



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Nationale Präventionsprogramme

Die Heroingestützte Behandlung / Behandlung mit Diacetylmorphin (HeGeBe) in den Jahren 2009/2010¹

Juni 2011

¹ Dieser Bericht wird in Vollzug von Artikel 16, Absatz 1, littera g der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 zuhanden des Bundesrates erstellt.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE	3
1. DIE HEGEBE IN DEN JAHREN 2009/2010 IN DER SCHWEIZ.....	5
1.1. PATIENTEN-/PATIENTINNENBESTAND.....	5
1.2. EINTRITTE	7
• ANZAHL UND ALTER	7
• BEHANDLUNGEN VOR EINTRITT	8
• ZUWEISUNG	9
• WOHSITUATION	10
• EINKOMMEN	11
• KONSUMANAMNESE	12
• GESUNDHEITZUSTAND: HEPATITIS, HIV UND PSYCHIATRISCHE STÖRUNGEN	13
1.3. AUSTRITTE.....	16
1.4. KOSTEN UND FINANZIERUNG	17
1.5. PERSONALSITUATION IN DEN HEGEBE-ZENTREN	18
2. SCHWERPUNKTE DER TÄTIGKEITEN IM BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG)	18
2.1. KOORDINATION UND NETZWERKARBEIT	18
2.2. BEWILLIGUNGSWESEN / SEKRETARIAT	19
2.3. UNTERSTÜTZUNG UND BETREUUNG, KONTROLLE	19
2.4. QUALITÄTSENTWICKLUNG	19
2.5. FORSCHUNGSFÖRDERUNG	19
2.6. MONITORING / AUSWERTUNGEN.....	20
3. DIACETYLMORPHIN: VERWENDUNG UND STATISTISCHE ANGABEN	20
3.1. INSPEKTIONEN.....	20
3.2. VERFÜGBARE ARZNEIFORMEN	20
3.3. VERWENDETE MENGEN	20
3.4. STATISTISCHE DATEN ZUR WEITERLEITUNG AN DAS INTERNATIONALE KONTROLLORGAN FÜR BETÄUBUNGSMITTEL (INCB) DER UNO IN WIEN	22
4. LITERATURLISTE DER PUBLIKATIONEN AUS DEM JAHR 2009/10 ZUR HEROINGE- STÜTZTEN BEHANDLUNG.....	23
ANHANG.....	25

Das Wichtigste in Kürze²

Vorbemerkung:

Aufgrund der nur in wenigen Fällen signifikanten Veränderungen ist die Situation als insgesamt stabil zu bezeichnen. Wegen der für statistische Berechnungen geringen Fallzahlen ist bei der Interpretation von Veränderungen zudem Zurückhaltung angezeigt.

Alter: Das durchschnittliche Alter der Patienten und Patientinnen betrug 2010 41.1 Jahre (2009: 41 Jahre,), der Median lag 2010 bei 41 Jahren (2009 bei 40 Jahren). Die Spannweite reichte 2010 von 21 bis 73 Jahren (2009 von 20 bis 72 Jahren).

Anzahl Patienten und Patientinnen: Ende 2010 waren 1370 Personen in Behandlung (2009: 1356).

Applikationsformen: Ungefähr 2/3 der Behandlungen erfolgten 2009/2010 in injizierbarer Form, 1/3 in oraler Form. Die orale Form der Abgabe hilft den Patienten und Patientinnen, ihren suchtbedingten Verhaltensmustern zu überwinden und Distanz zur Drogenszene zu gewinnen.

Arbeitssituation: Leicht mehr als die Hälfte aller HeGeBe Neueintritte 2010 und rund die Hälfte 2009 bezogen Sozialhilfe/Fürsorge. 22% bezogen 2009/2010 eine IV- oder AHV- Rente. 10% der im Jahr 2010 neu eingetretenen Patienten und Patientinnen hatten ein ausreichendes Erwerbseinkommen (2009: 15%). Rund 45% aller HeGeBe Neueintritte 2009/2010 waren auf dem Arbeitsmarkt aktiv.

Austritte: 135 Patienten und Patientinnen sind im Jahre 2010 aus der HeGeBe ausgetreten (2009: 160). Die Übertritte in andere Behandlungsformen wie Methadonbehandlung oder abstinenzorientierte Behandlung blieben 2010 mit 67.4% auf hohem Niveau konstant (2009: 66.1%).

Behandlungen vor Eintritt: Von den 2009/2010 neu eingetretenen Personen waren über 90% schon in einer Substitutionsbehandlung und fast 80% der Neueintretenden 2010 (2009:70%) versuchten schon mindestens einen Entzug. Ambulante Beratung und stationäre Therapie haben rund die Hälfte aller Neueintritte 2009/2010 vor der Heroingestützten Behandlung in Anspruch genommen.

Eintritte: 177 Patienten und Patientinnen sind im Jahre 2010 in die HeGeBe eingetreten (2009:125). Das Durchschnittsalter bei Eintritt betrug 2010 37 Jahre (2009:36).

Erfolgsquote: HeGeBe ist eine Behandlung für mehrheitlich chronifizierte Schwerstabhängige. Als Erfolg sind deshalb nicht nur die Übertritte in abstinenzorientierte Behandlungen (2010: 6.6%), sondern auch die Übertritte in andere Behandlungsformen (2010: 60.6%) zu werten.

Geschlecht: 77% der behandelten Personen 2009/2010 waren männlich, 23% weiblich.

Haltequote: Es ist zu erwarten, dass jeder zweite HeGeBe Patient bzw. jede zweite HeGeBe Patientin mindestens zweieinhalb Jahre in Behandlung bleiben wird. Von knapp 20% ist davon auszugehen, dass sie mindestens 15 Jahre bleiben werden.

Kosten: Ein Patienten-/Patientinnentag in einem Zentrum für HeGeBe kostete 2010 durchschnittlich 62 Franken (2009: 59 Franken). Es ist anzunehmen, dass der gesamtwirtschaftlichen Nutzen die Kosten nach wie vor überwiegt. Das heisst, ein in einem HeGeBe-Zentrum behandelter Heroinabhängiger erspart der Gesellschaft Kosten, vornehmlich in Form von Strafverfolgungs- und Justizkosten sowie Gesundheitskosten.

Personal: Insgesamt waren in den 23 HeGeBe-Zentren bei einem Betrieb von 365 Tagen 2009/2010 rund 400 Personen beschäftigt (mehrheitlich Teilzeit).

² Wo möglich werden die aktuellen Zahlen aus den Jahren 2009/10 angegeben. Falls diese nicht vorliegen wird auf ältere Daten (<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/01191/index.html?lang=de>).

Psychische Belastung: Bei 48% aller HeGeBe Neueintritte im Jahr 2010 wurde nebst der Suchtdiagnose mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert (2009: 47%). Die Befragung 2007 ergab, dass im Vergleich zu einer Repräsentativbefragung der Allgemeinbevölkerung mit dem SCL-27³ die Patienten und Patientinnen der HeGeBe in der Schweiz bei allen Skalen höhere Mittelwerte aufweisen, was auf eine höhere psychische Belastung der HeGeBe-Patienten/-Patientinnen hinweist⁴.

Somatische Belastung: Die Prävalenzen von Hepatitis A, B und C sowie auch von HIV zeigen, dass die neueintretenden Patienten und Patientinnen nach wie vor gesundheitlich stark belastet sind.

Substitutionsbehandlungen: Die HeGeBe machen weniger als 10% der Substitutionsbehandlungen in der Schweiz aus, während über 80% der Substitutions-Patienten/-Patientinnen mit Methadon behandelt werden. Die restlichen Behandlungen werden mit Morphin, Buprenorphin (einer speziellen Form des Morphins) oder Codein u.a. durchgeführt.

Wohnsituation: Rund 45% der im Jahr 2010 neu eingetretenen Personen lebten allein (2009: 40%). 19% lebten mit dem Partner zusammen (2009: 27%).

Zentren: Die HeGeBe wurde 2009/10 in 23 Institutionen (davon 2 Zentren in Gefängnissen) angeboten, welche interdisziplinär aufgebaut sind und über eine spezielle Bewilligung des Bundesamtes für Gesundheit verfügen.

Zuweisung: Die Mehrzahl der Patienten und Patientinnen traten 2009/2010 aus eigener Initiative in die Heroingestützte Behandlung ein oder wurden von einer anderen suchtspezifischen Stelle vermittelt/zugewiesen.

³ Die Symptom-Checkliste-27 (SCL-27) ist ein Screening nach psychischen Beschwerden.

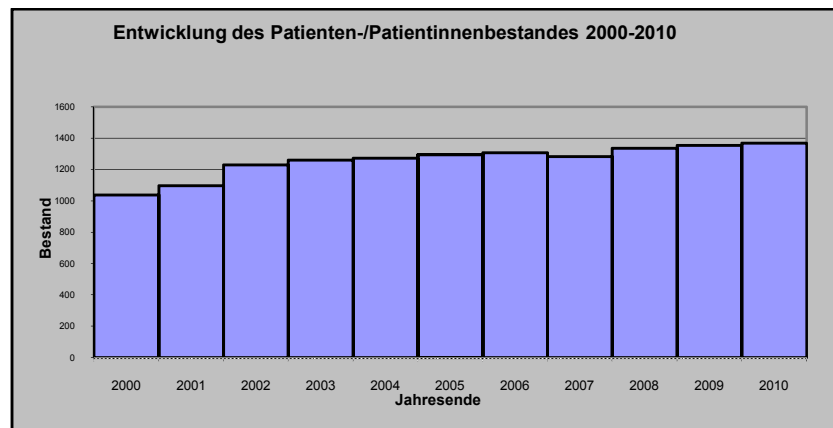
⁴ BAG (2008). Die Heroingestützte Behandlung / Behandlung mit Diacetylmorphin (HeGeBe) im Jahre 2007

1. Die HeGeBe in den Jahren 2009/2010 in der Schweiz

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der jährlichen Datenerhebung HeGeBe-Monitoring dargestellt und erläutert. Darunter sind insbesondere Zahlen und Daten zum Patientenbestand, zum psychischen und physischen Gesundheitszustand und zur sozialen Situation der Patienten und Patientinnen sowie zu den Austritten aus der Heroingestützten Behandlung zu finden.

1.1. Patienten-/Patientinnenbestand

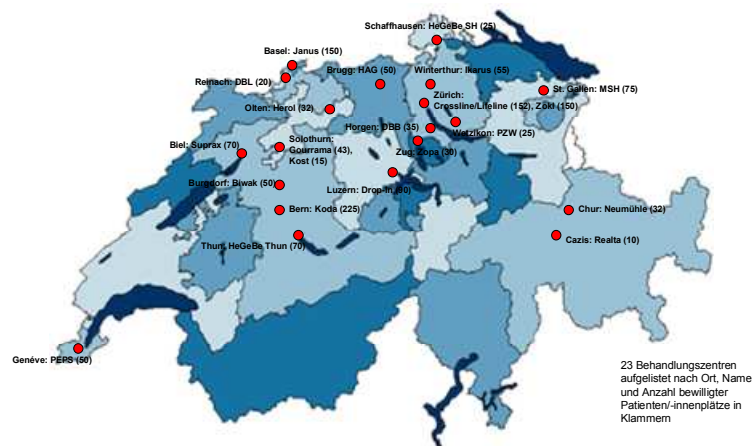
Die Anzahl Patienten und Patientinnen bleibt nach wie vor relativ konstant, sie nahm im Berichtszeitraum um 15 Personen zu, von 1355 Anfang Januar 2009 auf 1370 Ende Dezember 2010. Im Berichtszeitraum wurden keine neuen HeGeBe-Zentren eröffnet. Ende 2010 lag die durchschnittliche Auslastung der Zentren bei 93% (2009: 92%, 2008: 92%). Insgesamt standen Ende 2010 schweizweit 1476 Plätze für eine Heroingestützte Behandlung zu Verfügung (Ende 2009: 1456, Ende 2008: 1454, Ende 2007: 1444).



Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2010

Abb. 1: Entwicklung des Patienten-/Patientinnenbestandes 2000-2010

HeGeBe-Zentren in der Schweiz per 31. Dezember 2010



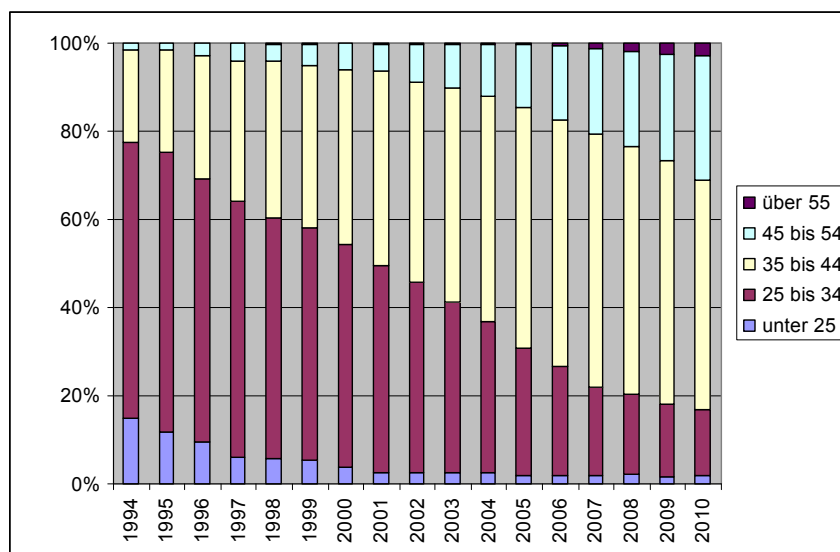
Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2009/10

Abb. 2: HeGeBe-Zentren in der Schweiz per 31. Dezember 2010

Total waren im ganzen Jahr 2009 1493 Personen in Behandlung; davon waren 347 Frauen und 1146 Männer. Das durchschnittliche Alter der Patienten und Patientinnen betrug 41 Jahre, der Median lag bei 40 Jahren. Die Spannweite reichte von 20 bis 72 Jahren.

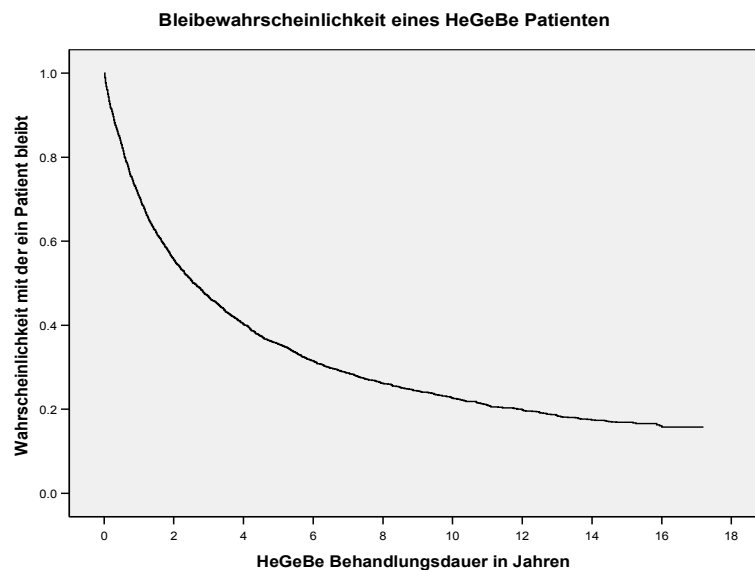
Von den 1513 Fällen, die 2010 in Behandlung waren, waren 1151 Männer und 362 Frauen. Das durchschnittliche Alter betrug 41.1 Jahre, der Median lag bei 41 Jahren. Die Spannweite reichte von 21 bis 73 Jahre.

Die folgende Abbildung zeigt die Altersverteilung der HeGeBe Patienten und Patientinnen für die Jahre 1994 bis 2010. Während im Jahr 1994 noch 77.5% aller HeGeBe Patienten und Patientinnen unter 35 Jahre alt waren, sind es nun nur noch 16.7%. Auch der Anteil an Patienten und Patientinnen, die mindestens 45 Jahre alt sind, ist stetig gestiegen und liegt im Jahr 2010 bei 31.1%, ein Hinweis auf die insgesamt älter werdende Kohorte. Eine mögliche Erklärung für diesen Trend könnte sein, dass heute weniger junge Menschen heroinsüchtig werden als früher. Eine andere mögliche Erklärung wäre, dass verbesserte suchtspezifische Behandlungsformen die Lebenserwartung der Patienten und Patientinnen erhöhen. Es ist zu erwarten, dass der Anteil älterer Personen weiter zunehmen wird, der Anteil neu eintretender junger Konsumierenden weiterhin auf tiefem Niveau stabil bleiben oder weiter abnehmen wird.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10
Abb. 3: Prozentualer Anteil Patienten/Patientinnen pro Altersgruppe

Der unten stehenden Grafik ist die Wahrscheinlichkeit zu entnehmen (Y-Achse), mit der eine HeGeBe Patientin / ein HeGeBe Patient mindestens eine bestimmte Behandlungsdauer (X-Achse) in Behandlung bleibt. So ist zum Beispiel zu erwarten, dass jeder zweite HeGeBe Patient bzw. jede zweite HeGeBe Patientin mindestens zweieinhalb Jahre in Behandlung bleiben wird. Von nicht ganz 20% ist davon auszugehen, dass sie mindestens 15 Jahre bleiben werden. Dies ist im Sinne der dauerhaften therapeutischen Einbindung als Erfolg zu werten, zumal jene Patienten und Patientinnen, bevor es das Angebot der HeGeBe gab, als therapieresistent galten. Diese Möglichkeit der Einbindung in eine therapeutische Beziehung schafft erst die Voraussetzungen, eines Tages vielleicht ein abstinentes Leben führen zu können



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

Abb. 4: Haltewahrscheinlichkeit einer HeGeBe Patientin / eines HeGeBe Patienten

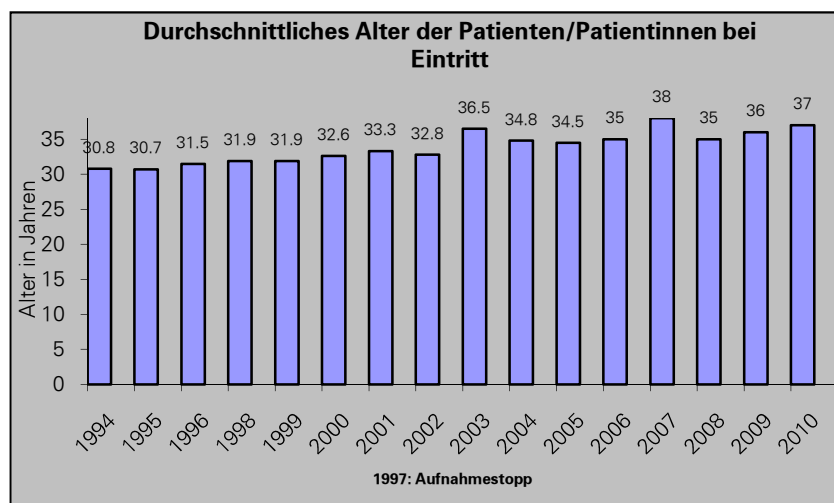
Seit Beginn der Heroingestützten Behandlung waren insgesamt 3377 verschiedene Personen mindestens einmal in Behandlung.

1.2. Eintritte

• Anzahl und Alter

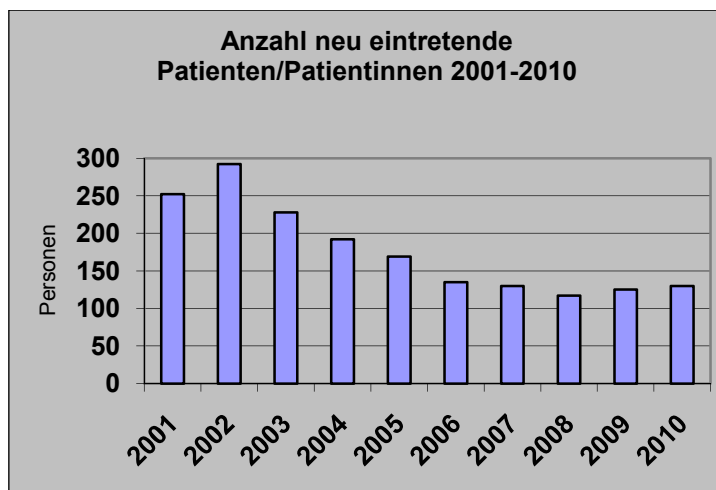
Im Jahr 2010 wurden 177 Eintritte registriert. Dabei handelt es sich um 130 Neueintritte, 36 Wiedereintritte und 11 Eintritte aufgrund eines Übertrittes in eine andere HeGeBe-Stelle. Das durchschnittliche Alter betrug 37 Jahre.

Im Jahr 2009 wurden 125 Neueintritte (exklusive 14 Eintritte aufgrund eines Übertrittes und 52 Wiedereintritte) verzeichnet. Das Durchschnittsalter der neu Eintretenden betrug 36 Jahre.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

Abb. 5: Durchschnittliches Alter der Patienten/Patientinnen bei Eintritt



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

Abb. 6: Anzahl neu eintretender Patienten/Patientinnen 2001-2010

Die Anzahl neu eintretender Patienten und Patientinnen ist 2009/2010 leicht gestiegen, sie ist jedoch im Vergleich zu früheren Jahren immer noch viel tiefer: Zählte man 2002 noch fast 300 Neueintritte, so sank diese Zahl bis ins Jahr 2009 um auf 125 Neueintritte und betrug im Jahr 2010 130. Gleichzeitig steigt das durchschnittliche Alter der Patienten und Patientinnen bei Eintritt kontinuierlich an. Als Gründe dafür können vermutet werden, dass die Anzahl neuer Schwerstabhängiger tendenziell rückläufig ist und dass die Attraktivität der Heroinschreibung wegen der sehr eng geführten sozialtherapeutischen Behandlung gesunken ist.

• **Behandlungen vor Eintritt**

Von den 2009/2010 neu eingetretenen Personen waren über 90% schon in einer Substitutionsbehandlung und fast 80% der Neueintretenden 2010 (2009: 70%) versuchten schon mindestens einen Entzug. Ambulante Beratung und stationäre Therapie haben rund die Hälfte aller Neueintretenden 2009/2010 in Anspruch genommen. Seit 2005 sind diese Werte ähnlich.

Tab. 1: Behandlungserfahrung der HeGeBe Neueintritte (Mehrfachnennungen möglich)
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005/2006/2007: 321/5, 2008/2009: 226/1, 2010:121 /3

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	N	%	N	%	N	%
Substitutionsbehandlung	294	91.6	210	92.9	112	92.6
weitere medikamentöse Behandlung	58	18.1	30	13.3	21	17.4
ambulante Beratung	169	52.6	109	48.2	66	54.5
stationäre Therapie	172	53.6	113	50.0	70	57.9
Entzug	251	78.2	157	69.5	96	79.3
Selbsthilfegruppe	25	7.8	12	5.3	12	9.9
andere	11	3.4	13	5.8	5	4.1

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

Der unten stehenden Tabelle können die am häufigsten vorkommenden Behandlungsarten vor Eintritt in die Heroingestützte Behandlung, die durchschnittliche Anzahl und Gesamtdauer aller Behandlungen entnommen werden.

Tab. 2: Durchschnittliche totale Behandlungsdauer (in Monaten) aller Behandlungen zusammen aller Personen, die schon mindestens einmal in der entsprechenden Behandlung waren (Mehrfachantworten möglich).

	2005/2006/2007	2008/2009	2010
	Dauer (Monate)	Dauer (Monate)	Dauer (Monate)
Substitution	64.9	63.5	67.2
stationäre Therapie	19.2	20.0	19.9
Entzug	7.5	6.5	5.2

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

• Zuweisung

83% der HeGeBe Neueintritte 2009/2010 gaben an, aus eigener Initiative eingetreten zu sein. 36.4% der Neueintretenden 2010 gaben an, durch eine andere suchtspezifische Stelle vermittelt/zugewiesen worden zu sein (2009: 29.3%). Die Arztpraxis wurde 2010 mit knapp 5% signifikant seltener genannt als in den Vorjahren.

Tab. 3: An Vermittlung/Zuweisung beteiligte Personen/Institutionen (Mehrfachnennungen möglich)
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005/2006/2007: 323/3, 2008/2009: 225/2, 2010: 121/3

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	N	%	N	%	N	%
Eigeninitiative	269	83.3	187	83.1	101	83.5
Partner/Partnerin	29	9.0	25	11.1	14	11.6
Familie	31	9.6	19	8.4	15	12.4
Freunde/Freundinnen/Kollegen/Bekannte	68	21.1	35	15.6	17	14.0
auf Sucht spezialisierte ambulante Station	82	25.4	57	25.3	36	29.8
auf Sucht spezialisierte stationäre Station	11	3.4	9	4.0	8	6.6
Arztpraxis	45	13.9	25	11.1	6	5.0
Spital/Klinik	17	5.3	13	5.8	5	4.1
Sozialdienste	35	10.8	14	6.2	12	9.9
Verurteilung/Massnahme	23	7.1	14	6.2	7	5.8
Arbeitgeber/Lehrer	0	0.0	1	0.9	0	0.0
anderes	5	1.5	22	9.8	7	5.8

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

• **Wohnsituation**

Rund 45% der im Jahr 2010 neu eingetretenen Personen lebten bei Eintritt in die HeGeBe allein (2009:39.3%). 19% lebten zusammen mit einem Partner (2009: 27%).

Tab. 4: Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen gewohnt?
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005/2006/2007: 326/0, 2008/2009: 226/1, 2010: 123/1

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	N	%	N	%	N	%
allein	134	41.2	89	39.3	55	44.7
mit Eltern/Elternteil	33	10.1	20	8.8	7	5.7
ohne Partnerin/Partner, mit Kind(ern)	5	1.5	5	2.2	4	3.3
mit Partnerin/Partner (ohne Kinder)	51	15.6	46	20.4	16	13.0
mit Partnerin/Partner und Kind(ern)	15	4.6	15	6.6	3	2.4
mit anderen Verwandten/Angehörigen	4	1.2	2	0.9	0	0.0
mit Freundinnen/Freunden (WG)	20	6.1	8	3.5	8	6.5
anderes	64	19.7	41	18.1	30	24.4
Total	326	100.0	226	100.0	123	100.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

Über 70% aller Neueintritte 2009/2010 wohnten in einer stabilen Wohnsituation. Dieser Anteil hat sich gegenüber den Vorjahren nicht signifikant verändert.

Tab. 5: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen gewohnt?
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005/2006/2007: 324/2, 2008/2009: 224/3, 2010: 124/0

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	N	%	N	%	N	%
stabile Wohnsituation	242	74.7	171	76.4	87	70.2
unstable Wohnsituation	36	11.1	31	13.8	18	14.5
Institution	46	14.2	22	9.8	19	15.3
Total	324	100.0	224	100.0	124	100.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

• **Einkommen**

55.7% aller HeGeBe-Neueintritte 2010 (2009: 49.7%) bezogen Sozialhilfe/Fürsorge. 22% bezogen 2009/2010 eine IV- oder AHV-Rente. Rund 10% 2010 und 15% 2009 hatten ein ausreichendes Erwerbseinkommen.

Tab. 6: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen Ihren Lebensunterhalt bestritten?
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005/2006/2007: 324/2, 2008/2009: 226/1, 2010: 124/0

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	N	%	N	%	N	%
Erwerbseinkommen	35	10.8	3	15.0	13	10.5
Ersparnisse	2	0.6	2	0.9	3	2.4
Rente (AHV/IV)	75	23.1	5	22.1	27	21.8
Sozialhilfe/Fürsorge	168	51.9	1	49.7	69	55.7
Arbeitslosenversicherung	14	4.3	2	0.9	3	2.4
durch Partnerin/Partner	6	1.9	3	1.3	0	0.0
durch Eltern/Familienmitglieder/Freunde	5	1.5	6	2.7	2	1.6
dealen/mischeln	6	1.9	5	2.2	5	4.0
andere illegale Einkünfte	2	0.6	1	0.4	0	0.0
Prostitution	3	0.9	1	0.4	0	0.0
anderes	8	2.5	1	4.4	2	1.6
Total	324	100.0	227	100.0	124	100.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

Rund 45% aller HeGeBe Neueintritte 2009/2010 waren auf dem Arbeitsmarkt aktiv (Vollzeit-, Teilzeitarbeit, auf Stellensuche, Stelle zugesichert). Dies ist mehr als in den Jahren 2005 bis 2008. Bei der Antwortalternative „Nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv“ sind Rentner, Hausfrauen/-männer oder AHV/IV-Bezüger/Bezügerinnen mit gemeint. Die Verteilung für das Jahr 2010 weist keine signifikanten Unterschiede zu den Vorjahren auf.

Tab. 7: Welchen hauptsächlichen Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen?
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005/2006/2007: 318/8, 2008/2009: 223 /4, 2010: 120/0

	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	N	%	N	%	N	%
Vollzeitarbeit (ab 70%)	32	10.1	31	13.9	10	8.3
Teilzeitarbeit	28	8.8	18	8.1	8	6.7
mehrere Erwerbstätigkeiten	7	2.2	4	1.8	1	0.8
in Ausbildung	2	0.6	2	0.9	1	0.8
nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv	162	50.9	91	40.7	44	36.7
nicht erwerbstätig, auf Stellensuche	67	21.1	47	21.1	36	30.0
nicht erwerbstätig, künftige Stelle zugesichert	1	0.3	0	0.0	0	0.0
anderes	19	6.0	30	13.5	20	16.7
Total	318	100.0	223	100.	120	100.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

• **Konsumanamnese**

In der nachfolgenden Tabelle ist die durchschnittliche Anzahl Tage abgebildet, an denen Neuein-
getretene in den letzten 30 Tagen vor Eintritt die entsprechende Substanz konsumiert haben.

Es zeigt sich zum Beispiel, dass bei den Neueintritten 2010 signifikant häufiger Benzodiazepine
(Beruhigungsmittel) konsumiert wurden als bei den Neueintritten in den Jahren 2005 bis 2009 und,
dass der durchschnittliche Konsum von Metaqualon (Schlaf-, Beruhigungsmittel) signifikant tiefer
ist als in den Vorjahren. Alle anderen Unterschiede zu den Vorjahren sind nicht signifikant.

Tab. 8: Durchschnittlicher Konsum verschiedener Substanzen (Anzahl Tage in den letzten 30 Tagen vor Eintritt) bei HeGe-
Be Neueintritten für die Jahre 2005 bis 2010

Gültige Werte/Fehlende Werte 2005: 117/5, 2006: 106/4, 2007: 92/94, 2008: 106/0, 2009: 118/3, 2010: 122/2

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alkohol (jeglicher Gebrauch)	7.54	10.84	10.38	8.39	8.47	7.98
Alkohol (bis zur Trunkenheit)	1.47	1.72	1.32	1.45	1.44	1.57
Heroin (illegales)	18.03	19.01	19.27	19.85	18.49	18.80
Methadon	14.45	15.08	12.62	15.01	12.43	12.94
andere Opioide/Opiate	0.34	0.21	0.91	0.01	0.39	1.56
Benzodiazepine (nicht indiziert)	3.86	6.86	8.38	6.21	9.03	11.06
Metaqualon (Schlaf- / Beruhigungsmittel)	0.88	0.43	0.00	0.02	0.00	0.00
Barbiturate (Schlafmittel)	0.09	0.30	0.00	0.00	0.51	0.26
andere Schlaf- / Beruhigungsmittel	1.23	2.34	1.12	0.69	0.69	0.84
Kokain	8.62	5.69	7.12	3.20	5.84	4.88
Crack, Freebase	0.46	0.87	1.32	0.84	0.20	0.68
Cocktail (Heroin & Kokain)	5.91	3.78	3.85	1.40	2.57	2.25
Amphetamine (inkl. Thai-Pillen)	0.00	0.01	0.02	0.06	0.03	0.29
Ecstasy (Anregungsmittel)	0.26	0.01	0.02	0.03	0.03	0.03
andere Anregungsmittel (z.B. Khat)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cannabinoide	10.83	7.89	7.80	6.62	6.21	9.52
LSD	0.00	0.28	0.01	0.01	0.06	0.45
andere Halluzinogene inkl. Pilze	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.25
Schnüffelfstoffe	0.00	0.00	0.00	0.04	0.00	0.25
Tabak	26.75	26.32	25.79	25.99	25.14	25.25

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

• Gesundheitszustand: Hepatitis, HIV und psychiatrische Störungen

Hepatitis A

Bei Hepatitis A gibt es nur eine akute und keine chronische Erkrankung. Die akute Krankheitsphase beginnt etwa 4 Wochen nach der Ansteckung und dauert in der Regel 5 Wochen bis sie wieder komplett ausgeheilt ist. Nach durchgemachter Krankheit oder aber auch nach erfolgreicher Impfung ist man für den Rest des Lebens immun gegen Hepatitis A.

In folgender Tabelle sind die Häufigkeiten dargestellt, mit der die Neueintritte noch empfänglich für Hepatitis A sind und falls sie bereits immun sind, ob diese Immunität aus einer durchgemachten Krankheit oder aus einer erfolgreichen Impfung resultiert.

Personen, die aufgrund einer ausgeheilten akuten Hepatitis A immun sind, sind unter den Neueintritten 2009/10 signifikant seltener vertreten, als in den Jahren 2005 bis 2008. Es sind auch die Patienten und Patientinnen aufgeführt, bei denen keine Testresultate vorhanden sind, aber der Wille zur Impfung ersichtlich ist. Alle der getesteten und empfänglichen Patienten und Patientinnen haben eine Impfung beschlossen.

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass im Jahr 2010 von den 84 Neueintritten, bei denen Daten zu Hepatitis A vorliegen, 6 Personen eine Impfung verweigerten und somit eine akute Hepatitis A Phase noch bevorstehen könnte. Alle anderen sind entweder bereits immun (41 Personen, 48.8%) oder haben eine Impfung geplant (37 Personen, 44.1%).

Tab. 9: Status bezüglich Hepatitis A aller HeGeBe Neueintritte
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005: 102/20, 2006: 96/14, 2007: 72/22, 2008: 84/22, 2009: 92/29, 2010: 84/40

Hepatitis A	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Empfänglich	28	27.5	23	24.0	16	22.2	28	33.4	29	31.6	25	29.8
Immun (geimpft)	21	20.6	25	26.0	18	25.0	20	23.8	27	29.3	27	32.1
Immun (durchgemachte Krankheit)	29	28.3	31	32.3	20	27.7	19	22.6	14	15.2	13	15.5
Immun (aus unbekannten Gründen)	2	2.0	0	0.0	3	4.2	2	2.4	7	7.6	1	1.2
Keine Testresultate, aber beschlossene Impfung	12	11.8	10	10.4	11	15.3	9	10.7	7	7.6	12	14.3
Keine Testresultate, verweigert Impfung	10	9.8	7	7.3	4	5.6	6	7.1	8	8.7	6	7.1
Total	102	100.0	96	100.0	72	100.0	84	100.0	92	100.0	84	100.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

Hepatitis B

Hepatitis B kann nach der akuten Phase, die meist weniger als 12 Wochen dauert, entweder komplett ausheilen oder aber auch in eine chronische Erkrankung übergehen, falls die akute Hepatitis B nicht komplett ausheilt. Eine chronische Hepatitis B kann Jahrzehnte lang dauern und andere Leberkrankheiten zur Folge haben. Heilt die Krankheit komplett aus, so ist man für den Rest des Lebens immun gegen Hepatitis B. Durch eine Impfung kann man ebenfalls immun gegen Hepatitis B werden.

13 (17.6%) der 74 Neueintritte 2010, bei denen Daten zu Hepatitis B vorhanden sind, leiden an einer chronischen Hepatitis B. Empfänglich sind 31 Personen (41.8%), immun sind 27 Personen (36.5%), davon 22 Personen (29.7%) durch eine Impfung und 5 (6.8%) wegen durchgemachter akuter Krankheit. Bei 3 Personen (4.1%) wurde nur angegeben, dass sie „seropositiv“ sind, d.h. dass Antikörper im Blut nachgewiesen werden konnten. Dies kann jedoch sowohl eine chronische Hepatitis B, wie auch Immunität gegen Hepatitis B bedeuten.

Tab. 10: Status bezüglich Hepatitis B aller HeGeBe Neueintritte
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005: 92/30, 2006: 88/22, 2007: 61/33, 2008: 75/31, 2009: 76/45, 2010: 74/50

Hepatitis B	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Empfänglich	39	42.4	30	34.0	16	26.3	33	44.0	33	43.4	31	41.8
Immun (geimpft)	16	17.4	20	22.7	19	31.1	18	24.0	26	34.2	22	29.7
Immun (durchgemachte Krankheit)	12	13.0	13	14.8	8	13.1	4	5.3	5	6.6	5	6.8
Seropositiv (unbekannter Status)	3	3.3	7	8.0	2	3.3	5	6.7	4	5.3	3	4.1
Chronisch	22	23.9	18	20.5	16	26.2	15	20.0	8	10.5	13	17.6
Total	92	100.0	88	100.0	61	100.0	75	100.0	76	100.0	74	100.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

Hepatitis C

Hepatitis C kann wie Hepatitis B nach einer akuten Phase entweder komplett ausheilen oder in eine chronische Erkrankung übergehen. Nach ausgeheilter Krankheit ist die betroffene Person jedoch nicht immun gegen Hepatitis C. Es gibt auch keine Impfung gegen Hepatitis C.

Von den 80 neueingetretenen Personen 2010, bei denen Daten zu Hepatitis C vorliegen, hatten 34 (42.5%) eine chronische (oder akute) Hepatitis C, 32 Personen (40.0%) hatten keine Hepatitis C Viren im Blut. Davon hatten 30 (37.5%) noch nie eine Hepatitis C und bei 2 Personen (2.5%) war die Krankheit wieder ausgeheilt. 14 Personen (17.5%) gaben nur an „seropositiv“ zu sein. Das kann sowohl eine chronische als auch eine ausgeheilte Hepatitis C bedeuten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Mehrheit dieser 14 Personen eine chronische Hepatitis aufweist. Die Prävalenz von Hepatitis C bei den Neueintritten 2010 liegt bei rund 60%.

Tab. 11: Prävalenz von Hepatitis C aller HeGeBe Neueintritte
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005: 91/31, 2006: 78/32, 2007: 58/36, 2008: 70/36, 2009: 75/46, 2010: 80/44

Hepatitis C	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Negativ	26	28.6	23	29.5	17	29.3	33	47.2	33	44.1	30	37.5
Ausgeheilt	1	1.1	5	6.4	2	3.4	1	1.4	4	5.3	2	2.5
Seropositiv	17	18.7	17	21.8	6	10.3	7	10.0	7	9.3	14	17.5
Chronisch	47	51.6	33	42.3	33	57.0	29	41.4	31	41.3	34	42.5
Total	91	100.0	78	100.0	58	100.0	70	100.0	75	100.0	80	100.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

HIV

In der folgenden Tabelle sind die Prävalenzen von HIV der Neueintritte 2005 bis 2010 zu entnehmen. Mit 10 HIV-positiven Personen, die 2010 neu eingetreten sind, ist die Prävalenz leicht höher als in den beiden Jahren zuvor. Die Prävalenz 2010 unterscheidet sich jedoch nicht signifikant von den Jahren 2005 bis 2009.

Tab. 12: Prävalenz von HIV aller HeGeBe Neueintritte
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005: 84/38, 2006: 81/29, 2007: 58/36, 2008: 70/36, 2009: 73/48, 2010: 74/50

HIV	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Negativ	72	85.7	69	85.2	51	87.9	66	94.3	66	90.4	64	86.5
Positiv	12	14.3	12	14.8	7	12.1	4	5.7	7	9.6	10	13.5
Total	84	100.0	81	100.0	58	100.0	70	100.0	73	100.0	74	100.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

Aufgrund der oben aufgezeigten Prävalenzen von Hepatitis-Viren und HIV-Infektionen bei Neueintretenden zeigt sich, dass die Patienten/Patientinnen, welche neu in eine HeGeBe eintreten, gesundheitlich stark belastet sind. Dank der guten medizinischen Versorgung in den HeGeBe-Zentren können jedoch die meisten der Patienten und Patientinnen im Laufe der Behandlung geimpft werden (Hepatitis A und B, sofern keine medizinische Kontraindikation besteht und die Patienten und Patientinnen einverstanden sind) und für Patienten und Patientinnen mit positiven Testresultaten können geeignete (medikamentöse) Therapien zusammengestellt werden.

Psychiatrische Störungen

Bei 47.7% der im Jahr 2010 erstmals in HeGeBe eingetretenen Personen (2009: 45.6%) wurde nebst der Suchtdiagnose mindestens eine weitere psychiatrische Störung diagnostiziert. In den Vorjahren waren dies geringfügig mehr.

Tab. 13: Anzahl gesicherter psychiatrischer Diagnosen der HeGeBe Neueintritte in den Jahren 2005 bis 2010
Gültige Werte/Fehlende Werte: 2005: 120/2, 2006: 110/0, 2007: 93/1, 2008: 106/0, 2009: 114/7, 2010: 111/13

Anzahl psychiatrischer Störungen	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
keine	66	55.0	58	52.7	47	50.4	50	47.2	62	54.4	58	52.3
1	45	37.5	44	40.0	34	36.6	46	43.4	44	38.6	37	33.3
2	7	5.8	6	5.5	9	9.7	9	8.5	8	7.0	13	11.7
3	1	0.8	2	1.8	2	2.2	1	0.9	0	0.0	3	2.4
4	1	0.8	0	0.0	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	120	100.0	110	100.0	93	100.0	106	100.0	114	100.0	111	100.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

25.2% der im Jahr 2010 erstmals in HeGeBe eingetretenen Personen hatten eine diagnostizierte affektive Störung (2009: 17.7%). 20.7% hatten eine diagnostizierte Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (2009: 21.8%). Somit ist die Prävalenz von affektiven Störungen im Unterschied zu den Vorjahren höher als die von Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen. Die Neueintritte 2010 hatten ausserdem signifikant seltener eine diagnostizierte neurotische Belastungs- oder somato-

forme Störung als die Personen, die in den Vorjahren neu eingetreten sind. Alle anderen Unterschiede zum Vorjahr sind nicht signifikant.

Tab. 14: Häufigkeit der ICD-10 Diagnosegruppen für die HeGeBe Neueintritte in den Jahren 2005 bis 2010
2005/2006/2007: 323/3, 2008/2009: 220/7, 2010: 111/13

Diagnosegruppe	2005/2006/2007		2008/2009		2010	
	N	%	N	%	N	%
Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störung	3	0.9	1	0.5	1	0.9
Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störung	16	5.0	20	9.1	8	7.2
Affektive Störungen	53	16.4	39	17.7	28	25.2
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	18	5.6	9	4.1	2	1.8
Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren	3	0.9	0	0.0	4	3.6
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	76	23.5	48	21.8	23	20.7
Intelligenzminderung	2	0.6	0	0.0	0	0.0
Entwicklungsstörungen	1	0.3	0	0.0	0	0.0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	15	4.6	9	4.1	6	5.4
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	3	0.9	1	0.5	0	0.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10

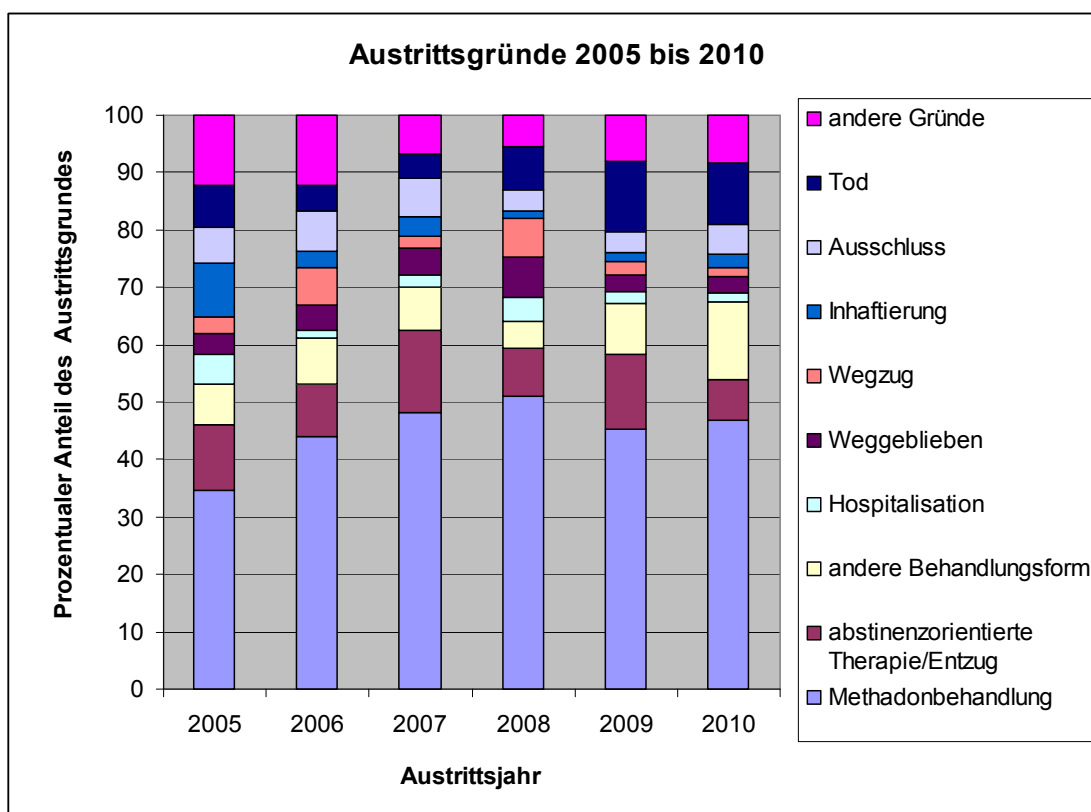
1.3. Austritte

In Tabelle 15 wird die Planmässigkeit und Art der Austritte 2009/2010 aufgelistet. In Abbildung 7 sind die Hauptaustrittsgründe der Jahre 2005 bis 2010 ersichtlich. Wegzug wurde seltener und andere Behandlungsformen häufiger als Austrittsgrund genannt als in den Vorjahren (Irrtumswahrscheinlichkeit jeweils 5%). Alle anderen Unterschiede zu den Vorjahren sind nicht signifikant.

Tab. 15: Austrittsart (2009: N=139, keine fehlenden Werte angenommen)

	2009 N=139	%	2010 N=135	%
planmässige Beendigung der Behandlung ohne Übertritt in eine suchtspezifische Stelle	12	8.6	9	6.7
planmässige Beendigung der Behandlung mit Übertritt in eine suchtspezifische Stelle	76	54.7	70	51.9
unplanmässige Beendigung der Behandlung mit Übertritt in eine suchtspezifische Stelle	19	13.7	31	23.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2009/10
Abb. 7: Austrittsgründe 2005 bis 2010

Die Übertritte in andere Behandlungsformen wie Methadonbehandlung oder abstinenzorientierte Behandlung blieben 2010 mit 67.4% auf hohem Niveau konstant (2009: 66.1%). Für Patienten und Patientinnen, die schon eine sehr lange Drogenkarriere hinter sich haben und oft an einer psychiatrischen oder somatischen Komorbidität leiden, ist es besonders schwierig, einen definitiven Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit zu schaffen. Bei einem Teil der Patienten und Patientinnen ist ein langjähriger Verbleib in einer HeGeBe nicht auszuschliessen und auch sinnvoll: nur so können sie ein einigermaßen strukturiertes, menschenwürdiges Leben führen und entlasten das Gesundheitssystem, insbesondere die Notfallaufnahmen durch den Verbleib in der Therapie.

1.4. Kosten und Finanzierung

Die Kosten im Jahre 2010 pro Person und Tag einer Heroingestützten Behandlung stiegen auf durchschnittlich 62 Franken, bedingt durch die Teuerung und die Entwicklung der Betriebskosten (2009: 59 Franken). Bei rund 1300 Patienten und Patientinnen belaufen sich die Gesamtkosten pro Jahr auf schätzungsweise 29 Millionen Franken (2009: 28 Millionen Franken), wovon ungefähr 80 Prozent der Kosten durch die Krankenkassen⁵ getragen werden (exklusiv Selbstbehalt und Teile der psychosozialen Betreuung).

⁵ Die Frage der Kostenübernahme für Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigkeit durch die Krankenversicherung wird durch Anhang I Punkt 8 „Psychiatrie“ der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) geregelt. Voraussetzung ist, dass die Behandlungen gemäss den gesetzlichen Richtlinien durchgeführt werden und die verwendeten Substanzen bzw. Präparate in der Arzneimittelliste mit Tarif oder in der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Im Jahr 2002 wurde Diaphin (das „medizinische Heroin“) in die Spezialitätenliste aufgenommen. Die medizinische Behandlung mit Diaphin ist leistungspflichtig. Drogenabhängige sind grösseren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als der Bevölkerungsdurchschnitt. Sie sind häufiger krank und öfter im Spital. Mit der HeGeBe, die von den Krankenkassen zu einem Teil mit finanziert wird, gelingt es, den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand erheblich zu verbessern. Dadurch sind notfallmässige

Der 1997 in einer umfassenden Studie⁶ mit sozioökonomischer Analyse errechnete volkswirtschaftliche Gesamtnutzen belief sich auf 96 Franken pro Tag und Person. Dieser Betrag ist gleich der Differenz der insgesamt anfallenden Kosten vor und während der Behandlung. Die Kosten beliefen sich damals auf 51 Franken pro Tag und Person. Der gesamtwirtschaftliche Nutzen überstieg somit die Kosten um 45 Franken.

Das heisst, ein in einem HeGeBe-Zentrum behandelter Heroinabhängiger erspart der Gesellschaft Kosten, vornehmlich in Form von Strafverfolgungs- und Justizkosten sowie Gesundheitskosten. Es ist davon auszugehen, dass der gesamtwirtschaftliche Nutzen die Kosten nach wie vor in vergleichbarer Weise übersteigt. Eine im Jahr 2003 in Beantwortung des Postulats 00.3482 Waber durchgeführte Machbarkeitsstudie betreffend Aktualisierung der Erhebung der Vollkosten der HeGeBe kam zum Schluss, dass ähnliche Ergebnisse zu erwarten wären, weshalb der Bundesrat von einer entsprechenden Untersuchung absah.

1.5. Personalsituation in den HeGeBe-Zentren

Die Erhebung des BAG der Gesamtschau der Personalsituation (zuständig für alle angebotenen Substitutionsbehandlungen) in den HeGeBe-Zentren ergab folgende Resultate (Angabe der Anzahl Personen, nicht Stellenprozente): Durchschnittlich waren 2009/10 in den 23 Behandlungszentren bei einem Betrieb von 365 Tagen pro Jahr 29 Personen in der Leitung, 31 Ärzte/-innen, 82 Angestellte für die Bereiche Betreuung und Therapie aus den Berufsgruppen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie sowie 243 Beschäftigte in Abgabe und Pflege und 23 Mitarbeitende im administrativen Bereich tätig.

2. Schwerpunkte der Tätigkeiten im Bundesamt für Gesundheit (BAG)

2.1. Koordination und Netzwerkarbeit

Die ‚Verantwortlichensitzung‘, wozu jeweils sämtliche Stellen- sowie ärztliche Leitende aller HeGeBe-Zentren der Schweiz eingeladen sind, hat im Berichtszeitraum viermal stattgefunden. Nebst Informationen aus dem BAG, den Zentren und externen Partnern dient die Sitzung auch als Austausch-, Diskussions- sowie Koordinationsplattform. Themen im 2009/10 waren unter anderem: Somatik und Heroinabhängigkeit; Arbeitsintegration in den Arbeitsmarkt; Somatische Fälle: was heisst krank sein bei Heroinabhängigkeit; Integrierte somatische Versorgung.

Die ‚Fachkommission HeGeBe‘, welche aus Stellenleitenden und ärztlichen Leitenden der HeGeBe-Zentren sowie kantonalen Vertretern und weiteren Fachpersonen besteht, hat im Berichtszeitraum sechs Mal getagt und sich insbesondere mit der im Zuge der Revision des Betäubungsmittel-

Spitaleinweisungen und andere medizinische Massnahmen weniger häufig nötig. Dies entlastet das Gesundheitswesen und senkt die Kosten, was sich positiv auf die Kosten für die Krankenversicherung auswirkt.
Aufgrund der geringen Anzahl neuer Heroinkonsumierender ist in den nächsten Jahren keine weitere Kostenerhöhung zu erwarten.

⁶ Frei, A.; Greiner, R.-A.; Mehnert, A. & Dinkel, R. (1997). Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. Schlussbericht.

gesetzes zu revidierenden Verordnung vom 8. März 1999 über die ärztliche Verschreibung von Heroin (812.121.6) befasst.

2.2. Bewilligungswesen / Sekretariat

Insgesamt stellte das BAG im Jahre 2009, gemäss Verordnung Artikel 16, Absatz 1, littera a, 1356 Patientenbewilligungen (Erstbewilligungen sowie Erneuerungsbewilligungen von Patienten/Patientinnenbewilligungen), 87 Mitgabebewilligungen, 129 Hospitalisationsbewilligungen sowie 12 Arzterst-/erneuerungsbewilligungen und 21 Institutionserneuerungsbewilligungen, nach Überprüfung der jeweiligen zu erfüllenden Bestimmungen, aus. Im 2010 waren es 1418 Patientenbewilligungen, 95 Mitgabebewilligungen, 162 Hospitalisationsbewilligungen sowie 6 Arzterst-/erneuerungsbewilligungen und 10 Institutionserneuerungsbewilligungen. Die starke Zunahme der Gesuche um Hospitalisationsbewilligungen zeigt auf, dass viele der Patienten und Patientinnen schwere, zum Teil chronische Krankheiten aufweisen und dass aufgrund des steigenden Durchschnittsalters der Kohorte - die ältesten Patienten und Patientinnen sind bereits über 70 Jahre alt - zusätzliche altersbedingte Beschwerden hinzukommen.

2.3. Unterstützung und Betreuung, Kontrolle

Sämtliche HeGeBe-Behandlungszentren werden zweijährlich durch das BAG besucht und kontrolliert. Zum einen wird dabei vom BAG die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen durch die Zentren überprüft, zum anderen bieten die Besuche jedoch auch Raum, um fachliche Themen und Probleme zu diskutieren, über laufende Ereignisse zu informieren sowie den Austausch unter den Zentren zu gewährleisten. Zentrale Themen sind vor allem die Qualitätsentwicklung, die HeGeBe-Monitoringdaten sowie die Entwicklungen in den Zentren. Im Rahmen der Kontrollen wurden keine Widerhandlungen festgestellt.

2.4. Qualitätsentwicklung

- **QuaTheDA**

Das in den HeGeBe-Zentren teilweise eingeführte Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA konnte durch die 2009/10 durchgeführten internen Audits sowie die dem BAG eingereichten Management Reviews weiter implementiert und kontrolliert werden. Bereits sind einige der HeGeBe-Zentren QuaTheDA zertifiziert.

2.5. Forschungsförderung

- **Diacetylmorphin(DAM)-Tabletten zur oralen Applikation**

Der Antrag auf Registrierung von Diacetylmorphin (DAM)- Tabletten wurde im Dezember 2005 eingereicht. Am 20. Dezember 2010 wurden die (DAM)- Tabletten durch Swissmedic zugelassen. Die Tabletten bieten präventive und schadensmindernde Vorteile: sie stellen eine medizinisch risikoärmere Konsumform als die injizierbare Lösung dar, sind als ein weiterer Schritt weg vom Stras-

sen-Verhalten eines injizierenden Heroinkonsumierenden zu verstehen und ermöglichen Personen, welche sich auf der Strasse das Heroin nie injiziert, sondern geraucht haben, ebenfalls in die Heroingestützte Behandlung einzutreten.

2.6. Monitoring / Auswertungen

Seit Beginn der nationalen Kohortenstudie 1994 wird die HeGeBe wissenschaftlich begleitet. 2009/10 wurden bei Eintritt in die Behandlung sowie bei Austritt aus der Behandlung sämtliche Patienten und Patientinnen systematisch befragt. Die Auswertung dieser Daten findet jeweils Eingang in den vorliegenden Bericht.

3. Diacetylmorphin: Verwendung und statistische Angaben

3.1. Inspektionen

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit überwacht das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic seit 2002 die Verwendung des in der Schweiz verabreichten Diacetylmorphins.

Für die Jahre 2009/10 wurden Swissmedic 23 HeGeBe-Inspektionen und die alle zwei Jahre stattfindende Inspektion der Lieferfirma in Auftrag gegeben.

Ergebnis der Kontrollen: 2009/10 wurde, wie bereits in den Jahren zuvor, keine Widerhandlung festgestellt.

3.2. Verfügbare Arzneiformen

Folgende Arzneiformen standen im Jahre 2009/10 erneut zur Verfügung:

- Diaphin[®], Injektionsfläschchen zu 10 Gramm Diacetylmorphin Hydrochlorid Monohydrat zur intravenösen Verabreichung.
- Diaphin[®] IR 200 Tabletten zu 200 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid Anhydrid (dies entspricht 209 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid Monohydrat) mit rascher Freisetzung;
- Diaphin[®] SR 200 Tabletten zu 200 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid Anhydrid (dies entspricht 209 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid Monohydrat) mit Retardwirkung.

3.3. Verwendete Mengen

Im Jahre 2010 wurden von den 23 Behandlungszentren total 242.6 kg Heroin als Diacetylmorphin Hydrochlorid Monohydrat an die Patienten und Patientinnen abgegeben (2009: 228.1 kg), der von den Zentren ausgewiesene Handhabungsverlust betrug 5.4 kg. Die Differenz ist durch die Verluste bei der Handhabung der Injektionslösungen erklärbar, da immer einige Milligramm der Substanz den Ampullen nicht entnommen werden können. Dieser Handhabungs-Verlust liegt im Rahmen der vorgegebenen Toleranzgrenze von maximal 5 %.

Tab. 16: Verwendete Mengen Diacetylmorphin 2010 (in kg) im Jahre 2010 (Menge im Jahre 2009)

	2009	2010
➤ Total abgegebene Menge Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat an in der Schweiz behandelte Patienten und Patientinnen (ohne Handhabungsverlust)	228.1 kg	242.6 kg
➤ Anteil Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat in injizierbarer Form (Diaphin® i.v.)	68.1 %	61.25 %
➤ Anteil Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat in oral verabreichter Form - Tabletten IR	20.35 %	26.24 %
➤ Anteil Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat in oral verabreichter Form - Tabletten SR	11.56 %	12.51 %

Quelle: Swissmedic 2009/10

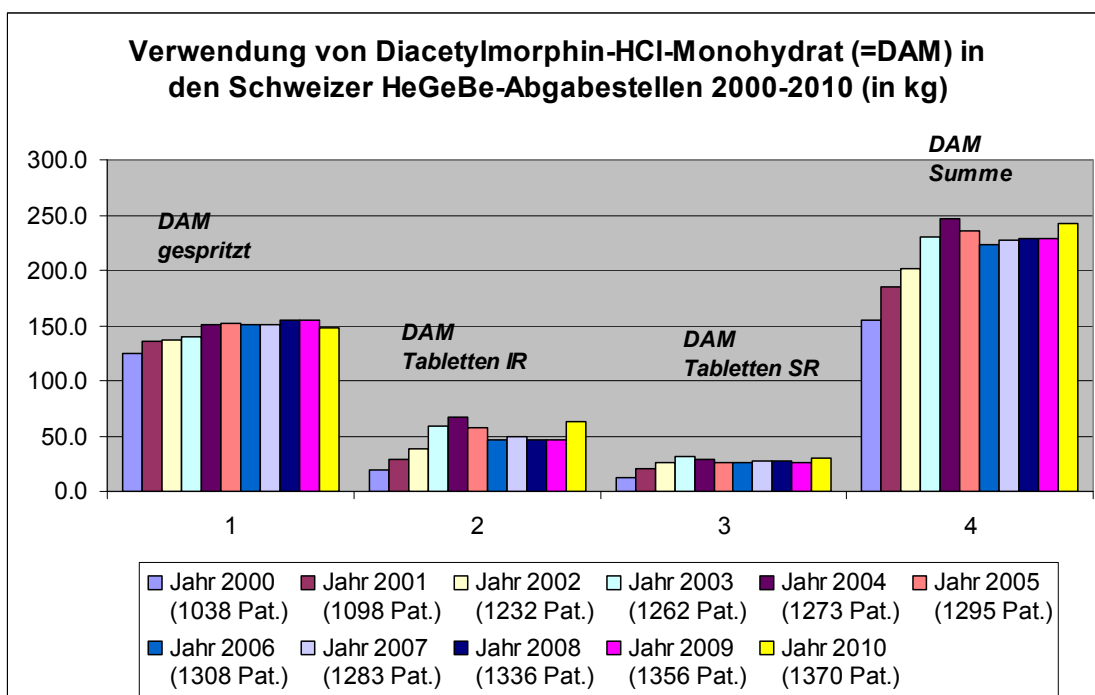


Abb. 8: Verwendung von Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat 2000-2010
Quelle: Swissmedic 2009/10

Aus der Abbildung 8 wird ersichtlich, dass sich der Verbrauch bei den Tabletten im 2010 deutlich erhöht hat. Dieser Trend könnte sich durch die kürzlich erfolgte Zulassung der Tabletten durch Swissmedic in den nächsten Jahren noch verstärken.

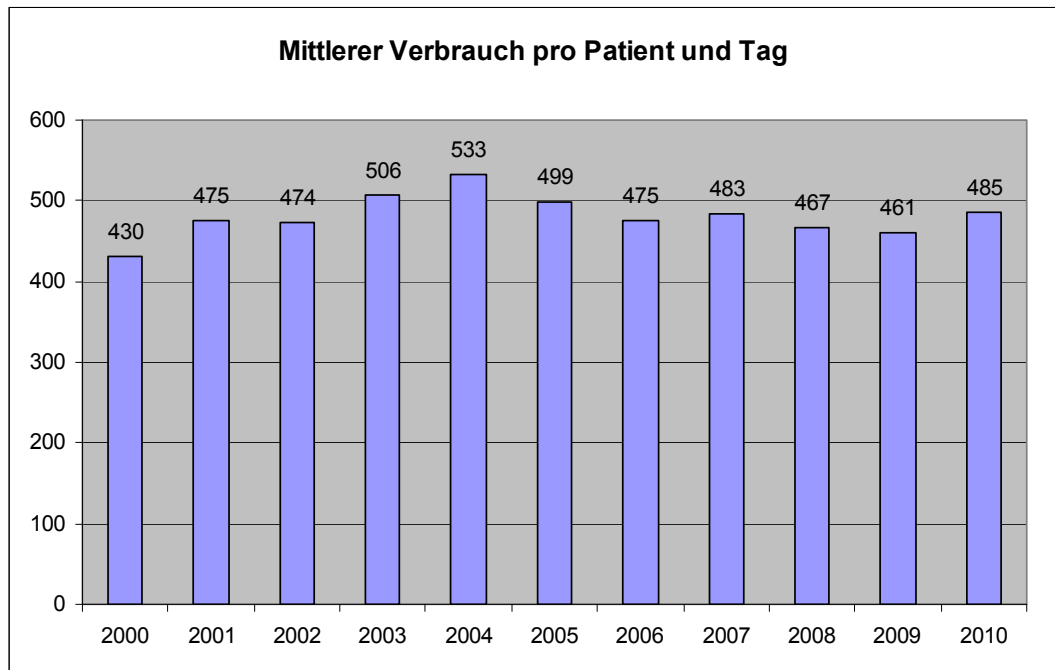


Abb. 9: Verabreichte durchschnittliche Tagesdosen an Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat in mg
Quelle: Swissmedic 2009/10

Die Schwankungen bei den durchschnittlichen Tagesdosen an Diacetylmorphin in den vergangenen Jahren hängen in erster Linie mit der Art der verwendeten Arzneiform zusammen. Wird Diacetylmorphin oral (Tabletten IR, Tabletten SR) eingenommen, muss aufgrund der verminderten Bioverfügbarkeit des Wirkstoffs ungefähr die dreifache Menge zugeführt werden.

3.4. Statistische Daten zur Weiterleitung an das internationale Kontrollorgan für Betäubungsmittel (INCB) der UNO in Wien

Artikel 32 des Betäubungsmittelgesetzes verlangt, dass die Schweizer Gesundheits-Behörde dem International Narcotics Control Board (INCB), dem internationalen Kontrollorgan für Betäubungsmittel in Wien, zuhanden der UNO die Daten aus dem Vorjahr betreffend Konsum und Herstellung im Land, Import und Export sowie die Lagerbestände zu Beginn und Ende des Berechnungsjahres zur Erstellung der internationalen Statistiken und deren Publikation per Ende Juni des laufenden Jahres zur Verfügung stellt. Die entsprechenden Daten wurden weitergeleitet.

4. Literaturliste der Publikationen aus dem Jahr 2009/10 zur Heroingestützten Behandlung

Blanken P, van den Brink W, Hendriks VM, Huijsman IA, Klous MG, Rook EJ, Wakelin JS, Barendrecht C, Beijnen JH, van Ree JM. Heroin-assisted treatment in the Netherlands: History, findings, and international context. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2010; 20 Suppl 2: S105-58.

Brekke M, Vetlesen A, Høiby L, Skeie I. [Quality of life among patients in drug-assisted rehabilitation programmes]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2010; 130(13): 1340-2.

Demaret I, Lemaître A, Ansseau M. [Efficacy diacetylmorphine (pharmaceutical heroin) for heroin treatment]. *Rev Med Liege*. 2010;65(12):681-7.

Eide-Olsen B. [Promising change of policy for drug-assisted rehabilitation]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2010; 130(13):1332.

Eiroa-Orosa FJ, Haasen C, Verthein U, Dilg C, Schäfer I, Reimer J. Benzodiazepine use among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: findings of the German randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 112(3): 226-33.

Eiroá-Orosa FJ, Verthein U, Kuhn S, Lindemann C, Karow A, Haasen C, Reimer J. Implication of gender differences in heroin-assisted treatment: results from the German randomized controlled trial. *Am J Addict*. 2010; 19(4): 312-8.

Frick U, Wiedermann W, Schaub M, Uchtenhagen A, Rehm J. [Prognostic factors from a long-term follow-up of heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2007]. *Psychiatr Prax*. 2010; 37(4): 175-82.

Haasen C, Verthein U, Eiroa-Orosa FJ, Schäfer I, Reimer J. Is heroin-assisted treatment effective for patients with no previous maintenance treatment? Results from a German randomised controlled trial. *Eur Addict Res*. 2010;16(3): 124-30.

Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 112(3):209-15.

Neira-León M, Barrio G, Bravo MJ, Brugal MT, de la Fuente L, Domingo-Salvany A, Pulido J, Santos S; Project Itinere Group. Infrequent opioid overdose risk reduction behaviours among young adult heroin users in cities with wide coverage of HIV prevention programmes. *Int J Drug Policy*. 2011; 22(1):16-25.

Nosyk B, Geller J, Guh DP, Oviedo-Joeke E, Brissette S, Marsh DC, Schechter MT, Anis AH. The effect of motivational status on treatment outcome in the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) study. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 111(1-2): 161-5.

Oviedo-Joeke E, Guh D, Marsh DC, Brissette S, Nosyk B, Krausz M, Anis A, Christian WM, Spittal P, Schechter MT. Characteristics and response to treatment among Aboriginal people receiving heroin-assisted treatment. *Can J Public Health*. 2010; 101(3): 210-2.

Oviedo-Joeke E, March JC, Romero M, Perea-Milla E. The Andalusian trial on heroin-assisted treatment: a 2 year follow-up. *Drug Alcohol Rev*. 2010; 29(1): 75-80.

Reimer J, Verthein U, Karow A, Schäfer I, Naber D, Haasen C. Physical and mental health in severe opioid-dependent patients within a randomised controlled maintenance treatment trial. *Addiction*. 2011: In press.

Schäfer I, Eiroa-Orosa FJ, Verthein U, Dilg C, Haasen C, Reimer J. Effects of psychiatric comorbidity on treatment outcome in patients undergoing diamorphine or methadone maintenance treatment. *Psychopathology*. 2010; 43(2): 88-95.

Verthein U, Haasen C, Reimer J. Switching From Methadone to Diamorphine-2-Year Results of the German Heroin-Assisted Treatment Trial. *Subst Use Misuse* 2011: In press.

Wurst FM, Thon N, Yegles M, Halter C, Weinmann W, Laskowska B, Strasser J, Skipper G, Wiesbeck GA, Dürsteler-Macfarland K. Optimizing heroin-assisted treatment (HAT): Assessment of the contribution of direct ethanol metabolites in identifying hazardous and harmful alcohol use. *Drug Alcohol Depend*. 2011; 115(1-2): 57-61.

Anhang

Zentrum	Heroingestütz- te Behandlung seit	Belegung per 31.12.2009	Belegung per 31.12.2010	Bewilligte Plätze Per 31.12.2010 (Platzzahlerhöhung im Vergleich zu 2009)
Basel, Janus	Oktober 94	148	150	150
Baselland, PDA	Juni 00	20	25	25 (+5)
Bern, Koda	Mai 94	206	196	225
Biel, Suprax	September 95	69	70	70
Brugg, HAG	September 00	19	21	50
Burgdorf, Biwak	Mai 00	50	49	50
Cazis, Realta	Januar 01	8	7	10
Chur, Neumühle	Juli 00	34	34	34
Genf, Peps	September 95	50	50	50
Horgen, DBB	September 95	30	31	35
Luzern, Drop-In	September 95	88	90	90
Olten, Herol	Mai 94	29	31	32
Schaffhausen, HeGeBe	Mai 02	23	24	25
Solothurn, Gourrama	August 95	41	43	43
Solothurn, Kost	September 95	6	2	15
St. Gallen, MSH	September 95	72	75	75
Zürich, Crossline	August 95	76	144	152
Zürich, Lifeline	Januar 94	77		
Thun, HeGeBe Thun	Juli 94	69	69	70
Wetzikon, PZW	Januar 02	12	10	25
Winterthur, Ikarus	August 95	54	54	60 (+5)
Zug, Zopa	August 95	29	28	30
Zürich, ZokL2	Januar 94	145	160	160 (+10)
Total		1355	1370	1476

Quelle: BAG, Patientendatenbank HeGeBe, 2009/10