



SUCHT | SCHWEIZ



Lausanne, September 2023
Forschungsbericht Nr. 157

Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz

Resultate der Erhebung 2022

Gerhard Gmel
Florian Labhart

Dieses Projekt wurde finanziert vom Bundesamt für Gesundheit
(Vertrag Nr. 142005213 / 321.4-7/9)

PRÄVENTION | HILFE | FORSCHUNG

Impressum

Auskunft:	Gerhard Gmel, Tel. 021 321 29 59, E-Mail: ggmel@suchtschweiz.ch
Bearbeitung:	Gerhard Gmel, Florian Labhart, Sucht Schweiz, Lausanne
Vertrieb:	Sucht Schweiz, Forschung, Av. Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne, Tel. ++41 (0)21 321 29 80 rbischof@addictionsuisse.ch
Bestellnummer:	Forschungsbericht Nr. 157
Grafik/Layout:	Sucht Schweiz
Copyright:	© Sucht Schweiz Lausanne 2023
ISBN:	978-2-88183-308-3
doi:	https://doi.org/10.58758/rech157
Zitierhinweis:	Gmel, G., Labhart, F. (2023) Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2022 (Forschungsbericht Nr. 157), Lausanne: Sucht Schweiz.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Zusammenfassung	6
1 Einleitung	7
2 Patientinnen- und Patientenverlauf seit Beginn der Statistik 1994	9
3 Überblick über Ein- und Austritte von Patientinnen und Patienten im Jahr 2022.....	13
4 Vorgeschichte der Eintritte im Jahr 2022	15
5 Soziodemographische Angaben.....	18
6 Substanzgebrauch	24
7 Hepatitis und HIV.....	29
7.1 Injektionsverhalten	29
7.2 Hepatitis A	30
7.3 Hepatitis B.....	31
7.4 Hepatitis C.....	33
7.5 HIV	35
8 Austrittsgründe	37
9 Psychische Störungen.....	38
Referenzen	41
Anhang Methodische Anmerkungen	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1a: Eintritte im Jahr 2022.....	14
Tabelle 1b: Austritte im Jahr 2022.....	14
Tabelle 2: Vorgesehene Behandlungsform bei Behandlungseintritt, 2022	16
Tabelle 3: Behandlungserfahrung nach Substanzen (Mehrfachnennungen möglich), 2022	16
Tabelle 4: Behandlungserfahrung mit Opioidagonistherapie der HeGeBe Eintritte (Mehrfachnennungen möglich), 2022	17
Tabelle 5: Vermittlungswege in die HeGeBe, 2022	17
Tabelle 6: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2022	20
Tabelle 7: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vorwiegend Ihren Lebensunterhalt bestritten? 2022	21
Tabelle 8: Welchen hauptsächlichen Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen? 2022 ..	22
Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter verschiedener Substanzen, 2022	26
Tabelle 10: Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2022	27
Tabelle 11: Hepatitis A Status bei 168 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) im Jahr 2022 ...	31
Tabelle 12: Interpretation von Hepatitis B Markern	32
Tabelle 13: Hepatitis B Test bei 168 Eintritten im Jahr 2022 (einschliesslich Wiedereintritte)	32
Tabelle 14: Vermutlicher Hepatitis B Status von 91 Eintritten, 2022.	33
Tabelle 15: Anzahl gesicherter Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2022 und im Vergleich mit den Jahren 2021 und 2020 (einschliesslich Störungen durch Alkohol und andere Drogen ohne Störungen durch Opioide/Opiate)	39
Tabelle 16: Anzahl gesicherter Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2022 und im Vergleich mit den Jahren 2019-2021, ohne Störungen durch Substanzgebrauch (Opioide/Opiate, Alkohol und andere Drogen sind ausgeschlossen)	39
Tabelle 17: Häufigkeit der ICD-10 Diagnosegruppen des Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» für die HeGeBe Austritte im Jahr 2022 und im Vergleich mit den Jahren 2020 und 2021 (Mehrfachantworten möglich).	40

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung von Institutionen in der HeGeBe im Jahr 2023 nach Kantonen.....	7
Abbildung 2: Verlauf der Anzahl Patientinnen und Patienten in HeGeBe seit 1994.	10
Abbildung 3: Behandlungsdauer von Männern und Frauen bei Austritten zwischen 2013 und 2022	11
Abbildung 4: Behandlungsdauer im Vergleich der Jahre 2013-2015, 2016-2018,2019-2021 und 2022	12
Abbildung 5: Zivilstand bei Eintritten im Jahr 2022	19
Abbildung 6: Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2022	20
Abbildung 7: Höchste abgeschlossene Ausbildung, 2022	23
Abbildung 8: Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen, alle Eintritte (inklusive Wiederein- tritte) 2022.....	25
Abbildung 9: Einstiegsalter in den Gebrauch verschiedener Substanzen, Eintritte 2022	28
Abbildung 10: Illegaler Substanzgebrauch durch Injektion, 2022	30
Abbildung 11: Durchführung von Hepatitis C Tests bei allen Eintritten (einschliesslich Wiederein- tritten) im Jahr 2022	34
Abbildung 12: Durchgeführte HIV Tests und HIV Status, Eintritte 2022	35
Abbildung 13: Austrittsgründe im Jahr 2022 und im Vergleich mit 2013-2015 ¹ , 2016-2018 ^{1,2} , 2019- 2021 ³	37

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht präsentiert die Daten zur diacetylmorphingestützten (zugelassenes Arzneimittel Diaphin®) Behandlung im Jahr 2022 von 23 Institutionen in 14 Kantonen. Diese wird historisch heroingestützte Behandlung (HeGeBe) genannt. Alle zugelassenen Institutionen sind verpflichtet, Daten zu Eintritten und Austritten ihrer Patientinnen und Patienten zu liefern.

Die Anzahl von Patientinnen und Patienten ist in den letzten zwei Jahren angestiegen und lag nach den dem Bericht zugrundeliegenden Daten im Jahr 2022 bei 1801 Personen. Im Jahr 2022 sind 168 Personen eingetreten, davon 123 erstmalig. Ausgetreten sind 87 Personen. Die Behandlungsdauer einer Behandlungsepisode liegt bei 5.8 Jahren. Die behandelte Population altert zunehmend. Waren zu Beginn der Statistik im Jahr 1994 noch 78% der Behandelten unter 35 Jahre alt, so sind es im Jahr 2022 nur noch 14.3%. Dagegen gab es im Jahr 1994 noch praktisch keine Patientinnen und Patienten über 55 Jahre. Im Jahr 2022 sind 20.9% über 55 Jahre alt.

67.9% der Population beginnt die Erstbehandlung mit oraler Applikation des Diacetylmorphins. Bei wiederaufgenommenen Behandlungen nach Behandlungsunterbruch (Wiedereintritten) verschieben sich die Behandlungen zu vermehrten intravenösen Behandlungen. Erstmalig waren auch nasale Applikationen möglich, wovon aber nur in Ausnahmen Gebrauch gemacht wurde. Wie es bei Patientinnen und Patienten der Diacetylmorphinbehandlung vorgeschrieben ist, weisen Patientinnen und Patienten Vorbehandlungen mit anderen Opioidagonistentherapien auf. Ein Viertel hatte zusätzliche Behandlungen wegen anderer Suchtproblematiken, wobei die Behandlungen wegen Tabak- und Medikamentenmissbrauchs im Jahr 2022 angestiegen sind.

Die Mehrheit der Patienten lebt von der Rente, Sozialhilfe und von Arbeitsunfähigkeitsbezügen. Knapp ein Viertel hat ein - teilweise unregelmäßiges - Erwerbseinkommen. Ersteintritte kommen zu 89.2% aus stabilen Wohnsituationen oder therapeutischen Einrichtungen. Der Anteil Personen mit keiner oder nur obligatorischer Schulausbildung ist leicht steigend und liegt im Jahr 2022 bei 42.6%.

Neben dem Heroin gebrauchen die Patientinnen und Patienten vor dem Eintritt häufig weitere illegale Substanzen (insbesondere illegal erworbene Benzodiazepine) aber auch die legalen Substanzen Alkohol und Tabak.

Fast ein Viertel der HeGeBe Population hat im Leben potenziell nicht sterile Spritzen gebraucht (9.6% in den letzten 12 Monaten vor der Behandlung) und ist somit besonders vulnerabel für Hepatitis und HIV. Die Datenlage zu Hepatitis und HIV ist aufgrund fehlender Werte jedoch nach wie vor schlecht. Trotzdem scheint es bei Vorliegen von Ergebnissen kaum Personen mit akuter oder chronischer Hepatitis B zu geben. Die Mehrheit der – leider zu selten - getesteten Personen ist Hepatitis C negativ und die Prävalenz chronisch Hepatitis C erkrankter Personen hat abgenommen. Sie liegt im Jahr 2022 unter 10%. Es wurden keine HIV-Neuerkrankungen festgestellt. Zu betonen ist jedoch, dass in der Regel bei mehr als 50% der Population keine Testergebnisse für Hepatitis A, B, und C sowie HIV vorliegen.

Bei den Austritten gehen planmässige Übertritte in andere Institutionen oder andere Behandlungsformen deutlich zurück und liegen im Jahr 2022 bei 24% der Austritte. Dagegen steigen Todesfälle an und liegen im Jahr 2022 bei 34%.

im Jahr 2023 wird im zweijährigen Turnus berichtet. Der nächste Bericht wird somit im Jahre 2025 veröffentlicht. Für diese Berichte werden beim Eintritt (auch bei Wiedereintritten nach Behandlungsunterbruch) von jeder Patientin und jedem Patienten soziodemografische Angaben, ihre/seine Behandlungsvorgeschichte, Eigenschaften des Substanzgebrauchs sowie ihr/sein Gesundheitszustand erhoben. Ebenso werden bei jedem Austritt aus der Behandlung (einschliesslich Übergang zu einer anderen Institution) zum Vergleich möglicher Veränderungen im Verlauf der Behandlung zentrale Fragen des Eintritts erneut gestellt sowie die Austrittsgründe erhoben.

Die Zielsetzungen und Aufnahmekriterien der diacetylmorphingestützten Behandlung sind auf Webseiten des BAG beschrieben¹.

Die Datenerhebung in der heroingestützten Behandlung (HeGeBe) ist Teil des gesamtschweizerischen Klientenmonitoringsystems für den Bereich der Suchthilfe *act-info* (addiction, care and therapy information), welches neben der HeGeBe auch weitere Statistiken wie die Opioidagonistentherapie und andere ambulante oder stationäre Behandlungen (beispielsweise wegen Alkohol- und illegalen Drogenmissbrauchs) führt. Seit 2013 können diese Daten direkt von den HeGeBe Institutionen mittels eines Online-Tools im Webbrowser erfasst werden. Probleme mit der Erfassung der Daten im Zeitraum vor 2013 sind im Anhang «Methodische Anmerkungen A1 Personencode» beschrieben. Der vorliegende Bericht präsentiert die Resultate zu den Ein- und Austritten HeGeBe im Jahr 2022 gemäss der *act-info* Datenbank.

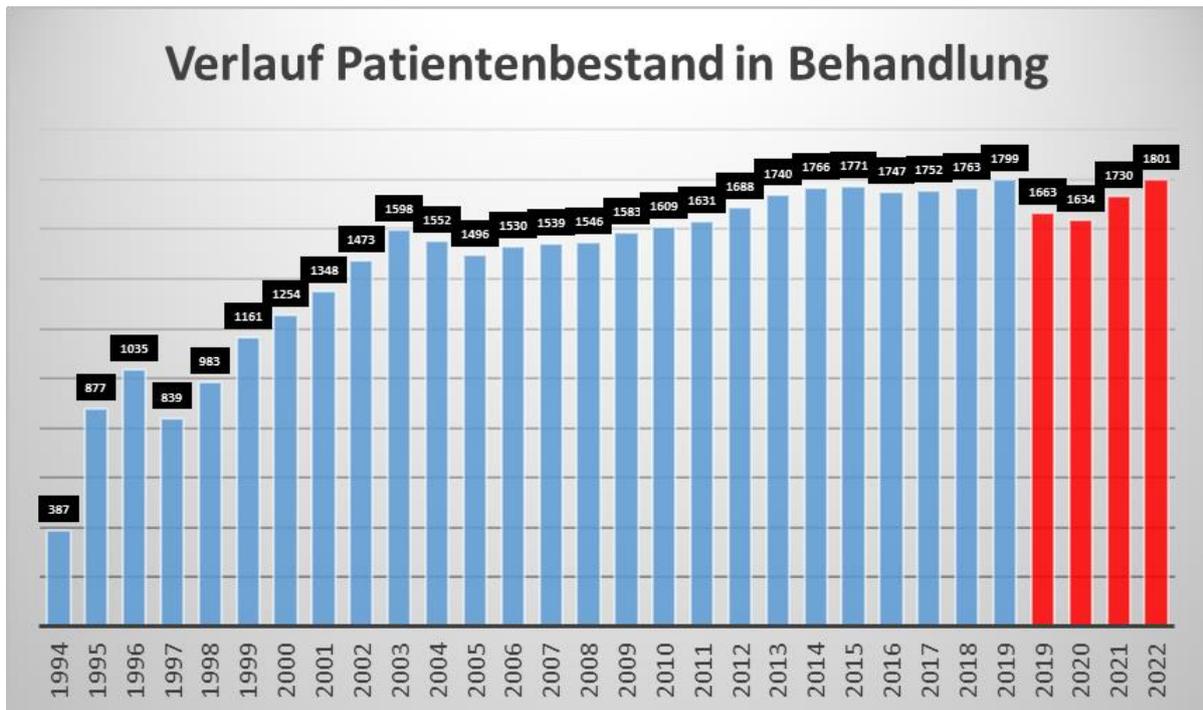
¹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung/heroingestuetzte-behandlung.html>

2 Patientinnen- und Patientenverlauf seit Beginn der Statistik 1994

Die Anzahl von Patientinnen und Patienten in Behandlung ist in den letzten 2 Jahren wieder angestiegen. Dies könnte mit der COVID-19 Pandemie aber auch der erleichterten Mitgabe von Diacetylmorphin von mehr als einer Tagesdosis zu tun haben. Zudem verbessert sich die Statistik durch die Eingabemöglichkeit bei act-info online. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Männer häufiger als Frauen eine Behandlung unterbrechen oder abbrechen. Frauen bleiben etwas häufiger bei einer Behandlung, treten seltener im ersten Jahr wieder aus und haben etwas häufiger längere Behandlungsdauern von fünf oder mehr Jahren. Frauen zeigen also eine leicht höhere Behandlungs-Adhärenz. Deutlich ist, dass die Patientinnen und Patienten in Behandlung im Durchschnitt immer älter werden. Ein immer höherer Anteil ist über 55 Jahre und gleichzeitig liegt der Anteil von Patientinnen und Patienten, die unter 35 Jahre sind, jetzt bei unter 15%. Die Behandlungsdauer wurde in früheren Berichten vermutlich unterschätzt und liegt höher, im Schnitt der Vorjahre bei etwa 5 bis 6 Jahren (2022=5.8 Jahre). Die Gesamtbehandlungsdauer dürfte höher liegen, da viele der Patientinnen und Patienten nach einem Behandlungsunterbruch wieder mit der Behandlung beginnen.

Wir gehen zurzeit für das Jahr 2022 von 1801 Patientinnen und Patienten aus, die noch in Behandlung sind (vgl. Abbildung 2). Aufgrund methodischer Probleme in den ersten Jahren der Statistik (vgl. Methodische Anmerkungen A2 Potenzielle Dateileichen und Doppelnennungen im Anhang) dürften dies etwa 150-200 Personen zu viel sein, die vermutlich bereits ausgetreten sind, aber deren Austritte nicht als solche zugeordnet werden konnten. Von Seiten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) lagen für das Jahr 1605 Bewilligungen vor. Im Jahr 2021 waren es 1526 gültige Bewilligungen. Mit der Verbesserung der Datenerhebung über act-info online sind die Veränderungen des Patientenbestandes in den letzten Jahren deutlich verbessert zu beobachten. Es ist deutlich, dass in den letzten Jahren die Anzahl an Patienten und Patientinnen in der HeGeBe zugenommen hat, was sich auch in der Statistik zu den Ein- und Austritten (vgl. Kapitel 3) bestätigt.

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

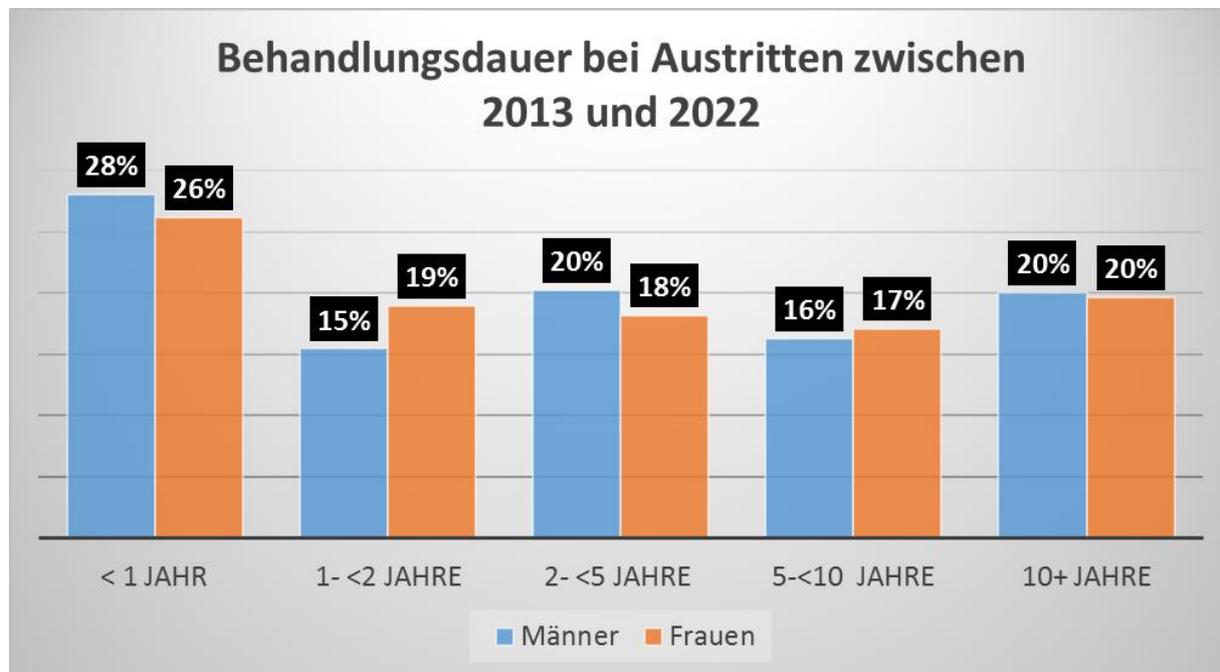


Bemerkung: In Rot die neuen Berechnungen für 2019 bis 2022, in Blau die Fortführung der ursprünglichen Berechnungen bis 2019 als Summe zwischen 2018 und dem Unterschied zwischen Ein- und Austritten 2019.

Auf die Altersverteilung bis zum Jahr 2017 sei auf Hildebrand et al. (2018) verwiesen. Es ist eindeutig, dass die Population der Patientinnen und Patienten altert. Im Jahr 1994 waren noch 78% aller HeGeBe Patientinnen und Patienten unter 35 Jahre alt. Im Jahr 2017 waren es weniger als 15%. Während es 1994 noch kaum Personen über 55 Jahre gab, waren es etwa 15% im Jahr 2017, 16.4% im Vorjahr 2021. 2022 sind 20.9% über 55 Jahre. Soweit uns Geburtsdaten vorliegen (406 fehlende Werte; 22.5%) waren im Jahr 2021 nur noch 12.4% und im Jahr 2022 14.3% der Patientinnen und Patienten in Behandlung unter 35 Jahre alt.

Abbildung 3 zeigt die Behandlungsdauer von Männern und Frauen, die zwischen 2013 und 2022 ausgetreten sind.

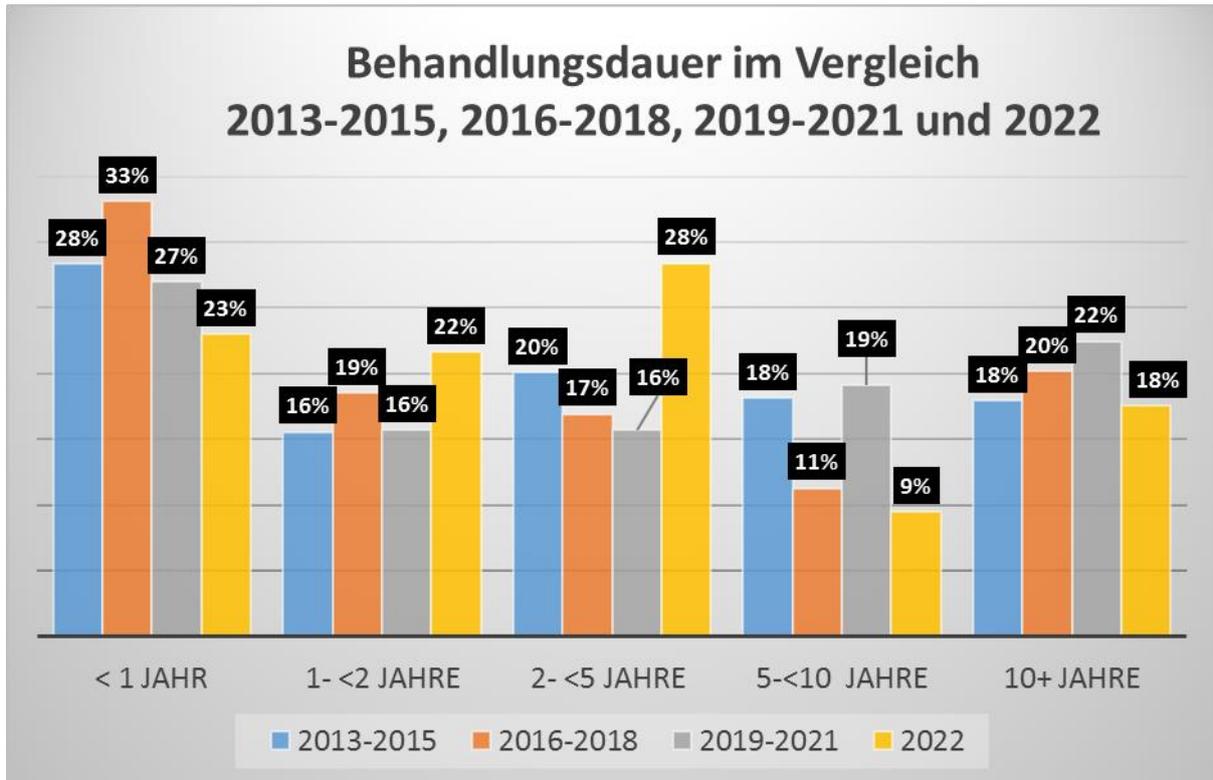
Abbildung 3: Behandlungsdauer von Männern und Frauen bei Austritten zwischen 2013 und 2022



Frauen und Männer unterscheiden sich kaum in ihren Behandlungsdauern. Sie treten etwas seltener gleich im ersten Jahr wieder aus der Behandlung aus und haben insgesamt etwas häufiger Behandlungsdauern von fünf oder mehr Jahren.

In Abbildung 4 sind die Behandlungsdauern über jeweils drei Jahre seit 2013 (Beginn der Erhebung über *act-info* online) im Vergleich mit jener des Jahres 2022 dargestellt. Man sieht, dass die Behandlungsdauer auch wegen der geringen Fallzahlen der Austritte schwanken können. Insbesondere kurzfristige Behandlungen von weniger als einem Jahr waren im Jahr 2022 seltener und in den Jahren 2016-2018 höher als im allgemeinen Durchschnitt der Jahre 2013 bis 2022. In diesem Bericht präsentieren wir Behandlungen und nicht Episoden. Um als eine Behandlung zu gelten, muss es entweder nur eine Behandlung gegeben haben oder die Wiederaufnahme einen Unterbruch von mindestens einem Monat (30 Tage) gehabt haben (vgl. Anhang Methodische Bemerkungen A3 Behandlungsepisoden, Übergang zwischen Institutionen und Wiedereintritte). Gar nicht so selten kommen Patientinnen und Patienten nach mehr als 5 bis 6 Jahren nach ihrem Unterbruch wieder in die Therapie. Im Durchschnitt dauern Behandlungen, soweit sie schlüssig vorliegen, im Jahr 2022 etwa 5.8 Jahre. Die durchschnittliche Behandlungsdauer war somit leicht kürzer als in den Vorjahren (um etwa 6.5 Jahre). Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist, bis auf wenige Ausnahmen, über die Jahre sehr stabil und liegt bei etwa 5 bis 6 Jahren. Allerdings gibt es bei den Austritten deutlich weniger Personen, die länger ununterbrochen in Behandlung (5+ Jahre) waren. Dies könnte bedeuten, dass vielleicht Dank der veränderten Mitgabep Praxis, Personen mit stabiler Behandlungslage länger in Behandlung bleiben. Es kann aber auch eine Zufallsschwankung sein, weil gerade im Jahr davor mehr Personen mit längerfristigen Behandlungen ausgetreten sind.

Abbildung 4: Behandlungsdauer im Vergleich der Jahre 2013-2015, 2016-2018, 2019-2021 und 2022



3 Überblick über Ein- und Austritte von Patientinnen und Patienten im Jahr 2022

In den letzten beiden Jahren gab es im Vergleich zu 2020 noch mehr Eintritte und weniger Austritte. Etwa ein Viertel der behandelten Personen sind Frauen. Der Anteil von Frauen mit nur einer Behandlung liegt dabei leicht höher mit etwa einem Drittel Frauen. Dies belegt die höhere Behandlungs-Adhärenz von Frauen. Ersteintritte sind mit durchschnittlich etwa 40 Jahren (Spannbreite 19-66 Jahre) wie im Vorjahr die jüngste Population. Wiedereintritte und Austritte sind durchschnittlich etwa 3-5 Jahre und Übergänge in andere Institutionen ohne Behandlungsunterbruch etwa 10 Jahre älter. Das höhere Alter bei Austritten im Vergleich zu Ersteintritten hängt mit der hinzugekommenen Behandlungsdauer ab. Ebenso sind die Personen nach zwischenzeitlicher Rückkehr in die Drogensucht beim Wiedereintritt älter als bei Ersteintritten. Bei Übergängen hängt dies mit der Aufrechterhaltung langjähriger Behandlungen selbst bei neuen persönlichen Umständen wie beispielsweise Wohnortswechseln zusammen.

Beim Verfassen des Berichtes (August 2023) lagen uns in der Monitoring-Datenbank die Ein- und Austritte für 2022 von 22 Institutionen vor. Ein Institut berichtet, keine Ein- oder Austritte gehabt zu haben. Für das Jahr 2022 wurden von diesen Institutionen 176 Eintritte (2021: 177; 2020: 150; 2019: 173; 2018: 163) registriert (Tabelle 1a und 1b). Als Wiedereintritt werden Patienten und Patientinnen gewertet, wenn zwischen den Behandlungsepisoden mindestens 30 Tage liegen. Bei Übergängen schliesst sich die Behandlung direkt an, wird aber in einer anderen Institution fortgeführt (siehe auch Box 2 in Methodische Anmerkungen A3 Behandlungsepisoden, Übergänge zwischen Institutionen und Wiedereintritte im Anhang). Die acht Übergänge von einer anderen HeGeBe Institution werden in den folgenden Analysen der Eintritte im Jahr 2022 nicht berücksichtigt.

Im Jahr 2022 gab es 87 Austritte (2021: 84; 2020: 99; 2019: 137; 2018: 135). Die acht Übergänge in eine andere HeGeBe Institution wurden in den folgenden Analysen zu den Austritten nicht berücksichtigt, da sich die Patientinnen und Patienten noch in Behandlung befinden.

Allgemein gab es wie im Jahr 2021 auch im Jahr 2022 mehr Eintritte und weniger Austritte als noch 2020.

Der Grossteil der Eintritte (vgl. Tabelle 1a) sind Ersteintritte (n=123; 114 plus neun Personen, die bereits wieder ausgetreten sind), fast alle Eintritte im Jahr 2022 befinden sich noch in Behandlung, mit Ausnahme von neun Patientinnen und Patienten die eine Erstbehandlung 2022 angefangen aber noch im selben Jahr wieder beendet haben bzw. zehn Personen, die eine Mehrfachbehandlung angefangen und wieder beendet haben. Sich noch in Behandlung befindliche Personen mit Übergängen von einer anderen HeGeBe-Institution stellen die älteste Gruppe mit etwa 52 Jahren dar. Ähnlich alt sind durchschnittlich Patientinnen und Patienten mit Übergängen zu einer anderen Institution (49.8 Jahre). Bei den Ersteintritten ist die jüngste Person gerade knapp 19 Jahre alt, aber auch mit 66 Jahren gibt es noch einen Ersteintritt. Bei den sich noch in Behandlung befindlichen Ersteintritten liegt der Anteil Männer ähnlich wie in den Vorjahren (Hiltebrand et al., 2018; Gmel et al., 2019, Gmel et al., 2020; Gmel et al., 2021, Gmel et al., 2022) bei etwa drei Vierteln. Dies zeigt, dass Personen in Erstbehandlung zwar logischerweise jünger als Personen mit mehreren Behandlungen sind, aber auch dass ältere Personen ohne vorherige heroingestützte Behandlung noch bereit sind von dieser zu profitieren. Es zeigt auch,



dass Personen bei beispielsweise Wohnortwechseln bereit sind, durch Wechsel der Institution weiter langjährig in Behandlung zu bleiben.

Tabelle 1a: Eintritte im Jahr 2022

Behandlung	Behandlungsepisode	n	Durchschnittsalter	% männlich
Noch in Behandlung	Ersteintritt	114	39.5	76%
Noch in Behandlung	Wiedereintritt	35	45.4	69%
Noch in Behandlung	Übergang von anderer Institution	8	52.0	75%

Tabelle 1b: Austritte im Jahr 2022

Behandlung	Behandlungsepisode	mit Eintritt 2022	früherer Eintritt	Durchschnittsalter	% männlich
Behandlung beendet	eine Behandlung	9	43	44.3	67%
Behandlung beendet	Mehrfache Behandlung	10	25	42.3	74%
Noch in Behandlung	Mehrfache Behandlung Übergang zu anderer Institution	0	8	49.8	75%

Bei den Austritten mit nur einer Behandlung (n=52) sowie jenen mit mehreren Behandlungen liegt das Durchschnittsalter mit über 42 bzw. über 44 Jahren naturgemäss höher als bei Ersteintritten.

4 Vorgeschichte der Eintritte im Jahr 2022

Bei Behandlungsbeginn wird in Rücksprache mit den Patientinnen und Patienten die Applikationsform des Diacetylmorphins festgelegt (oral, intravenös, intramuskulär) wobei auch gemischte Applikationen möglich sind. Neu im Jahr 2022 waren erstmals auch nasale Anwendungen zulässig. Der Trend zu vermehrten gemischten Applikationen (meist oral und intravenöse Anwendungen) hat sich im Jahr 2022 fortgesetzt und dürfte mit der veränderten Mitgabe von mehreren Tagesdosen zusammenhängen. Wie in den Vorjahren und erwartungsgemäss, da es Vorbehandlungen geben musste bevor man in die Diacetylmorphinbehandlung eintreten darf, wurde der Grossteil der Patientinnen und Patienten bereits wegen einer illegalen Substanzproblematik behandelt. Jedoch hatte mehr als ein Viertel bereits zusätzlich Behandlungen wegen anderer Suchtverhaltensweisen. Dabei sind insbesondere Behandlungen wegen Tabak- und Medikamentengebrauchs angestiegen. Bei den vorangegangenen Behandlungen war zum überwiegenden Teil die Opioidagonistherapie dabei. Allerdings hatten fast drei Viertel mehrere Behandlungsformen wie stationäre Therapien oder Entzugsbehandlungen. Letztere sind in den letzten Jahren angestiegen. Wie in den Vorjahren begehen sich die Patientinnen und Patienten häufig auf Eigeninitiative oder auf Anraten von Familie, Freunden und Bekannten in Behandlung. Die Vermittlungswege sind in den letzten Jahren stabil.

Bei den Eintritten werden nur jene berücksichtigt, die wirkliche Neueintritte bzw. Wiedereintritte sind, also keine Übergänge, bei denen häufig keine Informationen vorliegen. Dies sind 168 Patientinnen und Patienten (vgl. Tabelle 1). Dabei sind 123 Ersteintritte und 45 Wiedereintritte.

Beim Eintritt, insbesondere beim Ersteintritt (67.9%), ist die Mehrheit der vorgesehenen Applikationen von Diacetylmorphin die orale Anwendung (Tabelle 2). Dabei ist die rein orale Anwendung im Vergleich zum Vorjahr von 72.0% auf 67.9% leicht zurückgegangen. Gestiegen sind die multiplen Anwendungsformen, die im Vorjahr noch bei rund 4% lagen und jetzt bei etwa 13% liegen (Ersteintritte: 13.4%; Wiedereintritte: 12.5%). Dies sind in der Regel kombinierte orale und intravenöse Formen der Diacetylmorphineinnahme. Der Anstieg dürfte mit der erleichterten Mitgabe von mehreren Tagesdosen in Zusammenhang stehen, bei denen intravenöse Anwendungen vor Ort mit Mitgaben von oralen Anwendungen kombiniert werden. Geringere Anteile an oralen Anwendungen und höhere Anteile an intravenösen Anwendungen bei den Wiedereintritten deuten darauf hin, dass sich die rein oralen Anwendungen im Behandlungsverlauf nicht immer bewährt haben und mit Behandlungsunterbrüchen zusammenhängen könnten. Die rein orale Anwendung wird dann bei Wiederaufnahme der Behandlung häufiger zugunsten einer intravenösen und gemischten Anwendungen geändert. Die Befunde zu vermehrten intravenösen Behandlungen und weniger rein oralen Behandlungen bei den Wiedereintritten im Vergleich zu den Ersteintritten waren auch schon in den Vorjahren zu beobachten. Neu hinzugekommen sind erstmals auch nasale Anwendungen. Sie sind aber noch recht selten.

Tabelle 2: Vorgesehene Behandlungsform bei Behandlungseintritt, 2022

vorgesehene Behandlungsform	Wiedereintritte 2022		Ersteintritte 2022		Ersteintritte 2021	
	n	%	n	%	n	%
intravenös	14	35.0%	19	17.0%	26	20.8%
oral	18	45.0%	76	67.9%	90	72.0%
intramuskulär	2	5.0%	1	0.9%	3	2.4%
nasal	1	2.5%	1	0.9%	-	-
multiple Applikationen	5	12.5%	15	13.4%	6	4.8%
Total	40	100.0%	112	100.0%	125	100.0%

Bemerkung: 2022: 16 fehlende Werte, davon 11 Ersteintritte; 2021: 7 fehlende Werte Ersteintritte

Erwartungsgemäss (vgl. Aufnahmekriterien für die diacetylmorphingestützte Behandlung gemäss Art.10 BetmSV) haben fast alle Patientinnen und Patienten mit Ersteintritten Erfahrungen mit Vorbehandlungen, d.h. wegen einer Suchtproblematik für die sie bereits vor der aktuellen diacetylmorphingestützten Behandlung in Therapie waren (Tabelle 3). 98.3% haben Vorerfahrungen mit illegalen Substanzen. Bei 69.5% (nicht tabelliert) sind illegale Substanzen (in der Regel dürfte das Heroin sein) die einzigen Substanzen wegen derer es Vorbehandlungen gab. Das heisst aber, dass gut ein Viertel (30.5%) der Patientinnen und Patienten multiple Substanzprobleme hatten, wegen derer sie schon in Behandlung waren. Diese Zahlen haben sich insgesamt im Vergleich zum Vorjahr kaum verändert. Angestiegen sind dabei jedoch Vorbehandlungen wegen Tabak- oder Medikamentengebrauchs.

Tabelle 3: Behandlungserfahrung nach Substanzen (Mehrfachnennungen möglich), 2022

Behandlung wegen	Ersteintritte 2022		Ersteintritte 2021 ¹		Ersteintritte 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Alkohol	21	17.9%	15	12.1%	24	22.2%
Illegale Substanzen	115	98.3%	117	94.4%	104	96.3%
Medikamente	29	24.8%	17	13.7%	15	13.9%
Tabak	8	6.8%	4	3.2%	1	0.9%
Verhaltenssucht	6	5.1%	9	7.3%	4	3.7%

Bemerkung: 6 fehlende Werte 2022; ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021) und Gmel, Labhart & Maffli (2022); Prozentangaben beziehen sich auf insgesamt 117 Ersteintritte 2022, 124 Ersteintritte 2021 und 108 Ersteintritte 2020

Wie im Vorjahr (Tabelle 4) aber auch in den vorangegangenen Jahren wird bei den Behandlungen die Opioidagonistherapie am häufigsten genannt. Fast drei Viertel haben schon verschiedene Behandlungsformen durchgeführt. Angestiegen sind in den letzten Jahren die stationäre Therapie und der betreute Entzug. Dabei ist anzumerken, dass es sich bei den Entzügen um professionelle Entzugsbehandlungen handelt, also nicht um Entzüge, die ausserhalb der Behandlung von den Patientinnen und Patienten durchgemacht worden sind (kalter Entzug).

Tabelle 4: Behandlungserfahrung mit Opioidagonistherapie der HeGeBe Eintritte (Mehrfachnennungen möglich), 2022

Behandlung	Ersteintritte 2022		Ersteintritte 2021 ¹		Ersteintritte 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Opioidagonistherapie	106	95.5%	101	92.7%	88	89.8%
Diacetylmorphinverschreibung	8	7.2%	13	11.9%	9	9.2%
stationäre Therapie	59	53.2%	56	51.4%	32	32.7%
betreuter Entzug	63	56.8%	54	49.5%	43	43.9%
anderes	11	9.9%	16	14.7%	15	15.3%

Bemerkung: 12 fehlende Werte bei Ersteintritten 2022; ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021) und Gmel, Labhart & Maffli (2022)

Wie in den Vorjahren (Tabelle 5) läuft der Vermittlungsweg bei Ersteintritten mehrheitlich nicht über eine professionelle Instanz. Die Zahlen sind im Vergleich zu den vorangegangenen Jahren stabil.

Tabelle 5: Vermittlungswege in die HeGeBe, 2022

Vermittlungsweg	Ersteintritte 2022		Ersteintritte 2021		Ersteintritte 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Verurteilung/Massnahme/Justizbehörde/Polizei	2	1.8%	1	0.9%	4	3.8%
Arztpraxis	17	15.6%	19	16.2%	16	15.2%
andere auf Sucht spezialisierte Einrichtung	22	20.2%	26	22.2%	25	23.8%
andere Gesundheits-, medizinische oder soziale Dienste	7	6.4%	14	12.0%	8	7.6%
keine professionelle Instanz oder Fachperson beteiligt	54	49.5%	49	41.9%	48	45.7%
andere	7	6.4%	8	6.8%	4	3.8%
Total	109	100%	117	100%	105	100%

Bemerkung: 14 fehlende Werte bei Ersteintritten 2022, ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021) und Gmel, Labhart & Maffli (2022)

5 Soziodemographische Angaben

In der Mehrheit leben die Patientinnen und Patienten von der Rente, Sozialhilfe und von Arbeitsunfähigkeitsbezügen. Knapp ein Viertel (Vollzeitarbeit, Teilzeitarbeit und Gelegenheitsjobs) hat auch noch ein (ungeregeltes) Erwerbseinkommen.

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten hat zumindest eine zwei- bis vier-jährige Ausbildung abgeschlossen. Die Anteile an Personen ohne oder nur obligatorischer Ausbildung ist steigend und liegt 2022 bei 42.6%. Frauen haben häufiger keine oder nur eine obligatorische Ausbildung als Männer.

Es gibt eine leicht rückläufige Tendenz in der Stabilität der Wohnsituation 30 Tage vor dem Eintritt. Es kommen jetzt sowohl bei Ersteintritten mit 89.2% als auch Wiedereintritten mit 80.5% aus einer stabilen Wohnsituation. Im Vergleich mit 2018 und 2019 sind das bei Erst- und Wiedereintritten deutliche Zunahmen trotz eines leichten Rückganges in den Vorjahren bei den Ersteintritten (2021: 91.3%; 2020: 92.9%).

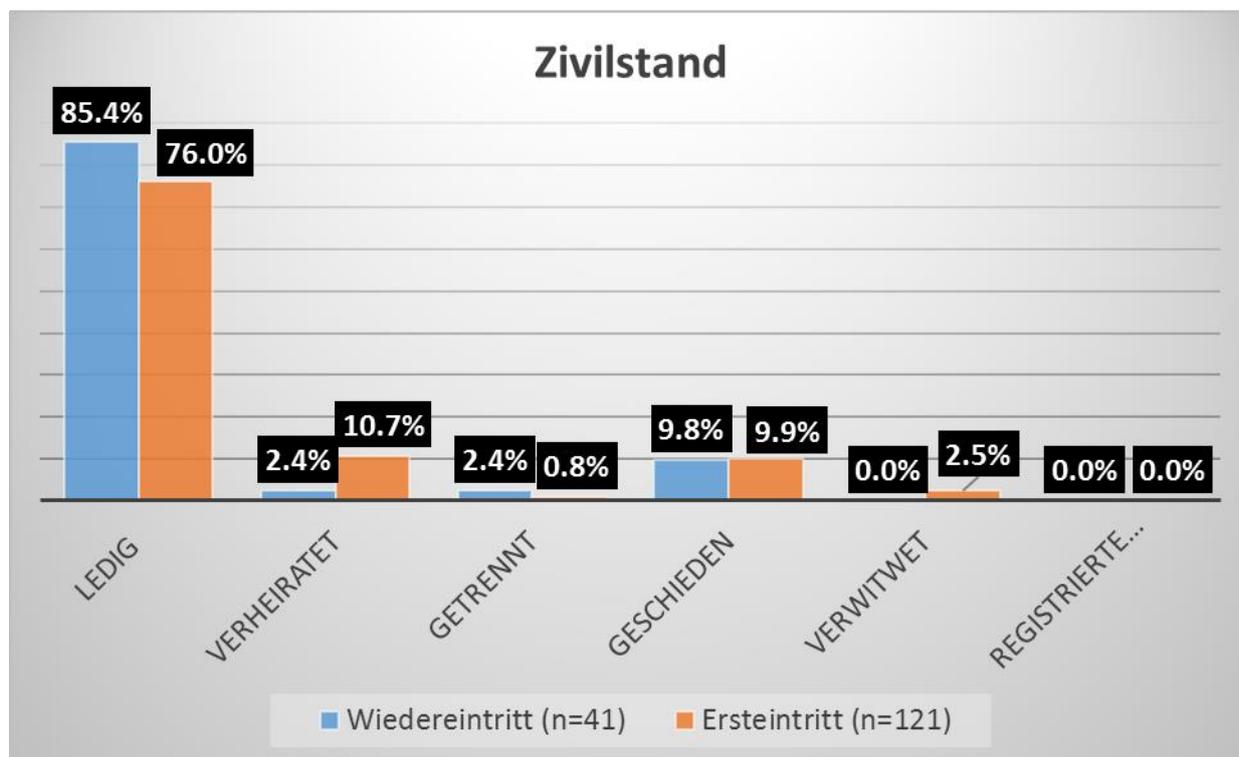
Es gibt klare Unterschiede zwischen Erst- und Wiedereintritten, aber die Datenbasis bei Wiedereintritten ist für jährliche Beobachtungen zu gering und sollte im Trend bzw. mit einer Zusammenfassung mehrerer Jahresdaten beobachtet werden. Die Datenerhebung bei Wiedereintritten (auch Übergänge von anderen Institutionen) ist häufig die einzige Quelle, um die Entwicklung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Lebensumstände beobachten zu können, da die Patientinnen und Patienten bei Austritten oft nicht anwesend sind und somit die Austrittsdaten lückenhaft sind.

Ersteingetretene sind häufiger als Wiedereingetretene ledig und seltener verheiratet. Ersteingetretene leben deutlich häufiger als Wiedereingetretene noch allein, in der Ursprungsfamilie oder mit Partner oder Kind. Frauen leben seltener allein als Männer und häufiger mit Partner oder Kind oder in therapeutischen Einrichtungen. Dieser Befund ist über die letzten Jahre stabil.

Es zeichnet sich ab, dass mehr Patientinnen und Patienten ohne Schweizer Nationalität von der Behandlung Gebrauch machen. Von den im Jahr 2022 123 Ersteingetretene besaßen 94 Personen (71.2%) die Schweizer Staatsangehörigkeit. Das ist wie bereits 2021 (71.2% und 2020 (67.5%) weniger als noch 2019 (83.7%) und bei früheren Erhebungen. Zurzeit haben wir keine Erklärung, warum der Ausländeranteil angestiegen ist, da der Befund sich aber mit den Vorjahren wiederholt hat, sollte diese Entwicklung jetzt als stabil betrachtet werden.

Wie in den Vorjahren ist die Mehrheit der Patientinnen und Patienten im Jahr 2022 ledig. Ersteingetretene sind häufiger als Wiedereingetretene noch verheiratet. Etwa 10% sind geschieden (Abbildung 5).

Abbildung 5: Zivilstand bei Eintritten im Jahr 2022



Bemerkung: 6 fehlende Werte, davon 2 bei Ersteintritten

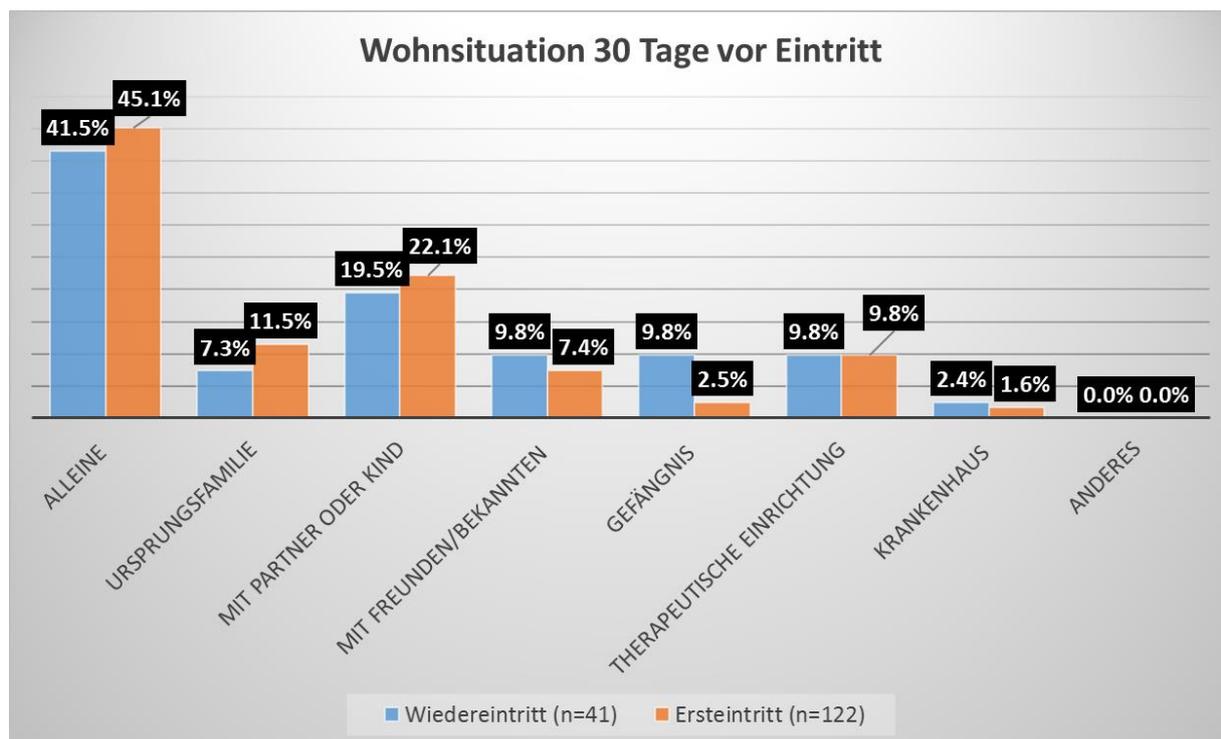
Ersteingetretene leben im Jahr 2022 häufiger noch als Wiedereingetretene in der Herkunftsfamilie oder mit Partner(in) und Kind(ern) (Abbildung 6). Wiedereingetretene kommen dagegen häufiger aus dem Gefängnis. Der Anteil allein wohnender Personen ist bei den Wiedereingetretenen von 64.5% im Jahr 2020 auf 37.9% im Jahr 2021 zurückgegangen und liegt jetzt 2022 bei 41.5%. Dieser Rückgang ist auf ein Zunehmen des Lebens mit Partner(in) und/oder Kinder(n) und auch auf vermehrte Gefängnisaufenthalte zurückzuführen. Die Tatsache, dass Ersteintretende eher noch mit Partner, Kindern oder mit der Ursprungsfamilie zusammenleben, könnte damit zusammenhängen, dass sie im Vergleich zu den Wiedereingetretenen noch nicht so einen langen Weg in der Sucht hinter sich haben und somit die sozialen Effekte noch nicht so ausgeprägt sind.

Zwischen den Geschlechtern gibt es Unterschiede. Männer lebten häufiger in den letzten 30 Tagen allein, Frauen dagegen mit Partner oder Kind, bei Freunden und Bekannten oder in therapeutischen Einrichtungen. Diese Unterschiede waren bereits in den beiden Vorjahren zu beobachten und scheinen sich zu stabilisieren.

Im Hinblick auf das Zusammenleben mit Kindern gibt es insgesamt nur wenig Unterschiede zu den Vorjahren. Die Verhältnisse sind recht stabil. Etwa zwei Drittel haben keine Kinder (68.6%), etwa ein Fünftel (20.5%) hat zwar Kinder, lebt aber nicht mehr mit diesen zusammen. 9.0% leben noch mit zumindest einem Kind zusammen.

Allerdings gibt es auch hier Unterschiede zwischen den Wiedereintritten und den Ersteintritten. Wiedereintritte sind im Vergleich zu Ersteintritten seltener kinderlos Kinder (60% versus 72%) oder sie haben Kinder, aber leben mit diesen nicht mehr zusammen (30% versus 17%). Doppelt so häufig als Wiedereintritte (5%) leben Ersteintritte (10%) noch mit ihrem Kind oder ihren Kindern zusammen.

Abbildung 6: Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2022



Bemerkung: 5 fehlende Werte, davon 1 bei Ersteintritten

Wie Tabelle 6 zeigt, lebten 2022 89.2% der Ersteingetretenen in einer stabilen Wohnsituation oder therapeutische Einrichtung. Das ist im Vergleich zu den Vorjahren (2021: 91.3%; 2020: 92.9%) zwar ein leicht rückläufiger Trend aber eine deutlich bessere Situation im Vergleich zu den Jahren 2019 (84.7%) und 2018 (81.0%). Das Wohnen in einer stabilen Wohnsituation oder therapeutischen Einrichtung ist bei Wiedereintritten (nicht tabelliert) mit 80.5% im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert (2021: 75.0%; 2020: 90.3%) und liegt im Vergleich zu den Jahren 2018 und 2019 (2019: 71.9%, 2018: 64.7%) deutlich höher.

Tabelle 6: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2022

Wohnsituation	Ersteintritte 2022		Ersteintritte 2021 ¹		Ersteintritte 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
stabile Wohnsituation	96	80.0%	102	80.3%	90	80.4%
instabile Wohnsituation	10	8.3%	7	5.5%	6	5.4%
Gefängnis	3	2.5%	4	3.1%	2	1.8%
therapeutische Einrichtung	11	9.2%	14	11.0%	14	12.5%

Bemerkung: 3 fehlende Werte bei den Ersteintritten 2022, ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021) und Gmel, Labhart & Maffli (2022)

Erwartungsgemäss lebten über zwei Drittel der Ersteintritte von der Sozialhilfe (38.8%) oder der Rente (33.9%). Insbesondere der Anteil Rentenempfänger und Rentenempfängerinnen ist in den letzten Jahren angestiegen. Vom Erwerbseinkommen lebten mit 15.7% etwas weniger als im Vorjahr (2021: 18.8% 2020: 17.4%, vgl. Tabelle 7) und mehr als im Jahr 2019 mit 13.2%. Ansonsten gibt es bei den Ersteintritten keine nennenswerten Unterschiede zum Vorjahr. Bei den Wiedereintritten (nicht tabelliert) verringern sich die Anteile an Personen mit Sozialhilfe mit 32.5% (2021: 35.7%; 2020: 39.4%; 2019: 53.1%). Personen mit Rente liegen mit 37.5% niedriger als im Vorjahr (2021: 42.9%; 2020: 42.4%; 2019: 25.0%), dagegen ist der Anteil an Erwerbstätigen von 10.7% im Jahr 2021 auf 17.5% im Jahr 2022 gestiegen. Angesichts der geringen Fallzahlen kann bei letzten beiden Beobachtungen noch nicht von einem Trend gesprochen werden.

Tabelle 7: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vorwiegend Ihren Lebensunterhalt bestritten? 2022

Lebensunterhalt	Ersteintritte 2022		Ersteintritte 2021 ¹		Ersteintritte 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Erwerbseinkommen	19	15.7%	24	18.8%	17	13.2%
Ersparnisse	2	1.7%	0	0.0%	0	0.0%
Rente (AHV/IV)	41	33.9%	35	27.3%	34	26.4%
Sozialhilfe/Fürsorge	47	38.8%	49	38.3%	65	50.4%
Arbeitslosenversicherung	2	1.7%	4	3.1%	3	2.3%
durch Partnerin/Partner	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%
durch Eltern/ Familienmitglieder/ Freunde	5	4.1%	5	3.9%	2	1.6%
Dealern/mischeln	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%
andere illegale Einkünfte	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Prostitution	1	0.8%	1	0.8%	0	0.0%
Taggeldversicherung	0	0.0%	6	4.7%	3	2.3%
Anderes	4	3.3%	4	3.1%	3	2.3%
Total	121	100.0%	128	100.0%	129	100.0%

Bemerkung: 2 fehlende Werte bei den Ersteintritten 2022, ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021) und Gmel, Labhart & Maffli (2022)

Im Jahr 2022 waren 23.1% aller Ersteintritte (2021: 24.0%; 2020: 26.2%; 2019: 19.7%; 2018: 24.0%) erwerbstätig (Voll- oder Teilzeitarbeit bzw. Gelegenheitsjobs). Die Mehrheit war demgemäss mit 40.2% im Jahr 2022 entweder arbeitslos (mit bzw. ohne aktive Stellensuche; 2021: 34.4%; 2020: 39.8%; 2019: 45.7%, 2018: 48.8%) oder mit 33.3% nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv (Rentnerin/Rentner, Arbeitsunfähigkeit, Hausfrau/-mann; 2021: 36.0%; 2020: 29.1%; 2019: 28.3%; 2018: 24.0% vgl. Tabelle 8). Zumindest in den letzten Jahren deutete sich eine Verschiebung von der Arbeitslosigkeit hin zum Verlassen des Arbeitsmarktes an, die sich aber im Jahr 2022 nicht fortsetzte. Bei den Wiedereintritten (nicht tabelliert) ist im Vergleich zu den Vorjahren eine Zunahme der Vollzeitarbeit mit 21.1% zu beobachten, die mit dem Ausreisser 2020 leicht steigend zu sein scheint (2021: 19.2 %; 2020: 9.1%; 2019: 18.8%). Die Arbeitslosigkeit ohne aktive Stellensuche liegt mit 23.7% in etwa beim Wert des Vorjahres (2021: 23.1%; 2020: 27.3% 2019: 40.6%) und niedriger als noch 2020 und 2019. Auch hier gilt es die geringe Fallzahl bei Wiedereintritten und somit starken Schwankungen von Jahr zu Jahr zu beachten.

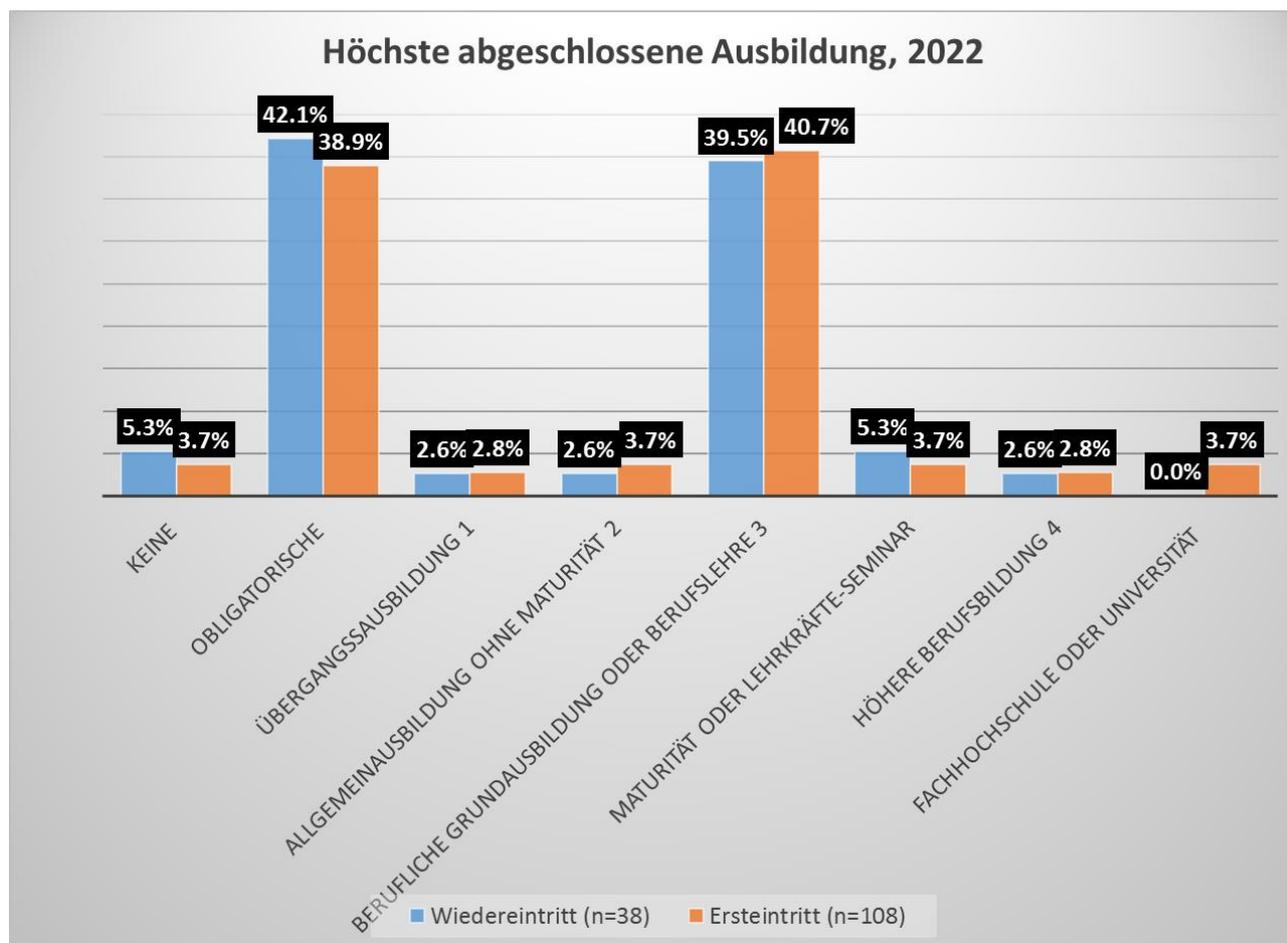
Tabelle 8: Welchen hauptsächlichen Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen? 2022

Erwerbsstatus	Ersteintritte 2022		Ersteintritte 2021 ¹		Ersteintritte 2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Vollzeitarbeit (ab 70%)	17	14.5%	22	17.6%	15	14.6%
Teilzeitarbeit	7	6.0%	6	4.8%	10	9.7%
Gelegenheitsjobs	3	2.6%	2	1.6%	2	1.9%
in Ausbildung	1	0.9%	1	0.8%	0	0.0%
arbeitslos und aktive Stellensuche	12	10.3%	14	11.2%	12	11.7%
arbeitslos und keine aktive Stellensuche	35	29.9%	29	23.2%	29	28.2%
Rentner/Rentnerin (Pension, AHV, Rücklagen)	8	6.8%	3	2.4%	12	11.7%
Arbeitsunfähigkeit (IV/Taggeld)	31	26.5%	41	32.8%	17	16.5%
Hausfrau/-mann	0	0.0%	1	0.8%	1	1.0%
Anderes	3	2.6%	6	4.8%	5	4.9%
Total	117	100%	125	100%	103	100%

Bemerkung: 6 fehlende Werte bei Ersteintritten 2022, ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2021) und Gmel, Labhart & Maffli (2022)

Interessant ist, dass 2022 mit 50.9% wie in den Vorjahren (2021: 56.5%; 2020: 50.5%; 2019: 60.8%; 2018: 60.5%) über die Hälfte der ersteingetretenen Patientinnen und Patienten eine berufliche Grundausbildung oder höhere Ausbildung abgeschlossen haben (Abbildung 7). Wiedereintritte unterscheiden sich kaum von Erseintritten. Im Jahr 2022 hatten 58.5% der ersteingetretenen Frauen (37.5% der Männer) keine oder nur eine obligatorische Ausbildung. Mit Ausnahme des letzten Jahres (2021; Frauen: 35.7%; Männer 40.6%) lagen die Anteile bei den Frauen mit geringer Bildung (keine oder nur obligatorisch) immer deutlich über jenen der Männer. Im Jahr 2020 waren es 55.0% (2019: 50.0%) der ersteingetretenen Frauen und 37.3% der Männer (2019: 26.4%). Zumindest bei den Männern ist in den letzten Jahren eine Zunahme der niedrigen Ausbildungsstufen zu beobachten. Insgesamt hatten 42.6% Ersteingetretene keine oder nur eine obligatorische Ausbildung (2021: 39.5; 2020: 40.8%; 2019: 31.7%; 2018: 34.5%). Dies ist steigend.

Abbildung 7: Höchste abgeschlossene Ausbildung, 2022



Bemerkung: 22 fehlende Werte, davon 15 bei Ersteintritten

- 1 : 1-jährige Ausbildung:** Vorlehre, 10. Schuljahr, 1-jährige Berufswahlschule, Haushaltslehrljahr, Sprachschule mit Zertifikat, Sozialjahr, Brückenangebote o.ä.
- 2 : 2- bis 3-jährige Ausbildung:** Diplommittelschule DMS, Fachmittelschule FMS, Verkehrsschule o.ä.
- 3 : 2- bis 4-jährige Ausbildung:** Berufslehre, berufliche Grundausbildung mit eidg. Fähigkeitszeugnis oder Berufsattest, Anlehre, Vollzeitberufsschule, Handelsmittelschule, Lehrwerkstätte o.ä.
- 4 :** eidg. Fachausweis, höhere Fachprüfung mit eidg. Diplom oder Meisterdiplom, höhere Fachschule (HF) für Technik, HF für Wirtschaft, Ingenieurschule HTL, höhere Fachschule HWV, HFG, HFS o.ä.

6 Substanzgebrauch

Patientinnen und Patienten der HeGeBe haben im Leben häufig mehrere Substanzen eingenommen. Neben Heroin und den legalen Substanzen Alkohol und Tabak spielen dabei insbesondere Kokain, Cannabis, LSD, aber auch Benzodiazepine und Amphetamine eine Rolle. Ebenso wurden noch in den 30 Tagen vor Eintritt neben Heroin häufig Benzodiazepine und die legalen Suchtmittel Alkohol und Tabak gebraucht. Die Daten zum Einstiegsalter lassen vermuten, dass in der Regel mit den legalen Substanzen Alkohol und Tabak sowie Cannabis begonnen wird. Im späteren Alter kommen dann bei den Patientinnen und Patienten weitere illegale Substanzen wie Kokain und Heroin dazu. Erst später, etwa im Alter von 25 Jahren, kommen dann auch Methadon, Crack und illegales Buprenorphin hinzu. Zu beobachten gilt der deutlich frühere Einstieg in den Fentanylgebrauch, der allerdings nur bei wenigen Personen beobachtet worden ist.

Um die Fallzahlen zu erhöhen (vgl. Methodische Anmerkungen A4 Datenunsicherheit beim Substanzgebrauch im Anhang) und teilweise vieler fehlender Werte wurden alle Eintritte einschliesslich Wiedereintritte verwendet. Tabelle 9 und 10 zeigen die Ergebnisse zum Substanzgebrauch im bisherigen Leben (Lebenszeitprävalenz), zum Einstiegsalter und zu den Gebrauchstagen in den letzten 30 Tagen. Abbildung 8 zeigt die Lebenszeitprävalenz. Abbildung 8 zeigt die Rangordnung der Lebenszeitprävalenzen im Jahr 2022. Die Rangreihe im Jahr 2022 hat sich im Vergleich zu den Vorjahren nur unwesentlich verändert. Es wird deutlich, dass die Patientinnen und Patienten neben dem Heroin häufig auch Tabak, LSD, Kokain, Alkohol, Cannabis, Amphetamine und Benzodiazepine gebraucht haben. Auffällig im Vergleich zu den Vorjahren ist die Zunahme des Lebenszeitgebrauchs von Crack, Fentanyl und GHB/GBL.

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

Abbildung 8: Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen, alle Eintritte (inklusive Wiedereintritte) 2022

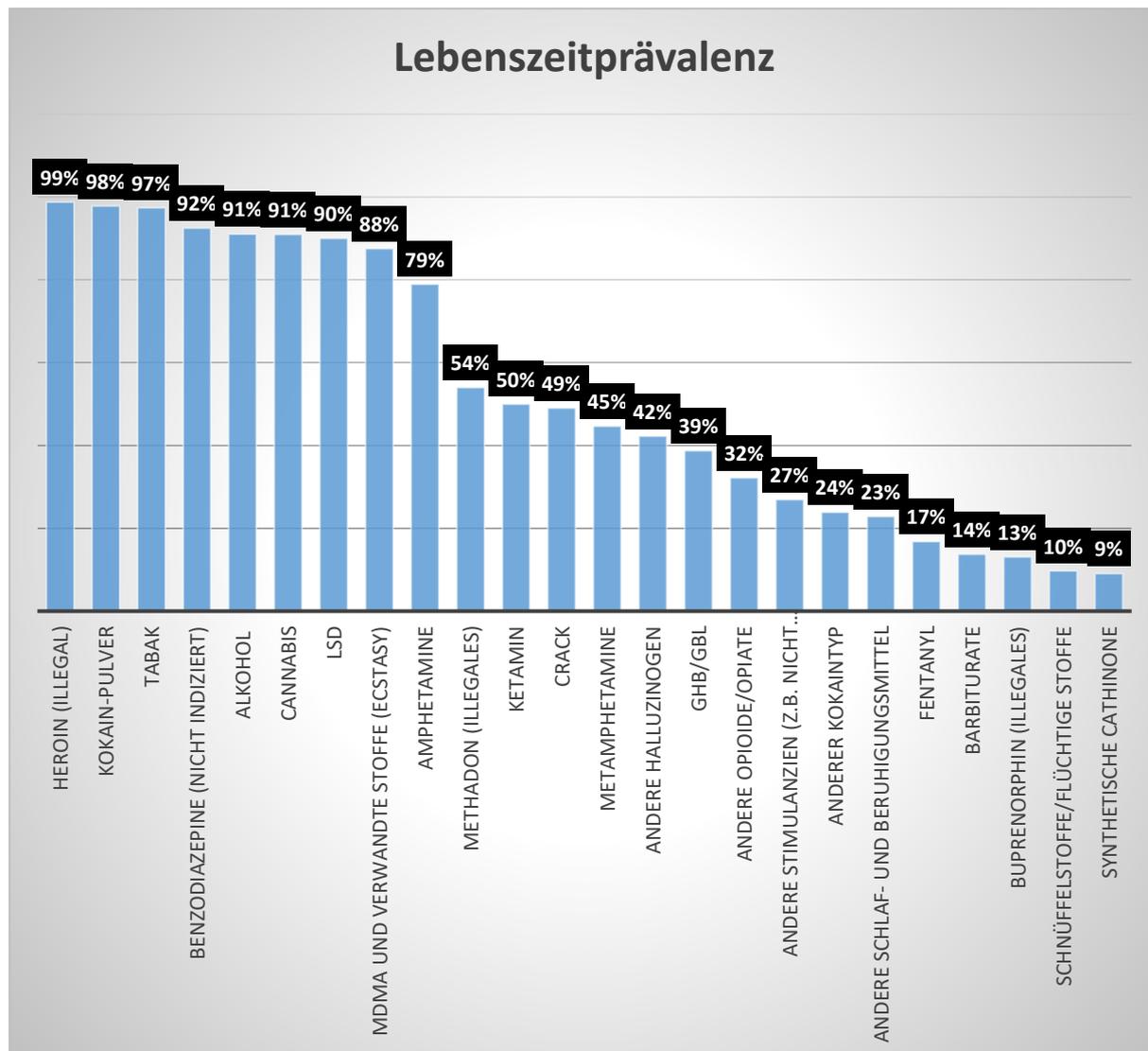


Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter verschiedener Substanzen, 2022

Substanz	Lebenszeitprävalenz			Einstiegsalter			
	fehlende Werte	valide Werte	Lebenszeitgebrauch	valide Werte (von ja)	min	max	Durchschnittsalter (in Jahren) beim Einstieg
Alkohol	23	145	91.0%	87 (132)	8	37	15.3
Heroin (illegales)	9	159	98.7%	114 (157)	6	33	19.6
Methadon (illegales)	31	137	54.0%	41 (74)	14	43	26.0
Buprenorphin (illegales)	53	115	13.0%	8(15)	17	46	28.0
Fentanyl	55	113	16.8%	10(19)	15	30	22.2
andere Opiode/Opiate	50	118	32.2%	16(38)	13	44	24.9
Kokain-Pulver	33	135	97.8%	92(132)	12	48	19.6
Crack	66	102	49.0%	34(50)	13	40	22.6
Anderer Kokaintyp	80	88	23.9%	13(21)	16	51	23.9
Amphetamine	92	76	78.9%	42(60)	13	47	19.0
Metamphetamin	102	65	44.6%	17(29)	15	46	24.8
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	96	72	87.5%	43(63)	11	42	18.8
Synthetische Cathinone	113	55	9.1%	2(5)	18	40	29.0
Anderer Stimulanzien (z.B. nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	116	52	26.9%	8(14)	10	45	22.1
Barbiturate	95	73	13.7%	5 (10)	15	40	21.4
Benzodiazepine (nicht indiziert)	62	106	92.5%	57(98)	13	50	23.4
GHB/GBL	88	80	38.8%	18(31)	16	38	20.9
Anderer Schlaf- und Beruhigungsmittel	98	70	22.9%	10(14)	15	40	23.4
LSD	108	60	90.0%	36(60)	13	28	18.9
Ketamin	113	54	50.0%	16(27)	15	40	22.5
andere Halluzinogene	123	45	42.2%	14(19)	15	40	20.0
Schnüffelstoffe/flüchtige Stoffe	65	103	9.7%	6(10)	15	25	19.5
Cannabis	24	144	91.0%	91(131)	8	23	14.8
Tabak	15	153	97.4%	97(149)	9	20	14.3

Tabelle 10: Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2022

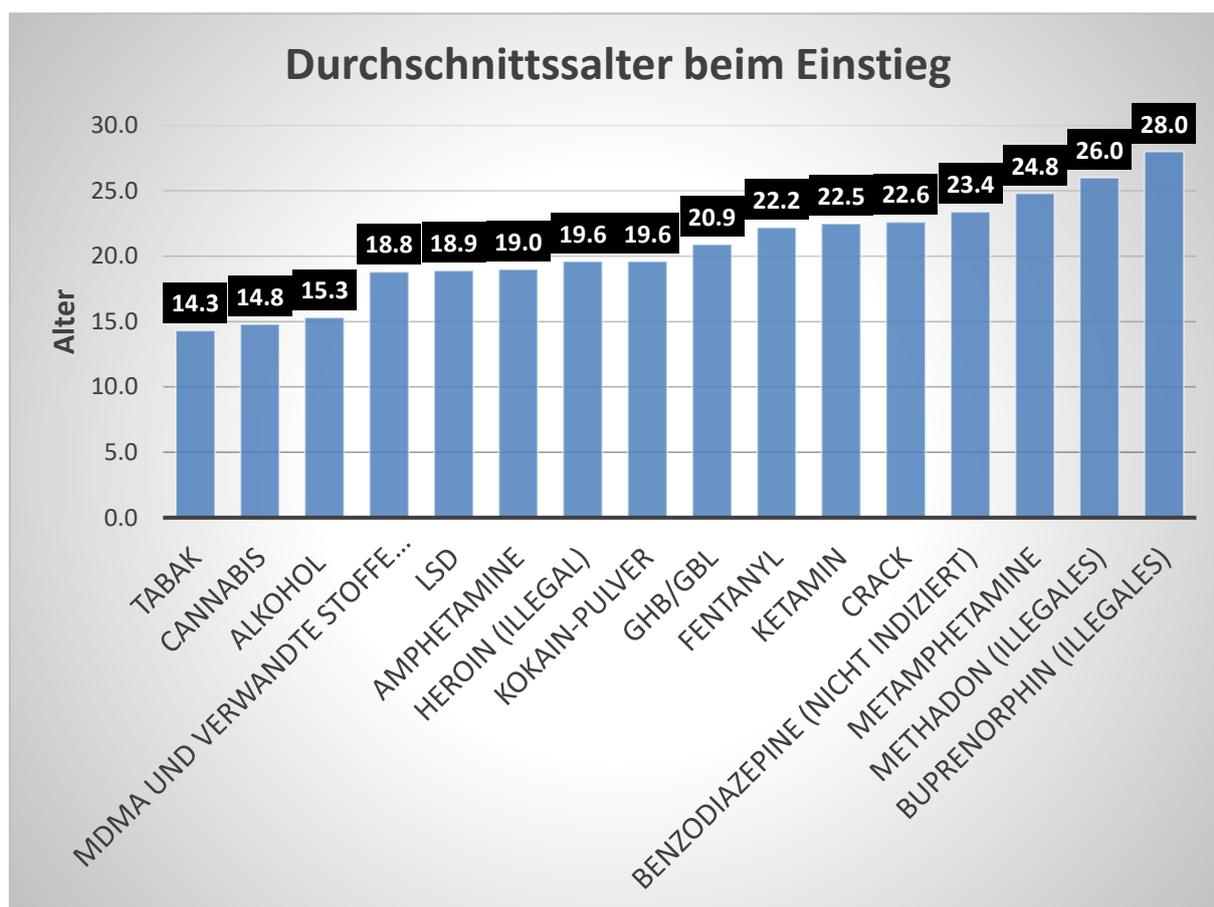
Substanz	Gebrauch letzte 30 Tage							
	valide Werte	Kein Gebrauch	1-9 Tage	10-19 Tage	20-30 Tage	Durchschnitt (in Tagen)	n mit Gebrauch 30 Tage	Durchschnitt (in Tagen) bei Gebrauchenden
Alkohol	76	36.8%	22.4%	6.6%	34.2%	11.5	48	12.3
Heroin (illegales)	104	20.2%	12.5%	4.8%	62.5%	19.6	83	24.6
Methadon (illegales)	31	67.7%	3.2%	6.5%	22.6%	7.5	10	14.0
Buprenorphin (illegales)	7	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0
Fentanyl	8	75.0%	0.0%	12.5%	12.5%	5.3	2	21.0
Andere Opiode/Opiate	16	43.8%	6.3%	12.5%	37.5%	12.7	9	22.6
Kokain-Pulver	80	51.3%	28.8%	6.3%	13.8%	5.4	39	11.2
Crack	26	65.4%	15.4%	3.8%	15.4%	5.5	9	16
Anderer Kokaintyp	10	40.0%	30.0%	0.0%	30.0%	8.2	6	13.7
Amphetamine	25	92.0%	4.0%	0.0%	4.0%	1.3	2	16.0
Metamphetamine	10	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.7	2	3.5
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	30	96.7%	0.0%	0.0%	3.3%	1.0	1	30
Synthetische Cathinone	2	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0
Andere Stimulanzien (z.B. nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	8	37.5%	12.5%	0.0%	50.0%	15.3	5	24.0
Barbiturate	6	83.3%	0.0%	0.0%	16.7%	5.0	1	30.0
Benzodiazepine (nicht indiziert)	57	42.1%	15.8%	1.8%	40.4%	12.6	33	21.7
GHB/GBL	14	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0
Andere Schlaf- und Beruhigungsmittel	10	80.0%	10.0%	10.0%	0.0%	2.0	2	10.0
LSD	23	91.3%	8.7%	0.0%	0.0%	0.2	2	2.0
Ketamin	10	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0
Andere Halluzinogene	11	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0
Schnüffelstoffe/Flüchtige Stoffe	3	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.7	1	2.0
Cannabis	70	54.3%	12.9%	7.1%	25.7%	9.0	32	19.7
Tabak	100	8.0%	1.0%	2.0%	89.0%	26.9	74	29.2

Abbildung 9 zeigt das Durchschnittsalter beim Einstieg in den Gebrauch verschiedener Substanzen. Es ist wichtig zu betonen, dass dies nur für Lebenszeitgebrauchende der jeweiligen Substanz berechnet

worden ist. Nicht alle Patientinnen und Patienten nehmen alle diese Substanzen (vgl. Abbildung 8). Die Werte stellen Durchschnittswerte bei den Nutzenden dar. Die Spannweite des Einstiegsalters kann Tabelle 9 entnommen werden.

Auch wenn es im Vergleich zu den Vorjahren einige seltene Verschiebungen in der Rangreihe innerhalb der groben Blöcke (z.B. früherer Einstieg in den Gebrauch legaler Substanzen und Cannabis versus späteren Einstieg in den Gebrauch von Crack, Methadon oder Buprenorphin gibt (vgl. Gmel, Labhart und Maffli, 2022), so bleibt die Reihenfolge der groben Blöcke im Wesentlichen erhalten. Auffällig ist das frühere Einstiegsalter von Fentanyl sowie das spätere Einstiegsalter von Metamphetaminen im Vergleich zum Vorjahr. Beide Angaben beruhen jedoch auf weniger als 20 Personen.

Abbildung 9: Einstiegsalter in den Gebrauch verschiedener Substanzen, Eintritte 2022



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

7 Hepatitis und HIV

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

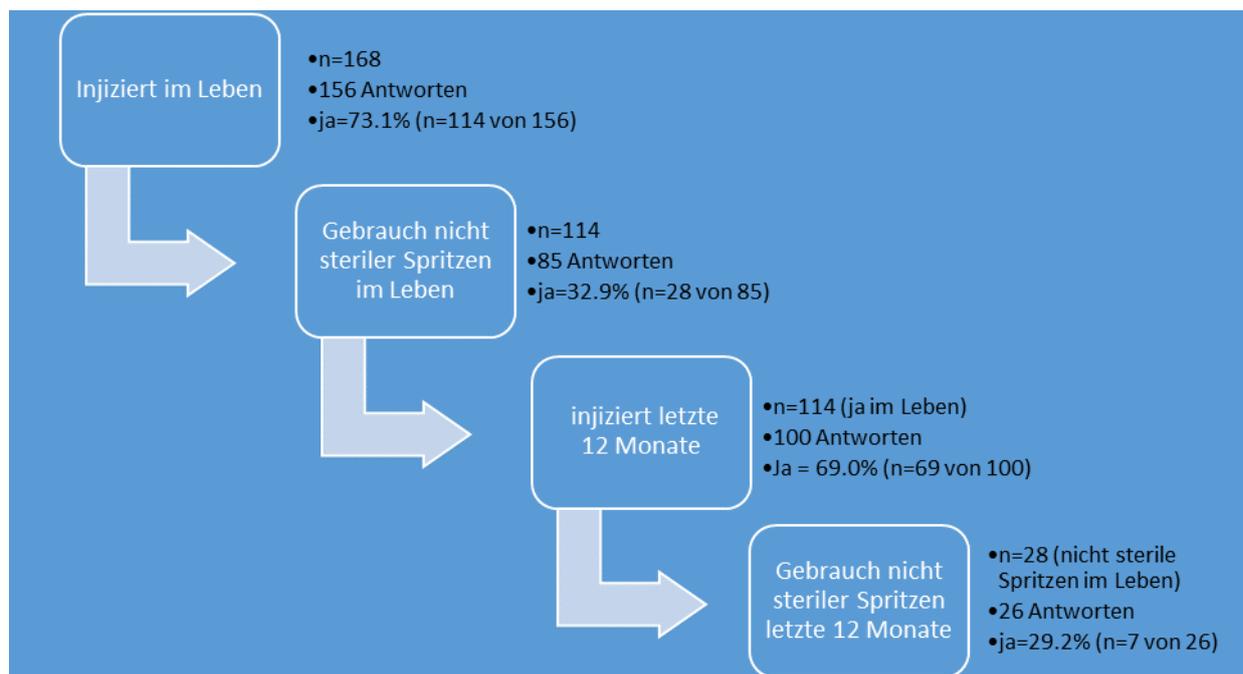
7.1 Injektionsverhalten

Es gibt eine nicht unbeträchtliche, schwerabhängige Population (26.9%), die in die Behandlung mit Diacetylmorphin gelangt, obwohl sie nach eigenen Angaben nie injiziert hat. Dieser Anteil ist nach Zunahmen in den letzten drei Jahren erstmalig wieder rückläufig. Fast ein Viertel hat im Verlaufe des Lebens nicht steriles Spritzenmaterial benutzt und war somit sehr vulnerabel für Hepatitis und HIV. Knapp eine von zehn Personen hat in den letzten 12 Monaten nicht steriles Material verwendet. Dies stellt wie schon im Jahre 2021 eine deutliche Zunahme im Vergleich zu den zwei Vorjahren dar.

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

Wie schon in den Vorjahren haben mehr als ein Viertel (26.9%) der HeGeBe Patientinnen und Patienten nach eigenen Angaben nie im Leben injiziert (vgl. Abbildung 10). Im Vorjahr 2021 waren es sogar 30.9%. Das erklärt auch den hohen Anteil an oralen Behandlungen (vgl. Tabelle 2), die jedoch zum Teil auch mit der neuen Verordnung zur Mitgabe zusammenhängen dürfte. In den letzten zwölf Monaten vor dem Eintritt waren es, wie in den Vorjahren, fast 50% der Patientinnen und Patienten ohne Injektion (69.0% von 73.1% = 50.4% mit Injektionen). Insgesamt sind seit 2019 die Anteile ohne Injektion im Verlaufe des Lebens (18.2% im Jahr 2019; 25.9% im Jahr 2020; 30.9% im Jahr 2021; 26.9% im Jahr 2022) erstmalig rückläufig. Dies gilt auch für den Anteil an Patientinnen und Patienten ohne Injektion in den letzten zwölf Monaten (39.8% im Jahr 2019; 53.2% im Jahr 2020; 54.2% im Jahr 2021; 49.6% im Jahr 2022).

Abbildung 10: Illegaler Substanzgebrauch durch Injektion, 2022



Fast ein Viertel (32.6% von 73.1% = 24.1%) hat im Leben schon mal potenziell nicht sterile Spritzen gebraucht und 9.6% (29.2% von 32.9% = 9.6%) in den letzten zwölf Monaten vor Behandlungseintritt. Letzteres ist ein Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren (2019: 4.9%; 2020: 1.5%; 2021: 8.9% in den letzten 12 Monaten).

7.2 Hepatitis A

Über den Hepatitis A Status dieser vulnerablen Population von Drogenkonsumierenden ist zu wenig bekannt. Dies betrifft sowohl den Impfstatus als auch den Status von Hepatitis A Tests. Fast 75% der Patientinnen und Patienten könnten empfänglich sein (sie sind empfänglich oder ihr Status ist unbekannt). Entweder benötigen Patientinnen und Patienten mehr Information und Prävention oder die Institutionen sollten bei Eintritten vermehrt auf die Testung Wert legen.

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

Bei den 168 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) ist bei 62 Personen sowohl unbekannt, ob sie geimpft worden sind, als auch, ob sie einen Test gemacht haben. Das sind mit 36.9% deutlich weniger als noch im Vorjahr (2021: 42.7%).

Bei weiteren 13 Eintritten ist zwar die Frage nach der Impfung beantwortet worden, aber es blieb unbekannt, ob dabei ein Test durchgeführt worden ist. Zehn Personen davon hatten eine vollständige Impfung und werden der Gruppe «immun» zugeschrieben. Insgesamt gaben 35 Personen (inklusive jener mit Test) an, vollständig geimpft worden zu sein. Das entspricht bei 168 Personen 20.8% (2021: 22.3%;

2020: 26.0%; 2019: 27.1%). Indes ist bei 101 Personen (60.1%) der Impfstatus nicht bekannt. 81 Personen gaben an, einen Test gemacht zu haben, und bei 74 liegt ein Ergebnis vor. Zuzüglich der 10 Personen, die aus der Impfungsfrage dazugezählt werden können, liegt für 85 Personen ein Testergebnis vor und für 83 Personen ist der Hepatitis A Status unbekannt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Hepatitis A Status bei 168 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) im Jahr 2022

Status	n (=168)	% bei allen (n=168)	% bei vorliegendem Ergebnis (n=85)
unbekannt	83	49.4%	
negativ, also empfänglich	42	25.0%	49.4%
immun (Impfung, überstandene Infektion)	43	25.6%	50.6%

Diese Ergebnisse entsprechen in etwa jenen der Vorjahre.

7.3 Hepatitis B

Die Datenlage zu Hepatitis B ist aufgrund häufig fehlender Diagnostik unzureichend. Es ist zukünftig zu klären, warum so selten Tests durchgeführt werden. Doch selbst bei dieser dünnen Datenlage scheint relativ klar zu sein, dass nur wenige Patientinnen und Patienten akut oder chronisch infiziert sind. Indes könnte knapp ein Drittel (25%) noch für eine Infektion empfänglich sein.

In der Schweiz sind etwa 62'000 Personen mit einer Hepatitis B infiziert². Bei etwa 5-10% der im Erwachsenenalter Infizierten entwickelt sich eine chronische Hepatitis B. Die Prävalenz und Inzidenz der Hepatitis B hat weltweit und auch in der Schweiz abgenommen. In der Schweiz erkranken jährlich etwa 40 Personen neu an einer akuten Hepatitis B, wobei Männer mit einem Anteil von rund 75% weitaus häufiger betroffen sind. Die Mehrheit der Infektionen (etwa 55%) tritt in der Altersgruppe der 35- bis 60-Jährigen auf³. Das Ansteckungsrisiko bei Gebrauch nicht sterilen Spritzenmaterials ist bei der Hepatitis B etwa 50- bis 100-mal so hoch wie bei HIV⁴.

Um halbwegs aussagekräftigere Ergebnisse erzielen zu können, wurden bei Hepatitis B alle Eintritte im Jahr 2022 untersucht, also Ersteintritte und Wiedereintritte. Drei Marker sind von besonderer Bedeutung. **Anti-HBs** sind Antikörper, die gegen das Membranprotein auf der Zelloberfläche des Hepatitis-B-Virus gerichtet sind. Sie sind vom Immunsystem gebildete Antikörper, die auch nach einer Impfung vorliegen. **HBs-Antigens (HBsAg)** zeigen an, dass akute oder chronische Infektionen vorliegen. Sie verschwinden nach Heilung. Das Vorliegen von Anti-HBs bei Verschwinden von HBsAg zeigt erfolgte Immunisierungen an, entweder nach vollständiger Abheilung oder nach Impfung. **HBc-Antikörper (Anti-HBc)** zeigen an, ob der Patient Kontakt mit dem Virus hatte. Sie sind positiv, wenn der Patient akut oder chronisch erkrankt ist oder die Erkrankung ausgeheilt ist (vgl. Tabelle 12).

² <https://hepatitis-schweiz.ch/formen/hepatitis-b>

³ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hepatitis-b.html>

⁴ <https://hepatitis-schweiz.ch/formen/hepatitis-b>

Um unterscheiden zu können, ob jemand durch Impfung immun ist oder die Krankheit ausgeheilt ist, muss man wissen, ob geimpft worden ist oder Anti-HBc vorliegen. Impfungen liefern nur dann Schutzwirkung, wenn der Geimpfte in den Wochen nach der letzten Dosis eine sicher nachweisbare Menge an Anti-HBs gebildet hat. Die Nachkontrolle wird jedoch häufig versäumt.

Tabelle 12: Interpretation von Hepatitis B Markern

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

Bei 85 Eintritten (50.8%) wird angegeben, dass schon mal ein Hepatitis B Test gemacht worden ist (2021: 52.4%). Bei 40.0% (2021: 44.5%) liegt keine Information vor (nicht bekannt oder fehlende Werte). Nur neun Personen gaben explizit an, nie einen Test gemacht zu haben. Bei 23 Personen wurde der Test beim Eintritt vorgenommen, das entspricht 13.7% (2021: 16.3%; 2020: 21.3%; 2019: 25.9%) aller Eintritte. Die Tests bei Eintritt sind also weiterhin rückläufig. Bei weiteren 51 Personen, also 30.5% (2021: 27.7%; 2020: 34.6%; 2019: 22.9%), wurde angegeben, dass der Test früher gemacht worden sei.

Um eine einigermaßen gesicherte Diagnose stellen zu können, braucht man zumindest zwei Marker, wenn möglich alle drei. Wie Tabelle 13 zeigt, liegen aber von den 168 Eintritten nur bei 21.4% (2021: 20.5%; 2020: 20.0%; 2019: 21.8%) also bei 36 Personen, die Marker komplett vor. Die Situation ist hat sich leicht verbessert. Lagen 2021 noch bei 63.0% keinerlei Marker vor, so sind es 2022 nur noch 57.8% ohne jegliche Marker.

Tabelle 13: Hepatitis B Test bei 168 Eintritten im Jahr 2022 (einschliesslich Wiedereintritte)

Marker	positiv	negativ	% aller Eintritte (n=168)
Anti-HBc	13	48	36.3%
Anti-HBs	25	32	33.9%
HBsAg	0	44	26.5%
komplette Testergebnisse			21.4%
keine Testergebnisse			57.8%

Bei den Analysen wurde zusätzlich miteinbezogen, ob Patientinnen und Patienten bereits geimpft worden sind. Dies, um für Fälle, bei denen zumindest unvollständige Marker vorlagen, eine etwas gesicherte Aussage treffen zu können. Bei 54.8% (2021: 53.0%; 2020: 46.0%; 2019: 48.2%) liegen keine Angaben (n=92) über die Impfung vor. Für 43 Personen wird eine vollständige Impfung angegeben, das entspricht bei 76 Personen mit Angaben 56.8% (2021: 53.8%). Neun Personen gaben eine unvollständige Impfung an. Bei zehn Personen wurde kein Test gemacht, weil bereits ein positiver Nachweis von

HBc-Antikörpern (mit oder ohne HBs Antikörper) vorlag. Sieben Personen verweigerten den Test, bei vier Personen soll er nachgeholt werden (ist beschlossen) und drei Personen gaben andere Gründe für die Nichtimpfung an. Im Wesentlichen hat sich an der schlechten Datenlage im Vergleich zu 2021 nicht viel verändert. Tabelle 14 gibt den geschätzten (best guess) Hepatitis B Status bei 91 (von 168) Eintritten an.

Tabelle 14: Vermutlicher Hepatitis B Status von 91 Eintritten, 2022.

	Patientinnen und Patienten	%
empfindlich	28	31%
immun durch Impfung	25	27%
immun (durchgemachte Krankheit)	10	11%
Kontakt mit Virus (unbekannter Status)	8	9%
vermutlich ausgeheilt, kein oder unklarer Immunschutz	2	2%
keinerlei Marker liegen vor, aber vollständige Impfung	18	20%
Aktuelle Hepatitis B Infektion liegt vor	0	0%
Total	91	100%

7.4 Hepatitis C

Die Datenlage zu Hepatitis C in der HeGeBe hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dennoch liegt bei 41.6% der im Jahr 2022 Eingetretenen kein Status vor. Das sind allerdings deutlich weniger als in früheren Jahren, jedoch mehr als noch im Jahr 2020. Bei Personen mit Testresultaten ist die Mehrheit negativ und die Prävalenz chronisch Erkrankter hat stark abgenommen und liegt jetzt bei unter 10%.

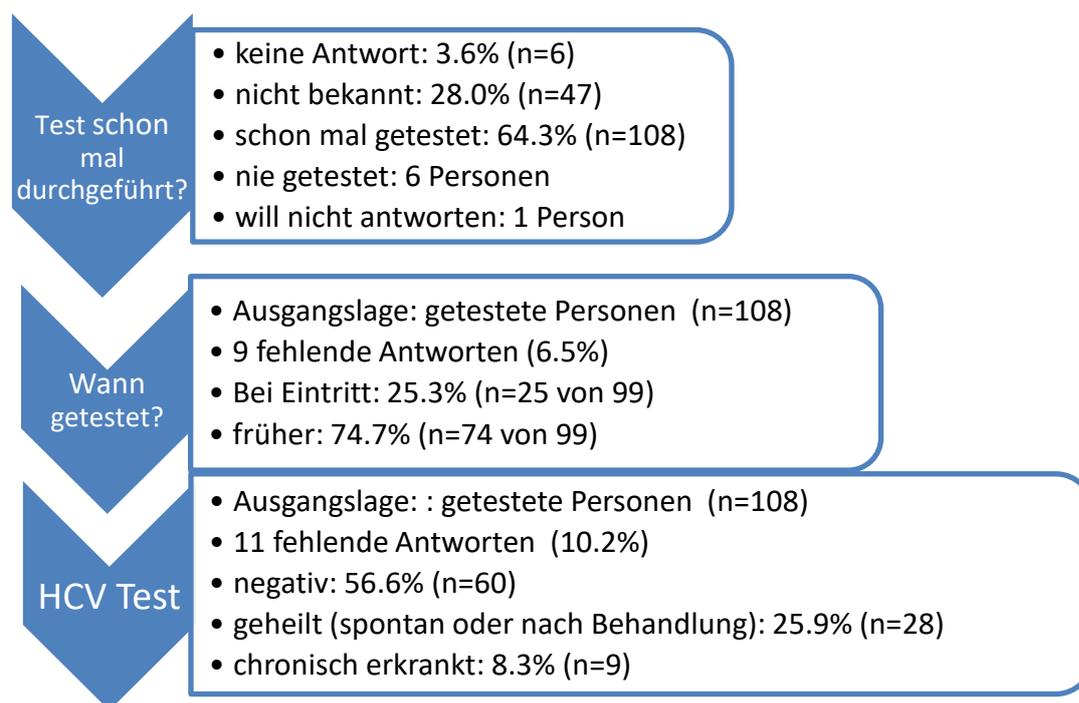
In der Schweiz sind ca. 0.5% der Bevölkerung mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert. Etwa 32'000 Personen sind chronisch infiziert und dem BAG werden jährlich etwa 900-1000 neu diagnostizierte chronische Fälle gemeldet⁵. Die Zahl der Meldungen von Menschen mit akuter Hepatitis C ist hierzulande seit 2006 stabil; gemeldet werden etwa 50 neue akute Fälle pro Jahr (BAG, Infodrog, 2019). Der Männeranteil ist hoch und beträgt konstant ca. 70%. Junge Erwachsene in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen sind stark betroffen (etwa 60 bis 65 % der Fälle). Eine Mehrheit der neu diagnostizierten Infektionen ist auf intravenösen Substanzgebrauch zurückzuführen.

Jedes Jahr werden ca. 500 Personen mit einer HCV-Infektion diagnostiziert, die Drogen intravenös applizieren. Schätzungsweise sind zwischen 7'700 und 15'400 Drogenkonsumierenden mit HCV infiziert (BAG, Infodrog, 2019). Man schätzt den Anteil an HCV-Infizierten in stationären Suchtbehandlungen bzw. in niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen auf je ca. 30 Prozent. Bei Patientinnen und Patienten, die neu in eine diacetylmorphingestützte Behandlung (HeGeBe) eintreten, wird der Anteil auf 60 Prozent geschätzt (BAG, Infodrog, 2019).

⁵ <https://hepatitis-schweiz.ch/formen/hepatitis-c>

Für die Analyse der Hepatitis C wurden alle Eintritte 2022 herangezogen (Abbildung 11). Der Grund dafür ist, dass jährliche Untersuchungen empfohlen sind, weil auch nach durchgemachter Erkrankung keine Immunität vorhanden ist. Wiederaansteckungen sind somit möglich. Es gibt keine Hepatitis C Impfung. Jedoch gibt es neuerdings effektive Medikamente, die verhindern, dass Genesene die Krankheit übertragen. Systematische Testung und Behandlung könnten somit mittelfristig die Krankheit eliminieren. Die WHO setzt sich eine 80%ige Reduktion akuter Infektionen und eine 65%ige Reduktion der Mortalität zum Ziel bis 2030 (WHO, 2021).

Abbildung 11: Durchführung von Hepatitis C Tests bei allen Eintritten (einschliesslich Wiedereintritten) im Jahr 2022



Insgesamt ist festzuhalten, dass von 166 Eintritten im Jahr 2022 bei 69 letztendlich nicht bekannt ist, welchen Hepatitis C Status die Patientinnen und Patienten haben; das entspricht 41.6% (2021: 40.4%; 2020: 34.7%). Ein Grund dafür ist, dass bei 35.7% (vgl. Abbildung 11) nicht bekannt ist, ob sie getestet worden sind oder nicht. Dies bestätigt teilweise die Schätzungen, die von etwa einem Viertel bis zur Hälfte ungetesteter Patientinnen und Patienten in Opioidagonistherapie ausgehen (BAG, Infodrog, 2019). Bei Personen mit Angaben, sagen nur fünf explizit, sie seien noch nicht getestet worden. Von 64.3% (2021: 63.9%; 2020: 71.3%; 2019: 71.2%) ist zumindest bekannt, dass sie mal getestet worden sind, auch wenn das Testergebnis teilweise nicht bekannt ist. Von diesen Getesteten wurden 25.3% (2021: 29.8%; 2020: 32.7%; 2019: 43.8%) beim Eintritt getestet, 74.7% (2021: 70.2%; 2020: 60.7%; 2019: 53.7%) früher (vgl. Abbildung 11), wobei bei etwa einem Drittel der Test länger als ein Jahr zurückliegt. Die Testungen beim Eintritt sind also weiter rückläufig. Bezogen auf Patientinnen und Patienten mit durchgeführtem Test sind 56.0% (2021: 59.2%; 2020: 57.0%; 2019: 52.2%) negativ. 29.9% (2021: 19.8%; 2020: 26.0%; 2019: 26.3%) sind zum Zeitpunkt des Testes geheilt und 8.3% (2021: 14.2%; 2020: 15.0%; 2019: 18.6%) chronisch erkrankt.

Seit Jahren geht der Prozentsatz chronisch Erkrankter in der HeGeBe zurück. Gemäss Hildebrand et al. (2018) waren es im Zeitraum 2001 – 2004 noch 72.7%, im Zeitraum 2013-2016 noch 37.1%, 2017 noch

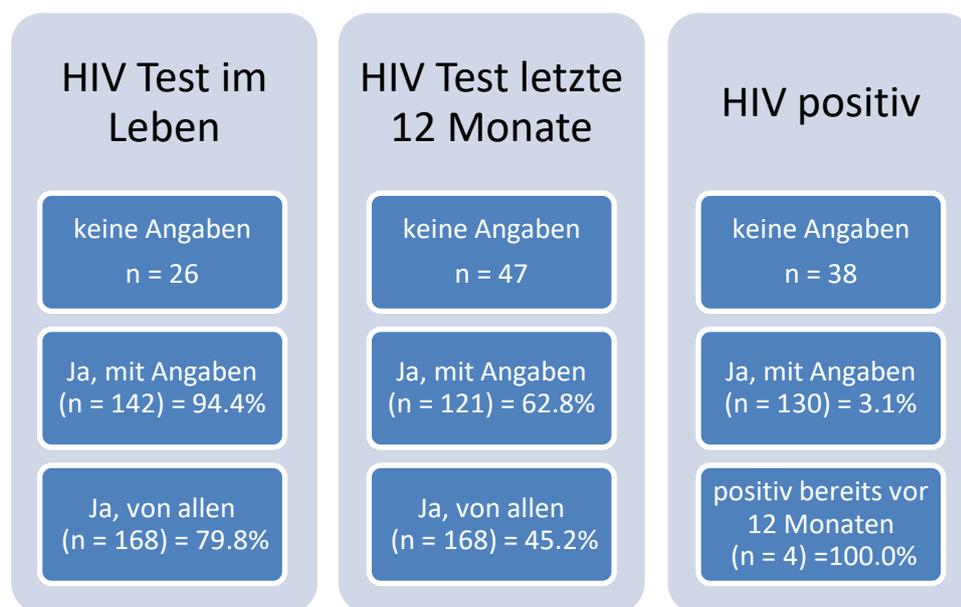
33.3%. Im Jahr 2019 lag die Prävalenz chronisch Erkrankter bei etwa 19% im Jahr 2020 und 2021 um die 15%. Allerdings ist zu sagen, dass die Statistik bei Hildebrand et al. (2018) sich nur auf gültige Fälle bezog. Die betrafen 2001-2004 nur 6.1% aller Eintritte, 2013-2016 waren es 51.4%, 2017 60.0% und jetzt im Jahr 2022 gibt es 64.9% gültiger Fälle. Allerdings waren dies 2020 bereits über 70%. Es könnte also sein, dass Tests in früheren Jahren nur bei starkem Verdacht einer Infektion durchgeführt worden sind, was einen Teil des scheinbaren starken Rückganges chronisch Erkrankter erklären mag. Es zeigt aber auch, dass heutzutage häufiger getestet wird und die Massnahmen zur Erhöhung der Hepatitis-C-Testung gefruchtet haben und präventiv wirken dürften. Es sollte aber mit den Testungen nicht nachgelassen werden.

7.5 HIV

Gemäss Angaben der Patientinnen und Patienten gab es 2022 wie in den Vorjahren (mit Ausnahme 2021) keine HIV-Neuerkrankungen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass nur bei weniger als der Hälfte der Patientinnen und Patienten ein aktueller (in den letzten zwölf Monaten) HIV-Test durchgeführt worden ist. Zwar ist die Testung im Vergleich zu 2021 leicht angestiegen, im Vergleich zu den Jahren davor tendenziell rückläufig.

Im Jahr 2022 gaben 79.8% (n=134 von 168) an, in ihrem Leben bereits einen HIV-Test gemacht zu haben (2021: 77.7%; 2020: 81.3%; 2019: 84.7%). Nur acht Personen sagten, sie hätten noch keinen HIV-Test durchgeführt und zwei Personen wollten nicht antworten. Mit anderen Worten haben 94.4% (2021: 92.8%; 2020: 96.1%; 2019: 97.3%) derjenigen mit Angaben bereits einen HIV-Test im Leben gemacht (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Durchgeführte HIV Tests und HIV Status, Eintritte 2022



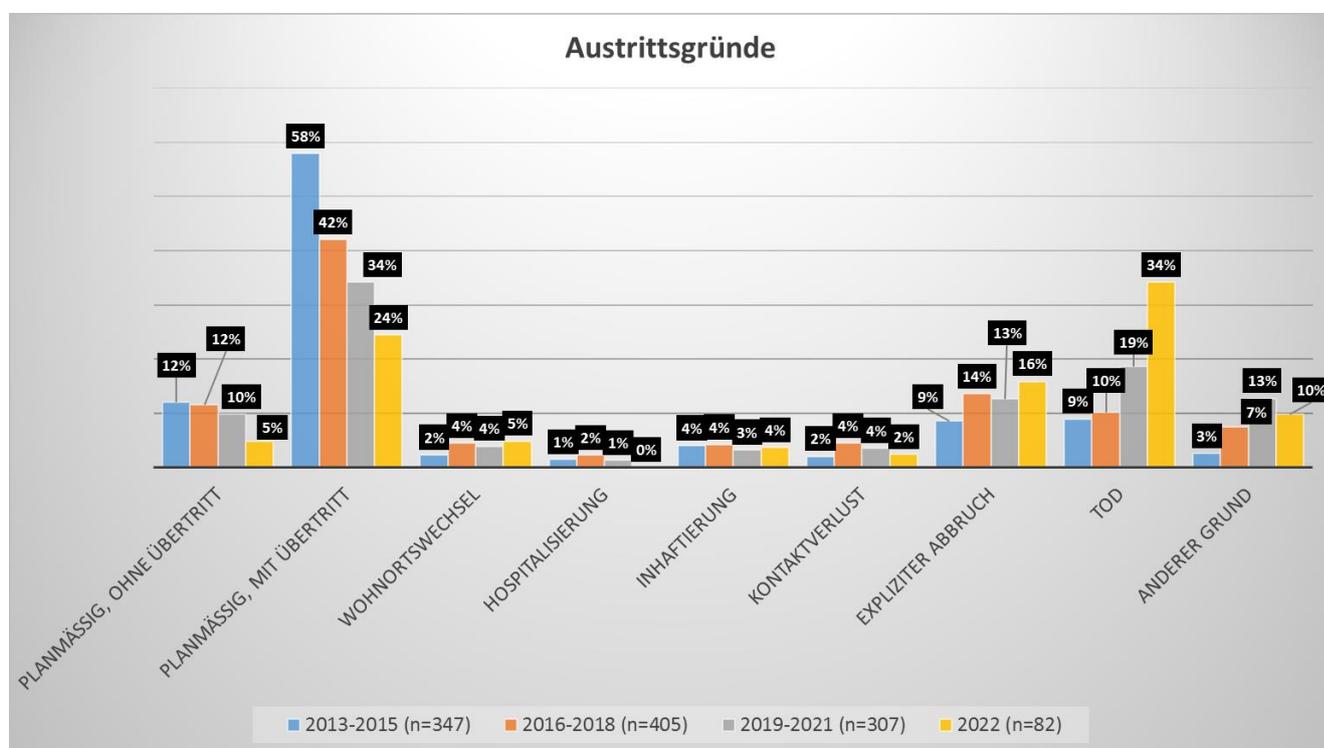
Allerdings haben nur 62.8% (2021: 56.3%; 2020: 70.6%; 2019: 76.3%) derjenigen mit Angaben einen Test in den letzten zwölf Monaten durchgeführt. Bezieht man dies auf alle Eintritte einschliesslich jener

ohne Angaben (nicht bekannt oder fehlende Werte), so sind das 45.2% (2021:40.4%; 2020: 56.0%; 2019: 57.1%) aller Eintritte mit einem HIV-Test in den letzten zwölf Monaten. Vier Personen sind HIV-positiv. Dabei gaben alle vier Personen an, dass die Ersterkrankung bereits mehr als zwölf Monate zurückliegt. Wie in den Vorjahren (mit Ausnahme 2021 mit zwei Neuerkrankungen) (vgl. Hildebrand et al., 2018, Gmel et al., 2019, Gmel et al., 2020; Gmel et al., 2021), gibt es also im Jahr 2022 keine Neuerkrankungen.

8 Austrittsgründe

Bei den Austrittsgründen seit 2013 fallen im Wesentlichen zwei Merkmale auf (vgl. Abbildung 13). Auf der einen Seite gehen die planmässigen Übertritte in andere Institutionen oder andere Behandlungsformen deutlich zurück. Diese schliessen Übergänge ins Methadonprogramm, entweder in das institutsinterne oder in dasjenige anderer Institutionen (einschliesslich Hausärzte), oder Substanzwechsel (beispielsweise dem Umstieg auf Sevre-Long®) mit ein. Auf der anderen Seite gibt es einen deutlich ansteigenden Trend bei den Todesfällen. Dies dürfte mit dem zunehmenden Alter der Kohorte zu tun haben. Im Jahr 2022 gab es 28 Todesfälle (2021: 19; 2020: 22). Das entspricht anteilmässig mit 34% nahezu dem Doppelten im Vergleich zu den Jahren 2019-2021 und mehr als dem Dreifachen der Jahre 2013-2018.

Abbildung 13: Austrittsgründe im Jahr 2022 und im Vergleich mit 2013-2015¹, 2016-2018^{1,2}, 2019-2021³.



Bemerkung: N=82, 5 fehlende Werte; ¹ vgl. Hildebrand et al. (2018), ²Gmel et al. (2019), ³Gmel et al. (2020), Gmel et al. (2021), Gmel et al. (2022)

9 Psychische Störungen

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

Im Folgenden werden die Prävalenzen diagnostizierter Störungen nach Kapitel V des ICD-10 «Psychische und Verhaltensstörungen» beim Austritt aufgeführt. Anders als in den Berichten der Vorjahre weisen wir auch Störungen durch Substanzgebrauch aus (Tabelle 15), wobei Störungen durch den Gebrauch von Opioiden (und Opiaten) nicht berücksichtigt werden, da diese bei einer Behandlung in der HeGeBe immer vorliegen müssten. Um Vergleiche mit den Vorjahren zu ermöglichen, werden zusätzlich die Prävalenzen ohne Berücksichtigung der Störungen durch Substanzgebrauch ausgewiesen (vgl. Tabelle 16).

Berücksichtigt man andere Störungen durch Substanzgebrauch ausser diejenigen durch Opioide/Opiate (z.B. Alkohol, Cannabinoide, Kokain, multipler Substanzgebrauch) sowie andere Störungen, so zeigt sich, dass die grosse Mehrheit (85.3%) noch mindestens eine weitere diagnostizierte psychische oder Verhaltensstörung aufweist (14.7% mit ausschliesslich Störung durch Opioide, Tabelle 15). Bei 72.1% liegt zumindest noch eine weitere Substanzgebrauchsstörung vor, in der Regel andere illegale Drogen und häufig eine multiple Substanzgebrauchsstörung (F19; nicht tabelliert). Allerdings sind nur 27.9% der Betroffenen mit lediglich einer Störung wegen weiteren Substanzgebrauchs (und nicht noch anderen psychischen Störungen) diagnostiziert. Das ist etwas höher als in den Vorjahren (z.B. 2021: 26.4%; 2020: 23.4%).

Tabelle 15: Anzahl gesicherter Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2022 und im Vergleich mit den Jahren 2021 und 2020 (einschliesslich Störungen durch Alkohol und andere Drogen ohne Störungen durch Opioide/Opiate)

Anzahl Diagnosen (einschliesslich Störungen durch Alkohol und andere Substanzen aber ohne Störungen durch Opioide/Opiate)						
	2022		2021 ¹		2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
ausschliesslich Störungen durch Opioide	10	14.7%	11	15.3%	11	13.4%
eine weitere Diagnose	24	35.3%	30	41.7%	20	24.4%
zwei weitere Diagnosen	14	20.6%	19	26.4%	29	35.4%
drei weitere Diagnosen	14	20.6%	10	13.9%	15	18.3%
vier weitere Diagnosen	5	7.4%	2	2.8%	4	4.9%
fünf weitere Diagnosen	1	1.5%	0	0.0%	3	3.7%
Total	68	100.0%	72	100.0%	82	100.0%

Bemerkung: 19 fehlende Werte auf allen Diagnosefragen 2022, ¹ vgl. Gmel et al. (2021, 2022)

Tabelle 16: Anzahl gesicherter Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2022 und im Vergleich mit den Jahren 2019-2021, ohne Störungen durch Substanzgebrauch (Opioide/Opiate, Alkohol und andere Drogen sind ausgeschlossen)

Anzahl Diagnosen ohne Störungen durch Substanzgebrauch								
	2022		2021 ¹		2020 ¹		2019 ¹	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ausschliesslich Störungen durch Substanzen (inklusive Opioide)	28	41.2%	47	65.3%	30	36.6%	49	41.2%
eine Diagnose	27	39.7%	19	26.4%	31	37.8%	50	42.0%
zwei Diagnosen	11	16.2%	5	6.9%	14	17.1%	18	15.1%
drei Diagnosen	1	1.5%	1	1.4%	5	6.1%	2	1.7%
vier Diagnosen	1	1.5%	0	0.0%	2	2.4%	0	0.0%
fünf Diagnosen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	68	100.0%	72	100.0%	82	100.0%	119	100.0%

Bemerkung: 19 fehlende Werte auf allen Diagnosefragen 2022; ¹ vgl. Gmel et al. (2020, 2021, 2022)

Ein Grossteil der Patientinnen und Patienten in der HeGeBe leidet neben Störungen durch Alkohol (30.9%; 2021: 25.0%; 2020: 13.4%; 2019: 29.4%) unter anderen psychischen und Verhaltensstörungen durch Substanzgebrauch (61.8%; 2021: 77.8%; 2020: 74.4%; 2019: 68.9%, vgl. Tabelle 17), in der Regel am diagnostizierten multiplen Substanzgebrauch (ICD-10: F19).

Die nichtsubstanbezogenen Störungen werden seltener diagnostiziert. Unter den nichtsubstanbezogenen Störungen finden sich mit 26.5%, wie in den Vorjahren, noch am häufigsten eine diagnostizierte Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (Tabelle 17). Eine Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch ein langanhaltendes, unflexibles und fehlangepasstes Muster der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und des Verhaltens aus, das deutlich von den soziokulturellen Erwartungen der Umwelt abweicht. Betroffene werden bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens in sozialen und anderen Kontexten stark beeinträchtigt. Persönlichkeitsstörungen beginnen definitionsgemäss in der Kindheit oder im Jugend- bis frühen Erwachsenenalter und dauern an. Dazu kommen noch 7.4% (2021: 6.9%; 2020: 13.4%) Verhaltens- und emotionale Störungen, die ihren Beginn in der Kindheit und Jugend haben (ICD-10: F90-F98). Darüber hinaus sind 2022 mit 23.5% affektive Störungen (2021: 6.9%; 2020: 29.3%) und mit 11.8% schizophrene Störungen (2021: 8.3%; 2020: 8.5%; 2019: 13.4%) häufig.

Tabelle 17: Häufigkeit der ICD-10 Diagnosegruppen des Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» für die HeGeBe Austritte im Jahr 2022 und im Vergleich mit den Jahren 2020 und 2021 (Mehrfachantworten möglich).

Störung	2022		2021 ¹		2020 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störung	0	0.0%	1	1.4%	4	4.9%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	21	30.9%	18	25.0%	11	13.4%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ohne Opiode)	42	61.8%	56	77.8%	61	74.4%
Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störung	8	11.8%	6	8.3%	7	8.5%
Affektive Störungen	16	23.5%	5	6.9%	24	29.3%
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	7	10.3%	3	4.2%	11	13.4%
Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren	2	2.9%	0	0.0%	2	2.4%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	18	26.5%	12	16.7%	21	25.6%
Intelligenzminderung	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Entwicklungsstörungen	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5	7.4%	5	6.9%	11	13.4%
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Bemerkung: 19 fehlende Werte 2022, ¹ vgl. Gmel et al. (2021, 2022)

Referenzen

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

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

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

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

Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E. (2022) Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2021 (Forschungsbericht Nr. 143), Lausanne: Sucht Schweiz

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

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

Anhang Methodische Anmerkungen

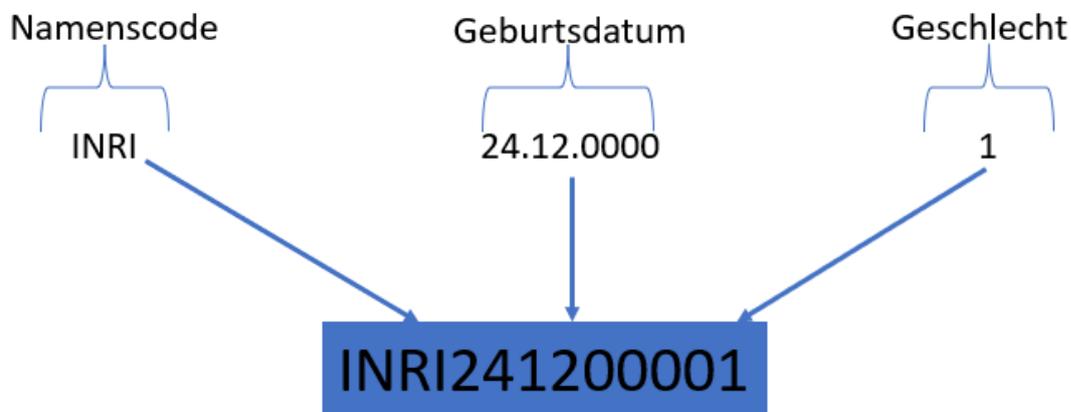
A1 Personencode

Seit Einführung der *act-info* online Datenbank hat Sucht Schweiz für entsprechende Auswertungen direkten Zugriff auf die teilanonymisierten Ergebnisse. Teilanonymisiert bedeutet, dass beispielsweise die Namen in einen Code umgewandelt worden sind und so der statistikführenden Stelle nicht bekannt sind. Dieser Code wird benötigt, um Patientinnen und Patienten im Längsschnitt beobachten zu können, also um beispielsweise festzustellen, ob sie zu einer anderen Institution übergegangen sind oder nach einem Unterbruch der Behandlung wieder in die HeGeBe eingetreten sind. Die Probleme des Längsschnitts sind in Box 1 erläutert.

Der Code wird aus folgenden Personenmerkmalen gebildet (vgl. auch Abbildung A1):

- Vierstelliger Namenscode (vier Buchstaben aus Vor- und Nachnamen gebildet: 3. Buchstabe des Vornamens, 3. Buchstabe des Nachnamens, vorletzter Buchstabe des Vornamens, vorletzter Buchstabe des Nachnamens)
- Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
- Geschlecht (1=männlich; 2=weiblich)

Abbildung A1: Eindeutiger Personencode



Box 1: Probleme der längsschnittlichen Betrachtung

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

A2 Potenzielle Dateileichen und Doppelnennungen

Aufgrund methodischer Probleme (siehe Box 1) können wir nicht mit Sicherheit sagen, welche Patientinnen und Patienten sich noch in Behandlung befinden. Klar ist, dass die Zahl an in Behandlung befindlichen Personen in den letzten beiden Jahren angestiegen ist. Es gab nach unserer Statistik in diesem Jahr mehr Eintritte als Austritte. Vermutlich werden jedoch noch Patienten geführt, die nicht mehr in Behandlung sind, weil deren Austritt nicht dem Eintritt vor 2013 zugeordnet werden kann. Als Vergleich können die Bewilligungen gemäss der Datenbank des BAG herangezogen werden. Bewilligungen werden immer für zwei Jahre ausgesprochen und müssen dann erneuert werden. Für das Jahr 2022 lagen gemäss der BAG-Datenbank 1526 gültige Bewilligungen vor. In der *act-info* online Datei gibt es jedoch 1801 Personen, für die kein Austritt vorliegt, also 175 mehr Personen. Der Grund für die Diskrepanz liegt darin, dass in der *act-info* Datenbank immer sehr viele Doppelnennungen beispielsweise bei Übergang in eine andere Institution mitgeführt worden sind. Wir arbeiten weiterhin daran, solche Dateileichen, bei Institutswechseln, Wiedereintritten oder Austritten zu identifizieren und so die *act-info* Datenbank Schritt für Schritt weiter zu bereinigen. Es gibt auch andere Gründe, warum die Zahlen nicht notwendigerweise übereinstimmen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn zwar Austritte für die *act-info* Datenbank gemeldet werden, die Institutionen aber die Austritte in der Hoffnung, dass die Patientinnen und Patienten zurückkommen, nicht dem BAG melden, um beispielsweise keine neue Bewilligung beantragen zu müssen. Ebenso können Doppelnennungen entstehen, wenn die entsprechende Person in Haft geht, der Eintritt in der Justizanstalt gemeldet wird, aber nicht der Austritt, weil die Person nach Abbüßen der Haft wieder in die Institution zurückkommt.

A3 Behandlungsepisoden, Übergang zwischen Institutionen und Wiedereintritte

Box 2. Definitionen von Behandlung, Wiedereintritt und Übergang:

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

A4 Datenunsicherheit beim Substanzgebrauch

In früheren Jahren waren die Angaben zum Substanzgebrauch sehr stark durch fehlende Werte beeinflusst. Dabei gab es zwei Arten fehlender Werte: a) Es wird explizit angegeben, dass die Information nicht vorliegt (unbekannt), d.h. es liegt eine bewusste Angabe vor; b) keine Antwort, also fehlende Werte, d.h. wir wussten nicht, ob es nicht bekannt ist oder die Beantwortung vergessen worden ist. Die Abfragemaske zum Substanzgebrauch ist sehr komplex. Man musste zunächst ankreuzen, ob die Substanz im Leben genommen worden ist oder nicht. Nur bei der Antwort «ja» öffnet sich für die jeweilige Substanz eine weitere Eingabemaske zum Gebrauch in den letzten 30 Tagen, zum Einstiegsalter, zu Gebrauchsformen etc. Die Maske öffnet sich nicht, wenn «nein» angekreuzt worden ist oder wenn weder «ja» noch «nein» (also keine Antwort) angekreuzt worden ist. Dies führt zu der Problematik, dass bei Nichtgebrauch der jeweiligen Substanz einige Verantwortliche für die Dateneingabe ggf. diese Substanz überspringen und dabei nicht explizit «nein» angeben. Es gab in den vorangegangenen Berichten zwei Szenarien:

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

Ab 2022 mussten die Fragen zum Lebenszeitgebrauch weiterer Substanzen obligatorisch beantwortet werden. Dadurch gibt es jetzt weniger fehlende Antworten und wir berichten nur das Szenarium 1. Allerdings gibt es weiterhin viele fehlende Werte, wobei jetzt jedoch explizit «nicht bekannt» angekreuzt wird also keine Antworten reduziert worden sind. Wir behandeln «nicht bekannt» als fehlende Werte und beziehen uns nur auf explizite «ja» bzw. «nein» Antworten.