** Zwischen den HeGeBe-Zentren variiert die Finanzierung erheblich. Die Situationsanalyse zeigt auf, dass sich zwei Aspekte als problematisch erweisen, weil sie den Zugang zur HeGeBe respektive zu einer risikoärmeren Applikationsart erschweren. Es handelt sich dabei um sogenannte Patientenbeiträge und Krankenkassenpauschalen, welche die Kosten für DAM umfassen. Es erscheint angezeigt, diese Aspekte genauer zu prüfen und gegebenenfalls auf eine Praxisänderung hinzuwirken.

## 9 Referenzen

---

- BAG Bundesamt für Gesundheit (2015). Handbuch diacetylmorphingestützte Behandlung. Richtlinien und Erläuterungen zu den gesetzlichen Bestimmungen. Bern: BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2020a). Pflichtenheft Situationsanalyse der heroingestützten Behandlung (HeGeBe). Bern: BAG.
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2020b) Schreiben an die Verantwortlichen der HeGeBe-Zentren. HeGeBe unter dem Eindruck des Corona-Virus. Ausnahmegewilligungen zur erweiterten Mitgabe. Bern: BAG.
- BFS Bundesamt für Statistik (2020). Regionalporträts 2020: Gemeinden – Kennzahlen. Bern: BFS.
- BFS Bundesamt für Statistik (2020). Ausgewählten Indikatoren im Regionalen Vergleich, 2020. Bern: BFS.
- Beck, T. (2020). Stellenwert der Suchtmedizin im Suchthilfesystem der Zukunft. Suchtmagazin 46(5): 29-32.
- Buadze, A., Baggio, S., Schleifer, R., Aeberhard, E., Wolff, H., Schneeberger, A., Liebreuz, M. (2020). The Accessibility of Opioid Agonist Treatment and Its Forced Discontinuation in Swiss Prisons – Attitudes, Perceptions and Experiences of Defense Lawyers in Dealing With Detained Persons Using Opioids. *Front Psychiatry* 11(5).
- Bundesrat (2016). Sicherheit in der Medikamentenversorgung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Heim (12.3426) vom 4. Juni 2012. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Brunner, P., Kübler, D. (2019). Politikfeldanalyse der Schweizer Drogenpolitik: Debatten und Advocacy-Koalitionen 2008-2018. Zürcher Politik- und Evaluationsstudien Nr. 19. Zürich: Institut für Politikwissenschaft. (noch unveröffentlicht)
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2020): Europäischer Drogenbericht. Kernthemen. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Publications Office of the European Union: Luxembourg.
- Frick, U., Wiedermann, W., Schaub M. P., Uchtenhagen, A., Rehm, J. (2010). Heroingestützte Behandlung in der Schweiz im Langzeitverlauf 1994-2007: Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg. *Psychiatrische Praxis*, 37(4): 175-182.
- Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E. (2020). Heroingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2019. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E. (2019). Heroingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2018. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gmel G., Marmet S., Maffli E., Notari L. (2018). Soziodemographische Ungleichheiten beim problematischen Substanzgebrauch und bei substanzunabhängigen problematischen Verhaltensweisen. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Hiltebrand, D., Dey, M., Bolliger, H., Schaub, M. P. (2018). Heroingestützte Behandlung in der Schweiz. Resultate der Erhebung 2017. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Kormann, A. R., Schaub, M. P. (2013): Orales Diacetylmorphin in der heroingestützten Behandlung. *Suchtmed* 15(5): 280-285.
- Kübler, D. (2000). *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en oeuvre.* Paris: L'Harmattan.
- Kübler, D., Neuenschwander, P., Hirschi, C., Rüegg, E., Radaelli, A., Frey, K., Widmer, T. (2003). Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung. Schlussbericht. Zürcher Politik- und Evaluationsstudien Nr. 1 (mit Anhang). Zürich: Institut für Politikwissenschaft.

- Kübler, D., Widmer, T. (2007). Subnationale Unterstützung eines nationalen Drogenprogramms. Eine Panelanalyse mit Ereignisdaten in den Schweizer Kantonen. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 38: 200-220.
- Kübler, D., Widmer, T., Plüss, L., Kobelt, E., Stadter, C., Widmer, C., Fröhlich, M. (2008). Evaluation der Verbundaufgabe Infodrog. Schlussbericht. Zürcher Politik- und Evaluationsstudien Nr. 7. Zürich: Institut für Politikwissenschaft.
- Liebrenz, M., Gamma, A., Buadze, A., Schleifer, R., Baggio, S., Schwartz, B., Schneeberger, A., Uchtenhagen, A. (2020). Fifteen years of heroin-assisted treatment in a Swiss prison – a retrospective cohort study. Harm Reduction Journal 17:67.
- Mavrot, C., Hadorn, S., Sprecher, F., Sager, F. (2018). Evaluation spezifischer Vollzugsaufgaben des BAG im Rahmen des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG). Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Bern: Kompetenzzentrum für Public Management und Institut für öffentliches Recht der Universität Bern.
- Mayring, Philipp (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. 12. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Nordt, C., Halm, S., Herdener, M. (2020). Der Einfluss von COVID-19 auf Substitutionsbehandlungen mit Opioiden in der ersten Hälfte 2020 im Kanton Zürich. Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich Nr. 24. Zürich: Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.
- Nordt, C., Vogel, M., Dey, M., Moldovanyi, A., Beck, T., Berthel, T., Walter, M., Seifritz, E., Dürsteler, K.M., Herdener, M. (2018). One size does not fit all – evolution of opioid agonist treatments in a naturalistic setting over 23 years. Addiction 114: 103-111.
- Pompidou Gruppe des Europarates (2019). Opioid-Agonisten-Therapien. Leitprinzipien für Gesetzgebung und Reglementierung. Expertengruppe bezüglich gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Behandlung des Opioidabhängigkeitssyndroms durch Verschreibung von Opioid-Agonisten-Arzneimittel. Strasbourg: 2019.
- Schaub, M., Bolliger, H., Hildebrand, D. (2013). Heroingestützte Behandlung – Veränderung der Klientel in der Schweiz und Review der Kostenanalysen. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Simon, O., Stamm, R., Hämmig, R., Scholten, W., Aeberhard, R., Dickson, C., Junod, V. (2018): Moderniser les conditions-cadres des traitements médicamenteux du syndrome de dépendance aux opioïdes. Rev. Med Suisse 2018(24) : 1169-1175.
- SSAM Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2020a). Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020. Bern: SSAM.
- SSAM Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2020b): Opioidagonistherapie (OAT) und COVID-19 Pandemie: Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM). 26.3.2020. <https://ssam.ch/cm/de/empfehlungen/coronavirus-pandemie/>
- Strang, J., Groshkova, T., Metrebian, N. (2012). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA Insights. New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Lisbon: EMCDDA.
- Strang, J., Groshkova, T., Uchtenhagen, A., van den Brink, W., Haasen, C., Schechter, M. T., Lintzeris, N., Bell, J., Pirona, A., Oviedo-Joekes, E., Simon, R., Metrebian, N. (2015). Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomized trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. British Journal of Psychiatry, 207(1): 5-14.
- Swisstopo Office fédéral de la topographie (2020). Répertoire officiel des localités avec le code postal et le périmètre.
- Uchtenhagen, A. (2009). Heroin assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. Addiction 105: 29-37.
- Uchtenhagen, A. (2012). Heroin assisted treatment in Switzerland. In: Strang, J., Groshkova, T.; Metrebian, N. New heroin assisted treatment: recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA: 101-110.

- Vogel, M., Strasser, J. (2017). Alternativen in der Behandlung mit im Zentral-nervensystem rasch anflutenden Opioiden. *Suchtmed* 19(5): 267-274.
- Widmer, Thomas (1996). *Meta-Evaluation: Kriterien zur Bewertung von Evaluationen*. Bern: Haupt.
- Widmer, T., Brunold, H. (2017). *Evaluationsglossar des BAG*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Widmer, T., De Rocchi, T. (2012). *Evaluation: Grundlagen, Ansätze und Anwendungen*. Reihe Kompaktwissen, Band 16. Zürich: Rüegger.
- Widmer, T., De Rocchi, T., Stutz, M. (2015). *Externe Situationsanalyse: Netzwerk Safer Nightlife Schweiz*. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: Institut für Politikwissenschaft, Universität Zürich.
- Widmer, T., Stadter, C., Wenger, J. (2013). *Evaluation Suchtmonitoring Schweiz*. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

# 10 Annex: Dokumentation zum methodischen Vorgehen

## 10.1 Methodenmatrix

Tabelle A 1: Methodenmatrix

Modul	Datenerhebung- und -analyse	Zielgruppe(n) Datenerhebung	Stichprobe	Fragen der Situationsanalyse <sup>a</sup>	Verfügbare Daten
1	Informationsgespräche (leitfadengestützt, Auswertung in Anlehnung an Mayring 2015) Erhebungszeitraum: 6.-7.2020	Akteur/innen der HeGeBe	6 <sup>b</sup>	1. Was ist der Stand der Umsetzung? 2. Gibt es für die HeGeBe Herausforderungen? Wenn ja, welche? 3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?	-
	Dokumentenanalyse				u.a. BAG 2015; Mavrot et al. 2018; Gmel et al. 2020
2	standardisierte Online-Befragung (geschlossene Fragen: uni-/bivariate Analysen; offene Fragen: Auswertung in Anlehnung an Mayring 2015) Erhebungszeitraum: 8.2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verantwortliche BAG</li> <li>- Kantonsärzt/innen</li> <li>- Verantwortliche HeGeBe-Zentren</li> <li>- weitere Expertinnen des Suchtbereichs</li> </ul>	134 (6) (11) (44) (73)	1. Was ist der Stand der Umsetzung? 2. Gibt es für die HeGeBe Herausforderungen? Wenn ja, welche? 3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?	Evaluation BetmG 2017.2018 (Mavrot et al. 2018)
3	Zentrumsbesuche vertiefende Interviews Fokus 1 (leitfadengestützt, Auswertung in Anlehnung an Mayring 2015) Erhebungszeitraum: 12.2020-1.2021	HeGeBe-Zentrumsbesuche Interviews bei den Zentrumsbesuchen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärzt/innen</li> <li>- Leitung Pflege</li> </ul>	3 7 <sup>b,c</sup> (4) (3)	1. Was ist der Stand der Umsetzung? 2. Gibt es für die HeGeBe Herausforderungen? Wenn ja, welche? 3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?	-

**Fortsetzung Tabelle A 1**

Modul	Datenerhebung- und -analyse	Zielgruppe(n) Datenerhebung	Stichprobe	Fragen der Situationsanalyse <sup>a</sup>	Verfügbare Daten
3	vertiefende Interviews Fokus 2 (leitfadengestützt, Auswertung in Anlehnung an Mayring 2015) Erhebungszeitraum: 12.2020-1.2021	Interviews weitere Expert/innen (kantonale, städtische und juristische Perspektive)	4 <sup>c</sup>	1c. Ist der Zugang in angemessener Weise gewährleistet? Falls nein, weshalb? 1d. Gibt es Umsetzungspraktiken, die von den rechtlichen Grundlagen abweichen? Falls ja, welche? 2. Gibt es für die HeGeBe Herausforderungen? Wenn ja, welche? 3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?	-
	vertiefende Interviews Fokus 3 (leitfadengestützt, Auswertung in Anlehnung an Mayring 2015) Erhebungszeitraum: 1.2021	Verantwortliche Swissmedic, Hersteller Diaphin®, BAG	3 <sup>b</sup>	1a. Wie gestaltet sich die Umsetzung der HeGeBe? 2. Gibt es für die HeGeBe Herausforderungen? Wenn ja, welche? 3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?	-
4	Analyse Wohnortsdaten Auszug Wohnortsdaten: 7.2020	HeGeBe-Patientenbewilligungen	1427	1a. Wie gestaltet sich die Umsetzung der HeGeBe? 1c. Ist der Zugang in angemessener Weise gewährleistet? Falls nein, weshalb?	Daten des BAG Patientenbewilligungen, 7.2020; Daten zur Wohnbevölkerung (BFS 2020); Substitutionsstatistik 2019.
	Sekundärdatenanalyse	-	-	2a. Wie schätzen die Akteur/innen künftige Entwicklungen ein?	HeGeBe-Monitoring (Gmel et al. 2020); weitere Studien

**Fortsetzung Tabelle A 1**

<b>Modul</b>	<b>Datenerhebung- und -analyse</b>	<b>Zielgruppe(n) Datenerhebung</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>Fragen der Situationsanalyse <sup>a</sup></b>	<b>Verfügbare Daten</b>
4	Interviews (leitfadengestützt, Auswertung in Anlehnung an Mayring) Erhebungszeitraum: 12.2020-1.2021	HeGeBe-Patient/innen aus drei HeGeBe-Zentren	6	1c. Ist der Zugang in angemessener Weise gewährleistet? Falls nein, weshalb? 2. Gibt es für die HeGeBe Herausforderungen? Wenn ja, welche? 3. Gibt es Optimierungspotential für die HeGeBe?	-
5	Synthese und Qualitätssicherung	Expertenpanel; für die Zusammensetzung und die Expertise des Panels siehe Annex 10.8.	3	alle Fragen	-

<sup>a</sup> Die Fragen werden leicht gekürzt wiedergegeben. Die vollständigen Fragen finden sich in Tabelle 1.  
<sup>b</sup> Anzahl Interviews; Gespräche mit zwei Personen werden als ein Interview gezählt. Angaben zu den Gesprächspartner/innen finden sich in Tabelle A 2.  
<sup>c</sup> Ein Gesprächspartner wurde aufgrund seiner Doppelfunktion interviewt (Verantwortlicher HeGeBe-Zentrum und Mitglied kantonaler Expertengruppe) und ist bei Fokus 1 und Fokus 2 aufgeführt.

## 10.2 Gesprächspartner/innen Module 1 und 3

Tabelle A 2: Gesprächspartner/innen Informationsgespräche und Interviews

Name	Funktion	Organisation	Durchführung	Modul
Markus Jann	Leiter	BAG, Sektion Politische Grundlagen und Vollzug	virtuell, 18.06.2020	Modul 1
Catherine Ritter	Leiterin	BAG, Fachstelle BetmG Vollzug		
Cathrin Walser	Leiterin	BAG, Sektion Rechtsbereich 4	virtuell, 22.06.2020	Modul 1
Jennifer Yousef	Mitarbeiterin			Modul 1
Gerhard Gmel	Verantwortlicher Monitoring HeGeBe	Sucht Schweiz	virtuell, 2.07.2020	Modul 1
Jürg Vogel	Geschäftsleiter	Biwak	virtuell, 25.06.2020	Modul 1
Toni Berthel	Präsident	Eidgenössische Kommission für Suchtfragen EKSF	virtuell, 25.06.2020	Modul 1
Bettina Bally	Stv. Kantonsärztin	Kanton Zürich	telefonisch, 3.07.2020	Modul 1
Thilo Beck	Chefarzt Psychiatrie	arud	persönlich, im Zentrum, 14.12.2020	Modul 3, Fokus 1*
Roland Lussi	Leiter medizinische Dienste	arud	persönlich, im Zentrum, 14.12.2020	Modul 3, Fokus 1*
Franziska Ottiger	Stv. Leiterin medizinische Dienste			
Cornelia Kropp-Näf	Oberärztin Spezialpsychiatrie	Neumühle	persönlich, im Zentrum, 9.12.2020	Modul 3, Fokus 1*
Margrith Meier-Kessler	Betriebsleiterin / Leiterin Pflege	Neumühle	persönlich, im Zentrum, 9.12.2020	Modul 3, Fokus 1*
Olivier Simon	Médecin associé de la POLADD	POLADD Policlinique d'addictologie	persönlich, im Zentrum, 6.01.2021	Modul 3, Fokus 1*
Bianca Medolago	Infirmière Cheffe de soins,	POLADD Policlinique d'addictologie	persönlich, im Zentrum, 6.01.2021	Modul 3, Fokus 1*
Yasser Khazaal	Médecin chef; Membre du Groupe d'experts en matière d'addictions	POLADD Policlinique d'addictologie	virtuell, 16.12.2020	Modul 3, Fokus 1/2*
Ahmed Berzig	Medecin cantonal adjoint	Kanton Vaud	virtuell, 8.1.2021	Modul 3, Fokus 2*
Florian Meyer	Abteilungsleiter Stadt Zürich, Soziale Einrichtungen und Betriebe	Stadt Zürich, Sozialdepartement	telefonisch, 13.1.2021	Modul 3, Fokus 2*
Valérie Junod	Professeure Faculté de droit	Université de Genève	virtuell, 4.02.2021	Modul 3, Fokus 2*
Andreas Ryser	Mitarbeiter	DiaMo Narcotics	telefonisch, 3.02.2021	Modul 3, Fokus 3*
Thomas Hottiger	wissenschaftlicher Mitarbeiter	Marktkontrolle Arzneimittel, Swissmedic	telefonisch, 1.02.2021	Modul 3, Fokus 3*
Jörg Indermitte	Leiter	BAG, Sektion Arzneimittelaufnahme	virtuell, 4.02.2021	Modul 3, Fokus 3*
Gabriella Schiffmann	Eidg. dipl. Apothekerin			

\* vgl. Methodenmatrix in Annex 10.1.

## 10.3 Leitfaden Informationsgespräche Modul 1

*Der Leitfaden wurde jeweils auf die Funktion/Situation der Gesprächspartner/innen angepasst.*

---

### 1. Umsetzung der HeGeBe

- Welches sind aus Ihrer Perspektive die wesentlichen Merkmale/Elemente der heutigen Umsetzung der HeGeBe?
- Zu welchen Anpassungen kam es aufgrund von Covid19 bei der Umsetzung der HeGeBe? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?
- Kam es in den letzten Jahren zu anderen wesentlichen Veränderungen?
- Wie beurteilen Sie den Zugang zur HeGeBe in der Schweiz? Ist der Zugang angemessen gewährleistet? Wie begründen Sie Ihre Einschätzung? Problematisch, dass TI kein Zentrum hat? Stadt-Land?
- Welche Unterschiede in der Umsetzung der HeGeBe beobachten Sie zwischen den HeGeBe-Zentren? Wie sind diese Unterschiede zu erklären?
- Gibt es Schwierigkeiten die HeGeBe im bestehenden rechtlichen Rahmen umzusetzen? Welche? Weshalb?
- Kommt es gemäss Ihrer Einschätzung/Erfahrungen in der Praxis zu Abweichungen von den rechtlichen Grundlagen? Welche?

### 2. Herausforderungen

- Welche aktuellen Herausforderungen bestehen für die HeGeBe? (offen fragen, nachfolgende Liste ist beispielhaft, nicht abschliessend)
  - bezüglich Patient/innen (u.a. Alterung, Bedürfnisse, Lebenssituation, Konsumverhalten)
  - Entwicklungen bei den Suchterkrankungen; Bedarf an HeGeBe
  - Entwicklungen im Bereich der Suchtmedizin
  - Covid19
  - Finanzierung der Behandlung; finanzieller Druck
  - Gesellschaftliche Entwicklungen; mediales Interesse
  - Veränderungen im politischen Kontext
- Mit welchen zukünftigen Herausforderungen ist zu rechnen? In welchem Zeitfenster?

### 3. Optimierungspotential

- In welchen Bereichen sehen Sie Optimierungspotential? Worin besteht das Potential? (offen fragen, nachfolgende Liste ist beispielhaft, nicht abschliessend)
  - Bewilligungen für die Institutionen / Ärzt/innen / Patient/innen?
  - Ausnahmeregelungen bei der Behandlung/Abgabe?
  - Weitere, andere Aspekte der Behandlung/Behandlungssetting?
  - Kontrolle der Zentren durch das BAG / Kanton?
  - Austausch/Koordination zwischen den beteiligten Akteuren? Welchen?
  - Weiter-/Fortbildung des Behandlungspersonals?
  - Berichterstattung/Monitoring der HeGeBe?
  - Information über die HeGeBe

### 4. Kritikpunkte, umstrittene Fragen, zentrale Akteure?

- Wo bestehen im Bereich der HeGeBe unterschiedliche Meinungen? Wer (Akteur/innen) «streitet» sich über welche Fragen? Was sind die zentralen Kritikpunkte? Wer sind die Kritiker/innen?
- Welches sind zentrale Akteure im Bereich der HeGeBe?

### 5. Abschluss des Gesprächs

- Welche weiteren Expert/innen sollten wir in die Online-Befragung einbeziehen?
- Gibt es weitere wichtige Grundlagen, Daten und Artikel, die wir bei der Analyse berücksichtigen sollten?
- Gibt es weitere relevante Aspekte zur Situation der HeGeBe in der Schweiz?

## 10.4 Stichprobe und Rücklauf Online-Befragung Modul 2

Tabelle A 3: Stichprobe und Befragungsteilnahme (Rücklauf)

Akteursgruppen	Total bereinigte Stichprobe <sup>1</sup>	Rücklauf (in %)
<b>Kantonsärzt/innen <sup>2</sup></b>	<b>27</b>	<b>11 (41%)</b>
Kantonsärzt/innen mit HeGeBe-Zentrum	14	6 (43%)
Kantonsärzt/innen ohne HeGeBe-Zentrum	13	5 (32%)
<b>BAG, HeGeBe-Zentren, Expert/innen</b>	<b>193</b>	<b>123 (64%)</b>
BAG	7	6 (86%)
HeGeBe-Zentren <sup>3</sup>	58	44 (76%)
Expert/innen aus Kantonen mit HeGeBe-Zentrum und von nationalen Organisationen	103	57 (55%)
Expert/innen aus Kantonen ohne HeGeBe-Zentrum	25	16 (64%)
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>134 (61%)</b>

<sup>1</sup> Total eingeladen: 231; 11 Personen meldeten zurück, dass sie nicht (mehr) im HeGeBe-/Suchtbereich tätig sind und wurden aus der Stichprobe ausgeschlossen.

<sup>2</sup> Total eingeladene Kantonsärzt/innen: 27; je zwei Personen aus den Kantonen Fribourg und Glarus/Graubünden. Die elf Teilnahmen stammen aus verschiedenen Kantonen.

<sup>3</sup> Eingeladen wurden die Leitungen und weitere Verantwortliche der 22 HeGeBe-Zentren. Die Befragungsteilnahmen verteilen sich auf 20 Zentren.

## 10.5 Besuchte HeGeBe-Zentren Modul 3

Tabelle A 4: Merkmale der besuchten HeGeBe-Zentren

Zentrum	Sprachregion	Grösse	Organisationsform	HeGeBe Angebot seit
Neumühle Ambulatorium für HeGeBe, Chur	Deutschschweiz	kleines	psychiatrische Dienste Graubünden	2000
POLADD Polyclinique d'addictologie, Lausanne	Westschweiz	mittleres	Universitätsspital	2018
arud Zentrum für Suchtmedizin Zürich	Deutschschweiz	grosses	Verein	1994 Start mit HeGeBe im Rahmen der wiss. Versuche.

## 10.6 Leitfaden Modul 3

### Leitfaden Modul 3: Verantwortliche der HeGeBe-Zentren und Expert/innen städtische/kantonale Perspektive

*Der Leitfaden wurde jeweils auf die Funktion/Situation der Gesprächspartner/innen angepasst.*

#### 1. Umsetzung: Akzeptanz, Personal, Veränderung, Zielsetzung der HeGeBe

- Hat sich die Akzeptanz der HeGeBe im Suchtbereich in den letzten Jahren verändert? Wie schätzen Sie die Akzeptanz des Personals (Pflegerinnen) gegenüber der HeGeBe und speziell auch gegenüber der Mitgabe von Diaphin® ein? Bei weiteren Akteur/innen im Bereich der Schadensminderung / Suchtbereich?
- Wie ist die Personalsituation in Ihrem Zentrum? Ist genügend Personal für die HeGeBe vorhanden?
- Kam es in den letzten Jahren zu wesentlichen Veränderungen bei der HeGeBe in Ihrem Zentrum respektive in Ihrer Stadt / Kanton? Covid19-Regelung? Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Welche Erfahrungen bestehen bezüglich der Mitgabe von Diaphin®?

- Wir haben im Rahmen der Online-Befragung gefragt, wie häufig mit den Patient/innen über eine Veränderung der Therapie (Reduktion der Dosierung, Wechsel in OAT, Beendigung der Therapie) gesprochen wird und waren etwas überrascht davon, wie viele die Frage nicht beantwortet haben bzw. wie unterschiedlich die Antworten ausfielen. Haben Sie dafür eine Erklärung? Was ist die Praxis/Zielsetzung in Ihrem Zentrum?

## 2. Schwierigkeiten bei der HeGeBe aufgrund der rechtlichen Bestimmungen

- Gibt es Schwierigkeiten die HeGeBe im bestehenden rechtlichen Rahmen umzusetzen? Welche? Weshalb?
- Kommt es gemäss Ihren Erfahrungen in der Praxis zu Abweichungen von den rechtlichen Grundlagen? Welche? Welche Hinweise für diese Abweichungen liegen Ihnen vor? Weshalb kommt es Ihrer Meinung zu diesen Abweichungen?  
Hinweis: Folgende Einschränkungen mitdenken: Ab-/Mitgabe, Aufenthalt in Spitälern/Altersheimen, Ferien/Reisen ins Ausland.

## 3. Unterschiede zwischen den Zentren

- Wir haben anhand Online-Befragung einige Unterschiede zwischen den Zentren festgestellt. Welche Erklärungen gibt es für diese Unterschiede?
  - Applikationsform (oral/injizierend/Kombination)
  - Mitgabe von Diaphin® (Wie würden sie die Mitgabe von Diaphin® in Ihrem Zentrum vor der Corona-Situation beschreiben: War es eher der Ausnahmefall oder der Regelfall?)
- Gibt es zwischen den HeGeBe-Zentren (weitere) Unterschiede in der Umsetzung der HeGeBe, die Sie als problematisch erachten? Welche? Weshalb?

## 4. Zugang zur HeGeBe in der Schweiz

- Die Online-Befragung hat gezeigt, dass gut drei Viertel der Befragten der Meinung sind, dass eher ein grosser Anteil oder gar alle Personen, für die aus medizinischer Sicht eine HeGeBe sinnvoll wäre, Zugang zur HeGeBe haben. Wie schätzen Sie die Situation ein?

## 5. Herausforderungen und Entwicklungen

- In der Online-Befragung wurde eine Vielzahl von Herausforderungen genannt. Am meisten aufgeführt wurden Folgende:
  - Umgang mit Behandlungsbedürfnissen von zunehmend älteren und komorbiden HeGeBe-Patient/innen (Zunahme von älteren Patient/innen);
  - Sicherstellung der Finanzierung der HeGeBe;
  - Umgang mit der abnehmender Anzahl HeGeBe-Patient/innen;
  - Umgang mit sich veränderndem Konsumverhalten der Süchtigen;
  - Änderungen bei politischen/gesetzlichen Rahmenbedingungen;
  - Umgang mit Stigmatisierung der HeGeBe-Patient/innen.
- Welches sind ihrer Meinung nach die drei grössten Herausforderungen? Weshalb? In welchem Zeitfenster?
- Gibt es weitere (zukünftige) Herausforderungen oder zukünftige relevante Entwicklungen, welche die Situation der HeGeBe in der Schweiz wesentlich beeinflussen könnten?

## 6. Aktuelles und zukünftiges Optimierungspotential

- In welchem Bereich besteht derzeit das dringlichste, grösste Optimierungspotential?
  - Was sollte weshalb optimiert werden? Wie könnte die Optimierung aussehen?
  - Welche allfälligen Bedenken bestehen gegenüber einer solchen Optimierung? Risiken? Hindernisse?
- Weitere ebenfalls relevante Optimierungspotentiale? Wichtige zukünftige Optimierungspotentiale?
  - Was sollte weshalb optimiert werden? Wie könnte die Optimierung aussehen?
  - Welche allfälligen Bedenken bestehen gegenüber einer solchen Optimierung? Risiken? Hindernisse?
- Falls nicht bereits angesprochen, Einschätzungen zu folgenden Bereichen abholen:
  - Sind Sie der Ansicht, dass die HeGeBe analog zu den OAT (Substitutionstherapien) reguliert werden sollte? Welche Eigenheiten der HeGeBe verlangen nach einer unterschiedlichen, spezifischen Regelung?

- Anpassung der Regelung bezüglich Ab-/Mitgabe von Diaphin®? Weiterführung der Corona-Sonderregelung?
- Welche Rolle / Aufgaben sollte das BAG im Bereich der HeGeBe übernehmen?
- Versorgung von älteren / komorbiden Patient/innen
- Versorgungssituation Diaphin®?
- Digitalisierung des Bewilligungssystem?
- Finanzierung?
- Berichterstattung/Monitoring der HeGeBe?

## 7. Abschluss des Gesprächs

- Frage nach weiteren Informationsquellen (Daten, Artikel)
- Gibt es relevante Aspekte zur Situation der HeGeBe in der Schweiz, welche wir noch nicht (ausreichend) besprochen haben?

## Leitfaden Modul 3: Versorgungssituation und juristische Perspektive

*Der Leitfaden wurde jeweils auf die Funktion/Situation der Gesprächspartner/innen angepasst.*

---

### Fragen zur Versorgungssituation

1. Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation bezüglich der Versorgung mit Diacetylmorphin in der Schweiz? Diaphin®-Pulver für Injektionslösung? Diaphin®-Tabletten?
2. Wie schätzen Sie die Situation ein bezüglich: Qualität? Menge? Finanzierung?
3. Wie schätzen Sie das Risiko einer Unterversorgung mit Diaphin® (speziell bezüglich des Diaphin®-Pulvers für Injektionslösungen) in den kommenden 12 Monaten ein? Wie kann diesem Risiko begegnet werden?
4. Welche Vor-/Nachteile ergeben sich durch die Quasi-Monopolstellung des Herstellers?
5. Welche Alternativen gäbe es? Welche Vor-/Nachteile sind mit diesen Alternativen verbunden?
6. Wie beurteilen Sie die Situation bezüglich Entwicklung / Zulassung neuer Anwendungsformen? Nasale Applikation?
7. Welches sind (zukünftige) Herausforderungen bei der Versorgung mit Diacetylmorphin?
8. Welche Faktoren beeinflussen die Diacetylmorphin-Versorgungssituation in der Schweiz?
9. Wo sehen Sie (zukünftiges) Optimierungspotential bezüglich der Versorgung mit Diacetylmorphin?
10. Falls die Regelung der HeGeBe angepasst wird (Erweiterung der Mitgabe, Regelung analog zu den anderen Substitutionstherapien), gibt es aus der Perspektive der Zulassungs- und Aufsichtsbehörde Swissmedic Aspekte die speziell berücksichtigt werden sollten?

### Fragen zu juristischen Einschätzungen

1. Welche Problematik/Handlungsspielraum besteht bezüglich der Ab-/Mitgabe von Diaphin®?
  - Wie beurteilen Sie die «Ausnahmeregelung»? Welche Kriterien lassen sich verwenden, um zu beurteilen, ob die Mitgabe «ausnahmsweise» erfolgt?
  - Wie ist es aus rechtlicher Sicht zu bewerten, wenn einzelne HeGeBe-Zentren in der Praxis 4.5 bis 5 Dosen anstelle der maximal 4 erlaubten Dosen bei zweimaliger Einnahme mitgeben wird? Oder eine Applikationsrat (intranasal) angewendet wird, für die keine Zulassung vorliegt?
  - Welche Vor-/Nachteile sind bei einer allfälligen Erweiterung der Mitgabe zu bedenken? Wie beurteilen Sie die Corona-Sonderregelung? Wie schätzen Sie die Möglichkeit ein, die Sonderregelung auch nach Corona beizubehalten?
2. Besteht Ihrer Meinung nach (anderer) Anpassungsbedarf bei den rechtlichen Grundlagen?
3. Welche Vor-/Nachteile ergeben sich durch die Quasi-Monopolstellung des Diaphin®-Herstellers? Welches sind aus rechtlicher Sicht Alternativen?
4. Die HeGeBe ist eine Leistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Trotzdem erfolgt in einigen Zentren eine zusätzliche Finanzierung über Beiträge der Patient/innen. Wie ist dieser Umstand aus rechtlicher Sicht zu beurteilen?
5. Ist der Zugang zur HeGeBe aus rechtlicher Sicht gewährleistet?

## 10.7 Interviewpartner/innen und Leitfaden Modul 4

Tabelle A 5: Angaben zu den interviewten HeGeBe-Patient/innen

Z	Geschlecht	Alter	in Therapie seit (Jahre)	Applikationsform	Mitgabe	arbeitstätig/ soziale Verpflichtung	Anreise mehr als 30 min.
1	w	53	10	per os	Wochenende	nein	nein
2	w	57	0.6	per os	für 1 Woche	ja	ja
3	w	56	0.75	per os	2 Tagesdosen, z.T. kombiniert*	ja	nein
1	m	48	4	i.m.	keine	nein	ja
2	m	47	2	per os	für 1 Woche	ja	ja
3	m	46	0.25	i.v.	keine	nein	nein

Z Zentrum; per os orale Einnahme in Tablettenform; i.m. intramuskulär / i.v. intravenös mit Injektionslösung  
 \*kombiniert bedeutet, dass neben Diacetylmorphin ein anderes Substitut mitgegeben wird.  
 Quelle: Interviews HeGeBe-Patient/innen.

### Leitfaden Modul 4: Interviews mit HeGeBe-Patient/innen

#### Einleitung

Uns interessiert in diesem Gespräch, wie Sie persönlich die Rahmenbedingungen ihrer heroingestützten Behandlung wahrnehmen. Bei dieser Behandlung bestehen verhältnismässig strenge Regeln, wie sie abläuft, wie das Diaphin® abgeben wird usw. Sie unterscheidet sich darin auch von anderen OAT (z.B. Methadon). Wir möchten erfahren, wie sie diese Regelungen im Alltag erleben, wie sie den Zugang zur HeGeBe wahrnehmen. Es interessiert auch, ob sie Schwierigkeiten begegnen oder wo Sie Verbesserungspotential ausmachen speziell auch mit Blick in die Zukunft.

Hinweis zur Vertraulichkeit

1. Sind Sie zum ersten Mal in einer heroingestützten Behandlung? Wie lange sind Sie in der HeGeBe?
2. Können Sie uns beschreiben, wie Ihr Behandlungsalltag aussieht? Wie häufig kommen Sie ins Zentrum? Wie weit haben Sie ins Zentrum? Wie sieht Ihre soziale Situation aus? Gehen Sie einer Arbeitstätigkeit nach?
3. Welche Ziele wollen Sie mit der HeGeBe erreichen? Welche HeGeBe-Ziele bespricht Ihre Ärztin oder Ihr Arzt mit Ihnen?
4. Wie erleben Sie die Corona-Situation? Es ist für uns alle eine aussergewöhnliche Situation mit den Schutzmassnahmen und Unsicherheiten.
5. Haben Sie aufgrund der Corona-Situation Ihre Behandlung angepasst? Kam es zu Veränderungen bei der Ab-/Mitgabe von Diaphin®?
6. Falls ja, welche Veränderungen und welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Schwierigkeiten? Positive Aspekte? Denken Sie, dass Sie diese Veränderungen auch längerfristig beibehalten möchten, falls das möglich wäre?
7. Gibt es etwas, was Sie an der Behandlung, deren Organisation, dem Zentrum, usw. besonders schätzen?
8. Begegnen Sie in Ihrem Behandlungsalltag Schwierigkeiten?
9. Wenn Sie in die Zukunft blicken und an Ihre Behandlungssituation denken: Machen Sie sich über etwas bestimmtes sorgen in Bezug auf Ihre Behandlung?
10. Gibt es etwas was für uns noch wichtig sein könnte? Möchten Sie noch etwas ergänzen?

## 10.8 Expertenpanel Modul 5

Tabelle A 6: Expertenpanel Modul 5

Name	Organisation	Expertise
Dr. Nadine Friedl	Abteilung klinische Psychologie und Psychotherapie Universität Bern	Expertin für Fragen zum aktuellen Forschungsstand der HeGeBe, zu praktischen und klinischen Aspekten.
Prof. Dr. Daniel Kübler	Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich und Zentrum für Demokratie Aarau	Experte für Fragen zur Drogen-/Suchtpolitik der Schweiz (u.a. Kübler 2000, Kübler et al. 2003, 2008, Kübler/Widmer 2007, Brunner/Kübler 2019).
Prof. Dr. Thomas Widmer	Institut für Politikwissenschaft Universität Zürich	Experte für Fragen zum Studiendesign und Methoden (u.a. Widmer 1996, Widmer/Brunold 2017, Widmer/De Rocchi 2012) sowie auch für fachliche Expertise zur Drogenpolitik (u.a. Widmer et al. 2015, 2013, Kübler/Widmer 2007).

# 11 Annex: Dokumentation Kapitel 3 bis 6

**Tabelle A 7: HeGeBe-Zentren der Schweiz**

Kanton	HeGeBe-Zentrums	Träger/Organisation	Standort
AG	Ambulatorium für Substitutionsbehandlungen HAG	Psychiatrische Dienste Aargau AG	Brugg
BE	Koda	Verein Behandlungszentren für Suchtmedizin Bern Biel Burgdorf BZS	Bern
	Biwak		Burgdorf
	Suprax		Biel
	ASBO Ambulante Suchtbehandlung Berner Oberland	Verein ASBO	Thun
BL	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen ZfA	Psychiatrie Baselland	Reinach
BS	Janus	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel UPK	Basel
GE	PEPS Programmes établis de prescription de stupéfiants	Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	Genève
GR/GL	Kantonale Anstalt Realta	Justizvollzugsanstalt Realta / Klinik Beverin, Psychiatrische Dienste Graubünden	Cazis
	Neumühle, Ambulatorium für HeGeBe	Psychiatrische Dienste Graubünden	Chur
LU	Drop-In	Luzerner Psychiatrie	Luzern
SG	MSH-1, Medizinisch-Soziale Hilfsstelle 1	Stiftung Suchthilfe	St.Gallen
SH	HEGEBE Schaffhausen	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Spitäler Schaffhausen	Schaffhausen
SO	Herol	Psychiatrischen Dienste, Solothurn Spitäler	Olten
	Gourrama	Psychiatrischen Dienste, Solothurn Spitäler	Solothurn
VD	POLADD Policlinique d'addictologie	Département de psychiatrie du CHUV	Lausanne
ZG	ZOPA Zuger Opiat-Abgabe	Verein Drogen Forum Zug	Baar
ZH	arud Zentrum für Suchtmedizin Zürich	Zentrum für Suchtmedizin, Verein	Zürich
	arud Zentrum für Suchtmedizin Horgen	Zentrum für Suchtmedizin, Verein	Horgen
	Clenia Psychiatriezentrum Wetzikon	Clenia Schlössli AG	Wetzikon
	Ikarus	Integrierte Suchthilfe Winterthur ISW	Winterthur
	MSA - Ambulatorien Crossline und Lifeline	Medizinisch-Soziale Ambulatorien der Stadt Zürich	Zürich

**Tabelle A 8: Regelung der Verabreichung zuhause und der Mitgabe von DAM**

<b>Verabreichung zuhause und Mitgabe, Regelung in Kraft: 1.7.2011 – 27.9.2020 und ab 1.1.2022</b>	
<b>Verabreichung zuhause</b>	in indizierten Ausnahmefällen unter Sichtkontrolle durch die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt oder eine durch diese Ärztin oder diesen Arzt beauftragte Person. (Art. 13 Abs. 2 BetmSV, AS 2011 2643)
<b>Mitgabe</b>	<b>ausnahmsweise bis maximal zwei Tagesdosen</b> , wenn: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patient/in mindestens sechs Monate ununterbrochen in einer HeGeBe war;*</li> <li>– Patient/in gesundheitlich und sozial genügend stabilisiert ist;</li> <li>– die beiden letzten Urinproben keine anderen Betäubungsmittel aufwiesen;</li> <li>– keine Missbrauchsgefahr besteht.</li> </ul> <p>* Das BAG kann diese Frist auf begründetes Gesuch der Ärztin oder des Arztes herabsetzen (vgl. Art. 13 Abs. 3 BetmSV, AS 2011 2644).</p>
<b>erweiterte Mitgabe von max. 7 Tagesdosen: 16.3.2020 bis 19.Juni 2020, gestützt auf Art. 8 BetmG</b>	
Für Patient/innen, die sich aufgrund der COVID-19-Epidemie nicht ins Zentrum begeben konnten, konnte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt beim BAG eine auf 6 Monate befristete Ausnahmebewilligung für eine Mitgabe von <b>max. 7 Tagesdosen</b> beantragen. (BAG 2020b)	
<b>Covid-19-Regelung in Kraft: 28.9.2020 – 31.12.2021 (AS 2020 3829)</b>	
<b>Verabreichung zuhause</b>	unter Sichtkontrolle durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt oder eine durch diese Ärztin oder diesen Arzt beauftragte Person. (vgl. Art. 13 Abs. 2 BetmSV, AS 2020 3829)
<b>Mitgabe</b>	<b>bis maximal vier Tagesdosen</b> bei Patient/innen, die aufgrund Covid-19-Empidemie als besonders gefährdet gelten und wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patient/in war mindestens sechs Monate ununterbrochen in einer HeGeBe;</li> <li>– Patient/in ist gesundheitlich und sozial genügend stabilisiert;</li> <li>– die beiden letzten Urinproben wiesen keine anderen Betäubungsmittel auf;</li> <li>– die Missbrauchsgefahr wird als sehr gering eingeschätzt.</li> </ul> <p>Bei Patient/innen mit erhöhten Risikofaktoren kann die/der behandelnde Ärztin/Arzt die Mitgabe bis auf <b>sieben Tagesdosen</b> erhöhen und die Frist der vorgängigen ununterbrochenen HeGeBe herabsetzen.</p> <p>Die Ab-/Mitgabe kann in der Institution oder zuhause durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt oder eine durch von ihr/ihm beauftragte Person erfolgen.</p> <p>Institutionen erstatten dem BAG vierteljährlich Bericht über die Mit-/Abgabe. (vgl. Art. 13 Abs. 3 bis 6 BetmSV, AS 2020 3829).</p>

**Tabelle A 9: Dosierung von Diaphin® bei der Mitgabe**

<b>Frage: Wie viele Dosen Diaphin® werden den Patient/innen maximal mitgegeben? Mehrfachantworten möglich.</b>	<b>Anzahl HeGeBe-Zentren</b>			
	<b>&gt;4</b>	<b>4</b>	<b>4.5 bis 5</b>	<b>6</b>
<b>Maximale Anzahl Dosen</b>				
bei zweimaliger Applikation pro Tag	3	8	3	--
bei dreimaliger Applikation pro Tag	--	--	--	4
N aggregiert = 14 HeGeBe-Zentren. Zwei sehr hohe und deshalb unplausible Angaben wurden ausgeschlossen. Zu einem Zentrum, das gemäss Befragung DAM mitgibt, liegen keine Antworten vor. Zwei weitere der insgesamt 20 Zentren, die sich an der Befragung beteiligt haben, geben kein DAM mit. Quelle: Online-Befragung HeGeBe-Zentren.				

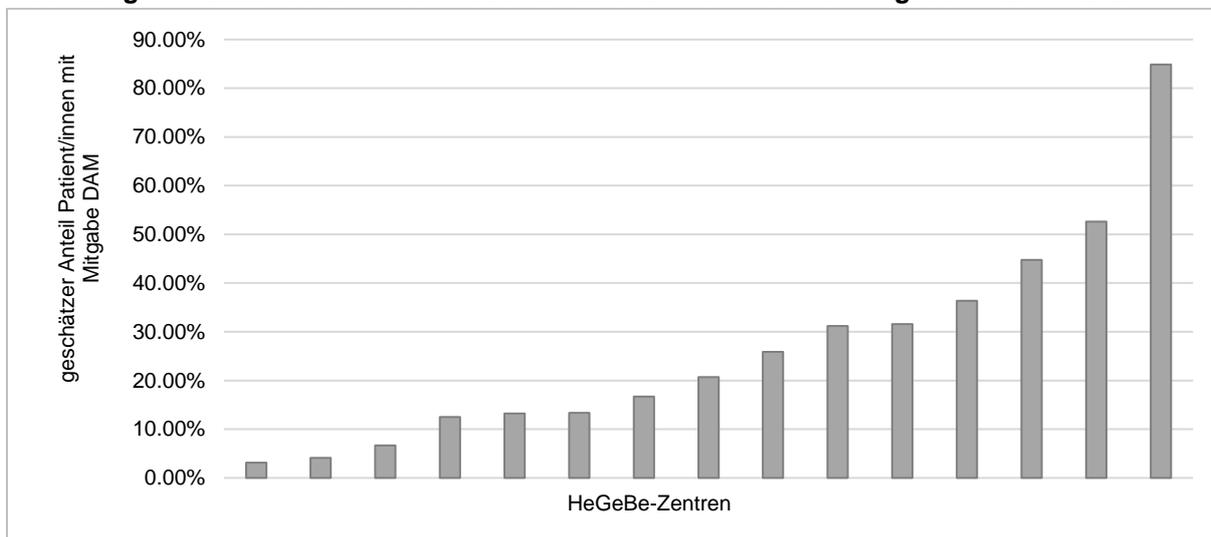
**Tabelle A 10: Mitgabe von Diaphin®: Anzahl Patient/innen**

Frage: Bei wie vielen Patient/innen Ihres Zentrums erfolgte im Jahr 2019 ausnahmsweise eine Mitgabe des Diaphins®? Bitte geben Sie eine Schätzung an.	Patient/innen
Total (= Summe der aggregierten Werte pro Zentrum)	493
Minimum – Maximum	1-280
Median	12
N aggregiert = 15 HeGeBe-Zentren. Lesebeispiel: Gemäss Online-Befragung konnten im Jahr 2019 schätzungsweise 493 HeGeBe-Patient/innen das Diaphin® ausnahmsweise mitnehmen. Eine solche Mitgabe erfolgte minimal bei einer Patientin oder einem Patienten und maximal bei 280 Patient/innen eines HeGeBe-Zentrums. Die Hälfte der HeGeBe-Zentren, zu welchen Angaben vorliegen, gab Diaphin® bei 12 oder weniger Patient/innen mit. Quelle: Online-Befragung HeGeBe-Zentren.	

**Tabelle A 11: Mitgabe von Diaphin® nach Grösse der HeGeBe-Zentren**

Frage: Bei wie vielen Patient/innen Ihres Zentrums erfolgte im Jahr 2019 ausnahmsweise eine Mitgabe des Diaphins®? Bitte geben Sie eine Schätzung an.	Anzahl Patient/innen mit Mitgabe			
	1-10	11-20	21-50	>51
kleine HeGeBe-Zentren (N aggregiert = 4)	2	1	1	--
mittlere HeGeBe-Zentren (N aggregiert = 7)	3	3	1	--
gross HeGeBe-Zentren (N aggregiert = 4)	1	1	1	1
Lesebeispiel: Bei zwei kleinen Zentren erfolgte eine Mitgabe im Jahr 2019 bei einem bis maximal 10 Patient/innen, bei einem anderen kleinen Zentrum erfolgt hingegen eine Mitgabe bei 11 bis 20 Patient/innen und bei einem weiteren kleinen Zentrum erfolgte eine solche Mitgabe bei 21 bis 50 Patient/innen. Kleine Zentren behandeln insgesamt maximal 30, mittlere Zentren 31 bis 70 und grosse Zentren mehr als 70 HeGeBe-Patient/innen. Quelle: Online-Befragung HeGeBe-Zentren.				

**Abbildung A 1: Geschätzter Anteil HeGeBe-Patient/innen mit einer Mitgabe im Jahr 2019**



Legende: Die Berechnung des geschätzten Anteils der Patient/innen stützt sich auf die aggregierten Mittelwerte der Angaben der Zentrumsakteure zur Frage: Bei wie vielen Patient/innen Ihres Zentrums erfolgte im Jahr 2019 ausnahmsweise eine Mitgabe des Diaphins®? Bitte geben Sie eine Schätzung an. Sowie zur Frage: Wie viele Patient/innen befinden sich derzeit in Ihrem Zentrum in einer HeGeBe-Behandlung? (N aggregiert =15)

Quelle: Online-Befragung HeGeBe-Zentren.

**Tabelle A 12: Patient/innen HeGeBe und andere OAT**

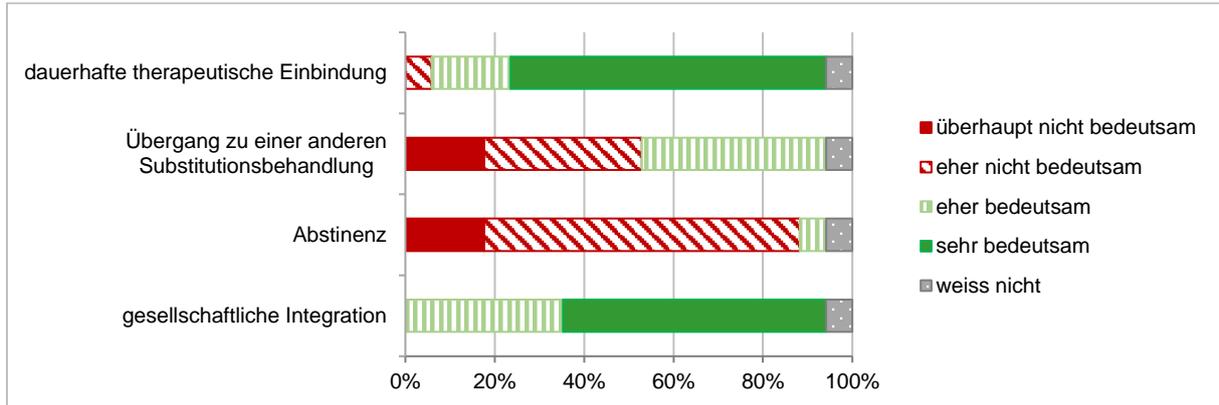
Kantone	Einwohnerinnen	HeGeBe-Patient/innen		Patient/innen andere OAT		Anteil HeGeBe an OAT %
		Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %	
AG	678'207	45	0.007%	763	0.113%	5.569%
AI	16'145	0	0.000%	3	0.019%	0.000%
AR	55'234	1	0.002%	119	0.215%	0.833%
BE	1'034'977	311	0.030%	2'629	0.254%	10.578%
BL	288'132	40	0.014%	419	0.145%	8.715%
BS	194'766	133	0.068%	937	0.481%	12.430%
FR	318'714	3	0.001%	535	0.168%	0.558%
GE	499'480	66	0.013%	1'228	0.246%	5.100%
GL*	40'403	1	0.002%	75	0.186%	1.316%
GR	198'379	28	0.014%	278	0.140%	9.150%
JU	73'419	0	0.000%	129	0.176%	0.000%
LU	409'557	65	0.016%	691	0.169%	8.598%
NE	176'850	0	0.000%	674	0.381%	0.000%
NW	43'223	2	0.005%	34	0.079%	5.556%
OW	37'841	0	0.000%	39	0.103%	0.000%
SG	507'697	75	0.015%	889	0.175%	7.780%
SH	81'991	23	0.028%	96	0.117%	19.328%
SO	273'194	44	0.016%	610	0.223%	6.728%
SZ	159'165	7	0.004%	78	0.049%	8.235%
TG	276'472	5	0.002%	377	0.136%	1.309%
TI	353'343	3	0.001%	948	0.268%	0.315%
UR	36'433	0	0.000%	11	0.030%	0.000%
VD	799'145	47	0.006%	1'663	0.208%	2.749%
VS	343'955	1	0.000%	390	0.113%	0.256%
ZG	126'837	26	0.020%	74	0.058%	26.000%
ZH	1'520'968	501	0.033%	2'919	0.192%	14.649%
<b>Summe</b>	<b>8'544'527</b>	<b>1427</b>	<b>0.017%</b>	<b>16'608</b>	<b>0.194%</b>	<b>7.912%</b>
Kantone mit HeGeBe-Zentrum	6'653'733	1405	0.021%	13271	0.199%	9.573%
Kantone ohne HeGeBe-Zentrum	1'890'794	22	0.001%	3337	0.176%	0.655%

GL\* wird als Kanton mit Zentrum gezählt, da GR und GL gemeinsam organisiert sind.

Kantone ohne HeGeBe-Zentrum hellrot eingefärbt.

Quellen: Einwohner/innen: BFS 2020; HeGeBe-Patientenbewilligungen BAG, Juli 2020; Patient/innen in einer anderen OAT gemäss nationaler Substitutionsstatistik 2019. Die Aufschlüsselung der Anzahl Personen in einer anderen OAT nach Kanton umfasst einige Doppeleinträge.

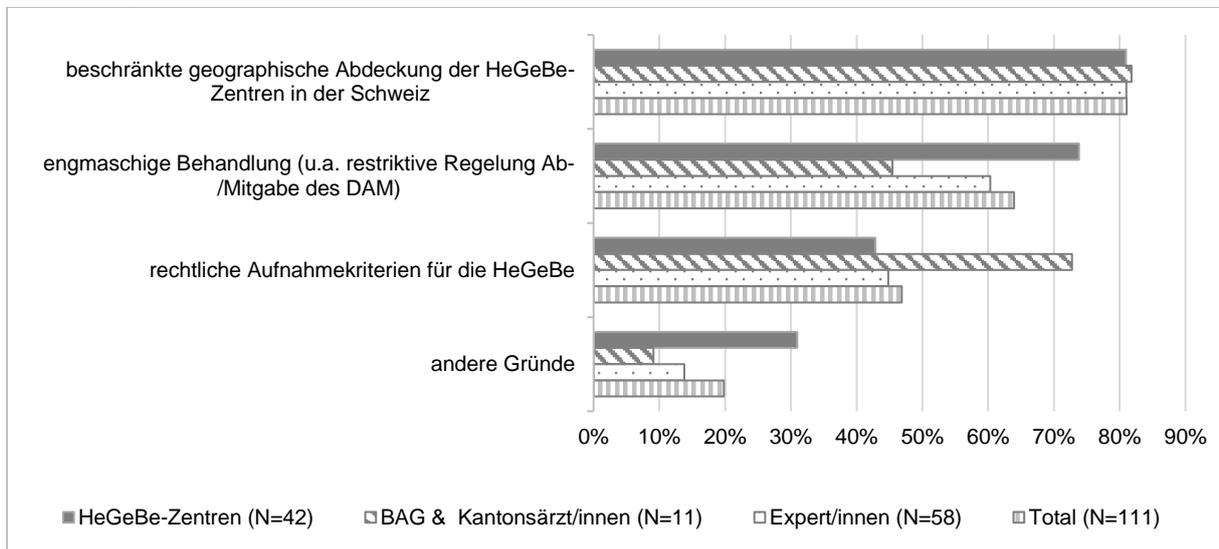
**Abbildung A 2: Bedeutsamkeit der Behandlungsziele der HeGeBe**



Frage: Wie bedeutsam sind die folgenden Ziele bei der Behandlung der HeGeBe-Patient/innen? (N=17)

Quelle: Online-Befragung Stellenärzt/innen und Ärzt/innen mit HeGeBe-Bewilligung.

**Abbildung A 3: Gründe für den beschränkten Zugang zur HeGeBe**



Frage: Sie haben angegeben, dass nicht alle Personen, für die aus medizinischer Sicht eine HeGeBe sinnvoll wäre, Zugang zur Behandlung haben. Wodurch wird der Zugang eingeschränkt? (N=111, Mehrfachantworten möglich)

Quelle: Online-Befragung alle Akteursgruppen.

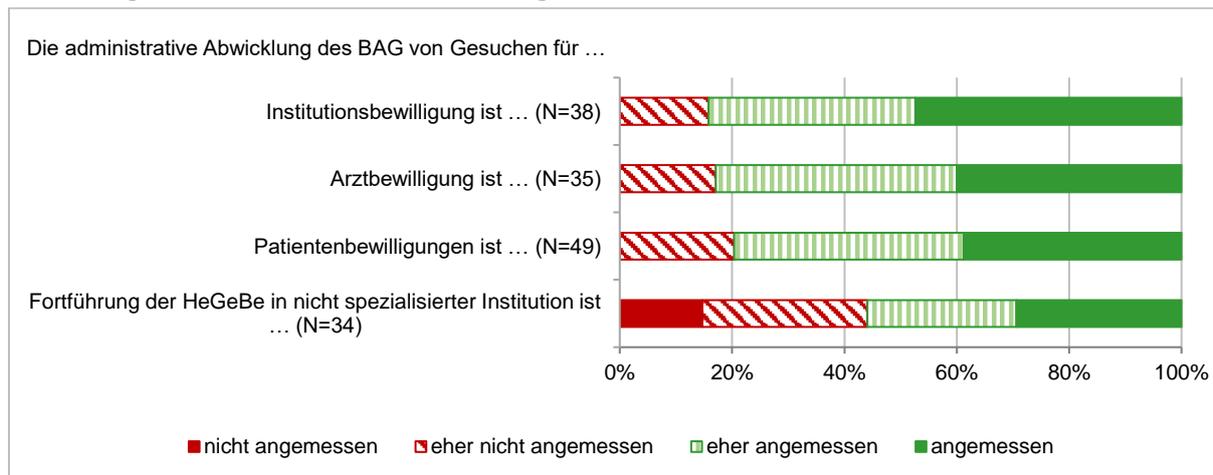
**Tabelle A 13: Einschränkungen zum Zugang zur HeGeBe Behandlung**

<b>Frage: Wodurch wird der Zugang eingeschränkt?</b>	
Offene Antwortmöglichkeit: «andere Gründe, nämlich ...» (N = 22; Mehrfachcodierung)	
Stigmatisierung	5
Finanzierung und Kosten der HeGeBe	4
mangelnde alternative Applikationsformen / eingeschränkter Zugang zu Diaphin®-Tabletten	4
kantonale Einschränkungen (Haltung gegenüber HeGeBe)	3
zu hohe Schwellen / Bedingungen für die Aufnahme einer HeGeBe	3
nicht mit einer Berufstätigkeit zu vereinbaren (Abgabezeiten)	2
kaum Behandlung ausserhalb der HeGeBe-Zentren (z.B. Gefängnisse und Pflegeheime)	1
fehlende Bekanntheit der HeGeBe bei Zielgruppe	1
Indikationsstellung	1
Quelle: Online-Befragung HeGeBe-Zentren.	

**Tabelle A 14: Rahmenbedingungen der Behandlung**

<b>Frage: Bestehen Rahmenbedingungen, die eine optimale Abstimmung der Applikationsart, der Ab- und Mitgabe auf die Behandlungserfordernisse der Patient/innen erschweren?</b> (N = 44)	
Ja	30
Antworten auf die offene Frage (N=26, Mehrfachcodierung)	
restriktive Regelung der Mitgabe (begrenze Anzahl Dosen / Zeitraum (48h) der Mitgabe)	19
fehlende alternative Applikationsformen	6
Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen anderer Institutionen	6
nicht behindertengängig	1
Bestimmungen des Justizvollzugs	1
kognitive und somatische Störungen	1
Quelle: Online-Befragung HeGeBe-Zentren.	

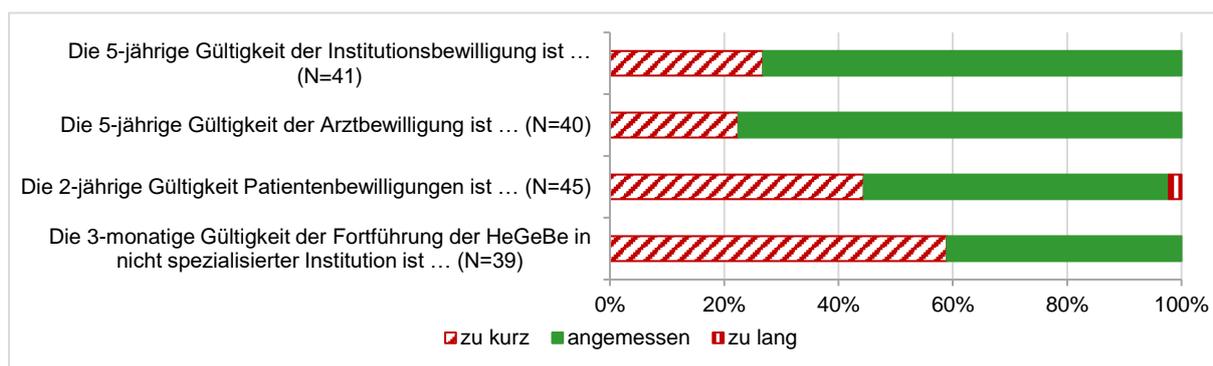
**Abbildung A 4: Administrative Abwicklung der Gesuche durch das BAG**



Frage: Wie beurteilen Sie die administrative Abwicklung der unterschiedlichen Bewilligungen durch das BAG? Befragtengruppen: BAG und HeGeBe-Zentren: Items «Arztbewilligung» und «Fortführung der HeGeBe in nicht spezialisierter Institution» (N= 50; «kann ich nicht beurteilen»/ «keine Angaben»: 15 bis 16 Befragte). BAG, HeGeBe-Zentren, Kantonsärzt/innen mit HeGeBe-Zentrum: Items «Institutionsbewilligung» und «Patientenbewilligung» (N=56; «kann ich nicht beurteilen»/ «keine Angaben»: 7 bis 18 Befragte).

Quelle: Online-Befragung Umsetzungsakteur/innen.

**Abbildung A 5: Gültigkeit der Bewilligungen**



Frage: Erachten Sie die Gültigkeitsdauer der Bewilligungen für die HeGeBe als angemessen? (N=50, «kann ich nicht beurteilen» / «keine Angaben»: 6 bis 16 Befragte).

Quelle: Online-Befragung BAG und HeGeBe-Zentren.

**Tabelle A 15: Bekanntheit des Handbuchs und der Monitoring-Jahresberichte**

Frage: Kennen Sie die folgenden Grundlagen?	Ja	Nein	keine Angaben
BAG Handbuch «Diacetylmorphingestützte Behandlung» (N=123)*	81	39	3
Monitoring-Jahresberichte zur HeGeBe in der Schweiz (N=129)**	88	39	2

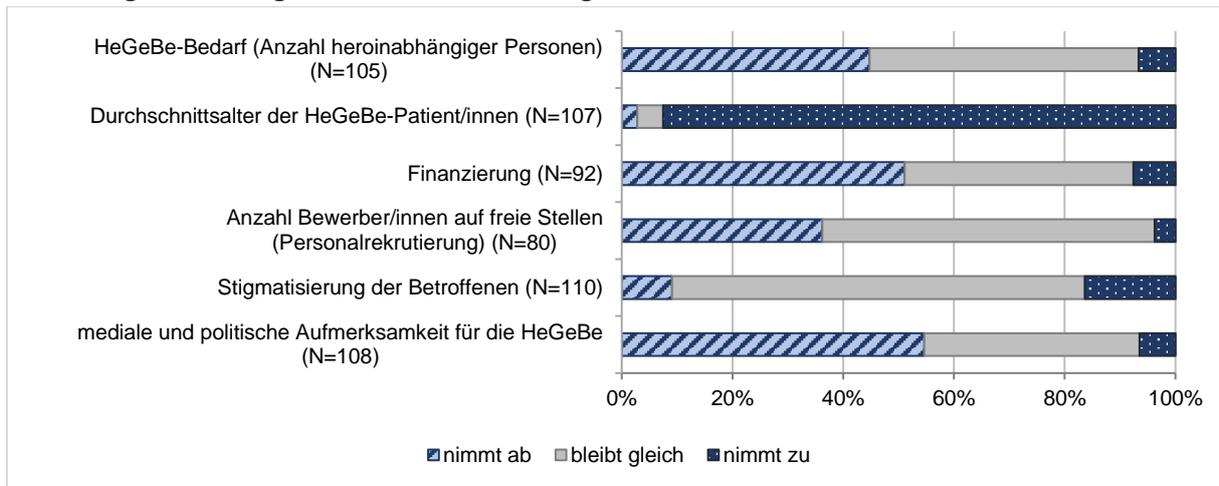
Quellen: \* Online-Befragung HeGeBe-Zentren und Expert/innen. \*\* Online-Befragung HeGeBe-Zentren, Kantonsärzt/innen mit HeGeBe-Zentrum, Expert/innen.

**Tabelle A 16: Nützlichkeit des Handbuchs und der Monitoring-Jahresberichte**

Frage: Wie nützlich sind die Informationen dieser Grundlagen für Ihre Tätigkeiten im Suchtbereich?	überhaupt nicht nützlich	eher nicht nützlich	eher nützlich	sehr nützlich	kann ich nicht beurteilen
BAG Handbuch «Diacetylmorphingestützte Behandlung» (N=81)*	0	4	44	25	8
Monitoring-Jahresberichte zur HeGeBe in der Schweiz (N=88)**	0	8	54	19	7

Frage nur den Befragten gestellt, die angaben, dass sie diese Grundlagen kennen.  
 Quellen: \* Online-Befragung HeGeBe-Zentren und Expert/innen; \*\* Online-Befragung HeGeBe-Zentren, Kantonsärzt/innen mit HeGeBe-Zentrum, Expert/innen.

**Abbildung A 6: Wahrgenommene Entwicklungen**



Frage: Wie schätzen Sie die Entwicklungen in den folgenden Bereichen für die nächsten Jahre ein? (N=123; «kann ich nicht beurteilen» / «keine Angaben»:13 bis 43 Befragte).

Quelle: Online-Befragung: BAG, HeGeBe-Zentren und Expert/innen.

**Tabelle A 17: Bedeutsame Entwicklungen**

<b>Frage: Welches sind bedeutsame Entwicklungen, welche die HeGeBe aktuell oder künftig beeinflussen?</b> (offene Frage) (N=73, Mehrfachcodierung)	
Alterung, Komorbidität, abnehmende Mobilität der Patient/innen (Zunahme von Altersbeschwerden)	33
geeignete Einrichtungen und Behandlungssetting für pflegebedürftige Suchtpatient/innen	10
Veränderung des Konsumverhaltens (und der Drogenmärkte)	27
allfällige Änderungen bei den gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen	18
Finanzierung / steigender Kostendruck	17
Veränderungen der Finanzierung durch die Krankenkassen	6
Personalmangel (v.a. Ärzte)	6
Stigmatisierung (widersprüchliche Angaben zur Zu-/Abnahme)	4
nasale und weitere Applikationsformen anbieten und erforschen	4
Zugang zu (jungen) Suchtkranken	3
Abbau des administrativen Aufwands; flexiblere Umsetzung/Modelle	3
Abnahme der Anzahl der HeGeBe-Patient/innen	3
zunehmender Bedarf an Begleitung der Patient/innen	2
weiteres	8
Quelle: Online-Befragung BAG, HeGeBe-Zentren, Expert/innen.	

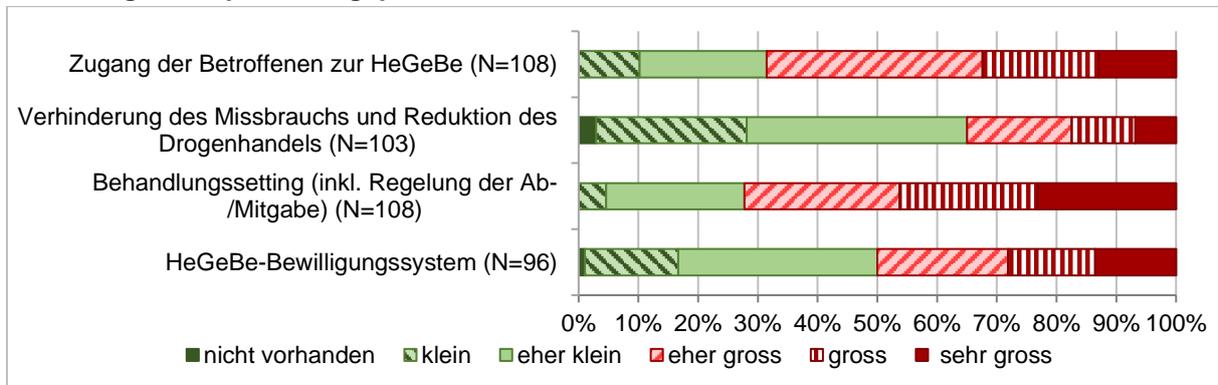
**Tabelle A 18: Veränderungen im Konsumverhalten der Opioidabhängigen**

<b>Frage: Beobachten Sie eine Veränderung im Konsumverhalten der Opioidabhängigen?</b> (N=92; «weiss nicht»/«keine Angaben»: 31)	
ja	70 (76%)
Antworten auf die offene Antwortmöglichkeit (N=39, Mehrfachcodierung)	
Abnahme intravenöser Konsum	22
Zunahme Beikonsum (u.a. Kokain, Alkohol, Schmerz- und Schlafmittel, Benzodiazepine)	19
Zunahme Mischkonsum	17
Zunahme nasaler/peroraler Konsum	9
Veränderung des Konsumverhaltens mit zunehmendem Alter	3
Abnahme Heroinkonsum	2
Abnahme Neben-/Beikonsum	2
weiteres	8
Quelle: Online-Befragung BAG, HeGeBe-Zentren, Expert/innen.	

**Tabelle A 19: Herausforderungen für die HeGeBe**

Frage: Welches sind wichtige aktuelle oder künftige Herausforderungen für die HeGeBe? (offene Frage; N=75, Mehrfachcodierung)	
Alterung, Komorbidität, Komplexität der Fälle **	35
Sicherstellung der Finanzierung *	29
Abnahme der Anzahl der HeGeBe-Patient/innen / Zugang zu (jüngeren) Drogenkonsumierenden	17
Anpassung des Angebotes an verändertes Konsumverhalten (u.a. zunehmender Kokainkonsum) *	17
weniger restriktive gesetzliche Grundlagen (Lockerung, Corona-Sonderregelung beibehalten) *	16
Aufklärungsarbeit zur Entstigmatisierung der Betroffenen	16
geographische Abdeckung der HeGeBe	9
Wohnmöglichkeiten, geeignete Einrichtungen und Behandlung zuhause für ältere Patient/innen	8
mehr Angebote mit interdisziplinären Behandlungen	7
Covid19-Pandemie *	7
HeGeBe attraktiver und bedarfsorientierter gestalten *	4
soziale Integration der Patient/innen	2
weiteres	18
* von HeGeBe-Zentren, Expert/innen und BAG genannt	
** von allen Akteur/innen genannt	
Quelle: Online-Befragung alle Akteursgruppen.	

**Abbildung A 7: Optimierungspotential**



Frage: Besteht in den folgenden Bereichen Ihrer Meinung nach aktuell oder künftig Optimierungspotential? (N=134; «kann ich nicht beurteilen» / «keine Angaben»: 26-38).

Quelle: Online-Befragung alle Akteursgruppen.

**Tabelle A 20: Optimierungspotential Zugang der Betroffenen zu HeGeBe**

<b>Frage: Bezüglich Zugangs der Betroffenen zur HeGeBe haben Sie eher grosses bis sehr grosses Optimierungspotential identifiziert. Können Sie dieses kurz erläutern?</b> (offene Frage, N=63, Mehrfachcodierung)	
Aufnahmekriterien sind zu restriktiv (zu hohe Schwelle für Therapiebeginn; Alter/Therapieversuche)	28
geographische Abdeckung ist ungenügend	27
HeGeBe sollte anderen Substitutionstherapien gleichgestellt werden (Normalisierung)	15
bürokratisches und anspruchsvolles System	6
alternative Applikationsarten fördern	4
Finanzierung der Therapie verbessern (z.B. Zugang für Patient/innen ohne Krankenversicherung)	4
Therapie 'entstigmatisieren'	4
Zusammenarbeit mit Spitex und Behandlung in Altersheimen intensivieren	2
weiteres	4
Quelle: Online-Befragung BAG, HeGeBe-Zentren, Expert/innen.	

**Tabelle A 21: Optimierungspotential Behandlungssetting**

<b>Frage: Bezüglich Zugangs Behandlungssetting haben Sie eher grosses bis sehr grosses Optimierungspotential identifiziert. Können Sie dieses kurz erläutern?</b> (offene Frage, N=70, Mehrfachcodierung)	
Anpassung / Lockerung der Regelung	
Mitgabe lockern/erweitern (allgemein)	16
Mitgabe: Dauer/Dosen erweitern	20
HeGeBe anderen Substitutionstherapien gleichstellen	15
niederschwelligere Aufnahmekriterien und schlankere Prozesse	15
neue Arten von Applikationsformen ermöglichen (vor allem nasale)	9
Behandlung ausserhalb der HeGeBe-Zentren ermöglichen (u.a. Pflegeheime, Hausärztinnen/-ärzte, Apotheken)	7
bessere geographische Abdeckung	9
weiteres	10
Quelle: Online-Befragung BAG, HeGeBe-Zentren, Expert/innen.	

**Tabelle A 22: Optimierungspotential HeGeBe-Bewilligungssystem**

<b>Frage: Bezüglich Bewilligungssystems haben Sie eher grosses bis sehr grosses Optimierungspotential identifiziert. Können Sie dieses kurz erläutern?</b> (offene Frage, N=40, Mehrfachcodierung)	
HeGeBe anderen Substitutionsbewilligungen gleichstellen	13
Gültigkeitsdauer der Patientenbewilligung verlängern	6
elektronisches Bewilligungssystem	4
Aufwand reduzieren	4
Zugang erleichtern	4
Wartezeit bis zur effektiven Abgabe verringern	3
gesetzliche Grundlagen anpassen	2
erleichterter Zugang auch für Kantone ohne HeGeBe	2
weiteres	8
Quelle: Online-Befragung BAG, HeGeBe-Zentren, Expert/innen.	

**Tabelle A 23: Optimierungspotential in weiteren Bereichen**

<b>Frage: Haben Sie aktuelles oder künftiges Optimierungspotential in weiteren Bereichen identifiziert?</b> (offene Frage, N=64, Mehrfachcodierung)	
Mitgaberegulierung anpassen/erweitern **	22
HeGeBe anderen Substitutionstherapien gleichstellen *	18
adäquate Einrichtungen und Dienstleister für die Behandlung von älteren HeGeBe-Patient/innen **	17
Aufnahmekriterien anpassen *	12
neue Applikationsformen ermöglichen *	10
geographische Abdeckung verbessern *	8
finanzielle Aspekte (Betrieb aber auch Deckung der Kosten über die Krankenkassen)	8
gesetzliche Grundlagen anpassen *	8
Abgabe von weiteren vermehrt konsumierten Substanzen (z.B. Kokain)	6
weniger Aufwand für Bewilligungen *	4
Daten/Monitoring	4
Kommunikation, Stigmatisierung verringern	3
Zusammenarbeit und Rolle des BAG	2
weiteres	19
* von HeGeBe-Zentren, Expert/innen und BAG genannt	
** von allen Akteur/innen genannt	
Quelle: Online-Befragung BAG, HeGeBe-Zentren, Expert/innen und Kantonsärzt/innen.	