



SUCHT | SCHWEIZ

Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz

Ergebnisse 2023 und 2024

Forschungsbericht Nr. 182b



Joanna Amos
Florian Labhart

Lausanne, Dezember 2025

Danksagung

Wir bedanken uns ganz besonders bei den teilnehmenden Institutionen für ihr Engagement, die Datenerfassung während des ganzen Jahrs und ihren entscheidenden Beitrag zur Bereinigung der historischen Datenbank. Ein herzliches Dankeschön geht auch an unseren ehemaligen, frisch pensionierten Kollegen Gerhard Gmel für die Entwicklung der Statistik der diacetylmorphingestützten Behandlung und die Weitergabe seines Wissens. Weiter bedanken wir uns bei Ivo Krizic für die Koordination des Projekts *act-info* sowie für die kritische Durchsicht dieses Berichts.

Impressum

Auskunft:	Joanna Amos, Tel. 021 321 29 25, E-Mail: jamos@suchtschweiz.ch
Bearbeitung:	Joanna Amos, Florian Labhart, Sucht Schweiz, Lausanne
Vertrieb:	Sucht Schweiz, Avenue Louis-Ruchonnet 14, 1003 Lausanne
Bestellnummer:	Forschungsbericht Nr. 182b
Layout:	Sucht Schweiz
Copyright:	© Sucht Schweiz Lausanne 2025
ISBN:	978-2-88183-357-1
doi:	https://doi.org/10.58758/rech182b
Zitierhinweis:	Amos, J., & Labhart, F. (2025) Diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz: Resultate 2023 und 2024 (Forschungsbericht Nr. 182b), Lausanne: Sucht Schweiz. doi: 10.58758/rech182b

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	IV
Das Wichtigste in Kürze.....	1
1 Einleitung.....	3
2 Methodik	5
2.1 Statistik der Behandlungsprävalenz	5
2.2 Statistik der Behandlungseintritte	5
2.3 Statistik der Behandlungsabschlüsse	5
2.4 Revision der statistischen Instrumente (2025)	6
2.5 Bereinigung der historischen Datenbank.....	6
3 Behandlungsprävalenz und -dauer	7
4 Eintritte und Behandlungsabschlüsse.....	9
5 Anwendungsform und frühere Behandlungen	10
6 Soziodemografische Daten.....	13
7 Substanzgebrauch	19
8 Hepatitis und HIV	23
8.1 Intravenöse Anwendung	23
8.2 Hepatitis A	24
8.3 Hepatitis B	25
8.4 Hepatitis C	27
8.5 HIV	29
9 Gründe der Behandlungsabschlüsse	30
10 Psychische Störungen.....	31
Referenzen.....	34
Anhang.....	36
10.1 Tabellen 2023.....	36
10.2 Abbildungen 2023	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl Eintritte nach Art, Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung (2024)	9
Tabelle 2: Anzahl Behandlungsabschlüsse nach Behandlungsepisoden sowie nach Eintrittsjahr, Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung (2024).....	9
Tabelle 3: Vorgesehene Anwendungsform bei Behandlungseintritt, nach Eintrittsart (2024).....	11
Tabelle 4: Frühere Behandlungen, nach Substanzart oder Verhalten (2024)	11
Tabelle 5: Frühere Behandlungen wegen Opioidproblemen der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung (2024)	12
Tabelle 6: Zuweisung in eine Institution für diacetylmorphingestützte Behandlungen (2024)	12
Tabelle 7: Vorwiegende Lebenssituation in den 30 Tagen vor dem Ersteintritt, nach Geschlecht (2024)	15
Tabelle 8: Lebenssituation in Bezug auf die Kinder (2024).....	15
Tabelle 9: Vorwiegende Wohnsituation in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2024).....	16
Tabelle 10: Wichtigstes Mittel der Existenzsicherung in den letzten 30 Tagen (2024).....	16
Tabelle 11: Vorwiegende Erwerbssituation in den letzten 30 Tagen (2024).....	17
Tabelle 12: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs verschiedener (nicht medizinisch indizierter) Substanzen und Alter beim Erstkonsum (2024)	21
Tabelle 13: Häufigkeit des (nicht medizinisch indizierten) Substanzgebrauchs in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2024)	22
Tabelle 14: Hepatitis-A-Status aller Eintritte (2024)	24
Tabelle 15: Interpretation der Hepatitis-B-Marker	25
Tabelle 16: Hepatitis-B-Test bei allen Eintritten (2024).....	26
Tabelle 17: Mutmasslicher Hepatitis-B-Status (2024).....	26
Tabelle 18: Anzahl Diagnosen von psychischen Störungen, die nicht durch Opioide bedingt sind, beim Behandlungsabschluss, nach Jahr (2022–2024).....	31
Tabelle 19: Anzahl Diagnosen von psychischen Störungen durch Substanzgebrauch beim Behandlungsabschluss, nach Kategorie und Jahr (2022–2024)	32
Tabelle 20: Anzahl Diagnosen nicht substanzgebundener Störungen beim Behandlungsabschluss, nach Jahr (2022–2024).....	32
Tabelle 21: Anzahl Diagnosen von psychischen, nicht substanzgebundenen Störungen beim Behandlungsabschluss, nach Kategorie und Jahr (2022–2024).....	33
Tabelle A1: Anzahl Eintritte nach Art, Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung (2023)	36
Tabelle A2: Anzahl Behandlungsabschlüsse nach Behandlungsepisoden sowie nach Eintrittsjahr, Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung (2023).....	36
Tabelle A3: Vorgesehene Anwendungsform bei Behandlungseintritt, nach Eintrittsart (2023)	36
Tabelle A4: Frühere Behandlungen, nach Substanzart oder Verhalten (2023)	37
Tabelle A5: Bereits absolvierte Opioid-Agonisten-Therapien der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung (2023)	37

Tabelle A6: Zuweisung in eine Institution für diacetylmorphingestützte Behandlungen (2023).....	38
Tabelle A7: Vorwiegende Lebenssituation in den 30 Tagen vor dem Ersteintritt, nach Geschlecht (2023).....	38
Tabelle A8: Lebenssituation in Bezug auf die Kinder (2023)	39
Tabelle A9: Vorwiegende Wohnsituation in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2023)	39
Tabelle A10: Wichtigstes Mittel der Existenzsicherung in den letzten 30 Tagen (2023)	40
Tabelle A11: Vorwiegende Erwerbssituation in den letzten 30 Tagen (2023)	40
Tabelle A12: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs verschiedener (nicht medizinisch indizierter) Substanzen und Alter beim Erstkonsum (2023)	41
Tabelle A13: Häufigkeit des (nicht medizinisch indizierten) Substanzgebrauchs in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2023)	42
Tabelle A14: Hepatitis-A-Status aller Eintritte (2023)	43
Tabelle A15: Hepatitis-B-Test bei allen Eintritten (2023)	43
Tabelle A16: Mutmasslicher Hepatitis-B-Status (2023)	43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Anzahl Institutionen für diacetylmorphingestützte Behandlungen nach Kanton (2024)	3
Abbildung 2: Verlauf der Anzahl Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung (1994–2024)	7
Abbildung 3: Behandlungsdauer nach Jahren (2014–2024).....	8
Abbildung 4: Zivilstand beim Eintritt (2024).....	14
Abbildung 5: Vorwiegende Lebenssituation in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2024).....	14
Abbildung 6: Höchste abgeschlossene Ausbildung (2024).....	18
Abbildung 7: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs verschiedener Substanzen in Reihenfolge ihrer Bedeutung, alle Eintritte (2024)	19
Abbildung 8: Alter beim Erstkonsum der Substanz, in aufsteigender Reihenfolge des Alters, alle Eintritte (2024).....	20
Abbildung 9: Injektionsverhalten der in die Behandlung eintretenden Patientinnen und Patienten (2024).....	23
Abbildung 10: Hepatitis-C-Test bei allen Eintritten (2024)	28
Abbildung 11: Durchgeführte HIV-Tests und HIV-Status, eintretende Patientinnen und Patienten (2024).....	29
Abbildung 12: Gründe der Behandlungsabschlüsse (2013–2024)	30
Abbildung A1: Behandlungsdauer nach Jahren (2013–2023)	44
Abbildung A2: Zivilstand beim Eintritt (2023)	44
Abbildung A3: Vorwiegende Lebenssituation in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2023).....	45
Abbildung A4: Höchste abgeschlossene Ausbildung (2023)	46
Abbildung A5: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs verschiedener Substanzen in Reihenfolge ihrer Bedeutung, alle Eintritte (2023)	47
Abbildung A6: Alter beim Erstkonsum der Substanz, in aufsteigender Reihenfolge des Alters, alle Eintritte (2023).....	48
Abbildung A7: Injektionsverhalten der in die Behandlung eintretenden Patientinnen und Patienten (2023).....	49
Abbildung A8: Hepatitis-C-Test bei allen Eintritten (2023).....	49
Abbildung A9: Durchgeführte HIV-Tests und HIV-Status, eintretende Patientinnen und Patienten (2023).....	50

Das Wichtigste in Kürze

Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse des Monitorings *act-info* der diacetylmorphingestützten Behandlung (mit dem zugelassenen Arzneimittel Diaphin®) von 2023 und 2024. Historisch wird diese Behandlung in der Schweiz auch heroingestützte Behandlung (HeGeBe) genannt. Alle 22 zugelassenen Institutionen, die sich auf 14 Kantone verteilen, sind verpflichtet, Daten zu den Eintritten und den Behandlungsabschlüssen ihrer Patientinnen und Patienten zu liefern.

Trends

Die Zahl der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung steigt seit 2017 kontinuierlich an, was auf die Erleichterung der Mitgabe von Diacetylmorphin-Dosen zurückzuführen sein könnte.

Das Durchschnittsalter der behandelten Patientinnen und Patienten und der Anteil der Personen über 55 Jahre nehmen jedes Jahr zu. Während 1994 noch 78 % der Patientinnen und Patienten jünger als 35 Jahre waren, traf dies 2024 nur noch auf 13 % zu. Umgekehrt belief sich der Anteil der Patientinnen und Patienten über 55 Jahre, der 1994 praktisch bei null lag, 2024 auf 32,7 %. Diese Daten machen deutlich, dass die behandelte Population immer älter wird. Auch der Anteil der Patientinnen und Patienten, die seit mehr als 15 Jahren in Behandlung sind, stieg im Zeitverlauf an. 2018 erreichte er 37 % und blieb seither konstant.

Vor ihrem Eintritt haben die Patientinnen und Patienten neben Heroin oft andere illegale Substanzen (insbesondere Cannabis, Kokain oder illegal erworbene Benzodiazepine) und legale Substanzen wie Alkohol und Tabak konsumiert.

Seit 2022 lässt sich ein Anstieg der Patientinnen und Patienten, die vor dem Behandlungseintritt Crack konsumiert haben, sowie der Diagnosen von Störungen durch Kokain am Ende der Behandlung beobachten. Dieser Trend ist wahrscheinlich auf den starken Anstieg des Gebrauchs von Kokain/Crack zurückzuführen, von dem die Schweiz derzeit betroffen ist.

Eckdaten 2024

2024 waren 1832 Patientinnen und Patienten mindestens einen Tag in einer diacetylmorphingestützten Behandlung, das sind 36 mehr als 2023. 2024 traten 186 Personen in die Behandlung ein, 134 davon zum ersten Mal, und 151 Personen beendeten die Behandlung. Im Durchschnitt hatten die Patientinnen und Patienten ihre Behandlung vor 12 Jahren und 8 Monaten begonnen.

2024 begannen 77,1 % der Personen, die in die Behandlung eintraten, mit der oralen Applikation von Diacetylmorphin. Bei der Wiederaufnahme der Behandlung nach einem Unterbruch (Wiedereintritt) wandten sich die Patientinnen und Patienten vermehrt intravenösen Behandlungen zu. Der Anteil der nasalen Applikationen, die 2020 erstmals als Off-Label-Behandlung zugelassen wurden und eine Ausnahmegewilligung des BAG benötigen, belief sich auf 6,1 %.

Beim Ersteintritt in eine diacetylmorphingestützte Behandlung waren neun von zehn Patientinnen und Patienten bereits früher wegen Problemen durch den Gebrauch illegaler Substanzen in Behandlung gewesen, meistens in einer Opioid-Agonisten-Therapie. Etwas weniger als die Hälfte war auch schon wegen anderer Suchtprobleme, insbesondere durch Alkohol und Medikamente, behandelt worden.

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten lebten von einer Rente, der Sozialhilfe und Arbeitsunfähigkeitsleistungen, während 15 % einer Erwerbstätigkeit nachgingen. 76,0 % der Ersteintritte hatten zuvor eine stabile Wohnsituation. Bei der Bildung zeigt sich, dass 32,2 % der Personen, die zum ersten Mal in eine Behandlung eintraten, keine Ausbildung oder nur die obligatorische Schule absolviert haben.

Knapp 20 % der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung haben in ihrem Leben bereits potenziell nicht sterile Spritzen gebraucht (7,0 % in den 12 Monaten vor der Behandlung), was sie besonders empfänglich für Hepatitis und HIV macht. Die Mehrheit der Personen, die sich testen liessen, wurde entweder negativ auf Hepatitis C getestet oder wies eine ausgeheilte Hepatitis C auf. Die Prävalenz der Personen mit chronischer Hepatitis C beträgt etwa 15 %. Zudem sind 3,5 % der Personen seit mehr als 12 Monaten mit HIV infiziert und keine Person leidet an akuter oder chronischer Hepatitis B.

Knapp jede zehnte Patientin oder jeder zehnte Patient weist mindestens eine psychische Störung oder Verhaltensstörung durch den Gebrauch anderer Substanzen als Opioide (z. B. Alkohol, Kokain) auf. Ausserdem leidet rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten an einer nicht substanzgebundenen Störung (z. B. Persönlichkeitsstörung).

2024 liess sich eine markante Abnahme der Übertritte in andere Institutionen oder in andere Behandlungsformen beobachten: Diese machten 28 % der Behandlungsabschlüsse aus. Die Todesfälle nahmen hingegen zu und beliefen sich auf 26 % der Austritte (38 Personen).

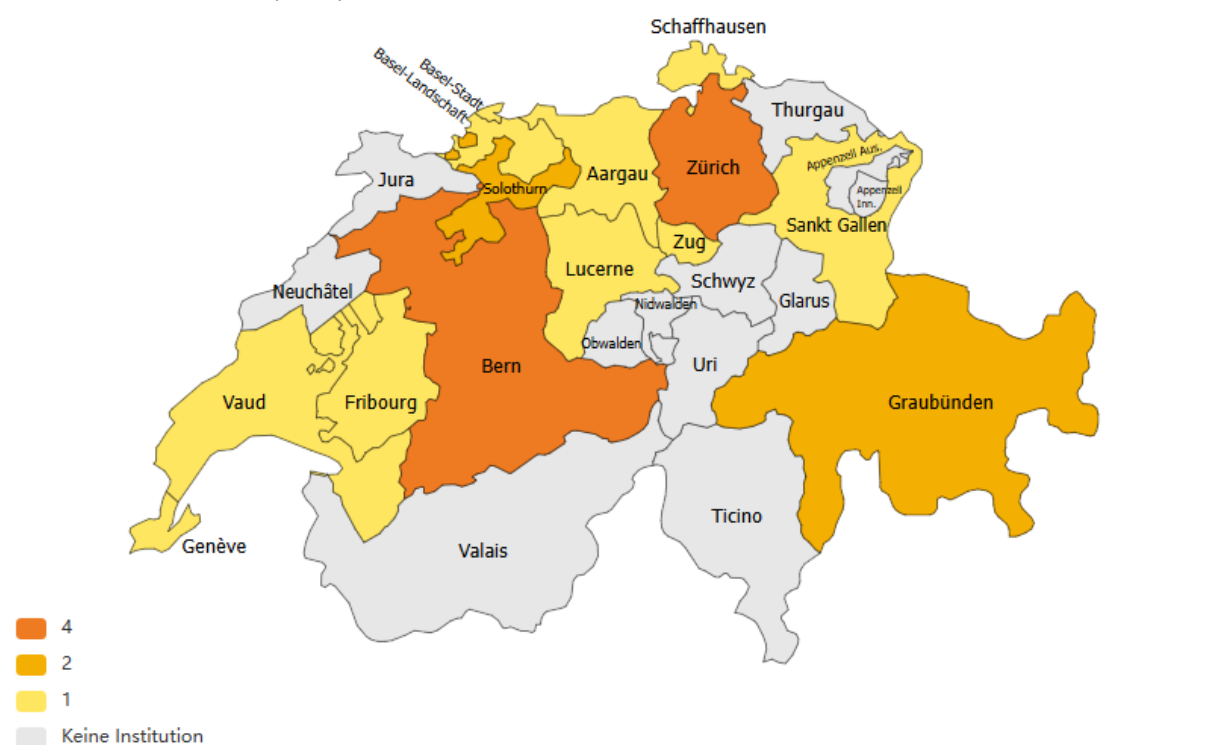
1 Einleitung

In der Schweiz wird seit 2001 ein Monitoring der diacetylmorphingestützten Behandlung (Frick et al., 2010; Khan et al., 2014; Praxis Suchtmedizin Schweiz, 2023) durchgeführt. Diese Art von Behandlung ist auch als heroingestützte Behandlung (HeGeBe) bezeichnet. In diesem Bericht wird der modernere Begriff diacetylmorphingestützte Behandlung verwendet. Diacetylmorphin wird in Form des Medikaments Diaphin® verabreicht. Für die anderen Opioid-Agonisten-Therapien (OAT, früher «Substitutionstherapien» genannt), wo beispielsweise Methadon, Buprenorphin, retardiertes Morphin oder Levomethadon zum Einsatz gelangt, wird ein separates Monitoring durchgeführt (Amos et al., 2024; Labhart & Amos, 2025).

Der Zugang zu einer diacetylmorphingestützten Behandlung untersteht strengeren Kriterien als jener zu den anderen OAT. Es gelten folgende Aufnahmekriterien: mindestens 18 Jahre alt sein; seit mindestens zwei Jahren schwer heroinabhängig sein; mindestens zwei Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Therapie abgebrochen oder erfolglos absolviert haben; und Defizite im psychischen, körperlichen oder sozialen Bereich aufweisen (art. 10 OASup; RS 812.121.6; Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2023b).

Die Erhebung der Daten zu den diacetylmorphingestützten Behandlungen ist Teil des gesamtschweizerischen Klientenmonitoringsystems für den Bereich der Suchthilfe *act-info (addiction, care and therapy information)* (Krizic et al., 2024). Der vorliegende Bericht präsentiert die Ergebnisse dieser Erhebung für die Jahre 2023 und 2024. 2024 verfügten 22 Institutionen in 14 Kantonen über eine Bewilligung für die Verschreibung einer diacetylmorphingestützten Behandlung (Abbildung 1). Die Kantone Bern und Zürich verfügten mit je vier Zentren über die meisten Institutionen.

Abbildung 1: Verteilung der Anzahl Institutionen für diacetylmorphingestützte Behandlungen nach Kanton (2024)



Das Monitoring ist im Betäubungsmittelgesetz und der Betäubungsmittelsuchtverordnung (BetmSV) sowie in der Statistikerhebungsverordnung verankert. Die Institutionen sind verpflichtet, am Monitoring teilzunehmen. Bis 2022 wurde jedes Jahr ein Bericht über die Durchführung und den Verlauf sowie die Entwicklung der diacetylmorphingestützten Behandlung veröffentlicht. (Gmel et al., 2022; Gmel & Labhart, 2023) Seit 2024 wird aufgrund einer Revision der BetmSV alle zwei Jahre darüber berichtet (Art. 24 BetmSV).

Für die Datenerhebung werden allen Patientinnen und Patienten beim Eintritt (oder beim Wiedereintritt nach einem Behandlungsunterbruch) Fragen gestellt. Neben den demografischen Basisvariablen betreffen die Fragen den Gesundheitszustand, die medizinische Vorgeschichte und die Merkmale des Substanzgebrauchs. Beim Austritt aus der Behandlung oder beim Übertritt in eine andere Institution werden die wichtigsten beim Eintritt gestellten Fragen wiederholt, um mögliche Veränderungen im Behandlungsverlauf zu ermitteln. Zudem werden die Austrittsgründe erhoben. Seit 2013 erfassen die behandelnden Institutionen diese Daten mithilfe eines Online-Tools direkt im Webbrowser.

Im September 2020 wurde im Rahmen der Covid-19-Pandemie die BetmSV für eine befristete Zeit angepasst, um die Mitgabe von Diacetylmorphin zur Anwendung zu Hause zu erleichtern. Da sich diese Praxis bewährt hat, ist diese Änderung im April 2023 in Kraft getreten (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2023a). Die revidierte Verordnung sieht für die behandelnden Institutionen zudem die Möglichkeit vor, die Mitgabe von Diacetylmorphin an eine geeignete externe Institution zu delegieren. Damit soll den Patientinnen und Patienten Zugang zu Diacetylmorphin gewährt werden, die sich wegen ihres hohen Alters, der eingeschränkten Mobilität oder der Komorbiditäten nicht mehrmals täglich in ein solches Zentrum begeben können. Diese Regelung ist zwar erst seit 2023 in Kraft, entsprach aber schon der gängigen Praxis während und nach der Covid-19-Pandemie (Calzada et al., 2021; Gmel et al., 2022).

2 Methodik

2.1 Statistik der Behandlungsprävalenz

Die Statistik der Behandlungsprävalenz (Kapitel 3) umfasst die Erfassung aller Personen, die innerhalb eines Jahres mindestens einen Tag in Behandlung waren. Jede Patientin und jeder Patient wird nur einmal gezählt, auch wenn im Laufe des Jahres mehrere Behandlungsepisoden stattgefunden haben.

Die Beantragung einer Behandlungsbewilligung und die Erhebung der epidemiologischen Daten für das Monitoring *act-info* sind gesetzlich vorgeschrieben, so dass die Abdeckung des Monitoringsystems vollständig sein sollte. Die dafür vorgesehenen administrativen Prozesse unterscheiden sich jedoch. Die Behandlungsbewilligungen werden vom BAG für eine Dauer von höchstens fünf Jahren ausgestellt (vor der Revision der BetmSV im Jahr 2023 für zwei Jahre) und können erneuert werden, wenn die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt ihre/seine Zustimmung gibt. Die Fragebogen zur epidemiologischen Überwachung werden hingegen nur am Anfang einer Behandlungsepisode (z. B. Beginn der Behandlung in einer Institution, Wechsel der Institution) ausgefüllt. Es besteht keine Pflicht für ein erneutes Ausfüllen. Da die Patientinnen und Patienten in der Regel lange in der gleichen Institution bleiben (zehn Jahre oder mehr), sind die demografischen Daten (z. B. Zivilstand) und jene der Behandlungsmodalitäten nicht immer auf dem neusten Stand.

2.2 Statistik der Behandlungseintritte

Die Statistik der Behandlungseintritte (Kapitel 4–8) umfasst die Erfassung aller Behandlungen, die im Laufe des Jahres begonnen wurden. Sie umfasst sowohl die Neueintritte in eine diacetylmorphingestützte Behandlung als auch die Wiedereintritte nach einer Zeit ohne diacetylmorphingestützte Behandlung (z. B. Entzugsversuch oder OAT) oder bei einem Wechsel der Institution.

Gemäss den Richtlinien zum *Treatment Demand Indicator* (TDI) der Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) ist eine Behandlungsepisode als «die Zeitspanne zwischen dem Beginn der Behandlung eines Drogenproblems [...] und dem Ende der Leistungen für den vorgeschriebenen Behandlungsplan» definiert (EMCDDA, 2012, p. 33). In diesem Bericht entspricht ein «Ersteintritt» dem Beginn der ersten Episode einer diacetylmorphingestützten Behandlung einer Patientin oder eines Patienten. Die «Wiedereintritte» umfassen hingegen die Eröffnung einer neuen Behandlungsepisode nach einem Behandlungsunterbruch von mindestens 30 Tagen oder nach einem Institutionswechsel. Der Mindestzeitraum von 30 Tagen zwischen zwei Behandlungsepisoden wurde festgelegt, um Abbrüche aus administrativen Gründen auszuschliessen (z. B. verspätete Meldung bei Weiterführung der Behandlung).

Im Gegensatz zur Statistik der Behandlungsprävalenz enthält die Eintrittsstatistik nur die im Jahresverlauf begonnenen Behandlungen. Somit dürften die Zuverlässigkeit und Aktualität der Gesundheitsdaten und der Behandlungsmodalitäten hoch sein.

2.3 Statistik der Behandlungsabschlüsse

In der Statistik der Behandlungsabschlüsse (Kapitel 9 und 10) werden alle Behandlungen erfasst, die im Laufe des Jahres abgebrochen und nicht innerhalb von längstens 30 Tagen in der gleichen Institution wiederaufgenommen wurden.

2.4 Revision der statistischen Instrumente (2025)

Für die Erstellung dieses Berichts wurden die Verfahren für den Datenexport und die Analyseinstrumente vollständig revidiert. Bis 2022 wurden die Analysen ausschliesslich mit den im Referenzjahr erfassten Daten (den in diesem Jahr erfassten Eintritten und Behandlungsabschlüssen) durchgeführt. Dieses Vorgehen, das zweckmässig war für die Daten der Eintritte und Abschlüsse, erlaubte es nicht, später erfasste Daten zu berücksichtigen, was zu einer Unterschätzung der Trend- und Prävalenzdaten führen konnte.

Mit der 2025 durchgeführten Revision der Verfahren wurden alle erfassten Eintritte und Behandlungsabschlüsse systematisch in das Online-Erfassungstool «act-info-online» integriert, unabhängig von ihrem Erfassungsdatum. Die neu integrierten Daten werden nun in den Analysen rückwirkend berücksichtigt, auch wenn sie frühere Jahre betreffen.

2.5 Bereinigung der historischen Datenbank

Obwohl das Monitoring der diacetylmorphingestützten Behandlung seit 1994 existiert, war es aus verschiedenen Gründen nicht möglich, eine vollständige und standardisierte Datenbank für den gesamten Zeitraum aufzubauen. Insbesondere während der ersten Jahre der Statistik wurden die Personencodes oder das Geburtsdatum der Patientinnen und Patienten oft nicht erhoben, so dass nicht eindeutig festgestellt werden konnte, ob die Patientinnen und Patienten bei einem Wechsel in eine andere Institution doppelt gezählt wurden, ob sie ihre Behandlung beendet hatten und wie lange ihre Behandlung tatsächlich gedauert hatte.

Für die Erstellung des vorliegenden Berichts (und im Rahmen der Revision der erwähnten Analyseinstrumente) wurden eine Überprüfung der laufenden Behandlungen und eine Bereinigung der beendeten Behandlungen durchgeführt. Dazu wurden alle Institutionen gebeten, die Situation der Patientinnen und Patienten, die in der Datenbank immer noch als aktiv erfasst sind, zu überprüfen. Für 20 der 22 Institutionen konnte die Liste der aktiven Patientinnen und Patienten aktualisiert werden. So konnten viele frühere Behandlungsepisoden den noch aktiven Patientinnen und Patienten zugeordnet werden und andere Behandlungen als definitiv abgeschlossen identifiziert werden. Die geschätzte Prävalenz entspricht nun eher der Anzahl der in der Datenbank des BAG erfassten Bewilligungen (früher: Bewilligung für zwei Jahre, erneuerbar; nach der Verordnungsrevision von 2023: Bewilligung für fünf Jahre, erneuerbar).

Im Jahr 2024 zählte das BAG 1821 gültige Bewilligungen und in der Datenbank des Monitorings der diacetylmorphingestützten Behandlung waren 1832 Personen erfasst, die 2024 mindestens einen Tag in Behandlung waren. Neben den Ungereimtheiten in den historischen Daten gibt es verschiedene andere Gründe dafür, dass sich diese Zahlen nicht unbedingt entsprechen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine Institution im Monitoring der diacetylmorphingestützten Behandlung eine Behandlungsbeendigung erfasst, diese aber dem BAG nicht mitteilt, in der Hoffnung, dass die Patientin oder der Patient zurückkommt und so die Beantragung einer neuen Bewilligung umgangen werden kann. Verglichen mit der früheren Situation (je nach Jahr etwa 200 Fälle Unterschied: Gmel et al., 2021, 2022; Gmel & Labhart, 2023) wurde die Qualität der Prävalenz- und Trendergebnisse durch die Bereinigung signifikant verbessert.

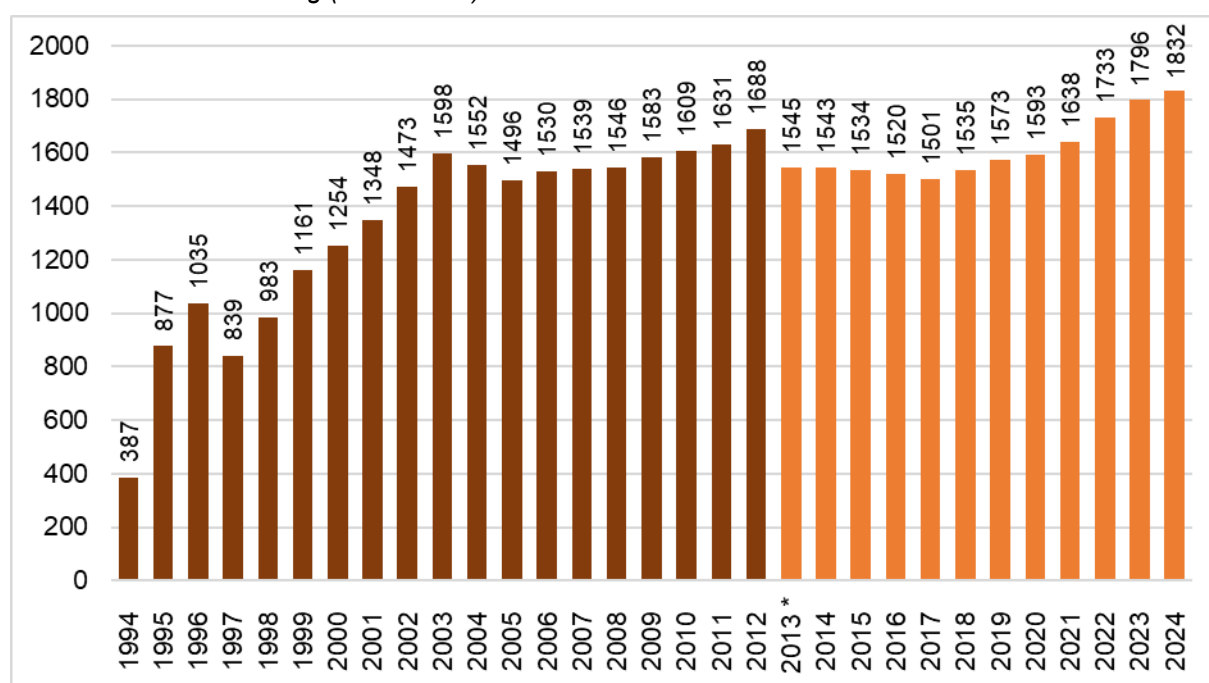
Aufgrund dieser Anpassungen wurden die Zeitreihen ab 2013 neu berechnet (vgl. Abbildung 2). Um die Kohärenz der Indikatoren zu gewährleisten, wurden auch die Analysen der Eintritte und Behandlungsabschlüsse der Vorjahre korrigiert. Die neuen Zahlen können daher leicht von jenen der früheren Jahresberichte abweichen (Gmel & Labhart, 2023).

3 Behandlungsprävalenz und -dauer

Die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten ist in den vergangenen Jahren angestiegen. Die Personen, die 2024 in Behandlung waren, sind im Durchschnitt vor 12 Jahren und 8 Monaten in ein Programm für die diacetylmorphingestützte Behandlung eingetreten. Ihr Durchschnittsalter steigt jedes Jahr an. Der Anteil der Patientinnen und Patienten über 55 Jahre betrug 2024 mehr als 32 %, während jener der unter 35-Jährigen bei knapp 15 % lag.

Die Daten des Monitorings der diacetylmorphingestützten Behandlung zeigen, dass 1832 Patientinnen und Patienten 2024 mindestens einen Tag in Behandlung waren (2023: 1796; vgl. Abbildung 2). Wie in Kapitel 2.5 erwähnt, entspricht diese Schätzung in etwa den Daten des Bewilligungsregisters des BAG mit 1821 Bewilligungen im Jahr 2024 (2023: 1763). Am 31. Dezember 2024 waren 1681 Patientinnen und Patienten in Behandlung (am 31.12.2023: 1637). Die Zahl der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung steigt seit 1994 kontinuierlich an. Dieses Phänomen lässt sich auch bei den Statistiken der Behandlungseintritte und -abschlüsse beobachten (vgl. Kapitel 4). Möglicherweise ist diese Entwicklung auf die Lockerung der Bedingungen für die Mitgabe von mehr als einer Tagesdosis Diacetylmorphin im Jahr 2019 sowie auf vorübergehende Engpässe bei verschiedenen Opioidagonisten, wie Sevre-Long im Jahr 2021 (Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung [WBF], 2022) und Methadon Ende 2022 (Swissmedic, 2022), zurückzuführen.

Abbildung 2: Verlauf der Anzahl Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung (1994–2024)

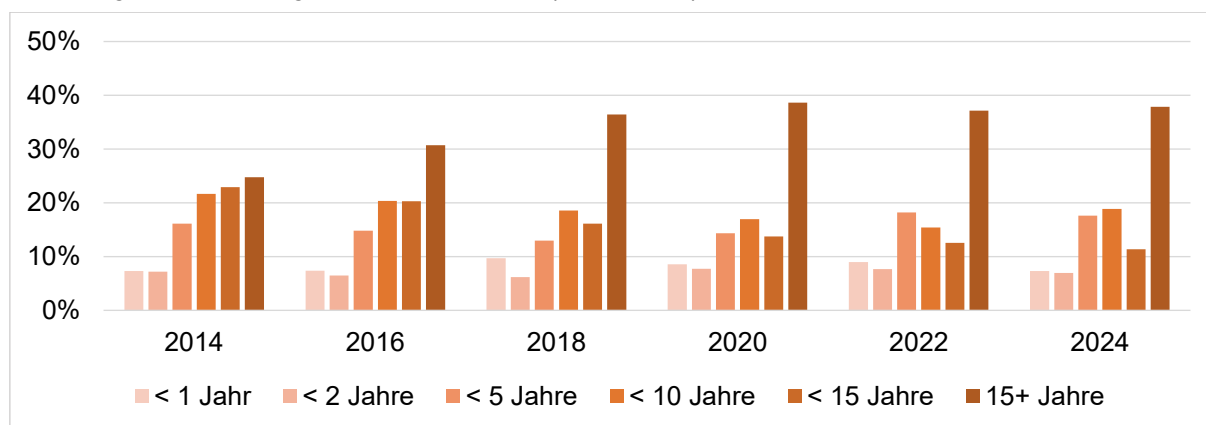


Bemerkung: Infolge der Revision der statistischen Instrumente (vgl. Kapitel 2.4) wurden die Trenddaten von 2013 bis 2024 neu berechnet (orange); die historischen Daten sind braun dargestellt.

Beim Alter lässt sich eine schrittweise Alterung der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung beobachten. 1994 waren 78,0 % der Patientinnen und Patienten weniger als 35 Jahre alt (Hiltebrand et al., 2018). Sofern das Geburtsdatum bekannt ist (2024 fehlten 166 und 2023 167 Werte, was 9,1 % bzw. 9,3 % entspricht), waren 2024 nur 13,0 % und 2023 nur 13,7 % der behandelten Patientinnen und Patienten jünger als 35 Jahre. Hingegen war 1994 nahezu keine Patientin und kein Patient älter als 55 Jahre, während dies 2024 auf 32,7 % und 2023 auf 29,3 % zutraf.

In Abbildung 3 ist die Entwicklung der Behandlungsdauer der Patientinnen und Patienten zwischen 2014 und 2024 dargestellt. Knapp 40 % der Patientinnen und Patienten von 2024 waren vor 15 Jahren oder mehr in die Behandlung eingetreten (Abbildung 3). 2014 belief sich der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer so langen Behandlungsdauer auf rund 25 %. Er verzeichnete bis 2018 eine Zunahme und liegt seither konstant bei etwa 37 %. Es lässt sich somit eine deutliche Verlagerung von Behandlungen mit einer Dauer von 5 bis 15 Jahren hin zu solchen von mehr als 15 Jahren beobachten. Diese Ergebnisse bestätigen, dass diacetylmorphingestützte Behandlungen langfristig durchgeführt werden müssen, um die Konsum- und Gesundheitsprobleme sowie die Lebensumstände zu stabilisieren und die Risikoverhaltensweisen zu reduzieren. Gleichzeitig blieb der Anteil der Patientinnen und Patienten, die seit weniger als einem oder zwei Jahren in Behandlung sind, im Zeitverlauf relativ stabil (zwischen 6 % und 10 %).

Abbildung 3: Behandlungsdauer nach Jahren (2014–2024)



Bemerkung: Die Vergleiche für 2023 sind in Abbildung A1 im Anhang dargestellt.

Die Berechnung der Behandlungsdauer für die Abbildung 3 basiert auf dem Jahr des Ersteintritts in eine diacetylmorphingestützte Behandlung gemäss der Meldung der Patientin oder des Patienten oder der Angabe im Bewilligungsregister. 2024 hatten die Patientinnen und Patienten durchschnittlich vor 12,7 Jahren mit der Behandlung begonnen. Dieser Durchschnitt ist in den vergangenen Jahren leicht angestiegen (2023: 12,4 Jahre; 2022: 12,2 Jahre).

4 Eintritte und Behandlungsabschlüsse

In den vergangenen drei Jahren schwankte die Zahl der Eintritte in eine diacetylmorphingestützte Behandlung zwischen 180 und 220 Personen. 2024 wurde die tiefste Zahl verzeichnet (186 Eintritte). Die Zahl der Behandlungsabschlüsse wies hingegen geringere Schwankungen auf und blieb relativ stabil. Sie lag jedoch unter jener der Eintritte. Die Frauen machten sowohl bei den Ersteintritten als auch bei den Wiedereintritten rund 20 % aus. Das Durchschnittsalter beim Ersteintritt lag bei 42,3 Jahren (Spanne von 19 bis 83 Jahre), während die Personen, die ihre Behandlung beendeten, im Durchschnitt 4 Jahre älter waren.

2024 wurden 134 Ersteintritte (2023: 146; 2022: 155) und 52 Wiedereintritte (2023: 54; 2022: 61) verzeichnet (Tabelle 1 für 2024 und Tabelle A1 im Anhang für 2023). Als Wiedereintritte gelten Behandlungen, die nach einem Unterbruch von mindestens 30 Tagen in der gleichen Institution wieder aufgenommen werden, sowie die Übertritte in eine andere Institution. Von den Ersteintritten im Jahr 2024 waren Ende des Jahres 2024 90 % noch in Behandlung.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten, die erstmals in eine diacetylmorphingestützte Behandlung eintraten, betrug 42,3 Jahre. Im Gegensatz zu den Vorjahren waren die Wiedereintretenden im Jahr 2024 durchschnittlich etwas jünger als die Erseintretenden. Das Alter beim Ersteintritt lag zwischen 19 und 83 Jahren. 2024 waren rund 79 % aller Eintritte Männer. Diese Zahl liegt leicht über jener der Vorjahre (2023: 76 %, 2022: 74 %; vgl. Tabelle A1 im Anhang).

Tabelle 1: Anzahl Eintritte nach Art, Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung (2024)

	n	Durchschnittsalter	% männlich
Ersteintritt	134	42,3	79,1 %
Wiedereintritt	52	40,6	78,8 %
Wiedereintritt: Übertritt aus einer anderen Institution	8	41,0	75,0 %

Bemerkung: Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A1 im Anhang dargestellt.

2024 wurden insgesamt 151 Behandlungsabschlüsse verzeichnet (2023: 161; 2022: 133; vgl. Tabelle 2 für 2024 und Tabelle A2 im Anhang für 2023). Die Patientinnen und Patienten, die aus dem Programm austraten, wiesen logischerweise ein höheres Durchschnittsalter auf als diejenigen, die zum ersten Mal eintraten. Bei den Patientinnen und Patienten, die nur einmal in Behandlung waren (n = 116), betrug das Durchschnittsalter beim Austritt 46,0 Jahre und bei jenen mit mehreren Behandlungsepisoden (n = 35) 45,7 Jahre.

Tabelle 2: Anzahl Behandlungsabschlüsse nach Behandlungsepisoden sowie nach Eintrittsjahr, Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung (2024)

	Eintritt 2024	Eintritt vor 2024	Durchschnitts-alter	% männlich
Erste Behandlung	13	103	46,0	80,1 %
Mehrere Behandlungen	7	28	45,7	77,1 %

Bemerkung: Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A2 im Anhang dargestellt.

5 Anwendungsform und frühere Behandlungen

Die Form der Anwendung des Diacetylmorphins (oral, intravenös, intramuskulär) wird zu Beginn der Behandlung in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten festgelegt. Gemischte Applikationen sind grundsätzlich ebenfalls möglich. Dabei werden in der Regel orale und intravenöse Anwendungen kombiniert. Bis 2022 verzeichnete diese Anwendungsform einen Anstieg, der sich danach jedoch nicht fortgesetzt hat. Ausserdem lässt sich eine Zunahme der Anzahl nasaler Anwendungen beobachten, die 2020 erstmals zugelassen waren.

Wie in den Vorjahren war die Mehrheit der Patientinnen und Patienten, die 2024 neu eintraten, bereits wegen Problemen mit illegalen Substanzen behandelt worden. Bei den früheren Behandlungen handelte es sich vor allem um Opioid-Agonisten-Therapien. Dieses Ergebnis wurde erwartet, da Vorbehandlungen eine Voraussetzung für die Aufnahme in ein Programm für diacetylmorphingestützte Behandlung ist. Von den Wiedereintritten hatten knapp 60 % der Patientinnen und Patienten zuvor bereits eine Entzugsbehandlung mit professioneller Betreuung durchgeführt.

Wie in den Vorjahren begannen etwa 40 % der Ersteintretenden aus eigener Initiative oder auf Anraten von Familie, Freunden und Bekannten mit einer diacetylmorphingestützten Behandlung.

Beim Eintritt (vgl. Kapitel 4) wird für die Mehrheit der Patientinnen und Patienten (77,1 %), vor allem wenn es sich um einen Ersteintritt handelt, die orale Anwendung von Diacetylmorphin vorgesehen (vgl. Tabelle 3 und Tabelle A3 im Anhang). Die oralen Applikationen stiegen gegenüber 2023 an (von 69,7 % auf 77,1 %), während die gemischten Anwendungen mit 5,3 % eine leichte Abnahme verzeichneten (2023: 7,0 %). Im Allgemeinen werden orale und intravenöse Anwendungen kombiniert. Dabei erfolgt die intravenöse Applikation in der Regel in der Institution, während die Dosen für die orale Applikation mitgegeben werden.

Bei den Wiedereintritten ist der Anteil mit einer oralen Anwendung kleiner und jener mit einer intravenösen Applikation höher (vgl. Tabelle 3). Dieses Ergebnis legt nahe, dass sich die rein orale Behandlung längerfristig nicht immer als wirksam erweist und zu einem Behandlungsunterbruch beitragen könnte. Die rein orale Anwendung wird daher bei einer Wiederaufnahme der Behandlung oft durch eine intravenöse oder gemischte Anwendung ersetzt. Der vermehrte Einsatz intravenöser Behandlungen und die Abnahme der rein oralen Behandlungen bei den Wiedereintritten wurde bereits in den Vorjahren festgestellt.

Die nasalen Applikationen sind seit 2022 zugelassen. Sie sind zwar nach wie vor relativ selten, nehmen aber jedes Jahr zu und beliefen sich 2024 auf 6,1 %.

Tabelle 3: Vorgesehene Anwendungsform bei Behandlungseintritt, nach Eintrittsart (2024)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 131)	%	n (Total = 47)	%
Intravenöse Anwendung	15	11,5 %	17	36,2 %
Orale Anwendung	101	77,1 %	26	55,3 %
Intramuskuläre Anwendung	0	0,0 %	1	2,1 %
Nasale Anwendung	8	6,1 %	0	0,0 %
Multiple Anwendungen	7	5,3 %	3	6,4 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 3 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 5 bei den Wiedereintritten. Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A3 im Anhang dargestellt.

Gemäss den in Artikel 10 BetmSV festgelegten Aufnahmekriterien für eine diacetylmorphingestützte Behandlung müssen alle Patientinnen und Patienten, die zum ersten Mal eintreten, zuvor bereits wegen einer Suchtproblematik in Behandlung gewesen sein (Tabelle 4). Der gleiche Artikel sieht vor, dass bestimmte Patientinnen und Patienten ausnahmsweise eine diacetylmorphingestützte Behandlung beginnen können, ohne dass sie zuvor bereits in Behandlung waren. 91,4 % der Ersteintretenden wurden zuvor bereits wegen des Gebrauchs illegaler Substanzen behandelt (vgl. Tabelle 4). Etwas weniger als ein Viertel (22,6 %; in der Tabelle nicht dargestellt) der Patientinnen und Patienten war bereits wegen Problemen durch multiplen Substanzgebrauch in Therapie (2023: 31,5 %).

Tabelle 4: Frühere Behandlungen, nach Substanzart oder Verhalten (2024)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 128)	%	n (Total = 47)	%
Alkohol	22	17,2 %	6	12,8 %
Illegale Substanzen	117	91,4 %	45	95,7 %
Medikamente	14	10,9 %	9	19,1 %
Tabak	7	5,5 %	1	2,1 %
Verhaltenssucht	2	1,6 %	2	4,3 %

Bemerkung: Mehrfachantworten möglich; 6 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 5 bei den Wiedereintritten. Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A4 im Anhang dargestellt.

Insgesamt haben neun von zehn Patientinnen und Patienten vor Behandlungseintritt bereits mindestens eine Behandlung absolviert (90,3 %; in der Tabelle nicht dargestellt). Diejenigen, die bereits behandelt worden waren, gaben beim Eintritt am häufigsten eine Opioid-Agonisten-Therapie als frühere Behandlung an (vgl. Tabelle 5). Die wiedereintretenden Patientinnen und Patienten ihrerseits hatten oft bereits eine Entzugsbehandlung mit professioneller Betreuung (59,9 %) oder eine andere Opioid-Agonisten-Therapie (72,3 %) durchlaufen.

Tabelle 5: Frühere Behandlungen wegen Opioidproblemen der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung (2024)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 121)	%	n (Total = 47)	%
Opioid-Agonisten-Therapie	116	95,9 %	34	72,3 %
Diacetylmorphin-verschreibung	13	10,7 %	42	89,4 %
Stationäre Therapie	49	40,5 %	21	44,7 %
Betreuter Entzug	57	47,1 %	28	59,6 %
Andere	15	12,4 %	6	12,8 %

Bemerkung: Mehrfachantworten möglich; 13 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 5 bei den Wiedereintritten.
Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A5 im Anhang dargestellt.

Beim Ersteintritt erfolgt die Zuweisung der Patientinnen und Patienten zu einem Behandlungszentrum, wie bereits in den Vorjahren, in den meisten Fällen durch andere Gesundheitsakteure (Arztpraxis, andere Gesundheitseinrichtung oder anderer Gesundheitsdienst; Tabelle 6). Bei den Ersteintritten lässt sich sogar eine Zunahme der Zuweisungen durch Einrichtungen, die auf Sucht spezialisiert sind, erkennen (2024: 30,8 %; 2023: 19,5 %; 2022: 21,7 %; vgl. Tabelle 6 und Tabelle A6). Ein relativ hoher Anteil der Eintritte (40 %) erfolgt jedoch auf Initiative der Patientinnen und Patienten selber oder auf Anraten von Familie, Freunden oder Bekannten, also ohne Beteiligung einer Institution oder Fachperson. Die Zuweisungen infolge einer Verurteilung sind bei den Wiedereintritten relativ gesehen häufiger (9,5 % gegenüber 1,7 % bei den Ersteintritten). Insgesamt sind die Zahlen verglichen mit den Vorjahren stabil.

Tabelle 6: Zuweisung in eine Institution für diacetylmorphingestützte Behandlungen (2024)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 120)	%	n (Total = 42)	%
Verurteilung / Massnahme / Justizbehörde / Polizei	2	1,7 %	4	9,5 %
Arztpraxis	16	13,3 %	8	19,0 %
Andere auf Sucht spezialisierte Einrichtung	37	30,8 %	10	23,8 %
Andere Gesundheits-, medizinische oder soziale Dienste	10	8,3 %	4	9,5 %
Keine professionelle Instanz oder Fachperson beteiligt	48	40,0 %	14	33,3 %
Andere	7	5,8 %	2	4,8 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 14 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 10 bei den Wiedereintritten.
Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A6 im Anhang dargestellt.

6 Soziodemografische Daten

Wie bereits in den Vorjahren war 2024 die Mehrheit der in die Behandlung eintretenden Patientinnen und Patienten ledig. Die Ersteintrietenden lebten im Allgemeinen allein oder mit einer Partnerin oder einem Partner und/oder mit Kindern zusammen. Die Wiedereintrietenden kamen häufiger aus dem Gefängnis, einer therapeutischen Einrichtung oder aus dem Spital.

Drei Viertel der neu eintretenden Patientinnen und Patienten und etwas mehr als die Hälfte der wiedereintrietenden hatten 2024 eine stabile Wohnsituation. Bei den Ersteintritten schwankt dieser Anteil von einem Jahr zu anderen und bei den Wiedereintritten ist er seit 2022 rückläufig,

Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten lebten von der Rente, der Sozialhilfe und Arbeitsunfähigkeitsleistungen. Knapp ein Viertel arbeitete Teilzeit oder Vollzeit oder hatte Gelegenheitsjobs.

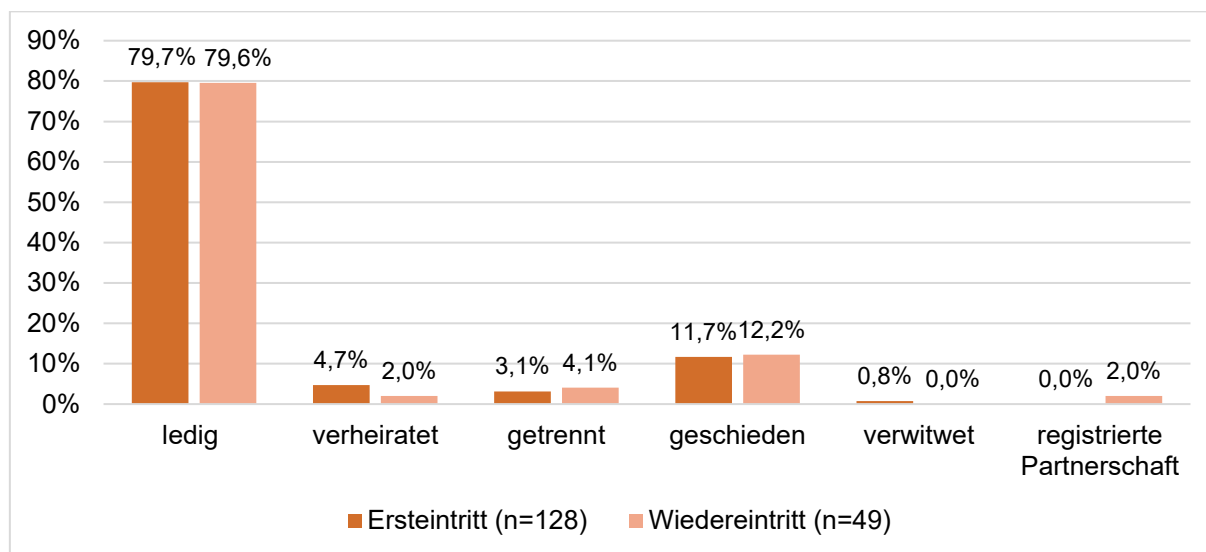
Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten hat mindestens eine zwei- bis vierjährige Ausbildung absolviert. Der Anteil der Personen, die keine Ausbildung oder nur die obligatorische Schule abgeschlossen haben, belief sich 2024 auf 37,0 %.

Dabei ist zu beachten, dass die bei den Wiedereintritten erhobenen Daten (einschliesslich Übertritte aus anderen Institutionen) oft die einzige Quelle für die Beobachtung der Lebensumstände der Patientinnen und Patienten sind.

Von den 134 Ersteintritten im Jahr 2024 waren 102 (76,1 %) der Patientinnen und Patienten Schweizer Staatsangehörige. Zwischen 2019 und 2024 variierte der Anteil der Personen mit ausländischer Nationalität von einem Jahr zum anderen zwischen 16,3 % und 32,5 %. In den letzten drei Jahren hat er sich jedoch bei rund einem Viertel der Neueintritte stabilisiert (2024: 23,9 %; 2023: 27,9 %; 2022: 24,6 %; in keiner Tabelle dargestellt), was in etwa dem Anteil der ausländischen Staatsangehörigen an der Wohnbevölkerung der Schweiz entspricht (26.8%; Bundesamt für Statistik [BFS], 2024).

Wie bereits in den Vorjahren war die Mehrheit der 2024 in die Behandlung eintretenden Patientinnen und Patienten ledig. Rund 12 % waren geschieden (vgl. Abbildung 4). Zwischen den Erst- und Wiedereintritten bestehen kaum Unterschiede.

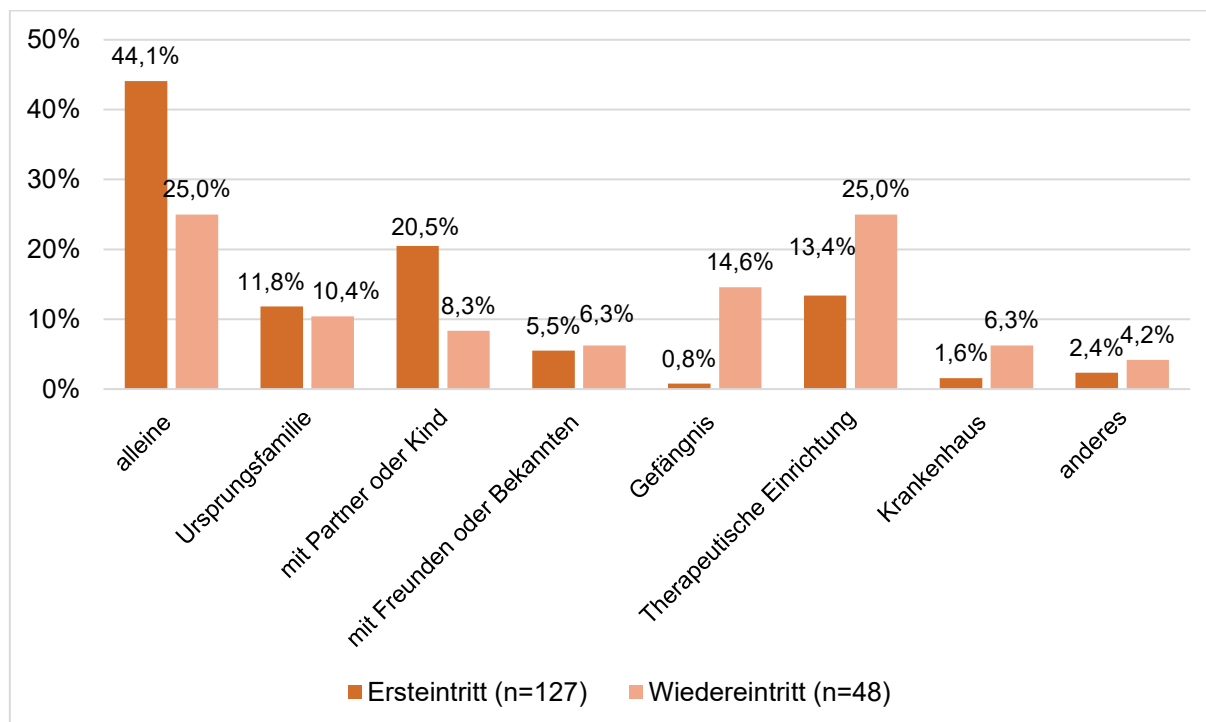
Abbildung 4: Zivilstand beim Eintritt (2024)



Bemerkung: 6 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 3 bei den Wiedereintritten.
Die Ergebnisse für 2023 sind in Abbildung A2 im Anhang dargestellt.

Die Patientinnen und Patienten, die zum ersten Mal in eine Behandlung eintraten, lebten vor dem Eintritt öfter allein oder mit einer Partnerin oder einem Partner und/oder mit Kindern zusammen (Abbildung 5). Die Wiedereintretenden ihrerseits kamen häufiger aus dem Gefängnis, einer therapeutischen Einrichtung oder dem Spital. Bei den Wiedereintritten ist der Anteil der Personen, die allein leben, seit 2020 rückläufig. 2023 lag er bei 31,1 % und 2024 bei 25,0 %. Diese Abnahme ist auf die steigende Anzahl Wiedereintritte nach einem Aufenthalt in einem Gefängnis oder einer therapeutischen Einrichtung zurückzuführen.

Abbildung 5: Vorwiegende Lebenssituation in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2024)



Bemerkung: Total = 100 %; 7 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 4 bei den Wiedereintritten.
Die Ergebnisse für 2023 sind in Abbildung A3 im Anhang dargestellt.

Der Umstand, dass die Ersteintrittenden häufiger mit einer Partnerin oder einem Partner, ihren Kindern oder ihrer Ursprungsfamilie zusammenleben (vgl. Abbildung 5 für 2024 und Abbildung A3 im Anhang für 2023), könnte damit zusammenhängen, dass sie im Vergleich zu den Wiedereintrittenden noch nicht einen so langen Weg in der Sucht hinter sich haben und daher die Auswirkungen des sozialen Ausschlusses noch nicht so ausgeprägt sind.

Bei der Lebenssituation vor dem Eintritt lassen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern beobachten. Knapp die Hälfte der Männer (46,5 % gegenüber 34,6 % der Frauen) lebten in den 30 Tagen vor dem Eintritt allein, während nahezu die Hälfte der Frauen (46,2 % gegenüber 13,9 % der Männer) mit einem Partner oder ihren Kindern zusammenlebte (vgl. Tabelle 7). Diese Unterschiede liessen sich bereits in den beiden Vorjahren beobachten.

Tabelle 7: Vorwiegende Lebenssituation in den 30 Tagen vor dem Ersteintritt, nach Geschlecht (2024)

	Männer (n = 101)	Frauen (n = 26)	Total (n = 127)
Allein	46,5 %	34,6 %	44,1 %
Ursprungsfamilie	13,9 %	3,8 %	11,8 %
Mit Partner/-in oder Kind	13,9 %	46,2 %	20,5 %
Mit Freunden / Bekannten	6,9 %	0,0 %	5,5 %
Gefängnis	1,0 %	0,0 %	0,8 %
Therapeutische Einrichtung	13,9 %	11,5 %	13,4 %
Spital	1,0 %	3,8 %	1,6 %
Andere	3,0 %	0,0 %	2,4 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 7 fehlende Werte.
Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A7 im Anhang dargestellt.

Auch bei der kinderbezogenen Lebenssituation gibt es kaum Unterschiede gegenüber den beiden Vorjahren. Rund zwei Drittel der Patientinnen und Patienten haben keine Kinder (78,6 %; vgl. Tabelle 8). Die grosse Mehrheit derjenigen, die ein oder mehrere Kinder haben, leben nicht im gleichen Haushalt (z. B. 19,0 % gegenüber 1,6 %, die mit ihren Kindern zusammenleben, bei den Ersteintritten). Zwischen den Ersteintritten und Wiedereintritten gibt es kaum Unterschiede.

Tabelle 8: Lebenssituation in Bezug auf die Kinder (2024)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 126)	%	n (Total = 47)	%
Keine Kinder	99	78,6 %	37	78,7 %
Lebt nicht mit ihren/seinen Kindern	24	19,0 %	9	19,1 %
Lebt mit ihren/seinen Kindern	2	1,6 %	1	2,1 %
Nicht bekannt	1	0,8 %	0	0,0 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 8 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 5 bei den Wiedereintritten.
Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A8 im Anhang dargestellt.

Wie in der Tabelle 9 ersichtlich, hatten 76,0 % der Patientinnen und Patienten, die 2024 zum ersten Mal in eine Behandlung eintraten, zuvor eine stabile Wohnsituation. Dieser Anteil liegt nahe bei jenem von 2023 (72,3 %; vgl. Tabelle A9 im Anhang). Auch bei den Wiedereintritten ist dies die häufigste Wohnsituation, auch wenn sie weniger oft eine stabile Wohnsituation haben (55,1 %) als die Ersteintritte und öfter aus dem Gefängnis (14,3 %) oder einer therapeutischen Einrichtung (18,4 %; vgl. Tabelle 9) kommen.

Tabelle 9: Vorwiegende Wohnsituation in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2024)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 129)	%	n (Total = 49)	%
Stabile Wohnsituation	98	76,0 %	27	55,1 %
Instabile Wohnsituation	17	13,2 %	6	12,2 %
Gefängnis	1	0,8 %	7	14,3 %
Therapeutische Einrichtung	13	10,1 %	9	18,4 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 5 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 3 bei den Wiedereintritten. Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A9 im Anhang dargestellt.

Drei Viertel der Patientinnen und Patienten, die zum ersten Mal in eine Behandlung eintraten, lebten von der Sozialhilfe (37,2 %) oder von einer AHV- oder IV-Rente (38,0 %; vgl. Tabelle 10). Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die von einem Erwerbseinkommen lebten, war bei den Ersteintritten mit 16,5 % leicht höher als 2023 (13,1 %; vgl. Tabelle A10 im Anhang). Ansonsten lassen sich keine nennenswerten Unterschiede gegenüber dem Vorjahr feststellen. Bei den Wiedereintritten lebten 80 % der Patientinnen und Patienten von der Sozialhilfe oder einer AHV- oder IV-Rente.

Tabelle 10: Wichtigstes Mittel der Existenzsicherung in den letzten 30 Tagen (2024)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 129)	%	n (Total = 48)	%
Erwerbseinkommen	22	17,1 %	5	10,4 %
Ersparnisse	1	0,8 %	0	0,0 %
AHV-/IV-Rente	49	38,0 %	17	35,4 %
Sozialhilfe / Fürsorge	48	37,2 %	23	47,9 %
Arbeitslosenversicherung	2	1,6 %	0	0,0 %
Unterstützung durch Partner/-in	1	0,8 %	0	0,0 %
Unterstützung durch Eltern / Angehörige / Freunde	4	3,1 %	1	2,1 %
Dealern / Mischeln	0	0,0 %	1	2,1 %
Andere illegale Einkünfte	0	0,0 %	0	0,0 %
Prostitution	0	0,0 %	0	0,0 %
Taggeldversicherung	1	0,8 %	0	0,0 %
Andere	1	0,8 %	1	2,1 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 5 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 4 bei den Wiedereintritten. Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A10 im Anhang dargestellt.

Während der Anteil der Patientinnen und Patienten, die von der Sozialhilfe lebten, bis 2023 rückläufig war (19,6 %; vgl. Tabelle A10 im Anhang), lässt sich 2024 eine Zunahme beobachten (47,9 %; vgl. Tabelle 10). Umgekehrt bezogen weniger Patientinnen und Patienten eine Rente (35,4 %) als im Vorjahr (56,5 %; vgl. Tabelle A10 im Anhang).

2024 waren 23,4 % (gegenüber 15,1 % im Jahr 2023) der ersteintretenden Patientinnen und Patienten erwerbstätig (Vollzeit- oder Teilzeitarbeit oder Gelegenheitsjobs; Tabelle 11). Somit war die Mehrheit entweder arbeitslos (mit oder ohne aktive Stellensuche; 37,1 % gegenüber 42,4 % im Jahr 2023) oder nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv (Rentenempfänger/-in, Arbeitsunfähigkeit, Hausfrau/-mann; 35,5 % sowohl 2023 als auch 2024; vgl. Tabelle 11).

Bei den Wiedereintritten gingen 9,1 % der Patientinnen und Patienten einer Erwerbstätigkeit nach. Dieser Anteil verzeichnete gegenüber 2023 eine Abnahme (11,5 %). Der Anteil der arbeitslosen Patientinnen und Patienten, die nicht aktiv eine Stelle suchten, belief sich 2024 auf 40,9 % und 2023 auf 14,9 % (vgl. Tabelle A11 im Anhang).

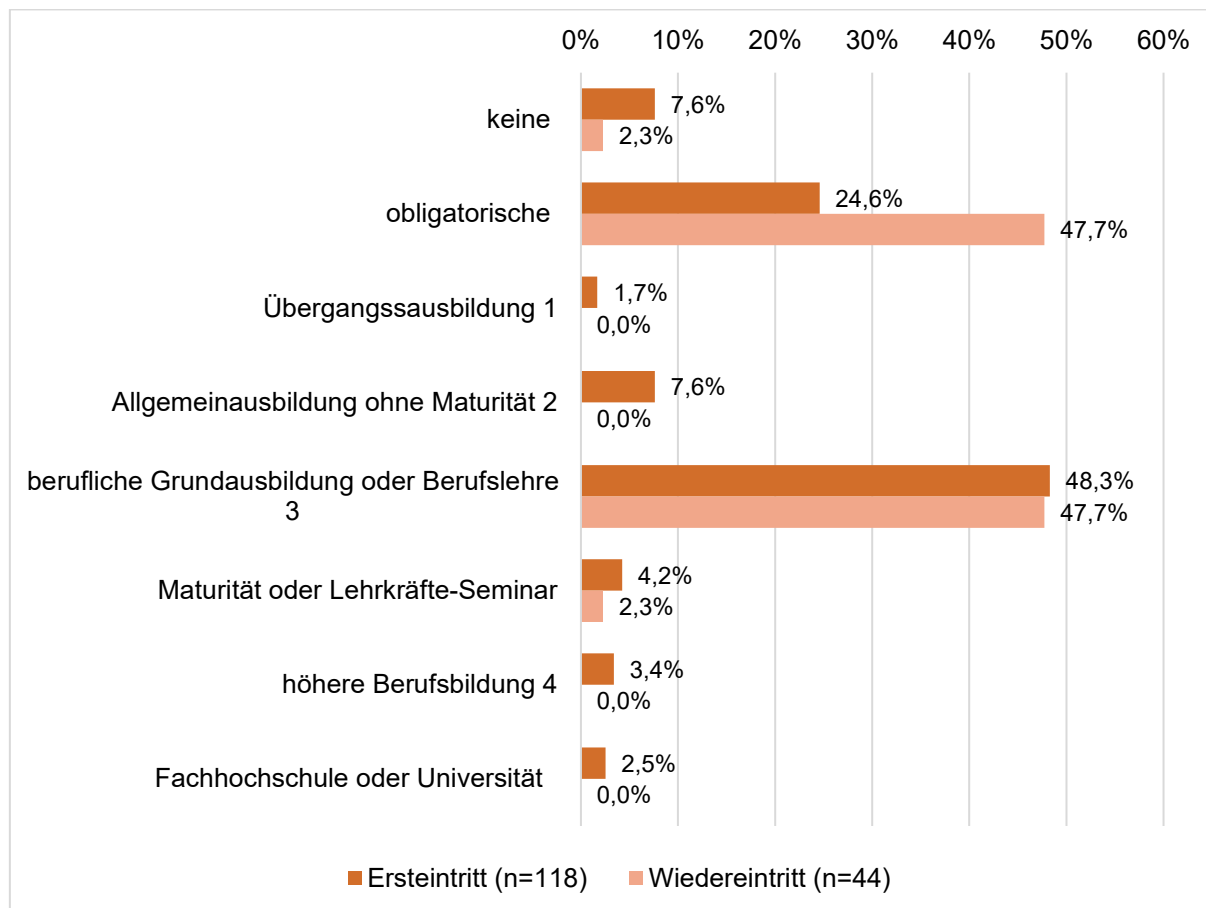
Tabelle 11: Vorwiegende Erwerbssituation in den letzten 30 Tagen (2024)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 124)	%	n (Total = 44)	%
Vollzeitarbeit (ab 70 %)	19	15,3 %	4	9,1 %
Teilzeitarbeit	6	4,8 %	0	0,0 %
Gelegenheitsjobs	4	3,2 %	0	0,0 %
In Ausbildung	2	1,6 %	0	0,0 %
Arbeitslos und aktive Stellensuche	13	10,5 %	0	0,0 %
Arbeitslos und keine aktive Stellensuche	33	26,6 %	18	40,9 %
Rentner/-in (Pension, AHV, Rücklagen)	12	9,7 %	2	4,5 %
Arbeitsunfähigkeit (IV / Taggeld)	32	25,8 %	15	34,1 %
Hausfrau/-mann	0	0,0 %	0	0,0 %
Andere	3	2,4 %	5	11,4 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 10 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 8 bei den Wiedereintritten. Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A11 im Anhang dargestellt. Im Vergleich zur Tabelle 10 wurden die AHV-/IV-Renten auf die Rentnerinnen und Rentner und die Arbeitsunfähigkeit aufgeteilt. Die Personen, die Sozialhilfe erhalten, befinden sich hauptsächlich in der Kategorie «Arbeitslos» (mit oder ohne aktive Stellensuche).

Beim Bildungsniveau ist zu beobachten, dass 2024 ein Drittel (32,2 %) der Ersteintritte und die Hälfte (50 %) der Wiedereintritte über keine Ausbildung verfügten oder nur die obligatorische Schule absolviert haben. Umgekehrt hat mehr als die Hälfte (58,5 %) der Patientinnen und Patienten, die zum ersten Mal in eine Behandlung eintraten, eine berufliche Grundausbildung oder eine höhere Ausbildung abgeschlossen.

Abbildung 6: Höchste abgeschlossene Ausbildung (2024)



Bemerkung: 16 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 8 bei den Wiedereintritten. Die Ergebnisse für 2023 sind in Abbildung A4 im Anhang dargestellt.

1: 1-jährige Ausbildung: Vorlehre, 10. Schuljahr, 1-jährige Berufswahlschule, Haushaltslehrjahr, 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.

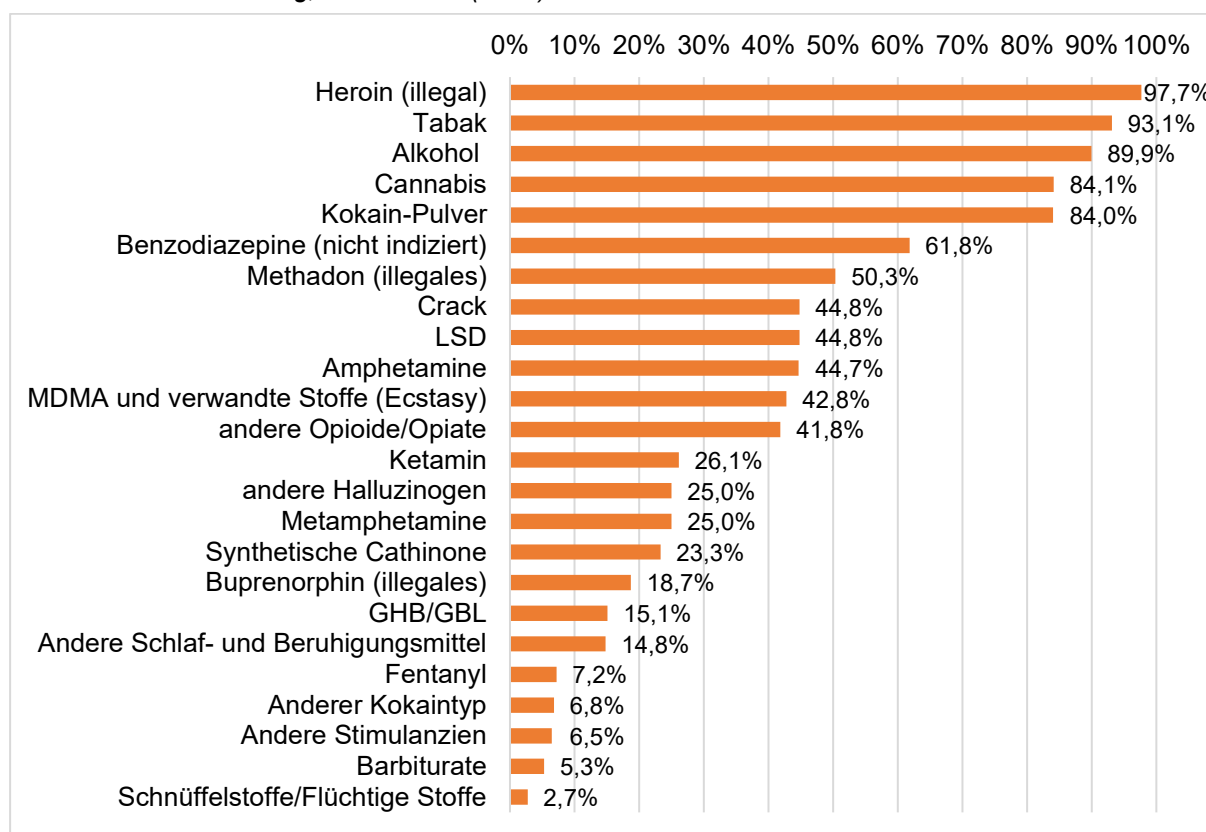
4: eidg. Fachausweis: höhere Fachprüfung mit eidg. Diplom oder Meisterdiplom, höhere Fachschule (HF) für Technik, HF für Wirtschaft, Ingenieurschule HTL, höhere Fachschule HWV, HFG, HFS o. ä.

7 Substanzgebrauch

Die Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung haben in ihrem Leben häufig mehrere Substanzen konsumiert. Neben Heroin und den legalen Substanzen Alkohol und Tabak haben sie vor allem Cannabis, Kokain-Pulver, Crack, Benzodiazepine, LSD und Amphetamine gebraucht. Zudem haben die Patientinnen und Patienten in den 30 Tagen vor dem Eintritt nicht nur regelmässig Heroin, sondern auch Cannabis, Alkohol und Tabak konsumiert. Die Daten zum Alter beim Erstkonsum legen nahe, dass die Personen oft bereits im Jugendalter mit dem Konsum von Alkohol, Tabak und/oder Cannabis beginnen. Die Patientinnen und Patienten, die andere illegale Substanzen wie Kokain oder Heroin gebraucht haben, begannen damit im Durchschnitt mit weniger als 20 Jahren. Der Beginn des Gebrauchs von Substanzen wie Methadon, Crack oder Benzodiazepinen erfolgt später, im Durchschnitt im Alter von 25 Jahren.

Zur Erhöhung der Fallzahlen und aufgrund vieler fehlender Werte wurden alle Eintritte, einschliesslich der Wiedereintritte, verwendet. In den Tabellen 12 und 13 sind die Ergebnisse zum Substanzgebrauch im Verlauf des Lebens (Lebenszeitprävalenz), zum Alter beim Erstkonsum und zur Anzahl Gebrauchstage in den letzten 30 Tagen dargestellt.

Abbildung 7: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs verschiedener Substanzen in Reihenfolge ihrer Bedeutung, alle Eintritte (2024)



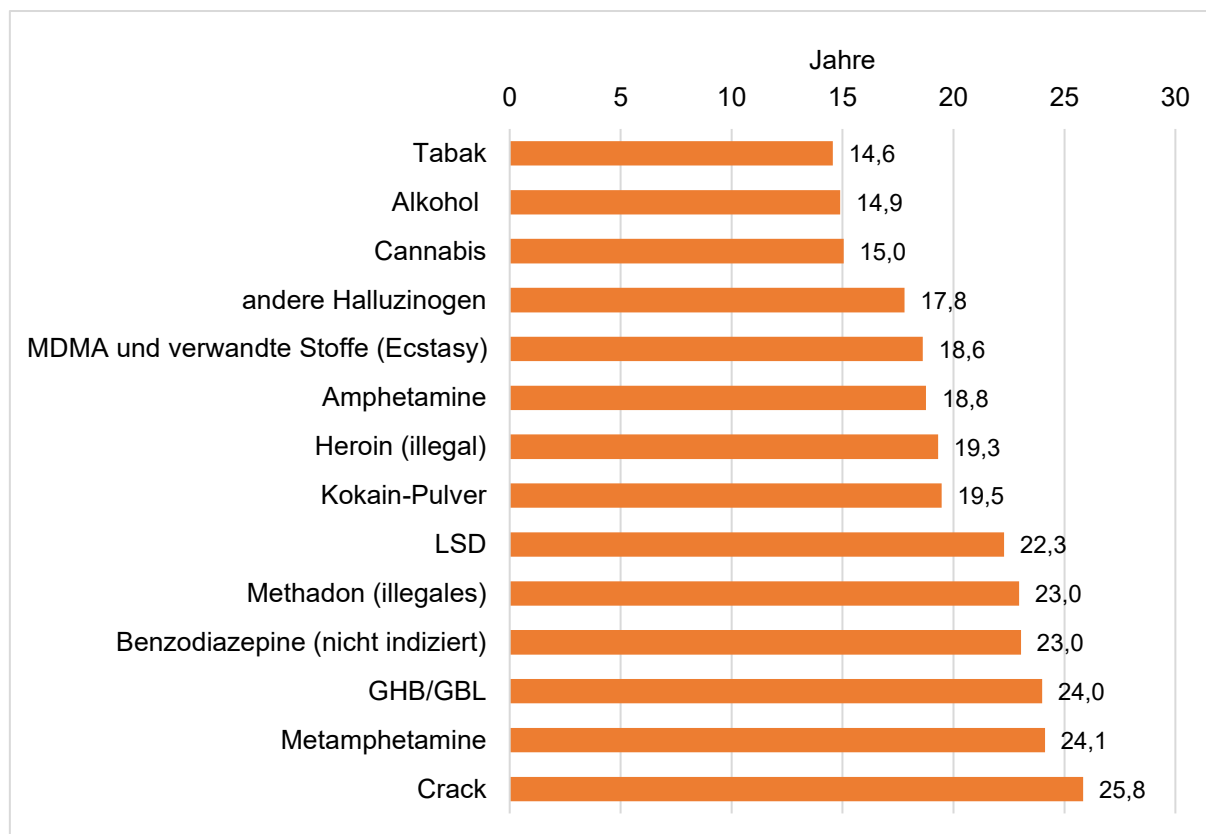
Bemerkung: Mehrfachantworten möglich. Die Analysen beinhalten die Erst- und die Wiedereintritte von 2024. Die Ergebnisse für 2023 sind in Abbildung A5 im Anhang dargestellt.

Die Abbildung 7 zeigt die Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs von Substanzen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die 2024 eintretenden Patientinnen und Patienten. Die Reihenfolge hat sich gegenüber den Vorjahren nur geringfügig verändert. Neben Heroin hat die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten in ihrem Leben Tabak, Alkohol, Cannabis, Kokain, Benzodiazepine, LSD und Amphetamine gebraucht. 2023 und 2024 ging der Konsum von Benzodiazepinen, Amphetaminen, MDMA und verwandten Stoffen gegenüber 2022 zurück. Der Gebrauch von Crack stieg hingegen an (2024: 44,8 %; 2023: 45,6 %; 2022: 40,1 %).

In Abbildung 8 ist das Durchschnittsalter beim Erstkonsum verschiedener Substanzen dargestellt (berechnet nur für Patientinnen und Patienten, die die betreffende Substanz im Verlauf ihres Lebens gebraucht haben). Für jede Substanz ist in Tabelle 12 das Höchst- und das Mindestalter beim Erstkonsum angegeben.

Wie in den beiden Vorjahren begannen die Patientinnen und Patienten, die 2024 eintraten, im Durchschnitt im Alter von 19 Jahren mit dem Konsum von Heroin. Bei den legalen Substanzen und Cannabis lässt sich generell ein früherer Konsumbeginn beobachten (zwischen 14 und 16 Jahren), während er bei Methadon, Benzodiazepinen, Ketamin, GHB oder Crack später erfolgt (zwischen 23 und 26 Jahren). Verglichen mit dem Vorjahr ist das Durchschnittsalter beim Erstkonsum für alle Substanzen unverändert geblieben.

Abbildung 8: Alter beim Erstkonsum der Substanz, in aufsteigender Reihenfolge des Alters, alle Eintritte (2024)



Bemerkung: Die Kategorien «andere Kokaintypen ausser Crack und Pulver», «andere Stimulantien», «andere Schlaf- und Beruhigungsmittel» sowie «andere Halluzinogene» sind nicht dargestellt. Zudem wurden Schnüffelfstoffe, Barbiturate und synthetische Cathinone aufgrund der geringen Fallzahlen nicht berücksichtigt. Sie sind jedoch in der Tabelle 10 aufgeführt.
Die Ergebnisse für 2023 sind in Abbildung A6 im Anhang dargestellt.

Tabelle 12: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs verschiedener (nicht medizinisch indizierter) Substanzen und Alter beim Erstkonsum (2024)

	Lebenszeitprävalenz (n = 186)		Alter bei Erstkonsum			
	n	Prävalenzrate	n	Min.	Max.	Durchschnittsalter
Alkohol	171	90,1 %	111	6	49	14,9
Heroin	176	97,7 %	136	7	40	19,3
Methadon	149	49,7 %	47	15	39	23,0
Buprenorphin	148	14,9 %	14	10	40	25,7
Fentanyl	141	7,1 %	8	10	37	21,5
Andere Opioide/Opiate	136	25,7 %	25	10	38	23,8
Kokain-Pulver	177	84,2 %	114	10	41	19,5
Crack	155	44,5 %	53	11	62	25,8
Anderer Kokaintyp	140	11,4 %	12	10	48	21,8
Amphetamine	154	41,6 %	47	7	50	18,8
Metamphetamine	145	24,8 %	24	10	55	24,1
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	146	42,5 %	47	8	40	18,6
Synthetische Cathinone	145	24,8 %	2	24	26	25,0
Andere Stimulanzien (z. B. nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	133	5,3 %	6	7	40	19,7
Barbiturate	149	6,7 %	8	16	40	24,1
Benzodiazepine	167	61,7 %	66	9	50	23,0
GHB/GBL	150	14,7 %	17	15	41	24,0
Andere Schlaf- und Beruhigungsmittel	140	6,4 %	7	7	30	22,3
LSD	151	44,4 %	49	14	40	19,5
Ketamin	147	23,1 %	29	13	38	23,3
Andere Halluzinogene	140	18,6 %	20	13	24	17,8
Schnüffelfstoffe / flüchtige Stoffe	147	2,7 %	3	12	16	14,0
Cannabis	172	83,7 %	106	8	57	15,0
Tabak	176	93,2 %	125	6	40	14,6

Bemerkung: Mehrfachantworten möglich. Die Fragen zum Lebenszeitkonsum einer Substanz betreffen nur deren missbräuchlichen Gebrauch; jegliche therapeutische Verwendung ist ausgeschlossen.
Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A12 im Anhang dargestellt.

Bei den Patientinnen und Patienten, die in den 30 Tagen vor dem Eintritt eine Substanz gebraucht haben, war die Konsumhäufigkeit besonders hoch: Die meisten Substanzen wurden länger 10 Tage gebraucht. Die Personen, die illegales Heroin, Tabak und Cannabis konsumiert haben, taten dies im Durchschnitt während 20 Tagen oder mehr (Tabelle 13).

Tabelle 13: Häufigkeit des (nicht medizinisch indizierten) Substanzgebrauchs in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2024)

	Alle Eintritte						Nur Konsumierende	
	n	Kein Gebrauch	1–9 Tage	10–19 Tage	20–30 Tage	Durchschnitt (in Tagen)	n	Durchschnitt (in Tagen)
Alkohol	105	36,2 %	32,4 %	8,6 %	22,9 %	8,9	67	14,0
Heroin	127	18,1 %	16,5 %	6,3 %	59,1 %	18,7	104	22,8
Methadon	39	51,3 %	17,9 %	10,3 %	20,5 %	7,5	19	15,3
Buprenorphin	10	90,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2	1	2,0
Fentanyl	8	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Andere Opioide/Opiate	20	55,0 %	25,0 %	5,0 %	15,0 %	6,1	9	13,6
Kokain-Pulver	93	36,6 %	29,0 %	10,8 %	23,7 %	8,9	59	14,0
Crack	42	35,7 %	28,6 %	11,9 %	23,8 %	9,3	27	14,4
Anderer Kokaintyp	9	77,8 %	22,2 %	0,0 %	0,0 %	1,3	2	6,0
Amphetamine	30	86,7 %	3,3 %	3,3 %	6,7 %	2,1	4	15,5
Metamphetamine	19	68,4 %	0,0 %	10,5 %	21,1 %	6,9	6	21,8
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	33	93,9 %	6,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1	2	1,0
Synthetische Cathinone	1	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Andere Stimulanzien (nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	5	40,0 %	40,0 %	0,0 %	20,0 %	7,2	3	12,0
Barbiturate	5	60,0 %	0,0 %	40,0 %	0,0 %	6,2	2	15,5
Benzodiazepine	63	41,3 %	25,4 %	11,1 %	22,2 %	8,7	37	14,8
GHB/GBL	9	88,9 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %	3,1	1	28,0
Andere Schlaf- und Beruhigungsmittel	7	71,4 %	14,3 %	14,3 %	0,0 %	4,9	2	17,0
LSD	34	94,1 %	2,9 %	0,0 %	2,9 %	0,9	2	15,5
Ketamin	18	88,9 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %	0,3	2	3,0
Andere Halluzinogene	17	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Schnüffelfstoffe / flüchtige Stoffe	1	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Cannabis	93	33,3 %	14,0 %	9,7 %	43,0 %	13,4	62	20,1
Tabak	116	2,6 %	0,9 %	2,6 %	94,0 %	28,3	113	29,1

Bemerkung: Mehrfachantworten möglich.
 Die Fragen zum Konsum einer Substanz in den 30 Tagen vor dem Eintritt betreffen nur deren missbräuchlichen Gebrauch; jegliche therapeutische Verwendung ist ausgeschlossen.
 Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A13 im Anhang dargestellt.

8 Hepatitis und HIV

Bei der Auswertung der Hepatitis- und HIV-Daten wurden alle in die Behandlung eintretenden Patientinnen und Patienten berücksichtigt, für die entweder Testresultate oder Angaben zum Impfstatus vorhanden waren. Mit den zur Verfügung stehenden Hepatitis-B-Testresultaten ist es nicht möglich, akute und chronische Erkrankungen zu unterscheiden.

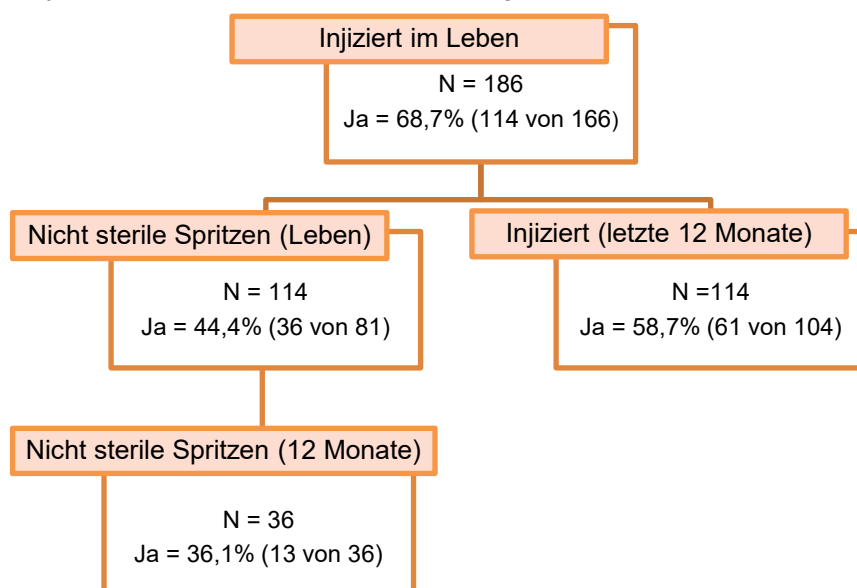
8.1 Intravenöse Anwendung

Mehr als zwei Drittel der Patientinnen und Patienten (68,7 %), die eine diacetylmorphingestützte Behandlung begannen, gaben an, bereits Substanzen intravenös angewendet zu haben. Zudem haben knapp 20 % der Patientinnen und Patienten im Verlauf ihres Lebens bereits nicht steriles Injektionsmaterial verwendet, was sie besonders empfänglich für Hepatitis und HIV macht. In den letzten 12 Monaten haben rund 7 % der Patientinnen und Patienten nicht steriles Material verwendet. Dieser Anteil ist gegenüber den beiden Vorjahren leicht angestiegen.

Neben ungeschützten Sexualkontakten ist der Gebrauch nicht steriler Spritzen einer der Hauptübertragungswege für Hepatitis und HIV. Es handelt sich daher um eine besonders wichtige Problematik bei den Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung. In den unten präsentierten Statistiken wurden alle Eintritte, einschliesslich der Wiedereintritte, berücksichtigt.

Wie in den Vorjahren hatten etwa zwei Drittel (68,7 %) der Patientinnen und Patienten, die in eine diacetylmorphingestützte Behandlung eintraten, nach eigenen Angaben im Verlauf ihres Lebens bereits intravenös Substanzen konsumiert (vgl. Abbildung 9; 2023: 65,1 %; 2022: 72,6 %). Ausserdem hatten 32,8 % (61 von 186 Eintritten; vgl. Abbildung 9) der Patientinnen und Patienten in den letzten 12 Monaten vor dem Eintritt Substanzen injiziert. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit intravenöser Anwendung in den letzten 12 Monaten war in den vergangenen Jahren ziemlich konstant (2023: 30,0 %; 2022: 34,7 %; vgl. Abbildung A7 im Anhang).

Abbildung 9: Injektionsverhalten der in die Behandlung eintretenden Patientinnen und Patienten (2024)



Bemerkung: Die Ergebnisse für 2023 sind in Abbildung A7 im Anhang dargestellt.

Knapp 19,3 % der Patientinnen und Patienten (36 von 186 Eintritten) haben bereits mindestens einmal in ihrem Leben potenziell nicht sterile Spritzen gebraucht und 7,0 % taten dies in den 12 Monaten vor Behandlungsbeginn. Diese letzte Zahl entspricht einer Zunahme gegenüber 2023 (3,5 %; vgl. Abbildung A7 im Anhang).

8.2 Hepatitis A

Über den Hepatitis-A-Status dieser vulnerablen Population ist weder in Bezug auf die Impfung noch auf die Testung viel bekannt. Knapp 68,8 % der Patientinnen und Patienten könnten nicht immun sein (nicht immun oder unbekannter Status). Entweder sollten die Information und Prävention bei diesen Patientinnen und Patienten gestärkt oder die Institutionen aufgefordert werden, der Testung beim Eintritt grössere Beachtung beizumessen.

Bei Hepatitis A gibt es nur zwei Krankheitsbilder: Die Patientin oder der Patient ist entweder positiv (akute Phase) oder negativ. Es gibt eine empfohlene Impfung, aber auch nach überstandener Krankheit ist man lebenslang immun. 2024 wurden in der Schweiz 57 Hepatitis-A-Fälle erfasst (2023: 46; 2022: 39), was einer Zunahme gegenüber 2022 entspricht (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2025a).

Von den 186 Patientinnen und Patienten, die 2024 in eine Behandlung eintraten (einschliesslich Wiedereintritte), ist bei 79 Fällen (42,5 %) weder bekannt, ob sie geimpft sind, noch ob sie einen Test gemacht haben. Dieser Anteil liegt jedoch unter jenem des Vorjahrs (2023: 50,0 %; vgl. Tabelle A14 im Anhang).

Von den verbleibenden Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung begannen, sind 58 immun (31,2 % aller Eintritte und 54,2 % der gültigen Antworten), entweder weil sie geimpft sind oder weil die Infektion ausgeheilt ist. Insgesamt gaben 39 Personen an, vollständig geimpft zu sein, was 21,0 % der 186 Patientinnen und Patienten entspricht. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit jenen der Vorjahre (2023: 23,0 %; 2022: 21,8 %). 2024 waren jedoch etwas weniger Patientinnen und Patienten immun (31,2 % gegenüber 26,0 % im Jahr 2023 und 29,2 % im Jahr 2022; vgl. Tabelle 14 und Tabelle A14 im Anhang).

Tabelle 14: Hepatitis-A-Status aller Eintritte (2024)

	n (Total = 186)	% der Eintritte (n = 168)	% der verfügbaren Ergebnisse (n = 107)
Nicht bekannt	79	42,5 %	-
Negativ, also nicht immun	49	26,3 %	45,8 %
Immun (Impfung, überstandene Infektion)	58	31,2 %	54,2 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte.
Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A14 im Anhang dargestellt.

8.3 Hepatitis B

Die Daten zu Hepatitis B sind unzureichend, weil oft keine Diagnose gestellt wird. Es sollte in Zukunft geklärt werden, warum so selten ein Test durchgeführt wird. Trotz der lückenhaften Daten zeigt sich deutlich, dass nur eine kleine Anzahl Patientinnen und Patienten akut oder chronisch infiziert ist. Knapp ein Viertel der Patientinnen und Patienten (23,4 %) dürfte jedoch nicht immun sein gegen Hepatitis B.

In der Schweiz sind etwa 62 000 Personen mit Hepatitis B infiziert (Hepatitis Schweiz, 2025a). Rund 5 % bis 10 % der Personen, die sich im Erwachsenenalter infizieren, entwickeln eine chronische Hepatitis-B-Infektion. Sowohl auf internationaler als auch nationaler Ebene sind die Prävalenz und Inzidenz von Hepatitis B rückläufig. In der Schweiz erkranken jedes Jahr etwa 40 Personen an akuter Hepatitis B, wobei die Männer mit einem Anteil von 75 % deutlich häufiger betroffen sind. Die Mehrheit der Infektionen (rund 55 %) betrifft Personen zwischen 30 und 59 Jahren (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2025b). Das Infektionsrisiko beim Gebrauch von nicht sterilem Injektionsmaterial ist für Hepatitis B etwa 50- bis 100-mal höher als für HIV (Hepatitis Schweiz, 2025a).

Drei Marker sind von besonderer Bedeutung. **Anti-HBs** sind Antikörper, die gegen das Membranprotein auf der Zelloberfläche des Hepatitis-B-Virus gerichtet sind. Es handelt sich um Antikörper, die vom Immunsystem gebildet werden und auch nach einer Impfung vorhanden sind. Das **HBs-Antigen (HBsAg)** zeigt, ob eine akute oder chronische Infektion besteht. Es verschwindet nach ausgeheilter Infektion. Sind Anti-HBs vorhanden, aber kein HBsAg, so zeigt dies, dass die betreffende Person nach vollständiger Genesung oder nach einer Impfung immun ist. Die **Anti-HBc-Antikörper (Anti-HBc)** zeigen, ob die Patientin oder der Patient mit dem Virus in Kontakt kam. Das Ergebnis ist positiv, wenn die Patientin oder der Patient eine akute oder chronische Hepatitis-B-Infektion entwickelt hat oder die Infektion ausgeheilt ist (vgl. Tabelle 15).

Um unterscheiden zu können, ob eine Person aufgrund der Impfung immun ist oder ob sie die Krankheit durchgemacht hat, muss man wissen, ob sie geimpft wurde oder ob Anti-HBc vorhanden sind. Die geimpfte Person ist nur geschützt, wenn sie in den Wochen nach der letzten Impfdosis eine sicher nachweisbare Menge an Anti-HBs gebildet hat. Diese Nachkontrolle wird jedoch häufig versäumt.

Tabelle 15: Interpretation der Hepatitis-B-Marker

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

2024 war bei 110 Patientinnen und Patienten, die in die Behandlung eintraten, bereits ein Hepatitis-B-Test durchgeführt worden (59,1 %; 2023: 50,0 %; 2022: 50,0 %), während bei 34,4 % der Patientinnen und Patienten (2023: 45,5 %; 2022: 45,8 %) keine Information vorlag (nicht bekannt oder fehlende Werte). Nur 12 Personen gaben ausdrücklich an, noch nie einen Test gemacht zu haben. Zudem liessen sich 34 Personen beim Eintritt testen, was 18,2 % aller Eintritte entspricht (2023: 16,2 %; 2022: 14,8 %).

Die Häufigkeit der beim Eintritt durchgeführten Tests ist seit 2022 stabil. Ferner gaben 65 weitere Personen an, kürzlich einen Test gemacht zu haben. Das sind 34,9 % (2023: 29,5 %; 2022: 28,2 %).

Um eine einigermaßen gesicherte Diagnose zu stellen, müssen mindestens zwei, besser aber alle drei Marker bekannt sein. Wie in der Tabelle 16 ersichtlich, sind nur bei 23,7 % der eintretenden Patientinnen und Patienten (2023: 42,5 %; 2022: 23,6 %) alle drei Marker bekannt, was 44 Personen entspricht. Der Anteil der Personen, für die kein Marker vorlag, ist von einem Jahr zum anderen unterschiedlich hoch (2024: 52,2 %; 2023: 42,5 %; 2022: 56,5 %).

Tabelle 16: Hepatitis-B-Test bei allen Eintritten (2024)

Marker	positiv	negativ	% der Eintritte (n = 186)
Anti-HBc	8	55	33,9 %
Anti-HBs	43	28	38,2 %
HBsAg	3	62	34,9 %
Komplette Testergebnisse			23,7 %
Kein Testergebnis			52,2 %

Bemerkung: Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A15 im Anhang dargestellt.

Um die Fälle zu dokumentieren, bei denen gewisse Marker fehlen, wurde bei den Analysen auch berücksichtigt, ob die Patientinnen und Patienten bereits geimpft wurden. Bei 46,8 % der Patientinnen und Patienten (2023: 55,5 %; 2022: 55,1 %) liegt keine Information zur Impfung vor (n = 87). Von den 99 Personen, die dazu Informationen bereitstellten, gaben 56 an, eine vollständige Impfung erhalten zu haben (2024: 56,6 %; 2023: 60,7 %; 2022: 57,7 %). Elf Personen waren nach eigenen Angaben unvollständig geimpft. Bei acht Personen wurde kein Test durchgeführt, weil sie bereits positiv auf Anti-HBc getestet wurden (mit oder ohne Anti-HBs). Elf Personen verweigerten den Test, bei zehn Patientinnen und Patienten soll er nachgeholt werden (ist beschlossen) und drei Personen gaben andere Gründe für die Ablehnung der Impfung an (Zahlen in keiner Tabelle dargestellt).

Die Tabelle 17 enthält eine Einschätzung (*best guess*) des Hepatitis-B-Status von 94 eintretenden Patientinnen und Patienten (von 186). Dabei wurden der Impfstatus und die Testergebnisse berücksichtigt.

Tabelle 17: Mutmasslicher Hepatitis-B-Status (2024)

	Total (n = 94)	Prozentanteil
Nicht immun	21	22 %
Immun (geimpft)	34	36 %
Immun (ausgeheilte Infektion)	16	17 %
Kontakt mit Virus (unbekannter Status)	1	1 %
Vermutlich ausgeheilt, kein oder unsicherer Immunschutz	0	0 %
Kein vorhandener Marker, aber vollständige Impfung	22	23 %
Bestehende Hepatitis-B-Infektion	0	0 %

Bemerkung: Die Ergebnisse für 2023 sind in der Tabelle A16 im Anhang dargestellt.

8.4 Hepatitis C

Die Qualität der Daten zu Hepatitis C im Programm für diacetylmorphingestützte Behandlung hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Dennoch ist der Hepatitis-C-Status von 38,7 % der Patientinnen und Patienten, die 2024 in die Behandlung eintraten, nach wie vor unbekannt. Dieser Anteil hat gegenüber den beiden letzten Jahren abgenommen (2023: 40,5 %; 2022: 42,6 %). Von den Personen, für die Testergebnisse vorliegen, ist die Mehrheit negativ. Die Prävalenz der chronischen Hepatitis-C-Infektionen beläuft sich auf etwa 13 %.

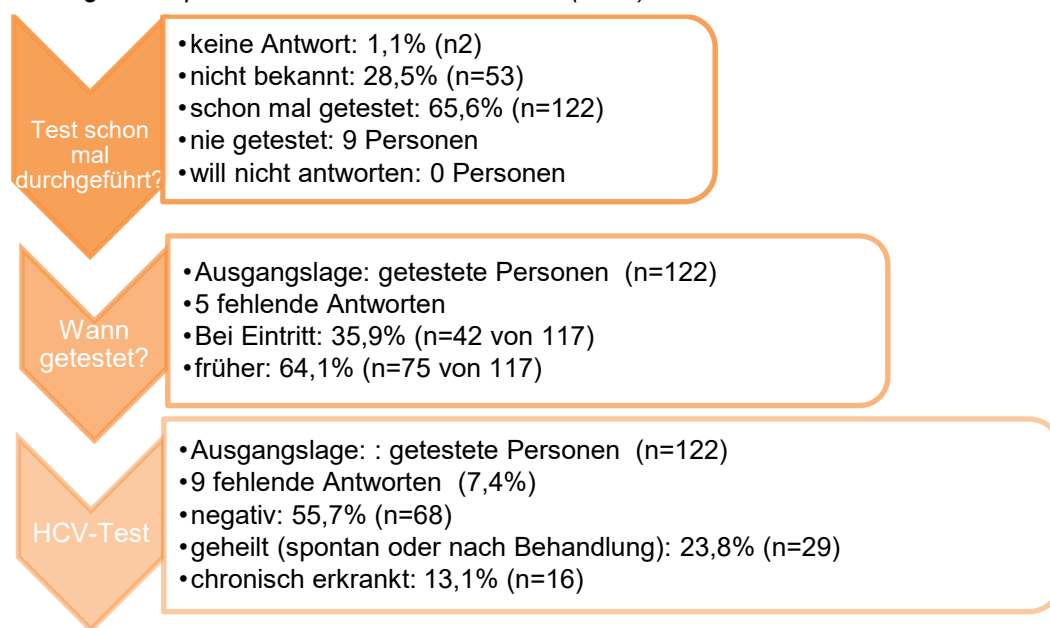
In der Schweiz sind rund 0,5 % der Bevölkerung mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert. Etwa 32 000 Personen leiden an einer chronischen Infektion und jedes Jahr werden dem BAG 900 bis 1000 neue Fälle chronischer Infektionen gemeldet (Hepatitis Schweiz, 2025b). Der Anteil der Männer ist mit rund 75 % hoch. Erwachsene zwischen 30 und 49 Jahren sind am stärksten betroffen (rund die Hälfte der Fälle). Die Mehrheit der neu diagnostizierten Infektionen ist auf den intravenösen Substanzgebrauch zurückzuführen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2025c).

Jedes Jahr wird das HCV bei etwa 500 Personen nachgewiesen, die Substanzen intravenös konsumieren. Schätzungsweise 7700 bis 15 400 Konsumierende sind mit diesem Virus infiziert (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019). Man geht davon aus, dass rund 30 % der Personen, die sich in einer stationären Suchtbehandlung befinden oder Klientinnen und Klienten einer niederschweligen Kontakt- und Anlaufstelle sind, mit dem HCV infiziert sind. Bei den Patientinnen und Patienten, die eine diacetylmorphingestützte Behandlung begannen, beträgt dieser Anteil 60 % (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019).

Im Fall von Hepatitis C wird eine jährliche Untersuchung empfohlen, weil auch nach einer durchgemachten Hepatitis-C-Infektion keine Immunität besteht. Es ist daher möglich, sich erneut mit dem Virus anzustecken. Zudem gibt es keine Impfung gegen Hepatitis C. Seit Kurzem sind jedoch wirksame Medikamente erhältlich, die eine Übertragung verhindern. Mit einer systematischen Testung und Behandlung könnte die Krankheit somit mittelfristig eliminiert werden. Die WHO hat sich das Ziel gesetzt, bis 2030 die akuten Infektionen um 80 % und die Mortalität um 65 % zu senken (World Health Organization [WHO], 2023).

Von den 186 Patientinnen und Patienten, die 2024 eintraten, liegt der Hepatitis-C-Status für 72 Personen nicht vor (fehlende Werte oder nicht getestet), was 38,7 % entspricht (2023: 40,5 %; 2022: 42,6 %; in der Tabelle nicht dargestellt). Bei 28,5 % Patientinnen und Patienten ist nicht bekannt, ob sie einen Test gemacht haben (vgl. Abbildung 10). Diese Ergebnisse bestätigen teilweise die Schätzungen, wonach zwischen einem Viertel und der Hälfte der Personen, die in einer Opioid-Agonisten-Therapie sind, nicht getestet wurden (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019). Bei 65,6 % der Patientinnen und Patienten (2023: 62,5 %; 2022: 63,4 %) weiss man, dass sie bereits einmal getestet wurden, auch wenn das Ergebnis nicht immer bekannt ist.

Abbildung 10: Hepatitis-C-Test bei allen Eintritten (2024)



Bemerkung: Die Analysen basieren auf allen Eintritten, einschliesslich Wiedereintritte. Die Ergebnisse für 2023 sind in Abbildung A8 im Anhang dargestellt.

Von den getesteten Patientinnen und Patienten wurden 34,4 % (2023: 36,5 %; 2022: 27,4 %) beim Eintritt getestet und 61,5 % (2023: 64,1 %; 2022: 72,6 %) hatten früher einen Test gemacht (vgl. Abbildung 10), wobei bei etwa einem Drittel der Test mehr als ein Jahr zurücklag. Bei 55,7 % der Personen war das Testergebnis negativ (2023: 53,6 %; 2022: 57,7 %). Zum Zeitpunkt des Tests war die Krankheit bei 23,8 % der Patientinnen und Patienten (2023: 24,8 %; 2022: 24,1 %) ausgeheilt und 13,1 % (2023: 16,0 %; 2022: 8,0 %) litten an einer chronischen Infektion.

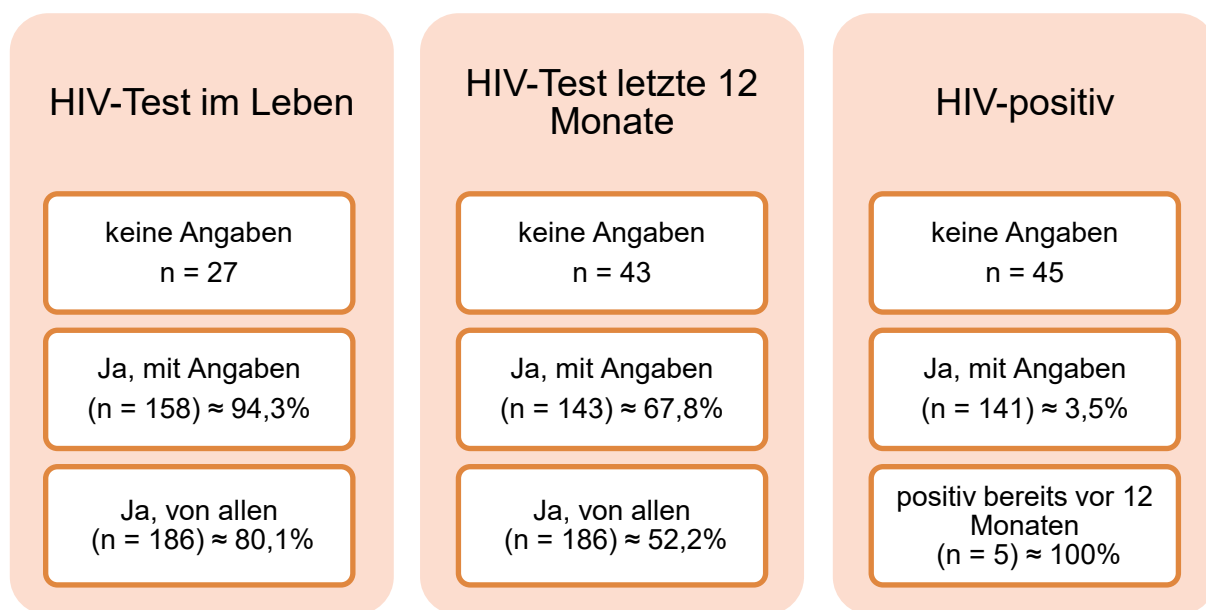
Der Anteil der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung, die an chronischer Hepatitis C leiden, geht seit Jahren zurück. Gemäss Hildebrand et al. (2018) belief sich dieser Anteil im Zeitraum 2001 bis 2004 auf 72,7 %, zwischen 2013 und 2016 lag er noch bei 37,1 % und 2017 schliesslich bei 33,3 %. 2019 betrug die Prävalenz der chronischen Hepatitis-C-Infektionen 19 % und 2021 rund 15 %. Es gilt jedoch zu beachten, dass sich die Zahlen von Hildebrand et al. (2018) nur auf die gültigen Fälle bezogen. Dies trifft für 2001 bis 2004 auf 6,1 %, für 2013 bis 2016 auf 51,4 % und für 2017 auf 60,0 % der Ersteintritte zu. Seit 2020 liegt der Anteil der gültigen Fälle bei etwa 70 % (2024: 70,4 %; 2023: 67,5 %; 2022: 66,7 %). Es ist möglich, dass früher nur bei ernsthaftem Verdacht auf eine Infektion getestet wurde, was die anscheinend markante Abnahme der chronischen Infektionen erklären könnte. Die Ergebnisse legen nicht nur nahe, dass heute häufiger getestet wird, sondern auch, dass die Massnahmen zur Stärkung des HCV-Screenings erfolgreich waren und wahrscheinlich eine präventive Wirkung hatten. Die Testhäufigkeit sollte deswegen jedoch nicht gesenkt werden.

8.5 HIV

Gemäss den beim Eintritt bereitgestellten Informationen waren fünf Personen, die 2024 in eine diacetylmorphingestützte Behandlung eintraten, HIV-positiv. Das sind sieben Fälle weniger als im Vorjahr. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich nur die Hälfte der eintretenden Patientinnen und Patienten in den letzten 12 Monaten testen liess.

2024 gaben 80,1 % der eintretenden Patientinnen und Patienten (n = 158 von 186) an, in ihrem Leben bereits einen HIV-Test gemacht zu haben (2023: 77,0 %; 2022: 77,8 %). Nur neun Personen hatten nach eigenen Angaben noch nie einen Test gemacht und eine Person wollte nicht antworten. Mit anderen Worten haben 94,3 % (2023: 93,9 %; 2022: 94,9 %) der Patientinnen und Patienten, für die Daten vorliegen, in ihrem Leben bereits einen HIV-Test gemacht (vgl. Abbildung 11). Jedoch nur 67,8 % dieser Patientinnen und Patienten (2023: 62,7 %; 2022: 62,2 %) liessen sich in den letzten 12 Monaten testen, was 52,2 % aller Eintritte entspricht (2023: 44,5 %; 2022: 42,6 %). Fünf Personen waren HIV-positiv und alle gaben an, sich vor mehr als 12 Monaten infiziert zu haben (2023: 12 Personen; vgl. Abbildung A9).

Abbildung 11: Durchgeführte HIV-Tests und HIV-Status, eintretende Patientinnen und Patienten (2024)



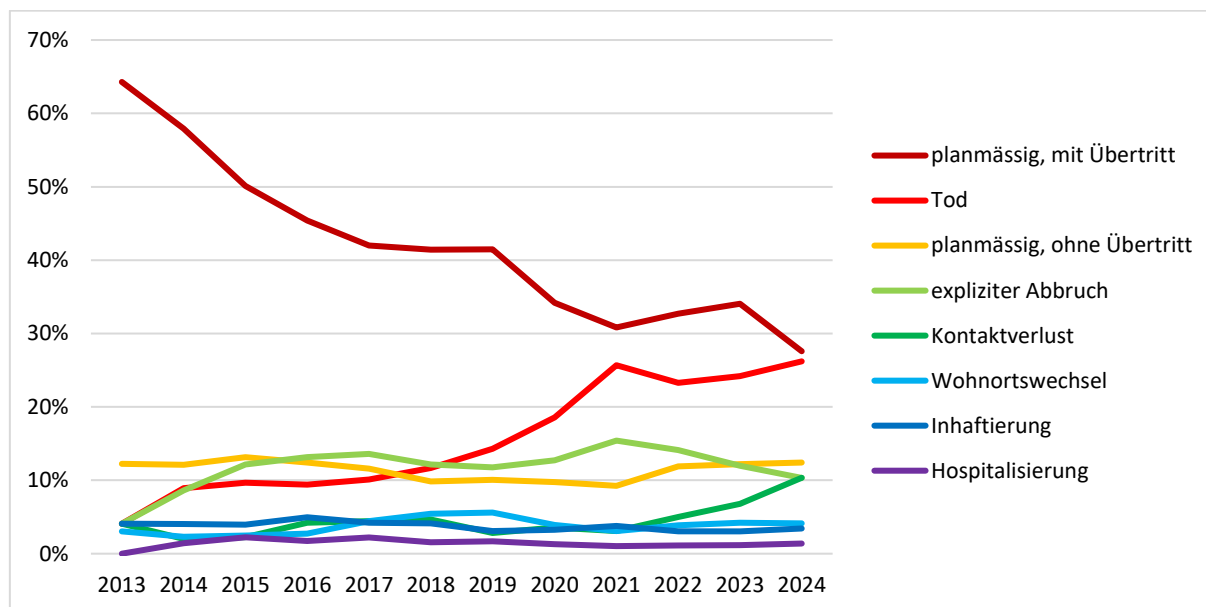
Bemerkung: Die Analysen basieren auf allen Eintritten, einschliesslich Wiedereintritte. Die Ergebnisse für 2023 sind in Abbildung A9 im Anhang dargestellt.

9 Gründe der Behandlungsabschlüsse

Seit rund einem Jahrzehnt nimmt der Anteil der Todesfälle unter den Abschlüssen einer diacetylmorphingestützten Behandlung zu. Umgekehrt ist der Anteil der planmässigen Abschlüsse mit einem Übertritt rückläufig, während die anderen Gründe insgesamt unverändert blieben.

Bei den Behandlungsabschlüssen lassen sich zwei Haupttendenzen erkennen (vgl. Abbildung 12). Zum einen sind die Übertritte in andere Institutionen oder in andere Behandlungsformen seit 2013 deutlich zurückgegangen. Dies trifft sowohl auf die Übertritte in eine diacetylmorphingestützte Behandlung in einer anderen Institution als auch auf die Übertritte in eine andere Opioid-Agonisten-Therapie zu. Zum anderen haben die Todesfälle deutlich zugenommen, was wahrscheinlich auf die Alterung der Patientenkohorte zurückzuführen ist. 2024 wurden 38 Todesfälle verzeichnet (gegenüber 31 im Jahr 2023 und 34 im Jahr 2022). Dies entspricht 26 % der Behandlungsabschlüsse, also fast dem Doppelten der Jahre 2019 bis 2021 und dem Dreifachen der Jahre 2013 bis 2018. 2024 lag das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Todes bei 53,1 Jahren (Mindestalter: 32 Jahre; Höchstalter: 69 Jahre).

Abbildung 12: Gründe der Behandlungsabschlüsse (2013–2024)



Bemerkung: 9 fehlende Werte; siehe Hildebrand et al. (2018); Gmel et al. (2019); Gmel et al. (2020); Gmel et al. (2021); Gmel et al. (2022).
Die Daten sind als geglätteter Durchschnitt von drei Jahren dargestellt.

10 Psychische Störungen

Beim Abschluss der diacetylmorphingestützten Behandlung weisen die Patientinnen und Patienten grossmehrheitlich mindestens eine diagnostizierte psychische Störung oder Verhaltensstörung auf, die nicht durch Opiode bedingt ist. In der Mehrheit der Fälle kommen Störungen durch den Gebrauch anderer Substanzen (z. B. Alkohol, Cannabinoide, Kokain) hinzu. Zudem leiden die Patientinnen und Patienten häufig an Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die in der Regel in der Kindheit oder Jugend auftreten, sowie an affektiven und schizophrenen Störungen.

Diese Kapitel befasst sich mit den diagnostizierten Störungen, die im Kapitel V der Klassifikation ICD-10 mit dem Titel «Psychische und Verhaltensstörungen» (ICD-10, 2008a) aufgeführt sind und Teil des Fragebogens beim Abschluss der diacetylmorphingestützten Behandlung sind. Da die Vollständigkeit der Diagnosen von einem Jahr zum anderen variieren kann, sollten die Tendenzen vorsichtig interpretiert werden.

2024 wies die grosse Mehrheit der Patientinnen und Patienten (90,9 %; Tabelle 18), die eine diacetylmorphingestützte Behandlung abschlossen, mindestens eine diagnostizierte psychische Störung oder Verhaltensstörung auf, die nicht durch den Gebrauch von Opioiden bedingt war (z. B. Alkohol, Kokain, Persönlichkeitsstörung) und mehr als die Hälfte (58,2 %) hatte zwei Diagnosen oder mehr.

Tabelle 18: Anzahl Diagnosen von psychischen Störungen, die nicht durch Opiode bedingt sind, beim Behandlungsabschluss, nach Jahr (2022–2024)

	2024 (Total = 110)		2023 (Total = 122)		2022 (Total = 87)	
	n	%	n	%	n	%
Eine weitere Diagnose	36	32,7 %	39	32,0 %	31	35,6 %
Zwei weitere Diagnosen	40	36,4 %	40	32,8 %	20	23,0 %
Drei weitere Diagnosen	15	13,6 %	15	12,3 %	16	18,4 %
Vier weitere Diagnosen	9	8,2 %	11	9,0 %	8	9,2 %
Fünf weitere Diagnosen	0	0,0 %	2	1,6 %	1	1,1 %

Bemerkung: Es handelt sich um gesicherte psychiatrische Diagnosen, die im Kapitel V der ICD-10 «Psychische und Verhaltensstörungen» aufgeführt sind (einschliesslich der Störungen durch Alkohol und andere Substanzen, aber ohne Störungen durch Opiode/Opiate), bei den Patientinnen und Patienten, die ihre Behandlung in einer Institution für diacetylmorphingestützte Behandlungen beendet haben.
Prozentangaben in der Spalte; 2024: 41 fehlende Werte; 2023: 39 fehlende Werte; 2022: 46 fehlende Werte.

Neben einer Störung durch Opioidgebrauch weisen 85,4 % der Patientinnen und Patienten mindestens eine andere Störung durch Substanzgebrauch auf, meistens im Zusammenhang mit anderen illegalen Substanzen (Zahl in der Tabelle nicht dargestellt). Zu den häufigsten Störungen (vgl. Tabelle 19) zählen Störungen durch Kokain, von denen die Hälfte (50,9 %) der Patientinnen und Patienten betroffen ist. Der Anstieg dieser Störungen in den vergangenen Jahren könnte auf die Zunahme des Gebrauchs von Crack zurückzuführen sein, die sich in der Schweiz seit 2022 beobachten lässt (Krizic et al., 2025). Ein grosser Teil der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung leidet auch an Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (40,9 %), Alkohol (23,6 %), Cannabis (19,1 %) und Tabak (22,7 %).

Tabelle 19: Anzahl Diagnosen von psychischen Störungen durch Substanzgebrauch beim Behandlungsabschluss, nach Kategorie und Jahr (2022–2024)

	2024 (Total = 110)		2023 (Total = 122)		2022 (Total = 87)	
	n	%	n	%	n	%
F10: Störungen durch Alkohol	26	23,6 %	38	31,1 %	26	29,9 %
F11: Störungen durch Opioide	105	95,5 %	119	97,5 %	79	90,8 %
F12: Störungen durch Cannabinoide	21	19,1 %	33	27,0 %	17	19,5 %
F13: Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	45	40,9 %	52	42,6 %	28	32,2 %
F14: Störungen durch Kokain	56	50,9 %	49	40,2 %	31	35,6 %
F15: Störungen durch andere Stimulanzien, einschliesslich Koffein	5	4,5 %	6	4,9 %	3	3,4 %
F16: Störungen durch Halluzinogene	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
F17: Störungen durch Tabak	25	22,7 %	34	27,9 %	25	28,7 %
F18: Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	0	0,0 %	0	0,0 %	1	1,1 %
F19: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	6	5,5 %	2	1,6 %	5	5,7 %

Bemerkung: Es handelt sich um gesicherte psychiatrische Diagnosen, die im Kapitel V der ICD-10 «Psychische und Verhaltensstörungen» aufgeführt sind (einschliesslich der Störungen durch Alkohol und andere Substanzen, aber ohne Störungen durch Opioide/Opiate), bei den Patientinnen und Patienten, die ihre Behandlung in einer Institution für diacetylmorphingestützte Behandlungen beendet haben.
Es sind mehrere Diagnosegruppen möglich. 2024: 41 fehlende Werte; 2023: 39 fehlende Werte; 2022: 46 fehlende Werte.

Nicht substanzgebundene Störungen werden seltener diagnostiziert, obwohl die Hälfte der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung mindestens eine solche Diagnose aufweist (Tabelle 20).

Tabelle 20: Anzahl Diagnosen nicht substanzgebundener Störungen beim Behandlungsabschluss, nach Jahr (2022–2024)

	2024 (Total = 110)		2023 (Total = 122)		2022 (Total = 87)	
	n	%	n	%	n	%
Eine Diagnose	36	32,7 %	36	29,5 %	31	35,6 %
Zwei Diagnosen	12	10,9 %	17	13,9 %	15	17,2 %
Drei Diagnosen	7	6,4 %	6	4,9 %	2	2,3 %
Vier Diagnosen	0	0,0 %	1	0,8 %	1	1,1 %

Bemerkung: Es handelt sich um gesicherte psychiatrische Diagnosen, die im Kapitel V der ICD-10 «Psychische und Verhaltensstörungen» aufgeführt sind (ohne Störungen durch Substanzgebrauch), bei den Patientinnen und Patienten, die ihre Behandlung in einer Institution für diacetylmorphingestützte Behandlungen beendet haben. Prozentangaben in der Spalte; 2024: 41 fehlende Werte; 2023: 39 fehlende Werte; 2022: 46 fehlende Werte.

2024 wurden am häufigsten Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen diagnostiziert (bei 21,8 % der Patientinnen und Patienten; Tabelle 20). Eine Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch ein langanhaltendes und unflexibles Muster der Wahrnehmung, des Denkens, des Fühlens und des Verhaltens aus, das deutlich von den soziokulturellen Erwartungen der Umwelt abweicht. Diese Eigenschaften gehen oft mit Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags und in den sozialen Beziehungen einher. Die Persönlichkeitsstörungen beginnen im Allgemeinen während der Kindheit, der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter und bleiben bestehen (ICD-10, 2008b). Ausserdem leiden 13,6 % der Patientinnen und Patienten an Verhaltensstörungen oder emotionalen Störungen. Auch affektive Störungen kommen relativ häufig vor (2024: 15,5 %).

Tabelle 21: Anzahl Diagnosen von psychischen, nicht substanzgebundenen Störungen beim Behandlungsabschluss, nach Kategorie und Jahr (2022–2024)

	2024		2023		2022	
	n	%	n	%	n	%
F1–9: Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	0	0,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %
F20–29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	4	3,6 %	8	6,6 %	9	10,3 %
F30–39: Affektive Störungen	17	15,5 %	24	19,7 %	23	26,4 %
F40–48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	14	12,7 %	16	13,1 %	9	10,3 %
F50–59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0	0,0 %	0	0,0 %	3	3,4 %
F60–69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	24	21,8 %	21	17,2 %	20	23,0 %
F70–79: Intelligenzminderung	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
F80–89: Entwicklungsstörungen	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
F90–98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	15	13,6 %	11	9,0 %	7	8,0 %
F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %

Bemerkung: Es handelt sich um gesicherte psychiatrische Diagnosen, die im Kapitel V der ICD-10 «Psychische und Verhaltensstörungen» aufgeführt sind (ohne Störungen durch Substanzgebrauch), bei den Patientinnen und Patienten, die ihre Behandlung in einer Institution für diacetylmorphingestützte Behandlungen beendet haben. Es sind mehrere Diagnosegruppen möglich. 2024: 41 fehlende Werte; 2023: 39 fehlende Werte; 2022: 46 fehlende Werte.

Referenzen

- Amos, J., Gmel, G., & Labhart, F. (2024). Traitements par agonistes opioïdes (TAO) et à la diacétylmorphine (DAM) : Similitudes et différences de ces approches thérapeutiques. *Addiction Suisse*. <https://doi.org/10.58758/eclairage.2024>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2019). Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden—Richtlinien mit settingspezifischen Factsheets. Bern: Bundesamt für Gesundheit. https://www.infodrog.ch/files/content/hepc_de/richtlinien-hepatitis-c-drogen-de-2019.pdf
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2023a). Abgabe von pharmazeutisch hergestelltem Heroin wird vereinfacht. <https://www.news.admin.ch/de/nsb?id=93452>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2023b). Diacetylmorphingestützte Behandlung : Patientenbewilligung. <https://www.bag.admin.ch/de/diacetylmorphingestuetzte-behandlung-patientenbewilligung>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2025a). Hepatitis A. Hepatitis A. <https://www.idd.bag.admin.ch/diseases/hepatitis-a/statistic?tab=over-time>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2025b). Hepatitis B. Hepatitis B. <https://www.bag.admin.ch/de/hepatitis-b-de>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2025c). Hepatitis C. <https://www.bag.admin.ch/fr/hepatite-c>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2024). Ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren nach zur Integrationsmessung angepasstem Migrationsstatus, 2024. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integration.html>
- Calzada, G., Giustiniani, J., Gois, T., Kuntz, A., Khazaal, Y., & Zullino, D. (2021). Apprentissage de l'élargissement des modalités de prescription de l'héroïne médicale avec le Covid-19. *Revue Médicale Suisse*, 17(742), 1111-1114. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2021.17.742.1111>
- Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung [WBF]. (2022, mars 7). Pflichtlager wegen schwerer Mangellage bei Schmerzmitteln wird freigegeben. <https://www.news.admin.ch/de/nsb?id=87339>
- EMCDDA. (2012). Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0 : Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0_en
- Frick, U., Rehm, J., Zullino, D., Fernando, M., Wiesbeck, G., Ammann, J., & Uchtenhagen, A. (2010). Long-Term Follow-Up of Orally Administered Diacetylmorphine Substitution Treatment. *European Addiction Research*, 16(3), 131-138. <https://doi.org/10.1159/000313335>
- Gmel, G., & Labhart, F. (2023). Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2022 (No. Forschungsbericht Nr. 157). Lausanne: Sucht Schweiz. <https://doi.org/10.58758/rech157>
- Gmel, G., Labhart, F., & Maffli, E. (2021). Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2020 (Forschungsbericht Nr. 135) (No. 135). Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gmel, G., Labhart, F., & Maffli, E. (2022). Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2021 (Forschungsbericht Nr. 143) (No. 143). Lausanne: Sucht Schweiz.

- Hepatitis Schweiz. (2025a). Hepatitis B. Hepatitis B. <https://hepatitis-schweiz.ch/formen/hepatitis-b/>
- Hepatitis Schweiz. (2025b). Hepatitis C. Hepatitis C. <https://hepatitis-schweiz.ch/formen/hepatitis-c/>
- Hiltebrand, D., Dey, M., Bolliger, H., & Schaub, M. (2018). Traitement avec prescription d'héroïne en Suisse—Résultats de l'enquête 2017 (No. 383). Zurich: ISGF.
- ICD-10. (2008a). Chapitre V Troubles mentaux et du comportement (F00-F99). CIM-10 Version 2008. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F60-F69>
- ICD-10. (2008b). Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69). CIM-10 Version 2008. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F60-F69>
- Khan, R., Khazaal, Y., Thorens, G., Zullino, D., & Uchtenhagen, A. (2014). Understanding Swiss Drug Policy Change and the Introduction of Heroin Maintenance Treatment. *European Addiction Research*, 20(4), 200-207. <https://doi.org/10.1159/000357234>
- Krizic, I., Balsiger, N., Gmel, G., Labhart, F., Vorlet, J., & Amos, J. (2024). Act-info Jahresbericht 2023 : Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern: Bundesamt für Gesundheit. <https://www.suchtschweiz.ch/publication/act-info-jahresbericht-2023-suchtberatung-und-suchtbehandlung-in-der-schweiz-ergebnisse-des-monitoringsystems/>
- Krizic, I., Balsiger, N., & Vorlet, J. (2025). Suchthilfeklientel mit Crack -Problematik : Soziale Situation, Konsummuster und Behandlungserfahrung. *Sucht Schweiz*. <https://doi.org/10.58758/eclairage.2025de>
- Labhart, F., & Amos, J. (2025). Nationale Statistik der Opioid-Agonisten-Therapie – Ergebnisse 2024. *Sucht Schweiz*. <https://doi.org/10.58758/rech183b>
- Praxis Suchtmedizin Schweiz. (2023). Diacetylmorphin / Heroin. <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/index.php/de/heroin/diacetylmorphin-heroin-diaphin-r>
- Swissmedic. (2022). Amino AG/Dr. Heinz Welti AG: Sistierung Betriebsbewilligungen und Zulassungen. <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/mitteilungen/amino-ag-dr-heinz-welti-ag-sistierung-betriebsbewilligung.html>
- World Health Organization [WHO]. (2023). Guidance for country validation of viral hepatitis elimination and path to elimination. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240078635>

Anhang

10.1 Tabellen 2023

Tabelle A1: Anzahl Eintritte nach Art, Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung (2023)

	n	Durchschnittsalter	% männlich
Ersteintritt	146	39,8	76,0 %
Wiedereintritt	54	44,4	83,3 %
Wiedereintritt: Übertritt aus einer anderen Institution	16	40,84	75,0 %

Tabelle A2: Anzahl Behandlungsabschlüsse nach Behandlungsepisoden sowie nach Eintrittsjahr, Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung (2023)

	Eintritt 2023	Eintritt vor 2023	Durchschnittsalter	% männlich
Erste Behandlung	24	96	43,2	79,1 %
Mehrere Behandlungen	7	34	47,5	70,7 %

Tabelle A3: Vorgesehene Anwendungsform bei Behandlungseintritt, nach Eintrittsart (2023)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 142)	%	n (Total = 48)	%
Intravenöse Anwendung	29	20,4 %	13	27,1 %
Orale Anwendung	99	69,7 %	24	50,0 %
Intramuskuläre Anwendung	1	0,7 %	1	2,1 %
Nasale Anwendung	3	2,1 %	2	4,2 %
Multiple Anwendungen	10	7,0 %	8	16,7 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 4 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 2 bei den Wiedereintritten.

Tabelle A4: Frühere Behandlungen, nach Substanzart oder Verhalten (2023)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 135)	%	n (Total = 47)	%
Alkohol	18	13,3 %	4	8,5 %
Illegale Substanzen	114	84,4 %	46	97,9 %
Medikamente	29	21,5 %	7	14,9 %
Tabak	5	3,7 %	1	2,1 %
Verhaltenssucht	7	5,2 %	4	8,5 %

Bemerkung: Mehrfachantworten möglich; 11 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 7 bei den Wiedereintritten.

Tabelle A5: Bereits absolvierte Opioid-Agonisten-Therapien der Patientinnen und Patienten in einer diacetylmorphingestützten Behandlung (2023)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 127)	%	n (Total = 47)	%
Opioid-Agonisten-Therapie	116	91,3 %	37	78,7 %
Diacetylmorphin-verschreibung	18	14,2 %	43	91,5 %
Stationäre Therapie	55	43,3 %	23	48,9 %
Betreuter Entzug	57	44,9 %	27	57,4 %
Andere	16	12,6 %	4	8,5 %

Bemerkung: Mehrfachantworten möglich; 19 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 7 bei den Wiedereintritten.

Tabelle A6: Zuweisung in eine Institution für diacetylmorphingestützte Behandlungen (2023)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 128)	%	n (Total = 44)	%
Verurteilung / Massnahme / Justizbehörde / Polizei	4	3,1 %	0	0,0 %
Arztpraxis	20	15,6 %	2	4,5 %
Andere auf Sucht spezialisierte Einrichtung	25	19,5 %	18	40,9 %
Andere Gesundheits-, medizinische oder soziale Dienste	12	9,4 %	0	0,0 %
Keine professionelle Instanz oder Fachperson beteiligt	56	43,8 %	22	50,0 %
Andere	11	8,6 %	2	4,5 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 18 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 10 bei den Wiedereintritten.

Tabelle A7: Vorwiegende Lebenssituation in den 30 Tagen vor dem Ersteintritt, nach Geschlecht (2023)

	Männer (n = 108)	Frauen (n = 34)	Total (n = 142)
Allein	41,7 %	35,3 %	40,1 %
Ursprungsfamilie	12,0 %	11,8 %	12,0 %
Mit Partner/-in oder Kind	14,8 %	26,5 %	17,6 %
Mit Freunden / Bekannten	7,4 %	0,0 %	5,6 %
Gefängnis	2,8 %	2,9 %	2,8 %
Therapeutische Einrichtung	13,0 %	14,7 %	13,4 %
Spital	0,9 %	0,0 %	0,7 %
Andere	7,4 %	8,8 %	7,7 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 4 fehlende Werte.

Tabelle A8: Lebenssituation in Bezug auf die Kinder (2023)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 142)	%	n (Total = 44)	%
Keine Kinder	102	71,8 %	32	72,7 %
Lebt nicht mit ihren/seinen Kindern	32	22,5 %	11	25,0 %
Lebt mit ihren/seinen Kindern	7	4,9 %	1	2,3 %
Nicht bekannt	1	0,7 %	0	0,0 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 4 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 10 bei den Wiedereintritten.

Tabelle A9: Vorwiegende Wohnsituation in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2023)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 141)	%	n (Total = 46)	%
Stabile Wohnsituation	102	72,3 %	29	63,0 %
Instabile Wohnsituation	16	11,3 %	5	10,9 %
Gefängnis	5	3,5 %	2	4,3 %
Therapeutische Einrichtung	18	12,8 %	10	21,7 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 5 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 8 bei den Wiedereintritten.

Tabelle A10: Wichtigstes Mittel der Existenzsicherung in den letzten 30 Tagen (2023)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 137)	%	n (Total = 46)	%
Erwerbseinkommen	18	13,1 %	7	15,2 %
Ersparnisse	4	2,9 %	2	4,3 %
AHV-/IV-Rente	46	33,6 %	26	56,5 %
Sozialhilfe / Fürsorge	53	38,7 %	9	19,6 %
Arbeitslosenversicherung	2	1,5 %	0	0,0 %
Unterstützung durch Partner/-in	1	0,7 %	0	0,0 %
Unterstützung durch Eltern / Angehörige / Freunde	10	7,3 %	2	4,3 %
Dealen / Mischeln	0	0,0 %	0	0,0 %
Andere illegale Einkünfte	0	0,0 %	0	0,0 %
Prostitution	0	0,0 %	0	0,0 %
Taggeldversicherung	2	1,5 %	0	0,0 %
Andere	1	0,7 %	0	0,0 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 9 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 8 bei den Wiedereintritten.

Tabelle A11: Vorwiegende Erwerbssituation in den letzten 30 Tagen (2023)

	Ersteintritte		Wiedereintritte	
	n (Total = 139)	%	n (Total = 47)	%
Vollzeitarbeit (ab 70 %)	15	10,8 %	6	12,8 %
Teilzeitarbeit	1	0,7 %	1	2,1 %
Gelegenheitsjobs	5	3,6 %	0	0,0 %
In Ausbildung	4	2,9 %	0	0,0 %
Arbeitslos und aktive Stellensuche	11	7,9 %	4	8,5 %
Arbeitslos und keine aktive Stellensuche	48	34,5 %	7	14,9 %
Rentner/-in (Pension, AHV, Rücklagen)	14	10,1 %	4	8,5 %
Arbeitsunfähigkeit (IV / Taggeld)	35	25,2 %	22	46,8 %
Hausfrau/-mann	0	0,0 %	0	0,0 %
Andere	6	4,3 %	3	6,4 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte; 7 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 7 bei den Wiedereintritten.

Im Vergleich zur Tabelle A10 wurden die AHV-/IV-Renten auf die Rentnerinnen und Rentner und die Arbeitsunfähigkeit aufgeteilt. Die Personen, die Sozialhilfe erhalten, befinden sich hauptsächlich in der Kategorie «Arbeitslos» (mit oder ohne aktive Stellensuche).

Tabelle A12: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs verschiedener (nicht medizinisch indizierter) Substanzen und Alter beim Erstkonsum (2023)

	Lebenszeitprävalenz (n = 200)		Alter bei Erstkonsum			
	n	Prävalenzrate	n	Min.	Max.	Durchschnitts- alter
Alkohol	176	86,9 %	93	6	24	14,5
Heroin	174	98,3 %	128	12	43	19,9
Methadon	145	49,7 %	43	13	50	23,4
Buprenorphin	143	12,6 %	9	19	48	27,0
Fentanyl	142	8,5 %	8	14	31	20,8
Andere Opioide/Opiate	137	32,8 %	19	16	42	24,7
Kokain-Pulver	160	84,4 %	104	12	51	19,3
Crack	147	45,6 %	45	13	52	23,0
Anderer Kokaintyp	116	7,8 %	2	16	32	24,0
Amphetamine	140	43,6 %	42	13	50	21,0
Metamphetamine	137	19,0 %	16	15	45	21,8
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	141	40,4 %	41	10	45	19,7
Synthetische Cathinone	137	19,0 %	1	22	22	22,0
Andere Stimulanzen (z. B. Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	129	7,8 %	5	22	40	30,4
Barbiturate	136	6,6 %	5	14	30	22,4
Benzodiazepine	154	64,9 %	71	12	59	22,9
GHB/GBL	139	12,2 %	11	18	53	23,9
Andere Schlaf- und Beruhigungsmittel	130	8,5 %	7	13	33	20,3
LSD	137	43,8 %	42	12	30	18,5
Ketamin	136	26,5 %	29	14	59	25,1
Andere Halluzinogene	132	22,0 %	17	13	35	21,2
Schnüffelfstoffe / flüchtige Stoffe	133	6,0 %	6	14	35	20,2
Cannabis	166	86,7 %	102	10	27	14,9
Tabak	174	92,0 %	109	7	34	14,5

Bemerkung: Mehrfachantworten möglich.
Die Fragen zum Lebenszeitkonsum einer Substanz betreffen nur deren missbräuchlichen Gebrauch; jegliche therapeutische Verwendung ist ausgeschlossen.

Tabelle A13: Häufigkeit des (nicht medizinisch indizierten) Substanzgebrauchs in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2023)

	Alle Eintritte						Nur Konsumierende	
	n	Kein Gebrauch	1–9 Tage	10–19 Tage	20–30 Tage	Durchschnitt (in Tagen)	n	Durchschnitt (in Tagen)
Alkohol	78	35,9 %	33,3 %	14,1 %	16,7 %	7,9	50	12,3
Heroin	106	17,9 %	11,3 %	2,8 %	67,9 %	20,5	87	25,0
Methadon	30	60,0 %	10,0 %	16,7 %	13,3 %	5,9	12	14,7
Buprenorphin	4	75,0 %	0,0 %	0,0 %	25,0 %	7,5	1	30,0
Fentanyl	5	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Andere Opioide/Opiate	16	25,0 %	6,3 %	18,8 %	50,0 %	17,9	12	23,8
Kokain-Pulver	79	30,4 %	40,5 %	10,1 %	19,0 %	7,4	55	10,7
Crack	30	33,3 %	26,7 %	13,3 %	26,7 %	10,2	20	15,3
Anderer Kokaintyp	2	50,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	15,0	1	30,0
Amphetamine	19	84,2 %	15,8 %	0,0 %	0,0 %	0,2	3	1,0
Metamphetamine	8	87,5 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %	0,1	1	1,0
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	21	90,5 %	9,5 %	0,0 %	0,0 %	0,2	2	2,0
Synthetische Cathinone	1	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Andere Stimulanzien (Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	3	33,3 %	0,0 %	0,0 %	66,7 %	20,0	2	30,0
Barbiturate	4	75,0 %	0,0 %	25,0 %	0,0 %	3,5	1	14,0
Benzodiazepine	62	27,4 %	9,7 %	8,1 %	54,8 %	16,8	45	23,2
GHB/GBL	2	50,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %	8,5	1	17,0
Andere Schlaf- und Beruhigungsmittel	4	75,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3	1	1,0
LSD	16	93,8 %	6,3 %	0,0 %	0,0 %	0,2	1	3,0
Ketamin	13	92,3 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	0,3	1	4,0
Andere Halluzinogene	10	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0	0	0,0
Schnüffelfstoffe / flüchtige Stoffe	5	60,0 %	20,0 %	0,0 %	20,0 %	4,4	2	11,0
Cannabis	85	22,4 %	24,7 %	9,4 %	43,5 %	14,0	66	18,0
Tabak	103	6,8 %	3,9 %	0,0 %	89,3 %	26,8	96	28,7

Bemerkung: Mehrfachantworten möglich.

Die Fragen zum Konsum einer Substanz in den 30 Tagen vor dem Eintritt betreffen nur deren missbräuchlichen Gebrauch; jegliche therapeutische Verwendung ist ausgeschlossen.

Tabelle A14: Hepatitis-A-Status aller Eintritte (2023)

	n (Total = 200)	% der Eintritte (n = 200)	% der verfügbaren Ergebnisse (n = 100)
Nicht bekannt	100	50,0 %	
Negativ, also nicht immun	48	24,0 %	48,0 %
Immun (Impfung, überstandene Infektion)	52	26,0 %	52,0 %

Bemerkung: Prozentangaben in der Spalte.

Tabelle A15: Hepatitis-B-Test bei allen Eintritten (2023)

Marker	positiv	negativ	% der Eintritte (n = 186)
Anti-HBc	19	53	36,0 %
Anti-HBs	1	57	29,0 %
HBsAg	36	36	36,0 %
Komplette Testergebnisse			20,5 %
Kein Testergebnis			42,5 %

Bemerkung: Die Analysen beinhalten die Erst- und die Wiedereintritte von 2023.

Tabelle A16: Mutmasslicher Hepatitis-B-Status (2023)

	n (Total = 101)	%
Nicht immun	31	31 %
Immun (geimpft)	28	28 %
Immun (ausgeheilte Infektion)	16	16 %
Kontakt mit Virus (unbekannter Status)	3	3 %
Vermutlich ausgeheilt, kein oder unsicherer Immunschutz	4	4 %
Kein vorhandener Marker, aber vollständige Impfung	19	19 %
Bestehende Hepatitis-B-Infektion	0	0 %

10.2 Abbildungen 2023

Abbildung A1: Behandlungsdauer nach Jahren (2013–2023)

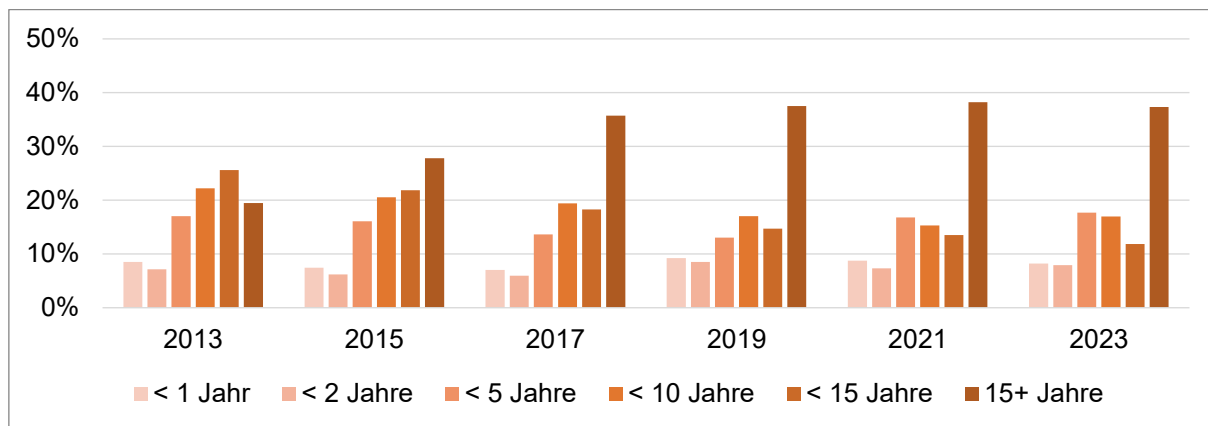
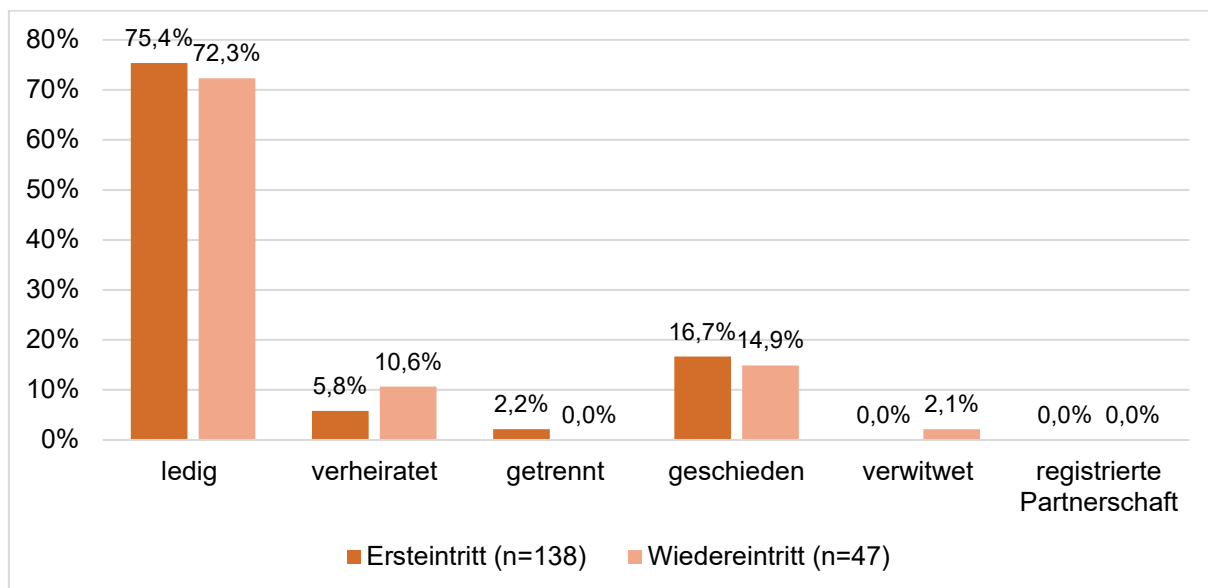
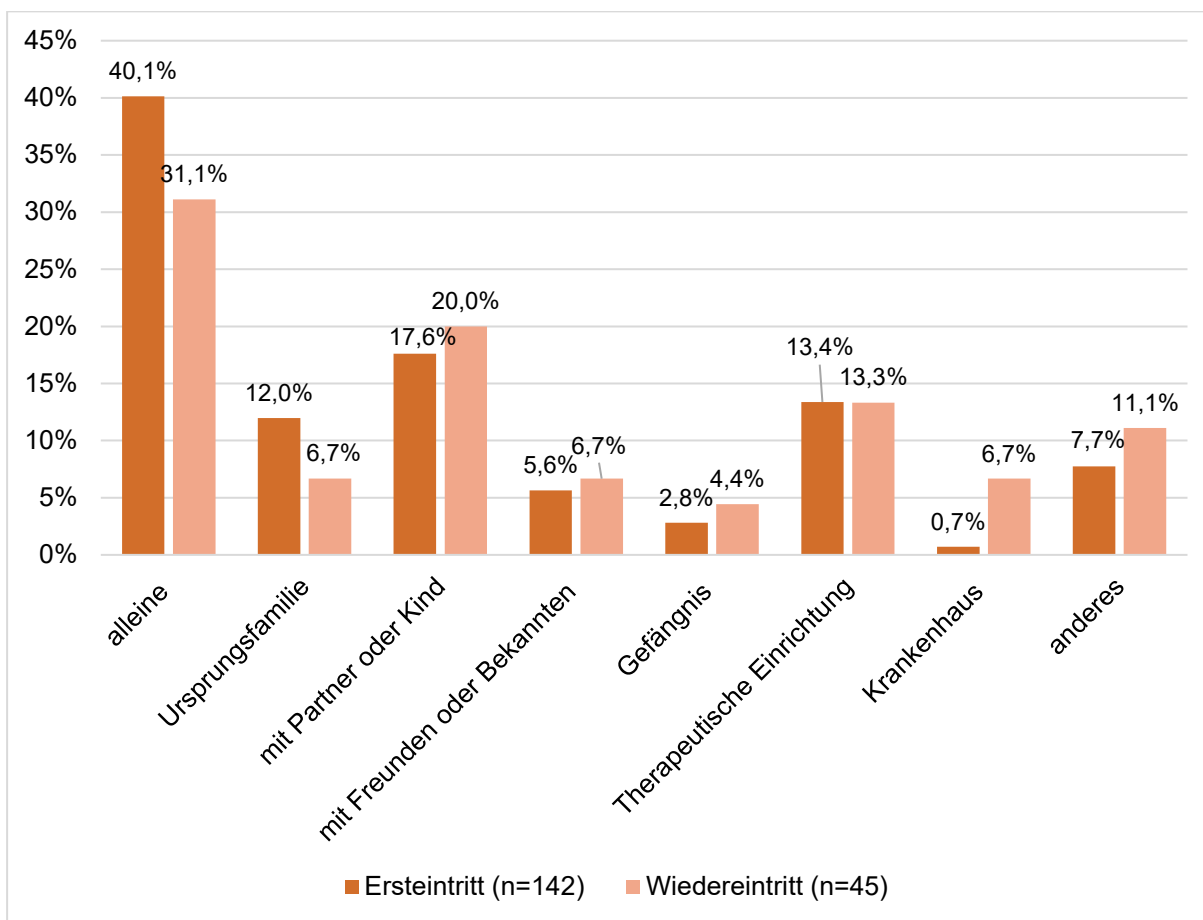


Abbildung A2: Zivilstand beim Eintritt (2023)



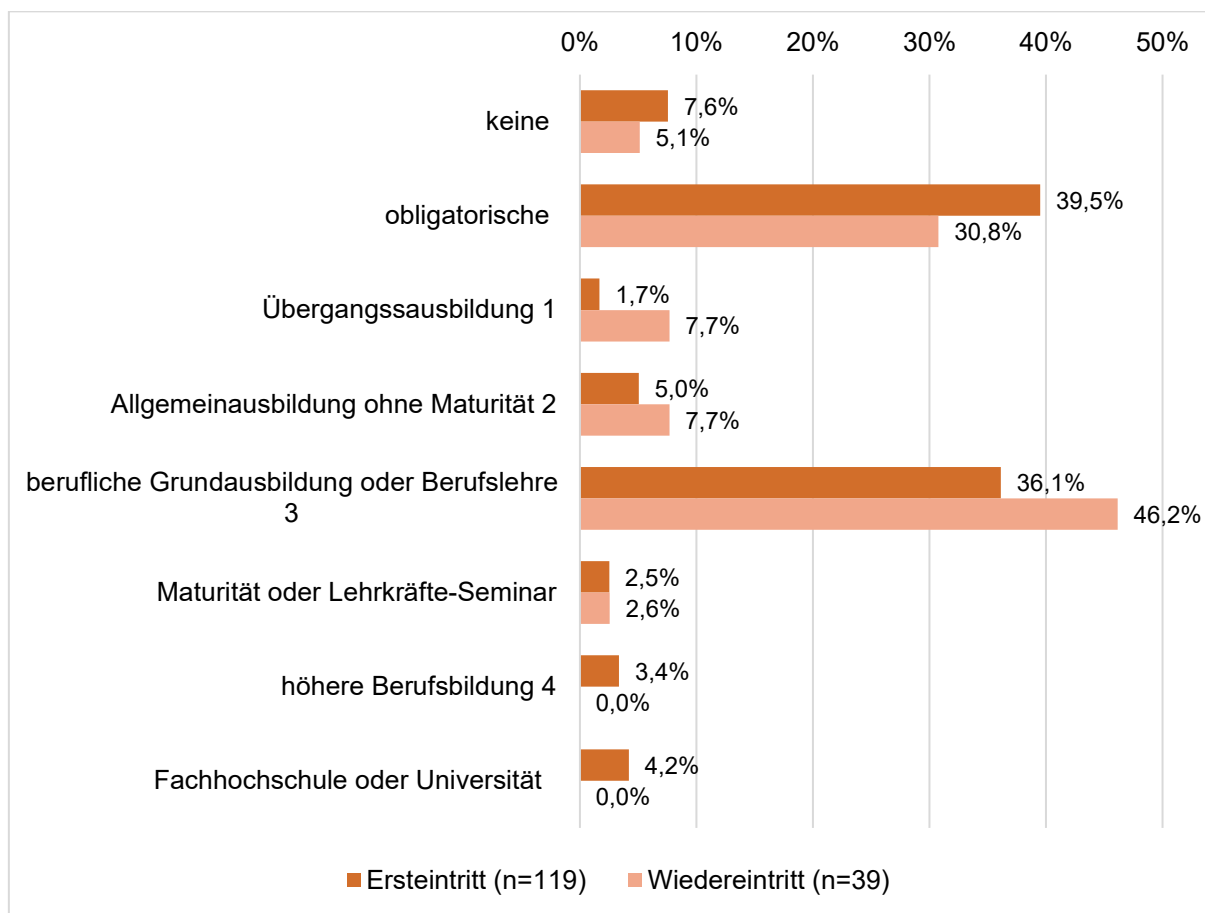
Bemerkung: 8 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 7 bei den Wiedereintritten.

Abbildung A3: Vorwiegende Lebenssituation in den 30 Tagen vor dem Eintritt (2023)



Bemerkung: 4 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 9 bei den Wiedereintritten.

Abbildung A4: Höchste abgeschlossene Ausbildung (2023)



Bemerkung: 27 fehlende Werte bei den Ersteintritten und 17 bei den Wiedereintritten.

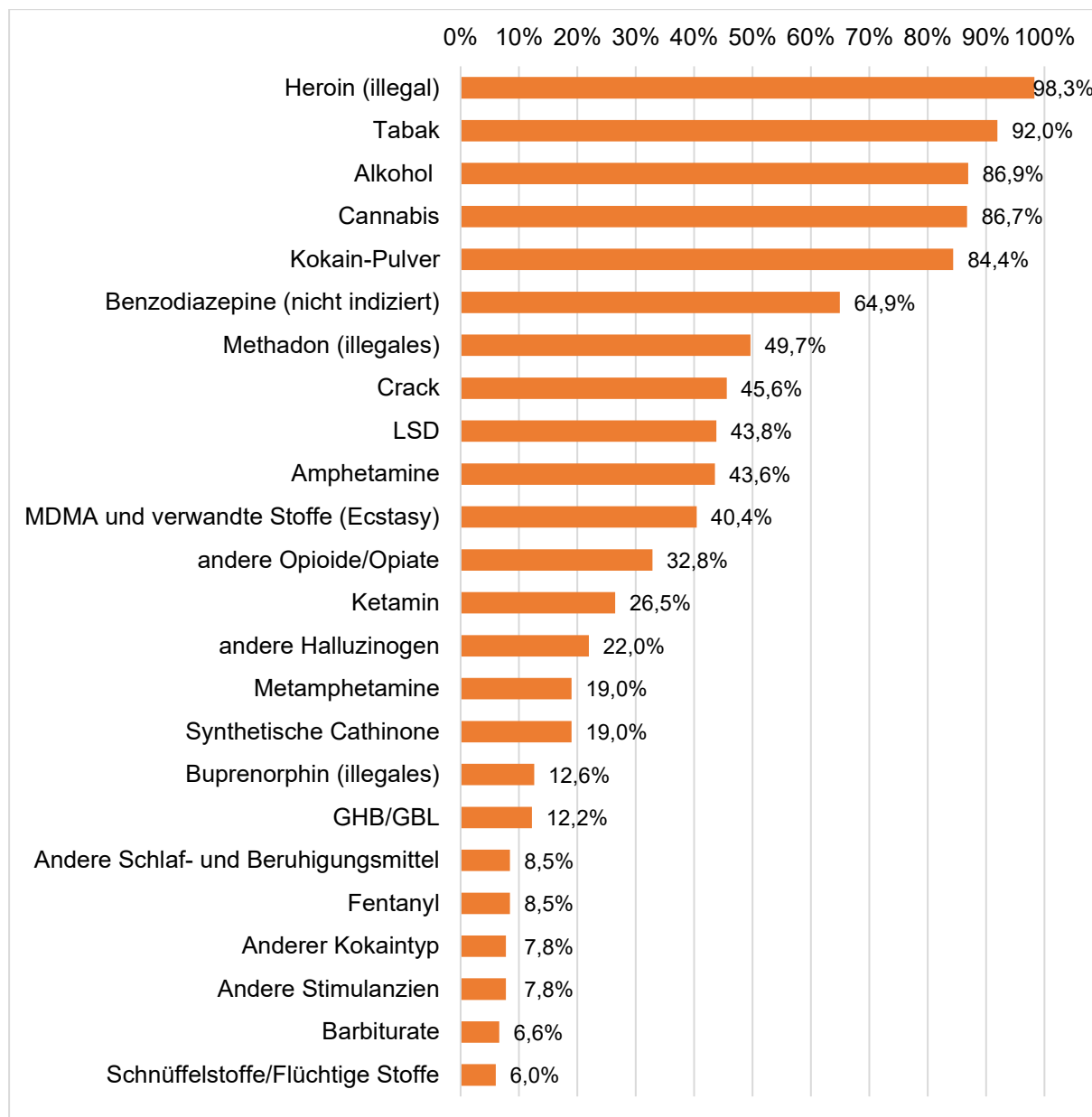
1: 1-jährige Ausbildung: Vorlehre, 10. Schuljahr, 1-jährige Berufswahlschule, Haushaltslehre, Sprachschule mit Zertifikat, Sozialjahr, Brückenangebote o. ä.

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.

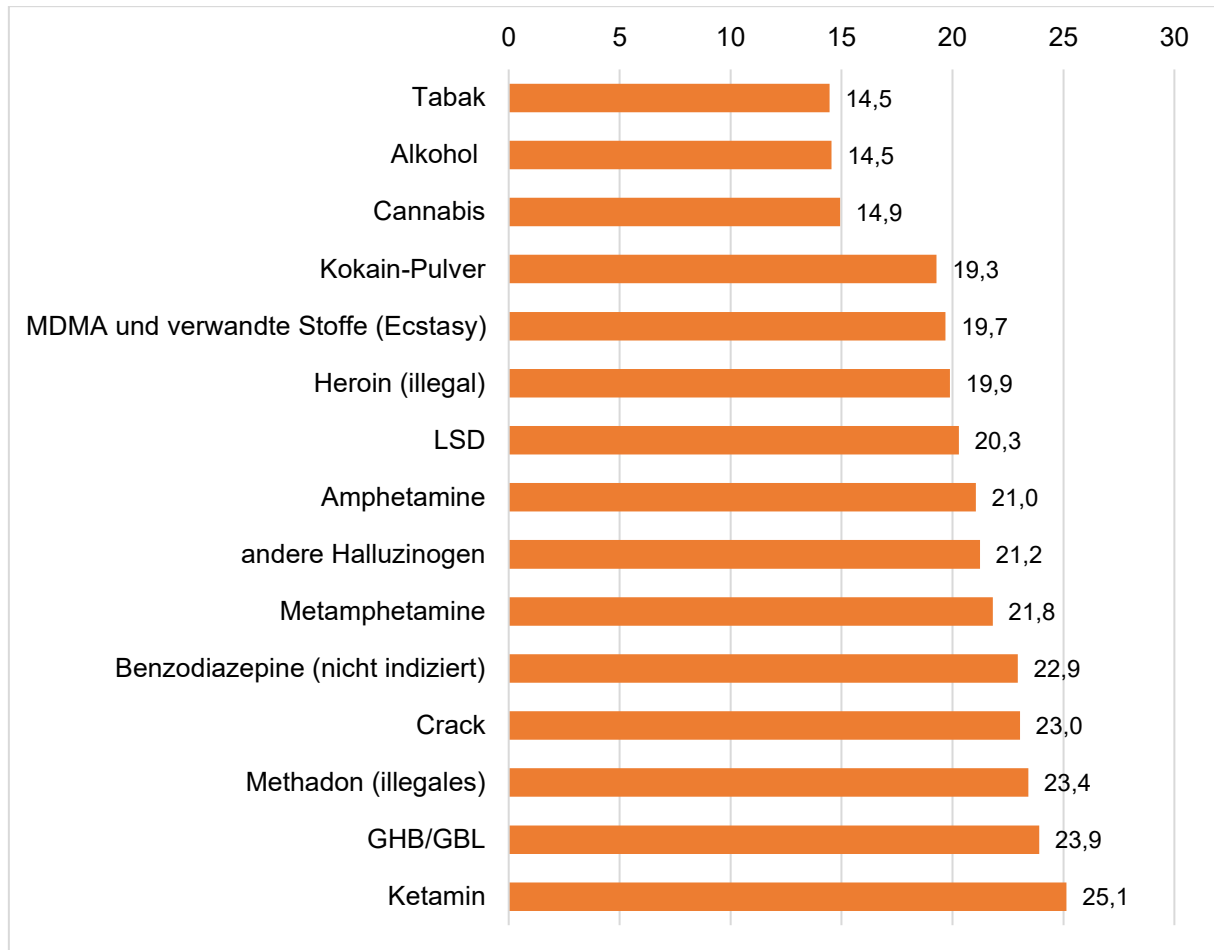
4: eidg. Fachausweis: höhere Fachprüfung mit eidg. Diplom oder Meisterdiplom, höhere Fachschule (HF) für Technik, HF für Wirtschaft, Ingenieurschule HTL, höhere Fachschule HWV, HFG, HFS o. ä.

Abbildung A5: Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs verschiedener Substanzen in Reihenfolge ihrer Bedeutung, alle Eintritte (2023)



Bemerkung: Mehrfachantworten möglich. Die Analysen beinhalten die Erst- und die Wiedereintritte von 2023.

Abbildung A6: Alter beim Erstkonsum der Substanz, in aufsteigender Reihenfolge des Alters, alle Eintritte (2023)



Bemerkung: Die Kategorien «andere Kokaintypen ausser Crack und Pulver», «andere Stimulantien», «andere Schlaf- und Beruhigungsmittel» sowie «andere Halluzinogene» sind nicht dargestellt. Zudem wurden Schnüffelfstoffe, Barbiturate und synthetische Cathinone aufgrund der geringen Fallzahlen nicht berücksichtigt. Sie sind jedoch in der Tabelle A10 dargestellt.

Abbildung A7: Injektionsverhalten der in die Behandlung eintretenden Patientinnen und Patienten (2023)

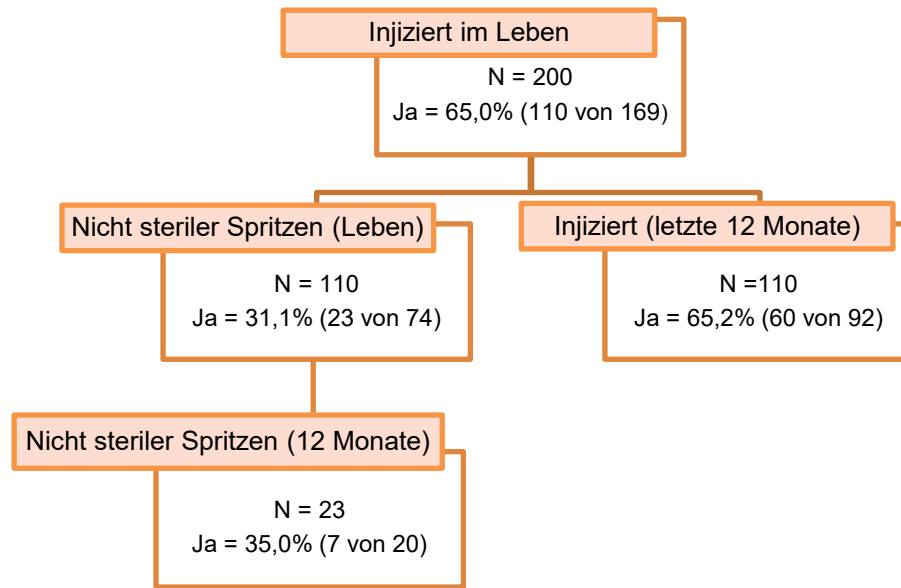
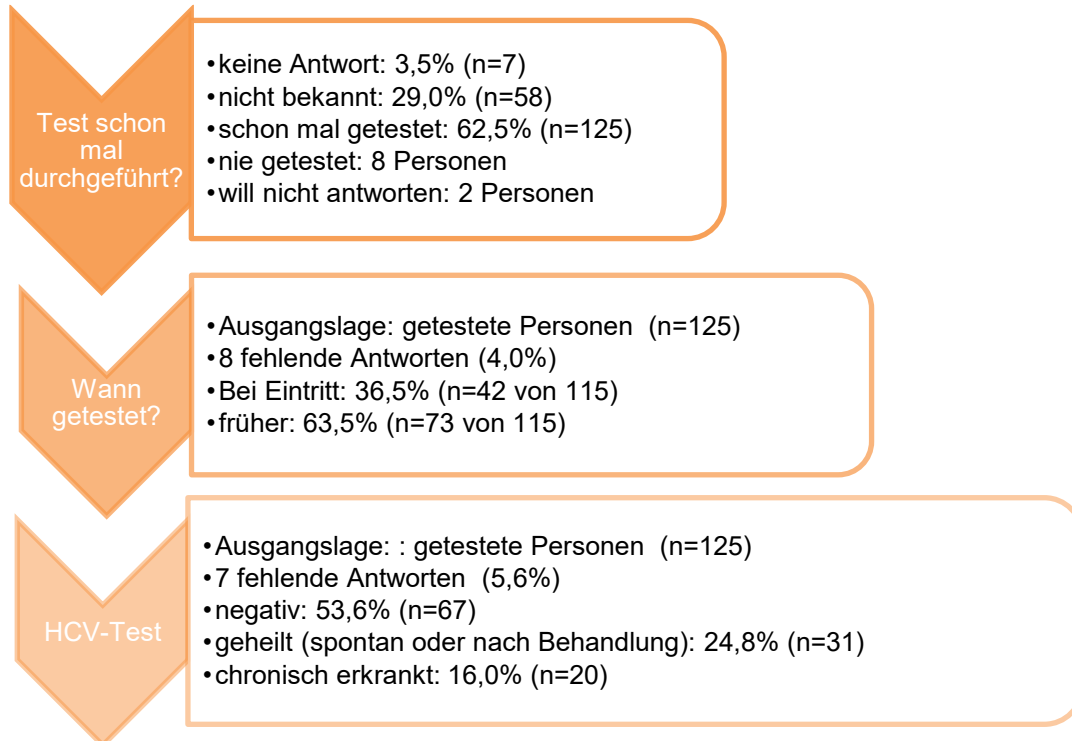
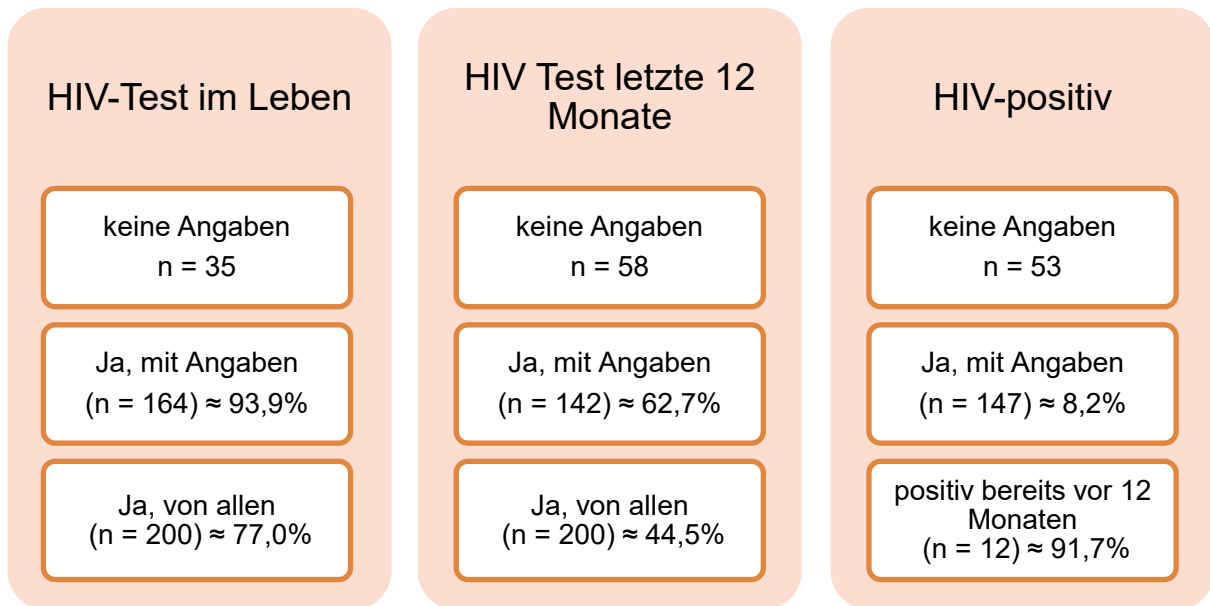


Abbildung A8: Hepatitis-C-Test bei allen Eintritten (2023)



Bemerkung: Die Analysen basieren auf allen Eintritten, einschliesslich Wiedereintritte.

Abbildung A9: Durchgeführte HIV-Tests und HIV-Status, eintretende Patientinnen und Patienten (2023)



Bemerkung: Die Analysen basieren auf allen Eintritten, einschliesslich Wiedereintritte.