



SUCHT | SCHWEIZ



Lausanne, September 2020
Forschungsbericht Nr. 118

Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz

Resultate der Erhebung 2019

Gerhard Gmel
Florian Labhart
Etienne Maffli

*Dieses Projekt wurde finanziert vom Bundesamt für Gesundheit
(Vertrag Nr. 17.018313 / 204.0001-1584/2)*

PRÄVENTION | HILFE | FORSCHUNG

Impressum

Auskunft:	Gerhard Gmel, Tel. 021 321 29 59, E-Mail: ggmel@suchtschweiz.ch
Bearbeitung:	Gerhard Gmel, Florian Labhart, Etienne Maffli, Sucht Schweiz, Lausanne
Vertrieb:	Sucht Schweiz, Forschung, Postfach 870, 1001 Lausanne, Tel. ++41 (0)21 321 29 46, Fax ++41 (0)21 321 29 40 cgmel@addictionsuisse.ch
Bestellnummer:	Forschungsbericht Nr. 118
Grafik/Layout:	Sucht Schweiz
Copyright:	© Sucht Schweiz Lausanne 2020
ISBN:	978-2-88183-258-1
Zitierhinweis:	Gmel, G., Labhart, F., Maffli, E., (2020) Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2019 (Forschungsbericht Nr. 118), Lausanne: Sucht Schweiz.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Überblick über den Patientenbestand	9
3	Patientenverlauf	11
4	Vorgeschichte der Eintritte 2019	15
5	Soziodemographische Angaben.....	18
6	Substanzgebrauch.....	23
7	Hepatitis und HIV	30
7.1	Injektionsverhalten	30
7.2	Hepatitis A	31
7.3	Hepatitis B	31
7.4	Hepatitis C	33
7.5	HIV	35
8	Austrittsgründe.....	36
9	Psychiatrische Störungen.....	37
10	Referenzen	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ein- und Austritte im Jahr 2019	9
Tabelle 2:	Vorgesehene Applikation bei Behandlungseintritt, 2019.....	15
Tabelle 3:	Behandlungserfahrung nach Substanzen (Mehrfachnennungen möglich), 2019.	15
Tabelle 4:	Behandlungserfahrung bei Opiatbehandlungen der HeGeBe Eintritte (Mehrfachnennungen möglich), 2019.....	16
Tabelle 5:	Vermittlungswege in die HeGeBe, 2019	16
Tabelle 6:	Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2019.....	19
Tabelle 7:	Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vorwiegend Ihren Lebensunterhalt bestritten? 2019.....	20
Tabelle 8:	Welchen hauptsächlichen Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen? 2019 .	21
Tabelle 9:	Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter, 2019.....	25
Tabelle 9:	Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter, 2019, Fortsetzung.....	26
Tabelle 10:	Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2019	26
Tabelle 10:	Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2019; Fortsetzung	27
Tabelle 11:	Hepatitis A Status bei 170 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) im Jahr 2019	31
Tabelle 12:	Interpretation von Hepatitis B Markern.....	32
Tabelle 13:	Hepatitis B Test bei 170 im Jahr 2019 Eingetretenen (einschliesslich Wiedereintritte)	32
Tabelle 14:	Vermutlicher Hepatitis B Status von 95 Eintritten.....	33
Tabelle 15:	Anzahl gesicherter psychiatrischer Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2019 und im Vergleich mit den Jahren 2013-2018	37
Tabelle 16:	Häufigkeit der ICD-10 Diagnosegruppen des Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» für die HeGeBe Austritte im Jahr 2019 und im Vergleich mit den Jahren 2013-2017 (Mehrfachantworten möglich).....	38

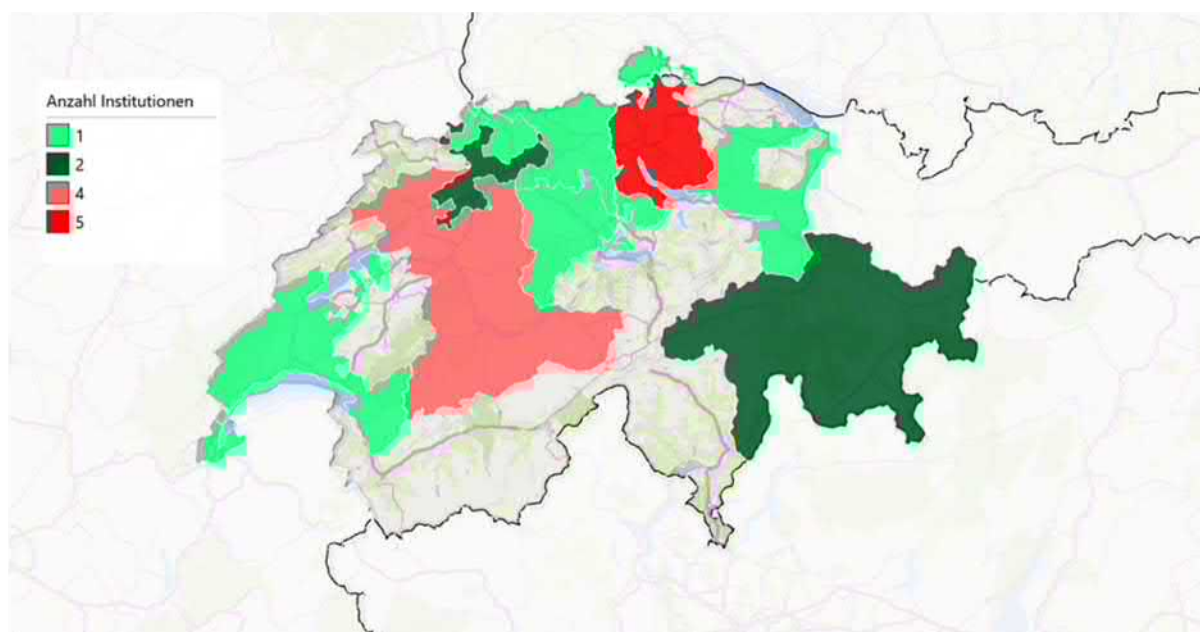
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Verteilung von Institutionen in der HeGeBe nach Kantonen	7
Abbildung 2:	Verlauf der Anzahl Patientinnen und Patienten in HeGeBe seit 1994.	12
Abbildung 3:	Behandlungsdauer von Männern und Frauen bei Austritten zwischen 2013 und 2017	13
Abbildung 4:	Behandlungsdauer im Vergleich der Jahre 2013 bis 2017 mit dem Jahr 2018 und 2019	14
Abbildung 5:	Zivilstand bei Eintritten im Jahr 2019.....	18
Abbildung 6:	Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2019..	19
Abbildung 7:	Höchste abgeschlossene Ausbildung, 2019.....	22
Abbildung 8:	Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen, alle Eintritte (inklusive Wiedereintritte) 2019, Szenarium 2 (keine Antwort wurde als kein Gebrauch gewertet)	24
Abbildung 9:	Einstiegsalter in den Gebrauch verschiedener Substanzen, Eintritte 2019	28
Abbildung 10:	Illegaler Substanzgebrauch durch Injektion.....	30
Abbildung 11:	Durchführung von Hepatitis C Tests bei allen Eintritten (einschliesslich Wiedereintritten) im Jahr 2019.....	34
Abbildung 12:	Durchgeführte HIV Tests und HIV Status, Eintritte 2019.....	35
Abbildung 13:	Austrittsgründe im Jahr 2019 und im Vergleich mit 2013-2018 ¹	36

1 Einleitung

Seit 2001 gibt es ein regelmässiges Monitoring der heroingestützten Behandlung (HeGeBe) in der Schweiz. Der Bericht präsentiert die Ergebnisse der Erhebung 2019. Der Name HeGeBe ist historisch begründet, obschon die Bezeichnung diacetylmorphingestützte Behandlung korrekter ist. Beim Diacetylmorphin handelt es sich um pharmazeutisch hergestelltes Heroin (zugelassenes Arzneimittel Diaphin®). Im Jahr 2019 hatten 22 Institutionen in 13 Kantonen die Berechtigung Diacetylmorphin zu verabreichen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung von Institutionen in der HeGeBe nach Kantonen



Da das Monitoring im geltenden Betäubungsmittelgesetz, der Betäubungsmittelsucht- sowie der Statistikerhebungsverordnung verankert ist, sind die Institutionen an der Teilnahme am Monitoring verpflichtet. Gemäss Art. 24 der Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen veröffentlicht das BAG jährlich einen Bericht über die Durchführung und den Verlauf sowie die Entwicklung der diacetylmorphingestützten Behandlung. Dafür werden bei dem Eintritt (auch bei Wiedereintritten nach Behandlungsunterbruch) von jeder Patientin und jedem Patienten soziodemografische Angaben, ihre/seine Behandlungsvorgeschichte, Gewohnheiten beim Substanzgebrauch sowie ihr/sein Gesundheitszustand erhoben. Ebenso sollten bei jedem Austritt aus der Behandlung (einschliesslich Übergang zu einer anderen Institution) zentrale Fragen des Eintritts sowie die Austrittsgründe erhoben werden.

Die Ziele der diacetylmorphingestützten¹ Behandlung lassen sich wie folgt umschreiben:

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

Dabei gibt es für die Patienten folgende Aufnahmekriterien:

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

Die HeGeBe ist Teil des gesamtschweizerischen Klientenmonitoringsystems für den Bereich der Suchthilfe *act-info* (addiction, care and therapy information), welches neben der HeGeBe auch weitere Statistiken wie die Substitutionsbehandlung und andere ambulante und stationäre Behandlungen (beispielsweise wegen Alkohol- und illegalen Drogengebrauchs) führt. Seit 2013 können diese Daten direkt von den HeGeBe Institutionen online erfasst werden (<https://www.act-info-online.ch>). Somit hat Sucht Schweiz für entsprechende Auswertungen direkten Zugriff auf die teilanonymisierten Ergebnisse. Teilanonymisiert bedeutet, dass beispielsweise die Namen in einen Code umgewandelt worden sind und so der statistikführenden Stelle nicht bekannt sind. Dieser Code wird benötigt, um Patienten im Längsschnitt beobachten zu können, also um beispielsweise festzustellen, ob sie zu einer anderen Institution übergegangen sind oder nach einem Unterbruch der Behandlung wieder in die HeGeBe eingetreten sind. Ergänzend dazu führt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine getrennte HeGeBe-Datenbank, welche die Bewilligungen für die Behandlungen nach Patienten dokumentiert. Der vorliegende Bericht präsentiert die Resultate zu den Ein- und Austritten HeGeBe im Jahr 2019 gemäss der *act-info* Datenbank.

Box 1. Probleme der längsschnittlichen Betrachtung

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

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

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

2 Überblick über den Patientenbestand

Beim Verfassen des Berichtes (August 2020) lagen uns in der Monitoring-Datenbank die Ein- und Austritte für 2019 von allen 22 Institutionen vor. Für das Jahr 2019 wurden von diesen Institutionen 173 (2018: 163) Eintritte und 137 (2018: 135) Austritte registriert (Tabelle 1), wobei die 12 Übergänge von einer anderen HeGeBe Institution bzw. die 19 Übergänge in eine andere HeGeBe Institution nicht als Ein- oder Austritte gezählt werden, da nicht mindestens 30 Tage zwischen den beiden Behandlungen lagen (siehe Box 2).

Box 2. Definitionen von Behandlung, Wiedereintritt und Übergang:

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

Der Grossteil der Eintritte (vgl. Tabelle 1) sind Ersteintritte (n=135, einschliesslich 18 Personen, die bereits wieder ausgetreten sind), fast alle Eintritte im Jahr 2019 befinden sich noch in Behandlung, mit Ausnahme von 18 Patienten die eine Erstbehandlung 2019 angefangen aber noch im selben wieder beendet haben bzw. eine Mehrfachbehandlung angefangen und wieder beendet haben (n=6). Sich noch in Behandlung befindliche Personen mit Übergängen von bzw. zu anderen HeGeBe Institutionen stellen die jüngste Klientel mit etwa 34-35 Jahren dar, die jüngste Person ist dabei 19 Jahre und die älteste 55 Jahre alt. Bei den sich noch in Behandlung befindlichen Ersteintritten liegt der Anteil Männer ähnlich wie in den Vorjahren (Hiltebrand et al., 2018; Gmel et al., 2019) bei 78%. 22% sind Wiedereintritte (n=28+6+4).

Tabelle 1: Ein- und Austritte im Jahr 2019

Ein- oder Austritt 2019	Behandlung	Behandlungsepisode	mit		Durchschnittsalter				männlich
			Eintritt 2019	früherer Eintritt		< 40 Jahre	40 - 60 J.	> 60 Jahre	
Austritte	Behandlung beendet	eine Behandlung	18	82	44.3	36%	56%	8%	81%
	Behandlung beendet	Mehrfache Behandlung	6	31	44.5	30%	68%	3%	92%
	Noch in Behandlung	Mehrfache Behandlung Übergang zu anderer Institution	4	15	34.3	79%	21%	0%	68%
Eintritt	Noch in Behandlung	Ersteintritt	117		40.9	50%	48%	3%	78%
	Noch in Behandlung	Wiedereintritt	28		40.8	50%	50%	0%	68%
	Noch in Behandlung	Übergang von anderer Institution	12		34.6	75%	25%	0%	58%

Bei den Austritten mit nur einer Behandlung (n=100, davon sind 18 Personen im Jahr 2019 und 82 Personen vor 2019 eingetreten) bzw. mit mehreren Behandlungen (n=37, davon 6 Personen mit einem Eintritt im Jahr 2019 und 31 Personen mit einem Eintritt vor 2019) ist das Durchschnittsalter mit knapp über 44 Jahren am höchsten, die älteste Person war knapp 68 Jahre alt. Der Anteil von Männern liegt

mit 81% bzw. 92% deutlich höher als bei den Eintritten und insbesondere den Wiedereintritten (68% Männer) bzw. Übergängen von anderen Institutionen (58%).

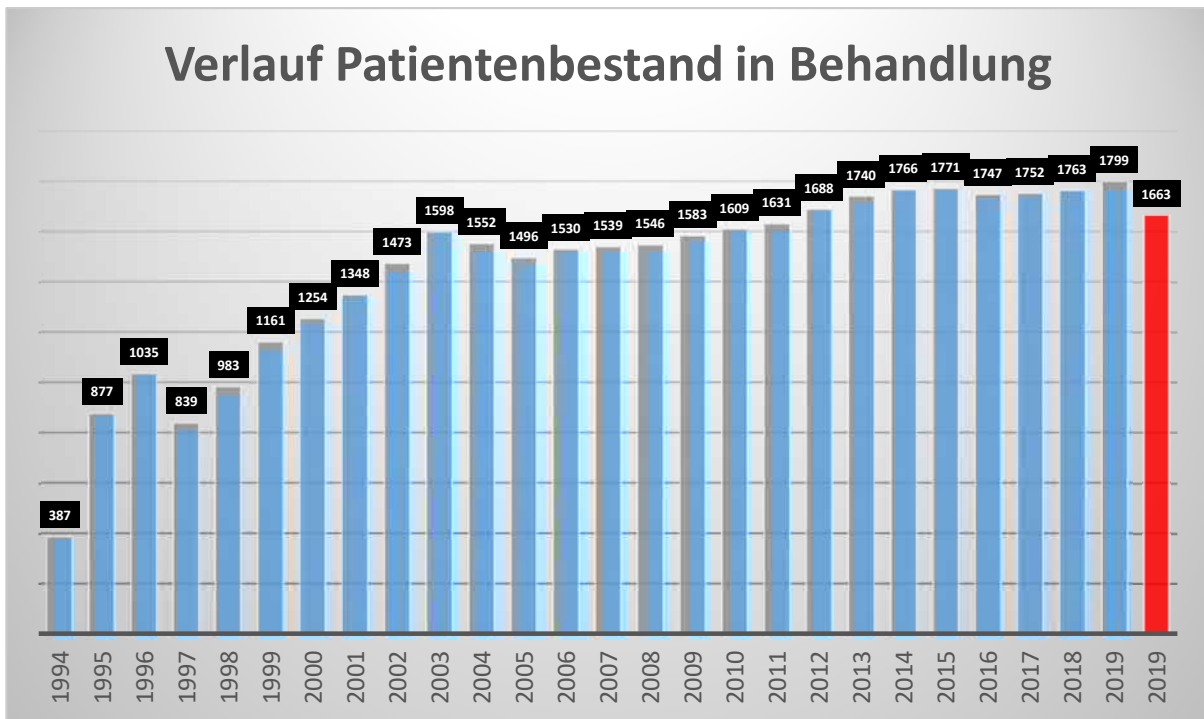
Das Wichtigste in Kürze: Die Geschlechtszusammensetzung deutet darauf hin, dass Männer häufiger als Frauen eine Behandlung beenden oder unterbrechen. Bei Erstbehandlungen liegt der Frauenanteil bei knapp einem Viertel. Bei Personen mit Mehrfachbehandlungen, also Behandlungsunterbrüche von mindestens 30 Tagen, liegt der Frauenanteil deutlich niedriger.

3 Patientenverlauf

Aus den oben genannten Gründen (siehe Box 1), können wir zurzeit keine 100%ig gesicherten Erkenntnisse über den gesamten Patientenbestand geben. Aber durch das Zusammenspielen der früheren Daten des ISGF mit der online-Datenbank haben wir einen deutlich besseren Überblick als noch im Vorjahr.

Wir gehen zurzeit für das Jahr 2019 von 1663 Patienten aus, die noch in Behandlung sind (vgl. Abbildung 2). Das sind 100 Patienten weniger als noch 2018. Es sind aber nicht wirklich weniger, da es 2019 mehr Eintritte als Austritte gab. Der Patientenstand müsste also eher gestiegen sein. Führten wir den in früheren Berichten berechneten Patientenstand auch für 2019 nach, so wären es mit 36 mehr Eintritten als Austritten 1799 Patienten, die noch in Behandlung sein müssten. Als Vergleich können die Bewilligungen gemäss der Datenbank des BAG herangezogen werden. Bewilligungen werden immer für 2 Jahre ausgesprochen und müssen dann erneuert werden. Dabei lagen 1624 Patientenbewilligungen bis September 2020 vor. Da wir nur das Jahr 2019 betrachten, stimmen diese Zahlen nicht perfekt überein. Der Grund für die Diskrepanz liegt darin begründet, dass in der *act-info* Datenbank sehr viele Doppelnennungen immer mitgeführt worden sind, die jetzt nach Zusammenführung der beiden Datenquellen teilweise bereinigt werden konnten. Es gibt auch andere Gründe, warum die Zahlen nicht notwendigerweise übereinstimmen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn zwar Austritte für die *act-info* Datenbank gemeldet werden, die Institutionen aber die Austritte in der Hoffnung, dass die Patienten zurückkommen, nicht im BAG melden, um beispielsweise keine neue Bewilligung beantragen zu müssen. Die jetzigen Zahlen decken sich daher eher mit der Anzahl der Bewilligungen durch das BAG. Im Wesentlichen bleibt die Anzahl Patienten seit Jahren stabil; sie wurde in früheren Jahren aus unserer Sicht nur massgeblich überschätzt. Der weiterhin bestehende Unterschied zwischen der *act-info* Datenbank und der Datenbank des BAG liegt höchstwahrscheinlich an weiteren Doppeleinträgen, die nicht gänzlich beseitigt werden konnten, da insbesondere Eintritte vor etwa 2005 häufig kein Geburtsdatum oder keinen Namenscode beinhielten und somit zumindest langfristige Patienten nicht eindeutig nachverfolgt werden konnten bzw. Austritte und Übertritte in andere Institutionen nicht genau protokolliert worden sind. Darüber hinaus wurden Patienten mit einem Eintritt und gleichzeitigem Austritt im selben Jahr als zwei Fälle gezählt. Bei der neuen Berechnung handelt es sich um Patienten und Patientinnen, die zu Ende des Jahres (31. Dezember 2019) nach unseren Berechnungen noch in Behandlung befanden.

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

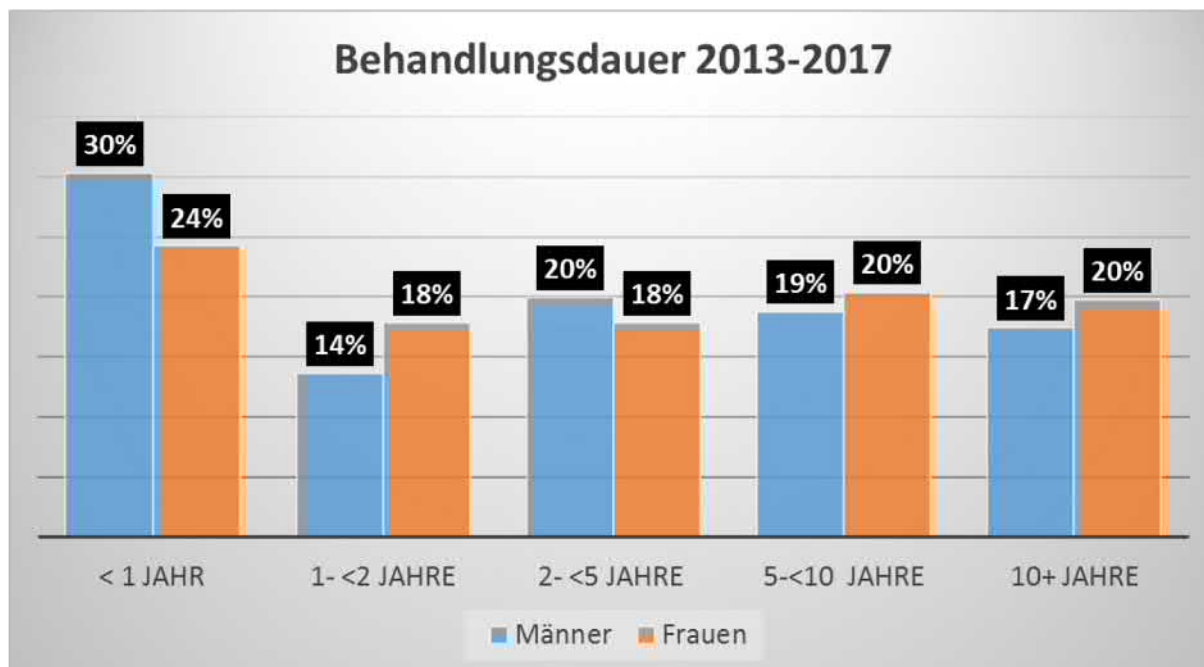


Bemerkung: In rot die neue Berechnung für 2019, in blau die Fortführung der bisherigen Berechnung mit neuen Ein- und Austritten 2019.

Auf die Altersverteilung bis zum Jahr 2017 sei auf Hildebrand et al. (2018) verwiesen. Es ist eindeutig, dass die Patientenpopulation altert. Im Jahr 1994 waren noch 78.0% aller HeGeBe Patientinnen und Patienten unter 35 Jahre alt. Im Jahr 2017 waren es weniger als 15%. Während es 1994 noch kaum Personen über 55 Jahre gab, waren es etwa 15% im Jahr 2017. Soweit uns Geburtsdaten vorliegen (460 fehlende Werte) waren im Jahr 2019 nur noch 11% der Patienten in Behandlung unter 35 Jahre alt.

Abbildung 3 zeigt die Behandlungsdauer von Männern und Frauen die zwischen 2013 und 2017 ausgetreten sind.

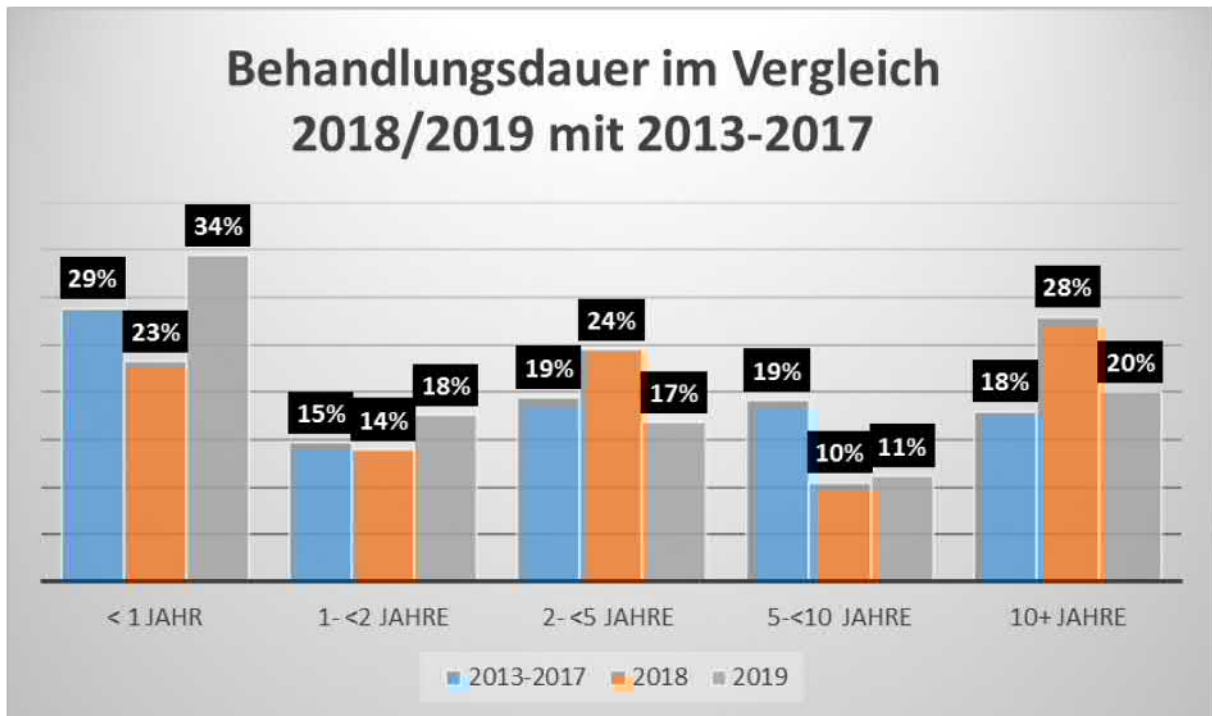
Abbildung 3: *Behandlungsdauer von Männern und Frauen bei Austritten zwischen 2013 und 2017*



Frauen verbleiben in der Regel länger in Behandlungen, insbesondere treten sie seltener bereits im ersten Jahr wieder aus als Männer. Die Gründe dafür sind unklar. Es könnte sein, dass der Leidensdruck auf der «Strasse» für Frauen höher ist, so dass sie eine grössere Adhärenz mit einer vielleicht zu Beginn nicht voll zufriedenstellenden Behandlung zeigen.

In Abbildung 4 ist die Behandlungsdauer der Jahre 2013 bis 2017 im Vergleich mit jener der Jahre 2018 und 2019 dargestellt. Man sieht, dass die Behandlungsdauer auch wegen der geringen Fallzahlen von einem zum anderen Jahr schwanken kann. Insbesondere kurzfristige Behandlungen von weniger als einem Jahr waren im Jahr 2018 seltener als im Durchschnitt der Jahre 2013 bis 2017, dagegen im Jahr 2019 deutlich häufiger. In diesem Bericht präsentieren wir Behandlungen und nicht Episoden. Um als eine Behandlung zu gelten muss es entweder nur eine Behandlung gegeben haben oder die Wiederaufnahme einen Unterbruch von mindestens einem Monat (30 Tage) gehabt haben. Gar nicht so selten kommen Patienten nach mehr als 5/6 Jahren nach ihrem Unterbruch wieder in die Therapie. Auf der anderen Seite wechseln sie auch ohne Unterbruch das Behandlungszentrum. Leider liegen uns aus den ganz frühen Jahren (Behandlungsbeginne vor etwa 2005) und insbesondere für Frauen teilweise das Eintrittsdatum nicht vor. Es gibt auch generell weniger Frauen in Behandlung, so dass Unterteilungen nach Geschlecht in Ein-Jahresschritten zu variable sind. Deshalb wurde die Unterteilung nach Geschlecht in Abbildung 3 nur für aggregierte Statistiken vorgenommen. Die Behandlungsdauer wird auch für 2018 und 2019 noch eine Unterschätzung darstellen, weil wir teilweise die Behandlungsdauer von Patienten mit Eintritten vor 2005 nur schwer rekonstruieren können. Im Durchschnitt dauern Behandlungen, soweit sie schlüssig vorliegen, im Jahr 2019 etwa 5.4 Jahre. Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist, bis auf wenige Ausnahmen, über die Jahre sehr stabil und liegt bei etwa 5-6 Jahren.

Abbildung 4: Behandlungsdauer im Vergleich der Jahre 2013 bis 2017 mit dem Jahr 2018 und 2019



Das Wichtigste in Kürze: Die Anzahl von Patienten in Behandlung bleibt seit Jahren stabil. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Männer häufiger als Frauen eine Behandlung unterbrechen oder abbrechen. Frauen haben also eine höhere Behandlungs-Adhärenz. Deutlich ist, dass die Patienten in Behandlung im Durchschnitt immer älter werden. Die Behandlungsdauer wurde in früheren Berichten vermutlich unterschätzt und liegt höher, im Schnitt bei etwa 5-6 Jahren. Dabei liegt eine (neue) Behandlung auch dann vor, wenn es vorher einen Unterbruch gegeben hat. Das bedeutet, dass Patienten teilweise schon sehr lange mit der Behandlung vertraut sind, aber zwischendurch die Behandlung beenden oder unterbrechen. Die Gründe dafür sind unklar.

4 Vorgeschichte der Eintritte 2019

Bei den Eintritten werden nur jene berücksichtigt, die wirkliche Neueintritte bzw. Wiedereintritte sind, also keine Übergänge, bei denen häufig keine Informationen vorliegen. Dies sind 173 (=185-12, vgl. Tabelle 1), bei 3 Fällen ist die Datenlage unklar, ob es wirklich Wiedereintritte sind (z.B. kein Vorliegen eines Austrittsdatums der vorherigen Behandlung). Wir beziehen uns deshalb bei den Eintritten auf 170 Patienten bzw. Patientinnen, 35 davon sind nach unserem Kenntnisstand Wiedereintritte und 135 sind Ersteintritte.

Beim Eintritt, insbesondere beim Ersteintritt (51.6%), ist die Mehrheit der vorgesehenen Applikationen von Diacetylmorphin die orale Anwendung (Tabelle 2). Bei etwas mehr als 10% (Ersteintritte: 13.3%; Wiedereintritte: 9.1%) werden mehrere Applikationen vorgesehen, in der Regel orale und intravenöse. Das dies bei Wiedereintritten etwas seltener ist, könnte bedeuten, dass sich bei Wiedereintritten die bevorzugte Applikationsform in früheren Behandlungen etabliert hat. Jedoch sind die Fallzahlen von Wiedereintritten zu gering, um gesicherte Aussagen treffen zu können.

Tabelle 2: Vorgesehene Applikation bei Behandlungseintritt, 2019

vorgesehene Applikation	Wiedereintritte 2019		Ersteintritte 2019	
	n	%	n	%
intravenös	16	48.5%	38	29.7%
oral	14	42.4%	66	51.6%
intramuskulär	0	0.0%	7	5.5%
multiple Applikationen	3	9.1%	17	13.3%
total	33	100.0%	128	100.0%

Bemerkung: 9 fehlende Werte, 6 davon bei Ersteintritten

Erwartungsgemäss haben fast alle Patienten Erfahrungen mit Vorbehandlungen, d.h. wegen einer Suchtproblematik für die sie bereits vor der aktuellen diacetylmorphingestützten Behandlung in Therapie waren (Tabelle 3). Bei 74.7% sind illegale Substanzen (in der Regel dürfte das Heroin sein) die einzigen Substanzen wegen der es Vorbehandlungen gab. Das heisst aber, dass etwa ein Viertel (25.3%) der Patienten multiple Substanzprobleme hatten, wegen der sie schon in Behandlung waren.

Tabelle 3: Behandlungserfahrung nach Substanzen (Mehrfachnennungen möglich), 2019.

Behandlung wegen	Wiedereintritte 2019		Ersteintritte 2019		Ersteintritte Vorjahr 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Alkohol	7	20.6%	16	12.0%	20	15.9%
Illegale Substanzen	34	100.0%	131	98.5%	122	96.8%
Medikamente	3	8.8%	23	17.3%	12	9.5%
Tabak	0	0.0%	2	1.5%	3	2.4%
Verhaltenssucht	0	0.0%	2	1.5%	7	5.6%

Bemerkung: 3 Fehlende Werte, 2 bei Ersteintritten, ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2019); Prozentangaben beziehen sich auf insgesamt 34 Wiedereintritte 2019, 133 Ersteintritte 2019 und 126 Ersteintritte 2018

Wie in den vorherigen Jahren werden Substitutionsbehandlungen am häufigsten genannt (Tabelle 4). Bei 35.4% wird nur ein Behandlungstyp angegeben. Etwa zwei Drittel haben also schon verschiedene Behandlungsformen (erfolglos) durchgeführt. Dabei ist anzumerken, dass es sich bei den Entzügen um professionelle Entzugsbehandlungen handelt, also nicht um Entzüge die ausserhalb der Behandlung von den Patienten durchgemacht worden sind (kalter Entzug).

Verwunderlich ist, dass nicht bei allen Patienten mit Wiedereintritten die Diacetylmorphinverschreibung angegeben wird. Dies dürfte daran liegen, dass die Diacetylmorphinverschreibung wegen der Selbstverständlichkeit bei Wiedereintritten bei der Erhebung nicht mehr explizit genannt wird. Letztendlich handelt es sich dabei um 5 Patienten. Erstaunlich ist dagegen, dass es bei Ersteintritten 9 Patienten mit einer angegebenen vorherigen Diacetylmorphinverschreibung gibt. Leider gibt es in früheren HeGeBe-Berichten keine Angaben dazu, so dass nicht festzustellen ist, ob es sich um einen Sonderfall der Daten 2019 handelt. Denkbar wäre, dass es sich hierbei um Wiedereintritte handelt, die aber sehr früh (also im Wesentlichen vor 2005) in Behandlung waren und so (wegen fehlendem Patientencode und Geburtsdatums) nicht in der Datenbank als Wiedereintritte identifiziert werden konnten.

Tabelle 4: Behandlungserfahrung bei Opiatbehandlungen der HeGeBe Eintritte (Mehrfachnennungen möglich), 2019

Opiatbehandlung	Wiedereintritte 2019		Ersteintritte 2019		Ersteintritte Vorjahr 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Substitutionsbehandlung	15	65.2%	111	92.5%	95	88.8%
Diacetylmorphinverschreibung	18	78.3%	9	7.5%	18	16.8%
stationäre Therapie	9	39.1%	53	44.2%	50	46.7%
betreuter Entzug	15	65.2%	63	52.5%	57	53.3%
anderes	0	0.0%	8	6.7%	7	6.5%

Bemerkung: 27 fehlende Werte, davon 15 bei Ersteintritten; ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffii (2019)

Wie in den Vorjahren läuft der Vermittlungsweg mehrheitlich über keine professionelle Instanz (Tabelle 5). Das heisst, der Eintritt geschieht auf Eigeninitiative oder auf Anraten der Familie, von Freunden und Bekannten. Dies gilt insbesondere für Wiedereintritte.

Tabelle 5: Vermittlungswege in die HeGeBe, 2019

Vermittlungsweg	Wiedereintritte 2019		Ersteintritte 2019		Ersteintritte Vorjahr 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Verurteilung/Massnahme/Justizbehörde/Polizei	0	0.0%	7	6.0%	4	3.5%
Arztpraxis	0	0.0%	13	11.1%	11	9.6%
Andere auf Sucht spezialisierte Einrichtung	4	12.9%	20	17.1%	27	23.5%
Andere Gesundheits-, medizinische oder soziale Dienste	2	6.5%	10	8.5%	8	7.0%
Keine professionelle Instanz oder Fachperson beteiligt	23	74.2%	61	52.1%	61	53.0%
andere	2	6.5%	6	5.1%	4	3.5%
Total	31	100%	117	100%	115	100%

Bemerkung: 22 fehlende Werte, davon 18 bei Ersteintritten, ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffii (2019)

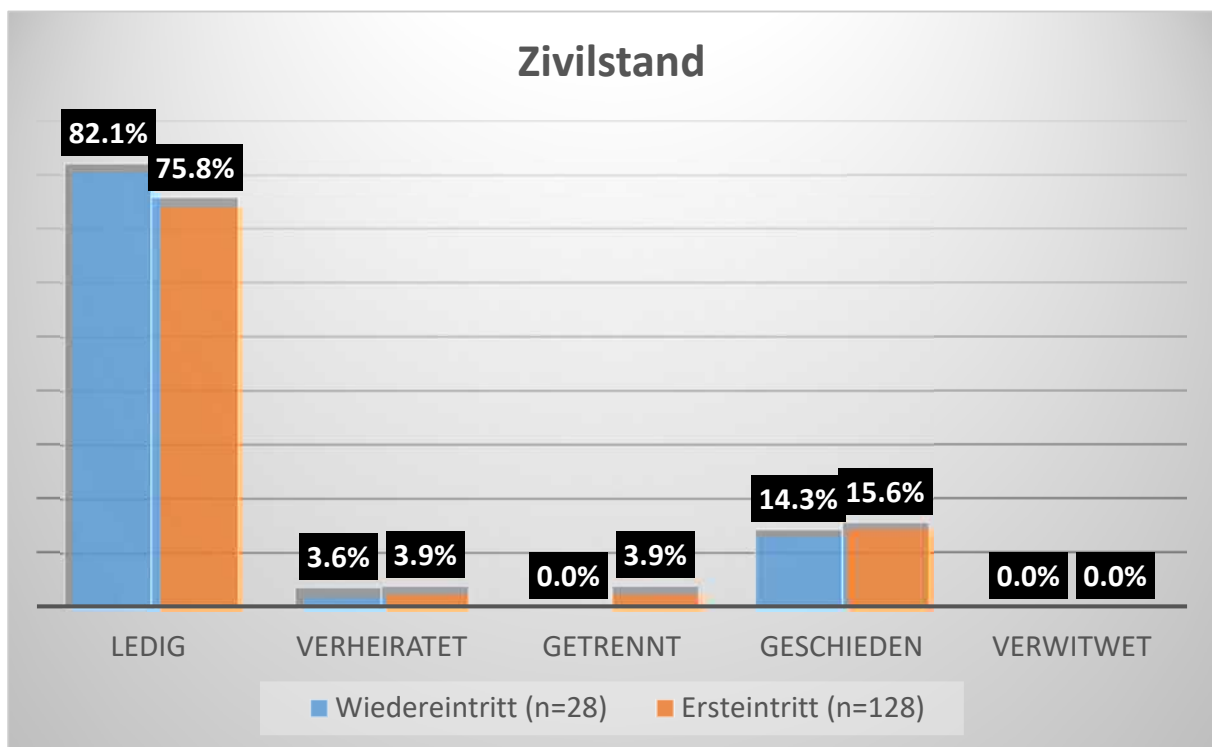
Das Wichtigste in Kürze: Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es kaum Veränderungen in den Patientenvorgeschichten. Der Grossteil der Klientel wurde bereits wegen einer illegalen Substanzproblematik behandelt. Jedoch hatte mehr als ein Fünftel bereits zusätzlich Behandlungen wegen anderer Suchtverhaltensweisen. Unter den vorangegangenen Opioidbehandlungen waren zum überwiegenden Grossteil Substitutionsbehandlungen dabei. Allerdings hatten mehr als zwei Drittel mehrere Behandlungsformen wie stationäre Therapien oder Entzugsbehandlungen. Die Patienten begeben sich mehrheitlich auf Eigeninitiative oder auf Anraten von Familie, Freunden und Bekannten in Behandlung.

5 Soziodemographische Angaben

Von den im Jahr 2019 135 Ersteingetretenen besaßen 113 Personen (83.7%) die Schweizer Staatsangehörigkeit. Dieser Anteil ist ähnlich wie in den Vorjahren. Bei den Wiedereingetretenen sind es 77.1%. Unter allen Eintritten besaßen 4 Personen eine doppelte Staatsangehörigkeit und 24 Personen, also 14.1%, besaßen nur eine andere Staatsangehörigkeit, unter anderem die türkische (3 Personen) und italienische (9).

Waren im Vorjahr bei den Ersteintritten noch ein höherer Prozentsatz ledig bzw. ein geringerer Prozentsatz getrennt oder geschieden, so gibt es im Jahr 2019 kaum noch Unterschiede (Abbildung 5). Ein ersteingetretener Patient lebte in einer registrierten Partnerschaft. Unterschiede bei den Wiedereingetretenen zwischen verschiedenen Jahren sind mit Vorsicht zu geniessen, da die Angaben bei den Wiedereingetretenen nur auf wenigen Fällen beruhen.

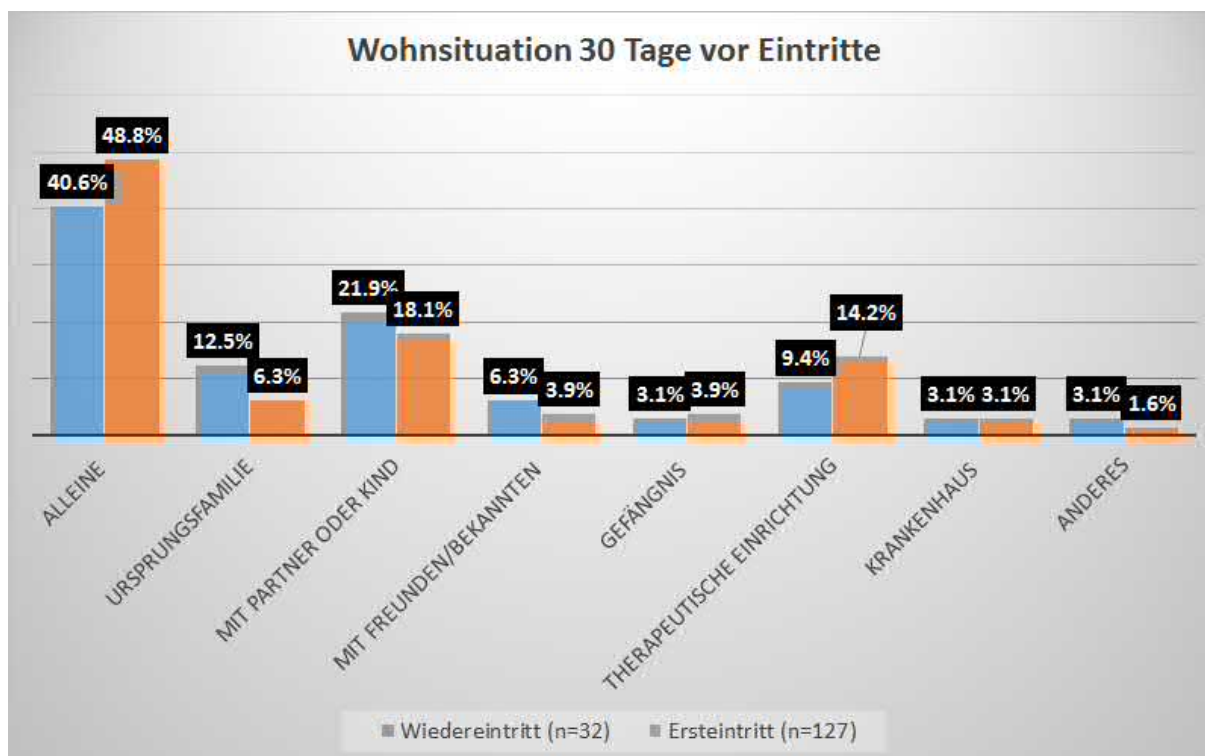
Abbildung 5: Zivilstand bei Eintritten im Jahr 2019



Bemerkung: 14 fehlende Werte 7 davon bei Ersteintritten

Lebten 2018 Ersteingetretene (vgl. Gmel, Labhart & Maffli, 2019) noch häufiger als Wiedereingetretene in der Herkunftsfamilie oder mit PartnerIn oder Kind(ern), so ist dies 2019 nicht mehr der Fall (Abbildung 6). Es gibt kaum noch nennenswerte Unterschiede. Dies liegt wahrscheinlich an den kleinen Fallzahlen für Wiedereingetretene, die recht grosse Schwankungen von einem zum anderen Jahr zulassen. Auch zwischen den Geschlechtern gibt es kaum Unterschiede. Männer lebten etwas häufiger in den letzten 30 Tagen in einer therapeutischen Einrichtung (Männer: 16.3%, Frauen: 6.9%), Frauen dagegen mit ihrem Partner (Männer: 16.3%, Frauen: 24.1%). Auch im Hinblick auf das Zusammenleben mit Kindern gibt es keine Unterschiede zwischen den Wiedereintritten und den Ersteintritten. Zwei Drittel haben keine Kinder (66.6%), etwas mehr als ein Viertel hat zwar Kinder, lebt aber nicht mehr mit diesen zusammen (28.9%), und 4.4% leben noch mit zumindest einem Kind zusammen. Die Zahlen sind im Vergleich zum Vorjahr stabil.

Abbildung 6: Mit wem haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2019



Bemerkung: 11 fehlende Werte, davon 8 bei Ersteintritten

Wie Tabelle 6 belegt, leben 84.7% der Ersteingetretenen in einer relativ stabilen Wohnsituation (stabile Wohnsituation oder therapeutische Einrichtung). Im Vorjahr waren es 81.0%. Die Situation ist bei Patienten mit Wiedereintritten mit 71.9% (Vorjahr: 64.7%) schlechter, was auf eine längere Abhängigkeitsproblematik oder Rückfälle hinweisen könnte.

Tabelle 6: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vor Eintritt vorwiegend gewohnt? 2019

Wohnsituation	Wiedereintritte 2019		Ersteintritte 2019		Ersteintritte Vorjahr 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
stabile Wohnsituation	18	56.3%	86	66.2%	82	67.8%
instabile Wohnsituation	7	21.9%	15	11.5%	17	14.0%
Gefängnis	2	6.3%	5	3.8%	6	5.0%
therapeutische Einrichtung	5	15.6%	24	18.5%	16	13.2%

Bemerkung: 8 fehlende Werte, davon 5 bei den Ersteintritten, ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2019)

Das Wichtigste in Kürze: Im Gegensatz zum Vorjahr 2018 unterscheiden sich Ersteingetretene hinsichtlich der Lebensumstände im Jahr 2019 weniger stark von Wiedereingetretenen. Dennoch ist es wichtig Ersteintritte von Wiedereintritten zu unterscheiden. Wiedereintritte kommen wie im Vorjahr weiterhin häufiger aus instabilen Wohnsituationen.

Es ist unerlässlich, die *act-info* Datenbasis der HeGeBe weiter auszubauen und zukünftig auch Jahre übergreifende Analysen durchzuführen, um mehr Wiedereintritte über Jahre hinweg mit grösseren Fallzahlen untersuchen zu können. Die Datenerhebung bei Wiedereintritten (auch Übergänge von anderen Institutionen) ist häufig die einzige Quelle, um die Entwicklung der Patienten hinsichtlich ihrer Lebensumstände beobachten zu können, da die Patienten bei Austritten oft nicht anwesend sind und somit die Austrittsdaten lückenhaft sind.

Erwartungsgemäss lebten drei Viertel der Ersteintritte von der Sozialhilfe (50.4%) oder der Rente (26.4%). Vom Erwerbseinkommen lebten etwas mehr als 10% (Tabelle7). Es gibt keine nennenswerten Unterschiede zum Vorjahr.

Tabelle 7: Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen vorwiegend Ihren Lebensunterhalt bestritten? 2019

Lebensunterhalt	Wiedereintritte 2019		Ersteintritte 2019		Ersteintritte Vorjahr 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Erwerbseinkommen	4	12.5%	17	13.2%	17	13.8%
Ersparnisse	0	0.0%	0	0.0%	2	1.6%
Rente (AHV/IV)	8	25.0%	34	26.4%	36	29.3%
Sozialhilfe/Fürsorge	17	53.1%	65	50.4%	56	45.5%
Arbeitslosenversicherung	0	0.0%	3	2.3%	2	1.6%
Durch Partnerin/Partner	0	0.0%	1	0.8%	3	2.4%
Durch Eltern/ Familienmitglieder/ Freunde	0	0.0%	2	1.6%	3	2.4%
Dealern/mischeln	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%
Andere illegale Einkünfte	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Prostitution	0	0.0%	0	0.0%	1	0.8%
Taggeldversicherung	2	6.3%	3	2.3%	1	0.8%
Anderes	1	3.1%	3	2.3%	2	1.6%
Total	32	100.0%	129	100.0%	123	100.0%

Bemerkung: 9 fehlende Werte, davon 6 bei den Ersteintritten, ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2019)

Im Jahr 2019 waren 19.7% aller Ersteintritte (Vorjahr: 24.0%) erwerbstätig (Voll- oder Teilzeitarbeit bzw. Gelegenheitsjobs). Die Mehrheit war demgemäss entweder arbeitslos (mit bzw. ohne aktive Stellensuche; 45.7%, Vorjahr: 48.8%) oder nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv (Rentnerin/Rentner, Arbeitsunfähigkeit, Hausfrau/-mann; 28.3%; Vorjahr: 24.0% vgl. Tabelle 8).

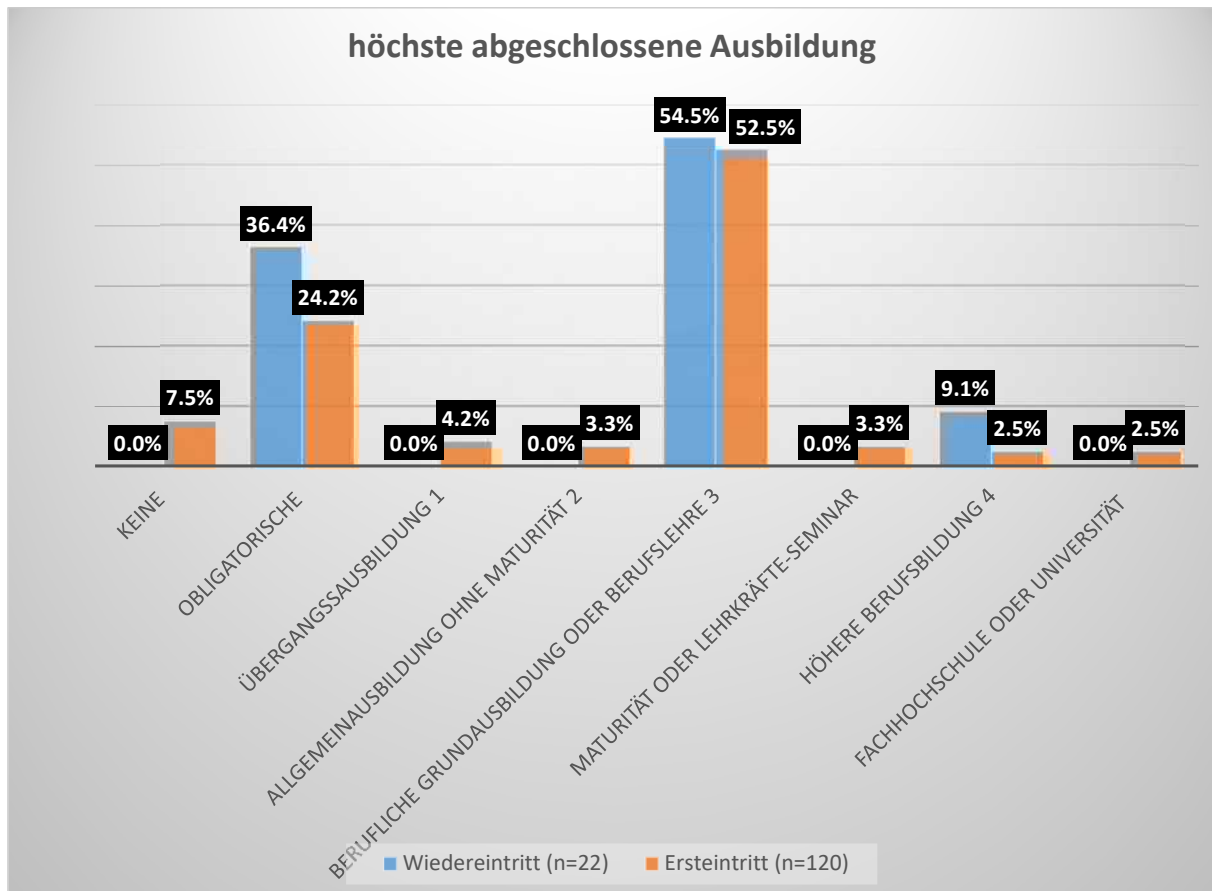
Tabelle 8: Welchen hauptsächlichen Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen? 2019

Erwerbsstatus	Wiedereintritt 2019		Ersteintritte 2019		Ersteintritte Vorjahr 2018 ¹	
	n	%	n	%	n	%
Vollzeitarbeit (ab 70%)	6	18.8%	16	12.6%	17	13.6%
Teilzeitarbeit	1	3.1%	5	3.9%	7	5.6%
Gelegenheitsjobs	0	0.0%	4	3.1%	6	4.8%
In Ausbildung	0	0.0%	2	1.6%	2	1.6%
Arbeitslos und aktive Stellensuche	2	6.3%	12	9.4%	16	12.8%
Arbeitslos und keine aktive Stellensuche	13	40.6%	46	36.2%	45	36.0%
Rentner/Rentnerin (Pension, AHV, Rücklagen)	4	12.5%	9	7.1%	8	6.4%
Arbeitsunfähigkeit (IV/Taggeld)	4	12.5%	26	20.5%	21	16.8%
Hausfrau/-mann	1	3.1%	1	0.8%	1	0.8%
Anderes	1	3.1%	6	4.7%	2	1.6%
Total	32	100%	127	100%	125	100.0%

Bemerkung: 11 fehlende Werte, 8 davon bei Ersteintritten, ¹ vgl. Gmel, Labhart & Maffli (2019)

Interessant ist, dass 60.8% (Vorjahr 60.5%) der ersteingetretenen Patienten eine berufliche Grundausbildung oder höhere Ausbildung abgeschlossen haben (Abbildung 7). Im Gegensatz zum Vorjahr bestätigt sich nicht, dass Frauen insbesondere in den hohen Ausbildungsstufen (Maturität oder Lehrerseminar, höhere Berufsausbildung, Fachhochschule oder Universität) stärker vertreten sind als Männer. Das Gegenteil ist 2019 der Fall. Frauen haben zu 50% keine oder nur eine obligatorische Ausbildung (Männer 26.4%). Dies wurde erst im letzten und in diesem Bericht betrachtet, sodass wir keine längerfristige Vergleichsgrundlage haben, bei welchen Zahlen es sich um Zufallsschwankungen handelt. Dies ist angesichts der geringen Fallzahlen bei den Frauen möglich. Insgesamt hat knapp ein Drittel der Ersteingetretenen (31.7%) keine oder nur eine obligatorische Ausbildung (Vorjahr: 34.5%).

Abbildung 7: Höchste abgeschlossene Ausbildung, 2019



Bemerkung: 28 fehlende Werte, davon 15 bei Ersteintritten

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.

Das Wichtigste in Kürze: Die Mehrheit der Patienten hat zumindest eine 2- bis 4-jährige Ausbildung abgeschlossen, und knapp ein Fünftel (Vollzeitarbeit, Teilzeitarbeit und Gelegenheitsjobs) hat auch noch ein (ungeregeltes) Erwerbseinkommen. In der Mehrheit leben die Patienten jedoch von der Rente oder Sozialhilfe.

6 Substanzgebrauch

Box 3. Datenunsicherheit beim Substanzgebrauch:

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

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

Aufgrund der vielen fehlenden Werte wurden alle Eintritte einschliesslich Wiedereintritte verwendet, um die Fallzahlen zu erhöhen. Tabelle 9 und 10 zeigen die Ergebnisse zum Substanzgebrauch im Leben, zum Einstiegsalter und zu den Gebrauchstagen in den letzten 30 Tagen. Dabei werden beim Lebenszeitgebrauch zwei Szenarien (vgl. Box 3) berücksichtigt. Je nachdem welches Szenarium man annimmt, ergeben sich andere Schlüsse. Wurde beispielsweise LSD von 79% (nur valide Werte mit Ja/Nein wurden gewertet) im Leben genommen oder sind es weniger als ein Drittel (27.5%; keine Antwort wird als Nichtgebrauch gewertet)? Rauchen fast alle (99.0%) und gebrauchten fast alle Cannabis (93.8%) oder sind es «nur» etwas mehr als die Hälfte (58.9% bzw. 53.9%)?

Glücklicherweise sind die Rangreihen zu den Gebrauchsprävalenzen der Substanzen in beiden Szenarien ziemlich ähnlich. Abbildung 8 zeigt die Lebenszeitprävalenz gemäss Szenarium 2. Dies ist das Szenarium, welches in früheren Berichten angenommen worden ist. Klar ist unabhängig vom Szenarium, dass die Patienten häufig neben dem Heroin auch Kokain, Tabak, Alkohol, Cannabis und Benzodiazepine gebraucht haben.

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

Abbildung 8: Lebenszeitprävalenz verschiedener Substanzen, alle Eintritte (inklusive Wiedereintritte) 2019, Szenarium 2 (keine Antwort wurde als kein Gebrauch gewertet)

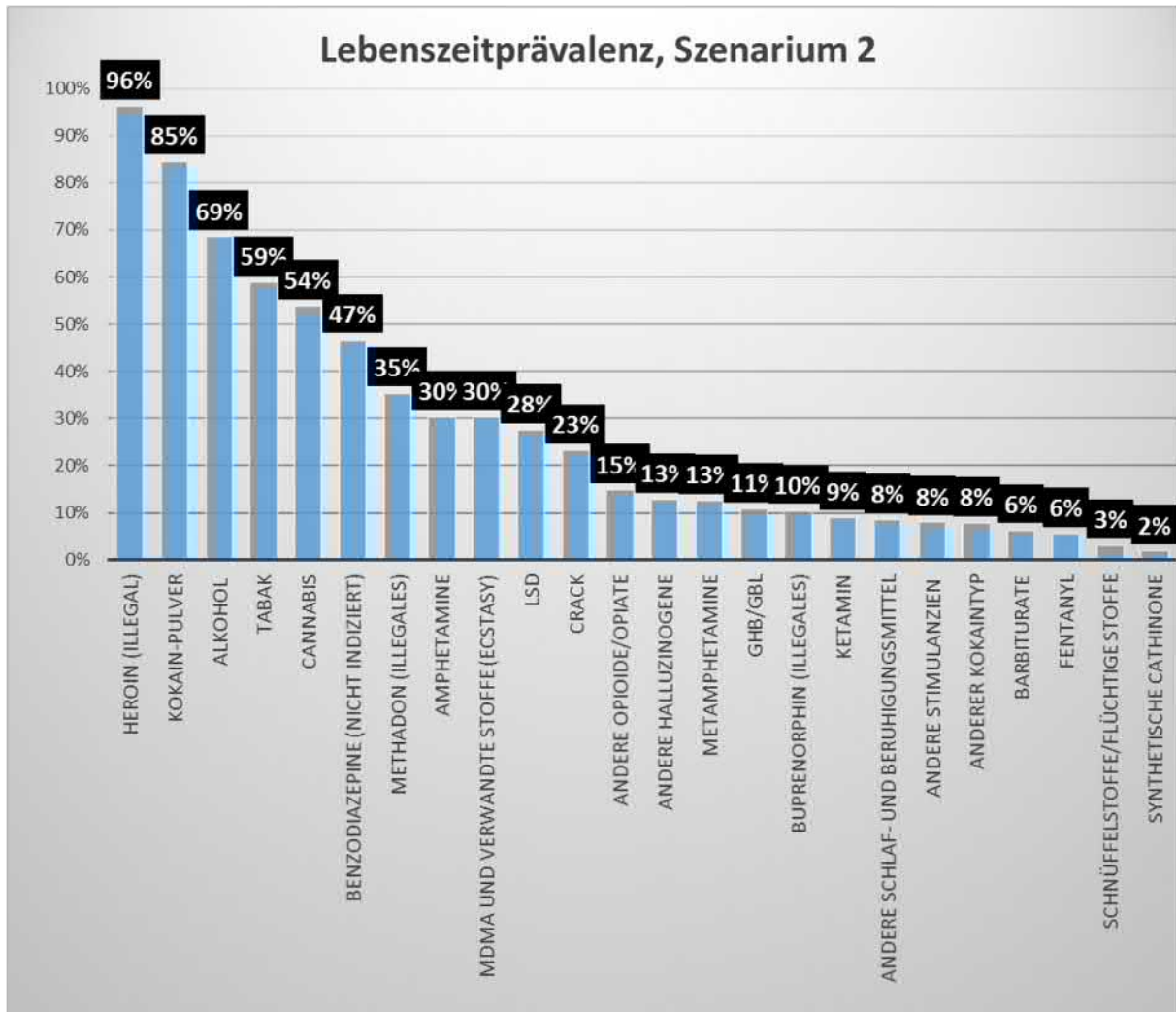


Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter, 2019

Substanz	Lebenszeitprävalenz					Einstiegsalter			
	fehlende Werte	davon « nicht beantwortet »	valide Werte	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 1	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 2	valide Werte (von ja)	min	max	Durchschnittsalter (in Jahren) beim Einstieg
Alkohol	51	43	119	93.3%	68.5%	83 (111)	8	38	14.8
Heroin (illegal)	14	6	156	100.0%	96.3%	121 (156)	7	37	19.9
Methadon (illegales)	57	34	113	46.0%	35.4%	32 (52)	15	45	24.3
Buprenorphin (illegales)	81	55	89	16.9%	10.4%	13(15)	19	32	26.4
Fentanyl	86	61	84	9.5%	5.5%	5(8)	17	35	26.2
andere Opioide/Opiate	85	57	85	24.7%	14.8%	16(21)	16	44	25.6
Kokain-Pulver	32	24	138	99.3%	84.6%	102(137)	13	55	20.6
Crack	74	50	96	35.4%	23.3%	27(34)	15	53	24.1
Anderer Kokaintyp	96	65	74	14.9%	7.9%	8(11)	17	31	22.6
Amphetamine	105	103	65	78.5%	30.4%	38(51)	14	38	18.9
Metamphetamine	115	111	55	38.2%	12.7%	16(21)	14	53	24.3
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	107	102	63	79.4%	30.3%	38(50)	14	53	21.8
Synthetische Cathinone	130	121	40	7.5%	1.9%	2(3)	18	20	19.0
Anderer Stimulanzien (z.B. nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	128	121	42	31.0%	8.0%	8(13)	14	30	20.8
Barbiturate	117	104	53	18.9%	6.4%	5 (10)	20	26	22.6
Benzodiazepine (nicht indiziert)	82	79	88	88.6%	46.7%	54(88)	11	50	24.2
GHB/GBL	111	99	59	28.8%	10.8%	12(17)	15	30	23.3
Anderer Schlaf- und Beruhigungsmittel	119	102	51	25.5%	8.5%	5(13)	16	29	19.4
LSD	112	109	58	79.3%	27.5%	38(46)	14	30	19.6
Ketamin	128	123	42	35.7%	9.1%	10(15)	15	48	23.2
andere Halluzinogene	131	125	39	53.8%	12.8%	14(21)	14	54	19.9

Tabelle 9: Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter, 2019, Fortsetzung

Substanz	Lebenszeitgebrauch					Einstiegsalter			
	fehlende Werte	davon « nicht beantwortet »	valide Werte	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 1	Ja, Lebenszeitgebrauch, Szenario 2	valide Werte (von ja)	Min.	Max.	Durchschnittsalter (in Jahren) beim Einstieg
Schnüffelstoffe/flüchtige Stoffe	120	108	50	10.0%	3.2%	5(5)	12	34	18.8
Cannabis	74	71	96	93.8%	53.9%	70(90)	11	33	15.4
Tabak	70	68	100	99.0%	58.9%	75(99)	6	30	14.5

Bemerkung: Szenarium 1: nur vorhandene ja und nein Angaben wurden herangezogen

Szenarium 2: keine Antwort (jedoch nicht «unbekannt» als Antwort) wurden als kein Gebrauch gewertet.

Tabelle 10: Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2019

Substanz	Gebrauch letzte 30 Tage							
	valide Werte	Kein Gebrauch	1-9 Tage	10-19 Tage	20-30 Tage	Durchschnitt (in Tagen)	n mit Gebrauch 30 Tage	Durchschnitt (in Tagen) bei Gebrauchenden
Alkohol	73	27.4%	31.5%	16.4%	24.7%	10.4	53	14.3
Heroin (illegal)	108	13.0%	19.4%	10.2%	57.4%	18.6	94	21.3
Methadon (illegales)	19	52.6%	15.8%	5.3%	26.3%	8.9	9	18.8
Buprenorphin (illegales)	6	66.7%	16.7%	0.0%	16.7%	5.8	2	17.7
Fentanyl	2	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.5	1	1.0
andere Opioide/Opiate	14	57.1%	21.4%	0.0%	21.4%	6.8	6	15.8
Kokain-Pulver	76	34.2%	31.6%	11.8%	22.4%	8.1	50	10.5
Crack	19	68.4%	21.1%	0.0%	10.5%	3.4	26	10.6
Anderer Kokaintyp	7	28.6%	28.6%	14.3%	28.6%	11.3	5	13.8
Amphetamine	23	91.3%	8.7%	0.0%	0.0%	0.3	2	3.5
Metamphetamine	7	71.4%	28.6%	0.0%	0.0%	1.0	2	3.5
MDMA und verwandte Stoffe (Ecstasy)	27	81.5%	14.8%	3.7%	0.0%	1.0	5	5.7
Synthetische Cathinone	2	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0

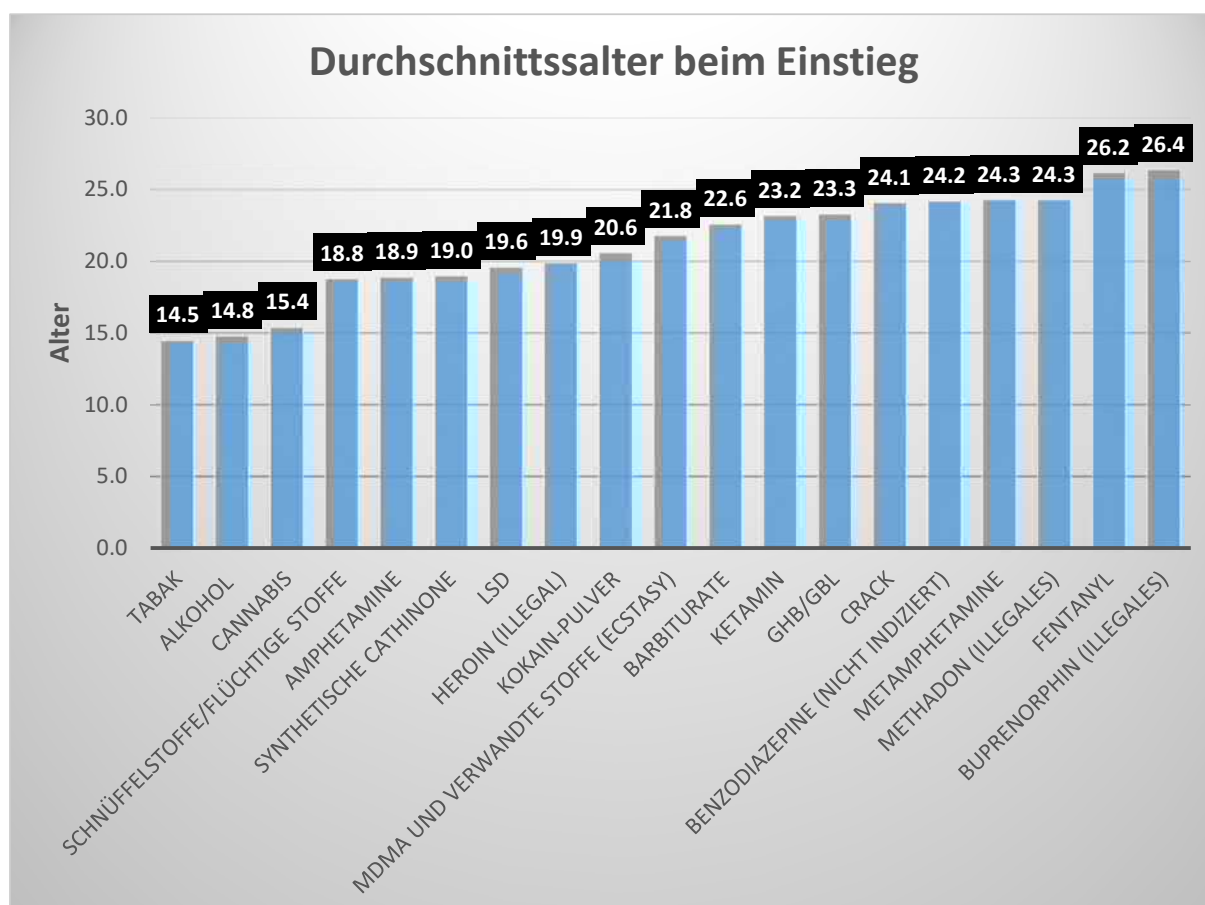
Tabelle 10: Substanzgebrauch in den 30 Tagen vor Eintritt, 2019; Fortsetzung

Substanz	Gebrauch letzte 30 Tage							
	valide Werte	kein Gebrauch	1-9 Tage	10-19 Tage	20-30 Tage	Durchschnitt (in Tagen)	n mit Gebrauch 30 Tage	Durchschnitt (in Tagen) bei Gebrauchenden
Andere Stimulanzien (z.B. nicht indiziertes Methylphenidat oder Modafinil, Khat)	7	28.6%	28.6%	14.3%	28.6%	11.6	5	13.6
Barbiturate	3	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.3	1	1.0
Benzodiazepine (nicht indiziert)	50	30.0%	26.0%	10.0%	34.0%	12.2	35	17.4
GHB/GBL	6	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	0.2	1	1.0
Andere Schlaf- und Beruhigungsmittel	4	50.0%	25.0%	0.0%	25.0%	8.0	2	16.0
LSD	25	96.0%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0	1	1.0
Ketamin	6	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	0.7	1	4.0
andere Halluzinogene	11	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0	0	0.0
Schnüffelstoffe/Flüchtige Stoffe	5	60.0%	0.0%	0.0%	40.0%	12.0	2	30.0
Cannabis	50	32.0%	10.0%	14.0%	44.0%	14.9	34	21.9
Tabak	68	5.9%	2.9%	1.5%	89.7%	27.3	64	29.0

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

Es zeigen sich die klassischen Einstiegsverläufe. Etwa im Alter von 14-15 Jahren wird mit den legalen Substanzen Alkohol und Tabak begonnen sowie mit Cannabis. Dann ab etwa 18-19 Jahren kommen Substanzen wie LSD, Schnüffelstoffe, Amphetamine und Ecstasy hinzu. Relativ im gleichen Alter wird mit Kokain und Heroin begonnen. Andere Substanzen dürften dann häufig eine Folge der Substanzabhängigkeit darstellen wie Barbiturate, Crack, Benzodiazepine und Methadon. Später im Alter über 25 Jahre kommen Fentanyl und Buprenorphin hinzu. Auch wenn es einige seltene Verschiebungen in der Rangreihe innerhalb der groben Blöcke im Vergleich zum Vorjahr gibt (vgl. Gmel, Labhart und Maffli, 2019), so bleibt die Reihenfolge der groben Blöcke erhalten. So stand 2018 beispielsweise Alkohol vor Tabak und 2019 ist dies umgekehrt, aber die Einstiegsalter in die legalen Substanzen sowie Cannabis sind - als grober Block - deutlich früher als jene für andere Substanzen.

Abbildung 9: *Einstiegsalter in den Gebrauch verschiedener Substanzen, Eintritte 2019*



Bemerkung: andere Kokaintypen ausser Crack und Pulver, sowie andere Stimulantien, andere Schlaf- und Beruhigungsmittel, andere Stimulantien, andere Halluzinogene wurden in der Abbildung nicht berücksichtigt. Sie finden sich in Tabelle 9.

Das Wichtigste in Kürze: Nicht unerwartet dürfte sein, dass HeGeBe Patienten häufig mehrere Substanzen einnehmen. Neben Heroin und den legalen Substanzen Alkohol und Tabak spielen dabei insbesondere Kokain, Cannabis, LSD aber auch Benzodiazepine eine Rolle. In den 30 Tagen vor Eintritt werden neben Heroin häufig andere Opiode, Benzodiazepine und Cannabis gebraucht. Die Daten zum Einstiegsalter lassen vermuten, dass in der Regel mit den legalen Substanzen Alkohol und Tabak sowie Cannabis begonnen wird. Im späteren Alter kommen dann bei den HeGeBe Patienten weitere illegale Substanzen wie Kokain und Heroin dazu.

7 Hepatitis und HIV

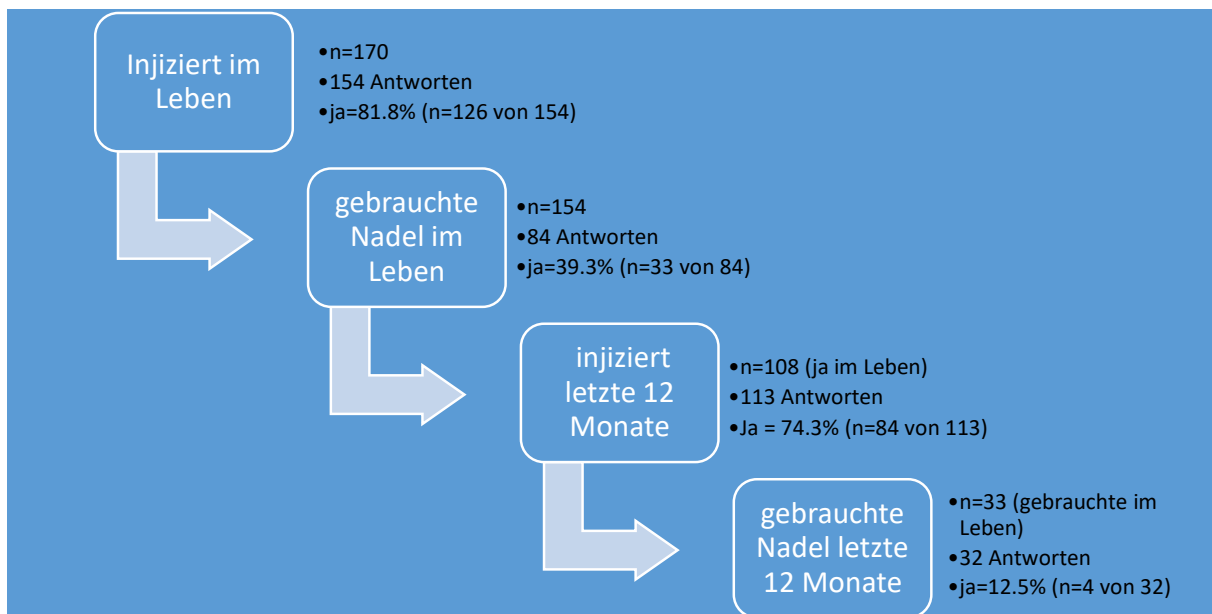
Bei der Auswertung der Hepatitis- und HIV-Daten wurden jeweils alle Fälle berücksichtigt, bei denen entweder Testresultate oder Angaben zum Impfstatus vorhanden waren. So sind auch Personen aufgeführt, die nie auf Hepatitis A oder B getestet wurden. Mit den uns zur Verfügung stehenden Hepatitis-B Testresultaten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

7.1 Injektionsverhalten

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

Interessant ist, dass nach eigenen Angaben, 18.2% der HeGeBe Patienten nie im Leben injiziert haben (vgl. Abbildung 10). Das erklärt auch den hohen Anteil an oralen Behandlungen (vgl. Tabelle 2). In den letzten 12 Monaten vor dem Eintritt waren es knapp 40% der Patienten ohne Injektion (74.3% von 81.8% = 60.8% mit Injektionen). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass teilweise zwar fehlende Werte vorliegen, diese aber verhältnismässig gering sind.

Abbildung 10: *Illegaler Substanzgebrauch durch Injektion*



Knapp ein Drittel (39.3% von 81.8%=32.1%) hat im Leben schon mal potentiell verunreinigte Spritzen gebraucht und knapp 5% (12.5% von 39.3%=4.9%) in den letzten 12 Monaten vor Behandlungseintritt.

Das Wichtigste in Kürze: Der illegale Substanzgebrauch ohne Injektion ist keine Seltenheit bei dieser in der Regel schwerstabhängigen Klientel. Knapp ein Drittel hat im Verlaufe des Lebens gebrauchtes Spritzenmaterial verwendet und knapp 5% in den 12 Monaten vor dem Eintritt und war somit sehr vulnerabel für Hepatitis und HIV.

7.2 Hepatitis A

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

Bei den 170 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) ist bei 62 Personen sowohl unbekannt, ob sie geimpft worden sind, als auch, ob sie einen Test gemacht haben. Das sind 36.5%.

Bei weiteren 18 Personen ist zwar die Frage nach der Impfung beantwortet worden, aber unbekannt, ob sie einen Test durchgeführt haben. Zwölf Personen hatten eine vollständige Impfung und werden der Gruppe «immun» zugeschrieben. Insgesamt gaben 46 Personen (inklusive jener mit Test) an, vollständig geimpft worden zu sein. Das entspricht bei 170 Personen 27.1%. Indes ist bei 84 Personen (59.4%) der Impfstatus nicht bekannt. Nur 7 Personen gaben an, noch nie einen Test gemacht zu haben, eine Person verweigerte die Antwort. 82 Personen gaben an, einen Test gemacht zu haben, und bei 77 liegt ein Ergebnis vor. Zuzüglich der 12 Personen, die aus der Impfungsfrage dazugezählt werden können, liegt für 79 Personen ein Test-Ergebnis vor und für 81 Personen ist der Hepatitis A Status unbekannt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Hepatitis A Status bei 170 Eintritten (einschliesslich Wiedereintritte) im Jahr 2019

Status	n (=148)	% bei allen (n=148)	% bei vorliegendem Ergebnis (n=89)
unbekannt	81	47.6%	
negativ, also empfänglich	43	25.3%	48.3%
immun (Impfung, überstandener Infektion oder nach Überstehen der akuten Infektion)	46	27.1%	51.7%

Diese Ergebnisse entsprechen in etwa jenen der Vorjahre.

Das Wichtigste in Kürze: Die Kenntnis über den Hepatitis A Status ist für diese vulnerable Population einfach zu gering. Dies betrifft sowohl den Impfstatus als auch den Status von Hepatitis A Tests. Über 70% der Patienten könnte empfänglich sein und benötigt somit ausreichend Information und Prävention.

7.3 Hepatitis B

In der Schweiz sind etwa 44'000 Personen mit einer chronischen Hepatitis B infiziert (BAG, Infodrog, 2019). Bei etwa 5-10% der im Erwachsenenalter Infizierten entwickelt sich eine chronische Hepatitis B. Die Prävalenz und Inzidenz der Hepatitis B hat weltweit stark abgenommen. In der Schweiz erkranken jährlich etwa 40 Personen neu an einer akuten Hepatitis B, wobei Männer mit einem Anteil von rund 75% weitaus häufiger betroffen sind. Die Mehrheit der Infektionen (etwa 55%) tritt in der Altersgruppe der 35- bis 60-Jährigen auf².

Um halbwegs aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, wurden bei Hepatitis B alle Eintritte im Jahr 2019 untersucht, also einschliesslich Wiedereintritte. Drei Marker sind von besonderer Bedeutung. **Anti-HBs** sind Antikörper, die gegen das Membranprotein auf der Zelloberfläche des Hepatitis-B-Virus

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

gerichtet sind. Nach Verschwinden des **HBs-Antigens (HBsAg)** zeigt Anti-HBs eine erfolgte Immunisierung an, entweder nach vollständiger Abheilung oder nach Impfung. Das HBsAg zeigt also an ob eine akute oder chronische Infektion vorliegt. **HBc-Antikörper (Anti-HBc)** zeigen an, ob der Patient Kontakt mit dem Virus hatte. Sie sind positiv, wenn der Patient akut oder chronisch erkrankt ist oder die Erkrankung ausgeheilt ist (vgl. Tabelle 12).

Um unterscheiden zu können, ob jemand durch Impfung immun ist oder die Krankheit ausgeheilt ist, muss man wissen, ob geimpft worden ist oder Anti-HBc vorliegen.

Impfungen liefern nur dann Schutzwirkung, wenn der Geimpfte in den Wochen nach der letzten Dosis eine sicher nachweisbare Menge an Anti-HBs gebildet hat. Die Nachkontrolle wird jedoch häufig ver säumt.

Tabelle 12: Interpretation von Hepatitis B Markern

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

Bei 58.2% (n=99) der Eintritte wird angegeben, dass schon mal ein Hepatitis B Test gemacht worden ist. Bei 37.0% liegt keine Information vor (nicht bekannt oder fehlende Werte). Nur 3 Personen gaben explizit an, nie einen Test gemacht zu haben. Bei 44 Personen wurde der Test beim Eintritt vorgenommen, das entspricht 25.9% aller Eintritte. Bei weiteren 39 Personen (22.9%) wurde angegeben, der Test sei früher gemacht worden.

Um eine einigermaßen gesicherte Diagnose stellen zu können, braucht man zumindest zwei Marker, eigentlich alle drei. Wie Tabelle 13 zeigt, liegen aber von den 170 Eintritten nur bei etwa 21.8% (n=37) die Marker komplett vor.

Tabelle 13: Hepatitis B Test bei 170 im Jahr 2019 Eingetretenen (einschliesslich Wiedereintritte)

Marker	positiv	negativ	% aller Eintritte (n=170)
Anti-HBc	14	46	35.3%
HBsAg	4	44	32.4%
Anti-HBs	38	22	35.3%
komplette Testergebnisse			21.8%
keine Testergebnisse			57.1%

Bei den Testergebnissen wurde zusätzlich versucht mit einzubeziehen, ob Patienten bereits geimpft worden sind, um so für Fälle, bei denen zumindest unvollständige Marker vorlagen, eine etwas gesichertere Aussage treffen zu können. Bei 48.2% liegen keine Angaben vor (n=82) über die Impfung vor. Für 50 Personen wird eine vollständige Impfung angegeben, das entspricht bei 88 Personen mit Angaben 56.8%. Sieben Personen gaben eine unvollständige Impfung an. Bei 12 Personen wurde kein Test gemacht, weil bereits ein positiver Nachweis von HBc-Antikörpern (mit oder ohne HBs Antikörper) vorlag. Vier Personen verweigerten den Test, bei 6 Patienten soll er nachgeholt werden (ist beschlossen)

und 9 Personen gaben andere Gründe für die Nichtimpfung an. Tabelle 14 gibt den geschätzten (best guess) Hepatitis B Status bei 95 (von 170) Eintritten an.

Tabelle 14: Vermutlicher Hepatitis B Status von 95 Eintritten.

	Patienten	%	Bemerkung
empfindlich	28	29%	nur bei 13 liegt klare Diagnostik vor
Immun durch Impfung	25	26%	
Immun (durchgemachte Krankheit)	2	2%	
Kontakt mit Virus (unbekannter Status)	6	6%	vermutlich 1 aktuelle Infektion
vermutlich ausgeheilt, kein oder unklarer Immunschutz	12	13%	
keinerlei Marker liegen vor, aber vollständige Impfung	22	23%	
total	95	100%	

Das Wichtigste in Kürze: Die Datenlage zu Hepatitis B ist aufgrund häufig fehlender Diagnostik unzureichend. Es ist zukünftig zu klären, warum so selten Tests durchgeführt werden. Doch selbst bei der dünnen Datenlage scheint relativ klar zu sein, dass nur wenige Patienten akut oder chronisch infiziert sind. Indes, etwa ein Drittel könnte noch für eine Infektion empfänglich sein.

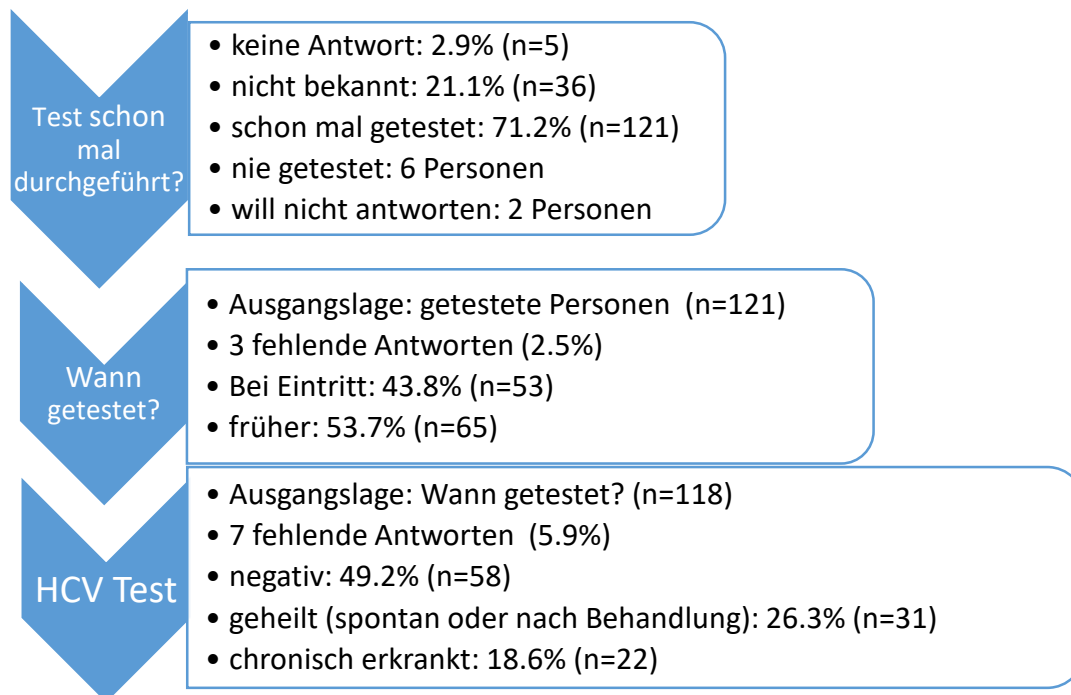
7.4 Hepatitis C

In der Schweiz sind ca. 0.5% der Bevölkerung mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert. Etwa 40'000 sind chronisch infiziert (BAG, Infodrog, 2019). Die Zahl der Meldungen von Menschen mit akuter Hepatitis C ist hierzulande seit 2006 stabil; gemeldet werden etwa 50 neue Fälle pro Jahr. Der Männeranteil liegt konstant hoch und beträgt ca. 70%. Junge Erwachsene in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen sind stark betroffen (etwa 60 bis 65 % der Fälle). Eine Mehrheit der neu diagnostizierten Infektionen ist auf intravenösen Substanzgebrauch zurückzuführen.

Jedes Jahr werden ca. 500 Personen mit einer HCV-Infektion diagnostiziert, die Drogen intravenös applizieren. Schätzungsweise sind 7700 und 15'400 Drogengebrauchenden mit HCV infiziert (BAG, Infodrog, 2019). Man schätzt den Anteil an HCV-Infizierten in stationären Suchtbehandlungen bzw. in niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen auf je ca. 30 Prozent. Bei Patientinnen und Patienten, die neu in eine diacetylmorphingestützte Behandlung (HeGeBe) eintreten, wird der Anteil auf 60 Prozent geschätzt (BAG, Infodrog, 2019).

Für die Analyse der Hepatitis C wurden alle Eintritte 2019, also auch Wiedereintritte herangezogen (Abbildung 11), da jährliche Untersuchungen empfohlen sind, denn auch bei Heilung besteht keine Immunität und Wiederansteckungen sind möglich. Es gibt keine Hepatitis C Impfung.

Abbildung 11: Durchführung von Hepatitis C Tests bei allen Eintritten (einschliesslich Wiedereintritten) im Jahr 2019



Insgesamt ist festzuhalten, dass von 170 Eintritten im Jahr 2019 bei 59 letztendlich nicht bekannt ist, welchen Hepatitis C Status die Patienten haben; das entspricht 34.7%. Ein Grund dafür ist, dass von 24.0% (vgl. Abbildung 11) nicht bekannt ist, ob sie getestet worden sind oder nicht. Dies bestätigt teilweise die Schätzungen, die von etwa ein Viertel bis zur Hälfte ungetesteter Patienten in opioid-gestützter Behandlung ausgehen (BAG, Infodrog, 2019). Bei Personen mit Angaben, sagen nur 6 explizit, sie seien noch nicht getestet worden. Von 71.2% ist zumindest bekannt, dass sie mal getestet worden sind, auch wenn das Testergebnis teilweise nicht bekannt ist. Von diesen Getesteten wurden 43.8% beim Eintritt getestet, 53.7% früher (vgl. Abbildung 11), wobei bei etwa einem Drittel der Test länger als ein Jahr zurückliegt. Erfreulicherweise ist knapp die Hälfte (49.2%) von jenen, die angaben, wann sie getestet worden sind, negativ. Bezogen auf Patienten mit bekanntem Teststatus sind 52.2% negativ. 26.3% sind zum Zeitpunkt des Testes geheilt und 18.6% chronisch erkrankt. Bezogen auf nur Personen mit vorliegendem Teststatus wären es 19.8%.

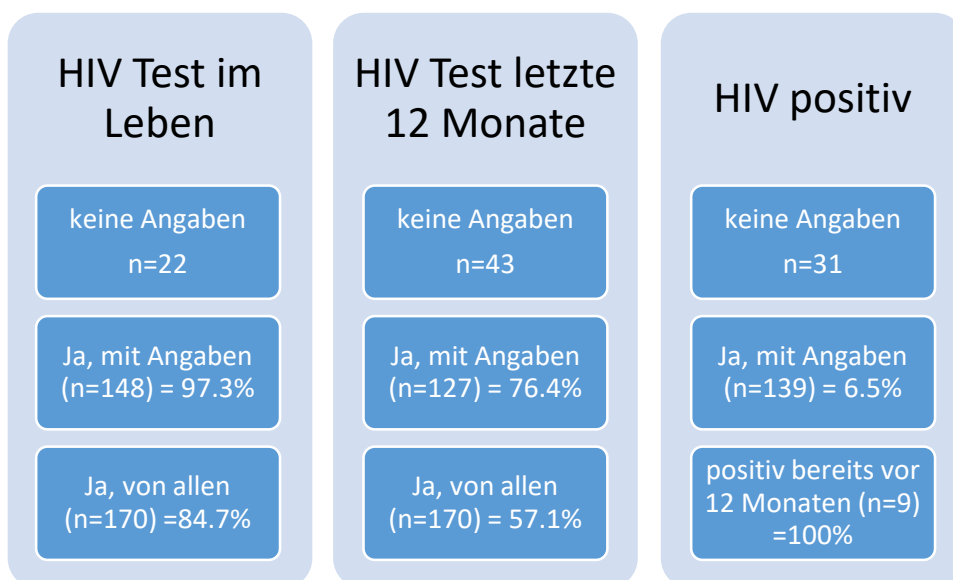
Seit Jahren geht der Prozentsatz chronisch Erkrankter in der HeGeBe zurück. Gemäss Hildebrand et al. (2018) waren es im Zeitraum 2001 – 2004 noch 72.7%, im Zeitraum im Zeitraum 2013-2016 noch 37.1%, 2017 noch 33.3%. Im Jahr 2019 liegt die Prävalenz chronisch Erkrankter bei unter 19%. Allerdings ist zu sagen, dass die Statistik bei Hildebrand et al. (2018) sich nur auf gültige Fälle bezieht. Die betrafen 2001-2004 nur 6.1% aller Ersteintritte, 2013-2016 waren es 51.4%, 2017 60.0% und jetzt im Jahr 2019 gibt es über 70% gültiger Fälle. Es könnte also sein, dass Testergebnisse in früheren Jahren nur bei starkem Verdacht einer Infektion durchgeführt worden sind, was einen Teil des scheinbaren starken Rückganges chronisch Erkrankter erklären mag. Es zeigt aber auch, dass heutzutage häufiger getestet wird und die Massnahmen zur Erhöhung der Hepatitis-C-Testung gefruchtet haben und präventiv wirken dürften.

Das Wichtigste in Kürze: Die Datenlage zu Hepatitis C in der HeGeBe hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dennoch liegt bei fast 35% der im Jahr 2019 Eingetretenen kein Status vor. Das sind allerdings deutlich weniger als in den Vorjahren. Bei Personen mit Testresultaten ist die Mehrheit negativ und die Prävalenz chronisch Erkrankter hat stark abgenommen und liegt jetzt bei unter 20%.

7.5 HIV

84.7% (n=139 von 170) gaben an, in ihrem Leben bereits einen HIV-Test gemacht zu haben. Nur 4 Personen sagten, sie hätten noch keinen HIV-Test durchgeführt und eine Person wollte keine Angaben machen. Mit anderen Worten haben fast alle (97.3%) derjenigen mit Angaben bereits einen HIV-Test gemacht (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Durchgeführte HIV Tests und HIV Status, Eintritte 2019



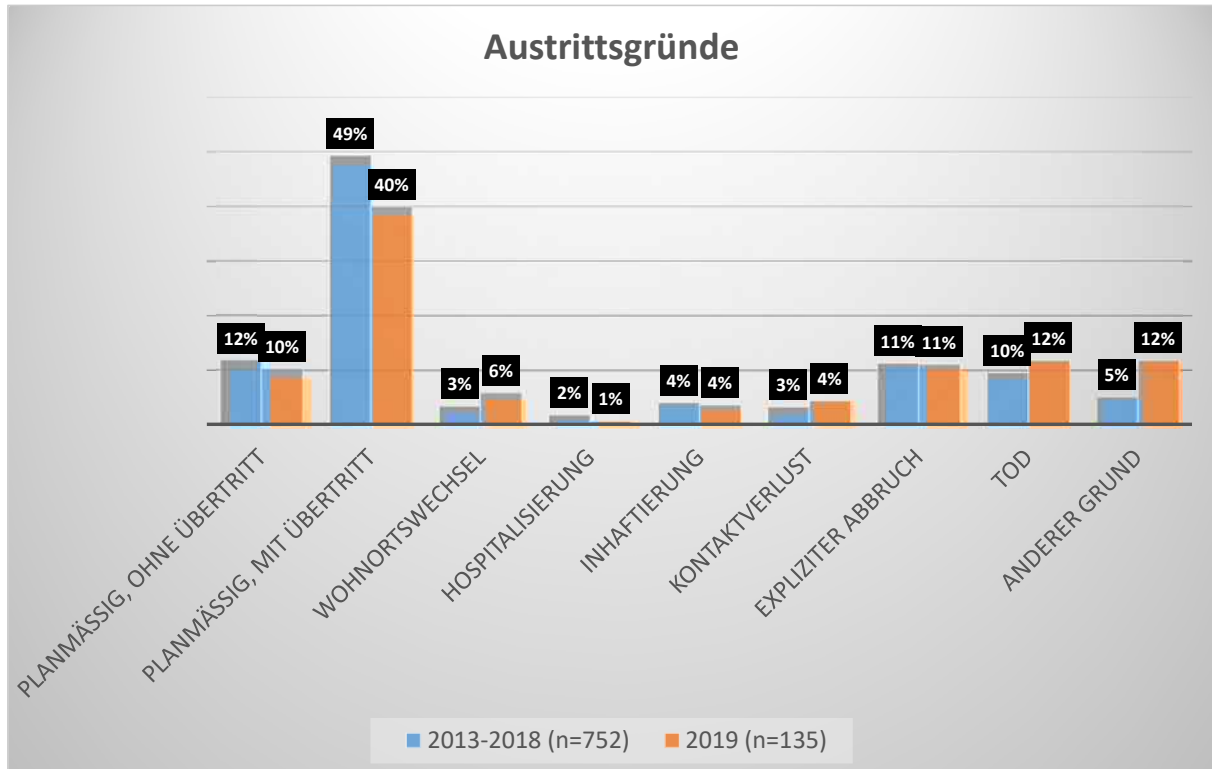
Allerdings haben nur 76.3% derjenigen mit Angaben einen Test in den letzten 12 Monaten durchgeführt. Bezieht man dies auf alle Eintritte einschliesslich jener ohne Angaben (nicht bekannt oder fehlende Werte), so sind das 57.1% aller Eintritte mit einem HIV Test in den letzten 12 Monaten. Neun Personen sind HIV-positiv. Dabei gaben alle neun Personen an, dass die Ersterkrankung bereits mehr als 12 Monate zurückliegt. Wie bereits in den Vorjahren (vgl. Hiltbrand et al., 2018, Gmel et al., 2019), gibt es also im Jahr 2019 keine Neuerkrankungen.

Das Wichtigste in Kürze: Gemäss den Angaben der Patienten gab es 2019 keine HIV-Neuerkrankungen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass nur bei etwas mehr als der Hälfte der Patienten ein aktueller (in den letzten 12 Monaten) HIV-Test durchgeführt worden ist.

8 Austrittsgründe

Die Austrittsgründe sind seit 2013 sehr ähnlich (vgl. Abbildung 13). Es überwiegen planmässige Übertritte in andere Institutionen oder andere Behandlungsformen. Diese schliessen Übergänge ins Methadonprogramm, entweder in das institutsinterne oder in andere Institutionen (einschliesslich Hausärzte), oder Substanzwechsel (beispielsweise auf Sevre-Long®) mit ein. Im Jahr 2019 gab es 16 Todesfälle. Das entspricht in etwa dem Anteil in den Vorjahren.

Abbildung 13: Austrittsgründe im Jahr 2019 und im Vergleich mit 2013-2018¹.



Bemerkung: N=135 einschliesslich Übergängen, 2 fehlende Werte; ¹ vgl. Hildebrand et al. (2018) und Gmel et al. (2019)

9 Psychiatrische Störungen

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

Berücksichtigt man andere Störungen durch Substanzgebrauch ausser Opioiden/Opiaten (z.B. Alkohol, Cannabinoide, Kokain, multipler Substanzgebrauch) sowie andere, so zeigt sich, dass nur ein geringer Teil der HeGeBe Patienten (11.8%) nicht noch mindestens eine weitere diagnostizierte psychische oder Verhaltensstörung aufweisen. Bei 73.9% liegt zumindest noch eine weitere Substanzgebrauchsstörung vor, in der Regel andere illegale Drogen und häufig eine multiple Substanzgebrauchsstörung (F19; nicht tabelliert). Neben den Substanzgebrauchsstörungen liegen aber auch andere psychische und Verhaltensstörungen vor. So sind es nur 41.2%, die nur wegen des Substanzgebrauch diagnostiziert werden. Das entspricht in etwa den Vorjahren.

Tabelle 15. Anzahl gesicherter psychiatrischer Diagnosen des ICD-Kapitels V «Psychische und Verhaltensstörungen» der HeGeBe Austritte im Jahr 2019 und im Vergleich mit den Jahren 2013-2018

Anzahl Diagnosen (einschliesslich Störungen durch Alkohol und andere Substanzen aber ohne Opiode)	2018		Anzahl Diagnosen ohne Störungen durch Substanzgebrauch						
	n	%	2019		2018 ¹		2013-2017 ¹		
			n	%	n	%	n	%	
Ausschliesslich Störungen durch Opiode	14	11.8%	Ausschliesslich Störungen durch Substanzen (inklusive Opiode)	49	41.2%	50	45.9%	343	45.9%
Eine Diagnose	33	27.7%	Eine Diagnose	50	42.0%	46	42.2%	303	40.6%
Zwei Diagnosen	44	37.0%	Zwei Diagnosen	18	15.1%	10	9.2%	85	11.4%
Drei Diagnosen	25	21.0%	Drei Diagnosen	2	1.7%	2	1.8%	14	1.9%
Vier Diagnosen	2	1.7%	Vier Diagnosen	0	0.0%	1	0.9%	2	0.3%
Fünf Diagnosen	1	0.8%	Fünf Diagnosen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	119	100%		119	100%	109	100%	747	100%

Bemerkung: 18 fehlende Werte auf allen Diagnosefragen 2019; ¹ vgl. Hildebrand et al. (2018) und Gmel et al. (2019)

Ein Grossteil der Patienten in der HeGeBe leidet neben Störungen durch den Alkohol (29.4%) unter anderen psychischen und Verhaltensstörungen durch den Substanzgebrauch (68.9%, vgl. Tabelle 16), in der Regel am diagnostizierten multiplen Substanzgebrauch (ICD-10: F19). Für die Vorjahre wurden dazu keine Angaben gemacht (vgl. Hildebrand et al., 2018).

Unter den nichtsubstanzbezogenen Störungen finden sich mit einem Viertel der ausgetretenen Patienten, wie etwa in den Vorjahren, eine diagnostizierte Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (Tabelle 16). Eine Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch ein lang anhaltendes, unflexibles und fehlangepasstes Muster der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und des Verhaltens aus, das deutlich von den soziokulturellen Erwartungen der Umwelt abweicht. Betroffene werden bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens in sozialen und anderen Kontexten stark beeinträchtigt. Persönlichkeitsstörungen beginnen definitionsgemäss in der Kindheit oder im Jugend- bis frühen Erwachsenenalter und dauern an. Dazu kommen noch 11.8% Verhaltens- und emotionale Störungen, die ihren Beginn in der Kindheit und Jugend haben (ICD-10: F90-F98). Darüber hinaus sind affektive Störungen (17.6%) und schizophrene Störungen (13.4%) häufig.

Tabelle 16. Häufigkeit der ICD-10 Diagnosegruppen des Kapitel V «Psychische und Verhaltensstörungen» für die HeGeBe Austritte im Jahr 2019 und im Vergleich mit den Jahren 2013-2017 (Mehrfachantworten möglich).

Störung	2019		2018		2013-2017	
	n	%	n	%	n	%
Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störung	5	4.2%	4	3.7%	2	0.3%
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	35	29.4%	34	31.2%	k.A.	k.A.
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ohne Opiode)	82	68.9%	78	71.6%	k.A.	k.A.
Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störung	16	13.4%	12	11.0%	69	9.2%
Affektive Störungen	21	17.6%	23	21.1%	136	18.2%
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	5	4.2%	3	2.8%	40	5.4%
Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	0.8%	1	0.9%	5	0.7%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	29	24.4%	23	21.1%	204	27.3%
Intelligenzminderung	1	0.8%	0	0.0%	4	0.5%
Entwicklungsstörungen	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	14	11.8%	10	9.2%	47	6.3%
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	0.0%	0	0.0%	34	4.6%

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

10 Referenzen

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

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

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