



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Nationale Präventionsprogramme

# **Die Heroingestützte Behandlung / Behandlung mit Diacetylmorphin (HeGeBe) im Jahre 2007<sup>1</sup>**

Januar 2009

---

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

**Inhaltsverzeichnis<sup>2</sup>**

Seite

<b>DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE</b> .....	<b>3</b>
<b>1. DIE HEGEBE IM JAHRE 2007 IN DER SCHWEIZ</b> .....	<b>5</b>
1.1. ZAHLEN UND FAKTEN .....	5
1.1.1 PATIENTEN-/PATIENTINNENBESTAND .....	5
1.1.2. EINTRITTE .....	7
1.1.3. AUSTRITTE .....	8
1.1.4. KOSTEN UND FINANZIERUNG .....	9
1.1.5. PERSONALSITUATION IN DEN HEGEBE-ZENTREN .....	11
1.1.6. HEROINABHÄNGIGKEIT UND SUBSTITUTIONSBEHANDLUNGEN IN DER SCHWEIZ .....	11
1.2. ERREICHEN DER BEHANDLUNGSZIELE GEMÄSS VERORDNUNG ÜBER DIE ÄRZTLICHE VERSCHREIBUNG VON HEROIN VOM 8. MÄRZ 1999 (ART. 1) .....	13
„ANHALTENDE THERAPEUTISCHE EINBINDUNG“ .....	13
„VERBESSERUNG DES PHYSISCHEN UND PSYCHISCHEN GESUNDHEITZUSTANDES“ .....	14
„VERBESSERUNG DER SOZIALEN INTEGRATION“ .....	18
„DAUERHAFTER VERZICHT AUF OPIATKONSUM“ .....	18
2. INTERNATIONALE ENTWICKLUNG DER BEHANDLUNG MIT DIACETYLMORPHIN .....	20
3. SCHWERPUNKTE DER TÄTIGKEITEN IM BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG) .....	21
3.1. KOORDINATION UND NETZWERKARBEIT .....	21
3.2. BEWILLIGUNGSWESEN / SEKRETARIAT .....	21
3.3. UNTERSTÜTZUNG UND BETREUUNG, KONTROLLE .....	21
3.4. QUALITÄTSENTWICKLUNG .....	21
3.5. FORSCHUNGSFÖRDERUNG .....	22
3.6. NATIONALE SUBSTITUTIONSKONFERENZ .....	22
3.7. MONITORING / AUSWERTUNGEN .....	22
4. DIACETYLMORPHIN: KONTROLLE DER VERWENDUNG UND STATISTISCHE ANGABEN .....	24
4.1. KONTROLLE DER VERWENDUNG .....	24
4.2. VERFÜGBARE ARZNEIFORMEN .....	24
4.3. VERWENDETE MENGEN .....	24
4.4. STATISTISCHE DATEN ZUR WEITERLEITUNG AN DAS INTERNATIONALE KONTROLLORGAN FÜR BETÄUBUNGSMITTEL DER UNO IN WIEN .....	27
4.5. ERGEBNIS DER KONTROLLEN .....	27
5. LITERATURLISTE DER PUBLIKATIONEN AUS DEM JAHR 2007 ZUR HEROINGESTÜTZTEN BEHANDLUNG	28
<b>ANHANG</b> .....	<b>30</b>

Abbildungen und Tabellen

Abb. 1: Entwicklung des Patienten/Patientinnenbestandes 1998-2007 .....	5
Abb. 2: HeGeBe-Zentren in der Schweiz per 31. Dezember 2007 .....	5
Abb. 3: Geschlechteranteil des Patienten/Patientinnenbestandes 2007 .....	6
Abb. 4: Prozentualer Anteil Patienten/Patientinnen pro Altersgruppe .....	6
Abb. 5: Durchschnittliches Alter der Patienten/Patientinnen bei Eintritt .....	7
Abb. 6: Anzahl neu eintretende Patienten/Patientinnen 2001-2007 .....	7
Abb. 7: Austrittsgründe 2005 bis 2007 .....	9
Abb. 8: Substitutionsbehandlungen in der Schweiz .....	12
Abb. 9: Verbleib in der HeGeBe .....	13
Abb. 10: Mittelwerte der SCL-27 Skalen .....	14
Abb. 11: Prävalenz der Hepatitisvirus- und HIV-Infektionen .....	16
Abb. 12: HAV- und HBV-Prävalenzen und Impfstatus .....	17
Abb. 13: HAV- und HBV-Impfplanung .....	17
Abb. 14: Verwendete Mengen an Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat .....	25
Abb. 15: Verwendung von Diacetylmorphin-HCl Monohydrat in kg .....	26
Abb. 16: Mittlerer Verbrauch pro Patient/Patientin und Tag in mg .....	26
Tab. 1: Welche Person/Institution war am stärksten bei der Vermittlung/Zuweisung beteiligt? .....	8
Tab. 2: Kosten vor und während der Behandlung .....	9
Tab. 3: Zusammensetzung der Kosten der Behandlung .....	10
Tab. 4: Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung? .....	11
Tab. 5: Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei HeGeBe Neueintritt nach ICD-10 .....	15
Tab. 6: Prävalenz und Impfstatus der Hepatitisvirus- und HIV-Infektionen .....	16
Tab. 7: Häufigkeiten des Konsums verschiedener Substanzen in den letzten 30 Tagen .....	19
Tab. 8: Verwendete Mengen Diacetylmorphin im Jahr 2007 .....	25

<sup>2</sup> Das Institut für Gesundheits- und Suchtforschung in Zürich (ISGF) war im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) an diesem Bericht mitbeteiligt.

## Das Wichtigste in Kürze 2007

(in alphabetischer Reihenfolge)

**Alter:** Das durchschnittliche Alter der Patienten/Patientinnen betrug 40 Jahre, der Median lag bei 39 Jahren. Die Spannweite reichte von 19 bis 70 Jahren.

**Anzahl Patienten/Patientinnen:** Die Anzahl Patienten/Patientinnen betrug Ende Dezember 1283, die maximal zur Verfügung stehende Anzahl Behandlungsplätze der HeGeBe 1444, was eine durchschnittliche Auslastung von 89% ergibt.

**Applikationsformen:** Ungefähr 2/3 der Behandlungen erfolgten in injizierbarer Form, 1/3 in oraler Form.

**Arbeitssituation:** In Bezug auf die Arbeitssituation waren 2007 bei Eintritt in die Behandlung 19.0% der Patienten/Patientinnen auf dem Arbeitsmarkt aktiv, 20% waren auf Stellensuche. Demgegenüber verfügten nach einem Jahr und mehr nach Behandlungsbeginn 33% sämtlicher Patienten/Patientinnen über eine Vollzeit- oder Teilzeitarbeitsstelle, 9% waren auf Stellensuche, 5 Personen waren in Ausbildung und 2 Personen hatten eine Stelle zugesichert.

**Austritte:** 169 Patienten/Patientinnen sind im Jahre 2007 aus der HeGeBe ausgetreten (ohne 7 Austritte aufgrund eines Übertrittes in eine andere HeGeBe Stelle). Im 2007 wurden 6 Todesfälle in den Austrittsfragebögen dokumentiert. 71% der ausgetretenen Patienten/Patientinnen wechselten in eine abstinentorientierte Behandlung (16%) oder Methadonsubstitution (55%). 64% der zwischen Januar 1994 und März 1995 eingetretenen Personen konnten im Rahmen einer 6-Jahres-Katamnese nachbefragt werden: 111 hatten nach ihrem Austritt aus HeGeBe entweder eine Methadonbehandlung oder eine abstinentorientierte Therapie absolviert, 16% gaben an, die letzten sechs Monate vor der Befragung keine illegalen Drogen konsumiert zu haben.

**Beikonsum:** Insbesondere bei den Substanzen Alkohol, Kokain, Cannabinoiden und Tabak kann beobachtet werden, dass im Vergleich zu den Neueintretenden, Patienten/Patientinnen, die bereits ein Jahr oder mehr in Behandlung waren, an weniger Tagen die jeweilige Substanz konsumierten, somit über einen geringeren Beikonsum verfügten.

**Delinquenz:** Eine 2002 veröffentlichte Studie<sup>3</sup> ergab, dass gemäss Selbstangaben die Delinquenz (insbesondere schwere Diebstähle und Drogenhandel – um über -80%), sowie die Opfererfahrung der Patienten/Patientinnen im kurzfristigen wie im langfristigen Bereich stark abnimmt. Ähnliche Zahlen ergaben Auswertungen der polizeilich registrierten Straftaten (Abnahmetendenz von -65% nach einem Jahr und mehr als -80% nach vier Jahren Behandlung) und Eintragungen im Strafregister (Abnahmetendenz von mehr als -80% nach vier Jahren Behandlung).

**Eintritte:** 130 Patienten/Patientinnen sind im Jahre 2007 neu in die HeGeBe eingetreten. Das Durchschnittsalter der eintretenden Patienten/Patientinnen betrug 38 Jahre. 69.8% der Patienten/Patientinnen sind nach eigenen Angaben auf eigene Initiative in die HeGeBe eingetreten.

**Geschlecht:** 76% der behandelten Personen waren männlich, 24% weiblich.

**Haltequote:** Von sämtlichen aufgenommenen Patienten/Patientinnen verblieben über 70% ein Jahr und 60% zwei Jahre oder länger in der HeGeBe. Die Zeitdauer in HeGeBe, die 50% aller insgesamt je behandelten Patienten/Patientinnen mindestens erreicht haben (mediane Haltequote) betrug 3 Jahre.

**Heroinabhängigkeit in der Schweiz:** Das BAG schätzte 2002 die Anzahl Heroinabhängiger in der Schweiz auf 18'500 bis 25'500 Personen. Die Gesamtpopulation nimmt pro Jahr um geschätzte 4% ab.

---

<sup>3</sup> Killias, Martin; Aebi, Marcelo F.; Ribeaud, Denis & Rabasa, Juan (2002). Schlussbericht zu den Auswirkungen der Verschreibung von Betäubungsmitteln auf die Delinquenz von Drogenabhängigen. 3. Auflage mit Langzeitanalysen. Institut de police scientifique et de criminologie, Université Lausanne.

**International:** Studien aus den Niederlanden, Deutschland, Spanien und England bestätigen die positiven Resultate aus der Schweiz. In Kanada und Belgien sind weitere Studien am Laufen. Die Behandlung mit Diacetylmorphin ist somit eine der am besten evaluierten Therapien im Suchtbereich und ihre wissenschaftliche sowie klinische Evidenz kann als belegt erachtet werden.

**Kosten:** Ein Patienten/Patientinnentag in einem Zentrum für HeGeBe kostete 2007 durchschnittlich 57 Franken, bei einem volkswirtschaftlichen Gesamtnutzen von 104 Franken. Ein in einem HeGeBe-Zentrum behandelter Heroinabhängiger erspart der Gesellschaft somit täglich 47 Franken, vornehmlich in Form von Strafverfolgungs- und Justizkosten.

**Personal:** Insgesamt waren Ende 2007 in den 23 HeGeBe-Zentren bei einem Betrieb von 365 Tagen pro Jahr 370 Personen mit einem Arbeitspensum von durchschnittlich 60% beschäftigt.

**Psychische Belastung:** Im Vergleich zu einer Repräsentativbefragungen der Allgemeinbevölkerung mit dem SCL-27 weisen die Patienten/Patientinnen der HeGeBe in der Schweiz bei allen Skalen höhere Mittelwerte auf, was auf eine höhere psychische Belastung der HeGeBe-Patienten/Patientinnen hinweist. Die Werte der Befragung bei Eintritt 2005-2007 sind höher als jene der Verlaufsbefragung 2006-2007: ein Anzeichen für sinkende psychische Belastung im Laufe der Behandlung. Bei Eintritt wird für 49% der Patienten/Patientinnen eine weitere gesicherte psychiatrische Störung (ausser der Suchtdiagnose) gestellt (Verdachtsdiagnosen ausgenommen, da sie erst im Verlauf als gesichert gestellt werden können).

**Somatische Belastung:** Von den bei Eintritt getesteten Personen wiesen 75.5% positive Hepatitis C Virus (HCV), 39.7% positive Hepatitis B (HBV) und 56.2% positive Hepatitis A (HAV) Testresultate aus, die geringste Prävalenz bestand bei HIV mit 7%. Für die Mehrheit der HAV- und HBV-suszeptiblen Personen wurde eine Impfung vorgesehen.

**Substitutionsbehandlungen:** Die HeGeBe machte 2006 8% der total 16'388 Substitutionsbehandlungen in der Schweiz aus, während 87% der Substitutions-Patienten/Patientinnen mit Methadon behandelt wurden. Die restlichen Behandlungen wurden mit Buprenorphin, Morphin oder Codein u.a. durchgeführt.

**Wohnsituation:** Patienten/Patientinnen, die mindestens ein Jahr in Behandlung waren, lebten häufiger in einer stabilen Wohnsituation (96%) und alleine (58%) als neu Eingetretene (73% bzw. 46%).

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

**Zufriedenheit:** 91.1% der Patienten/Patientinnen sind im Allgemeinen sehr oder weitgehend zufrieden mit der erhaltenen Behandlung in den HeGeBe-Zentren.

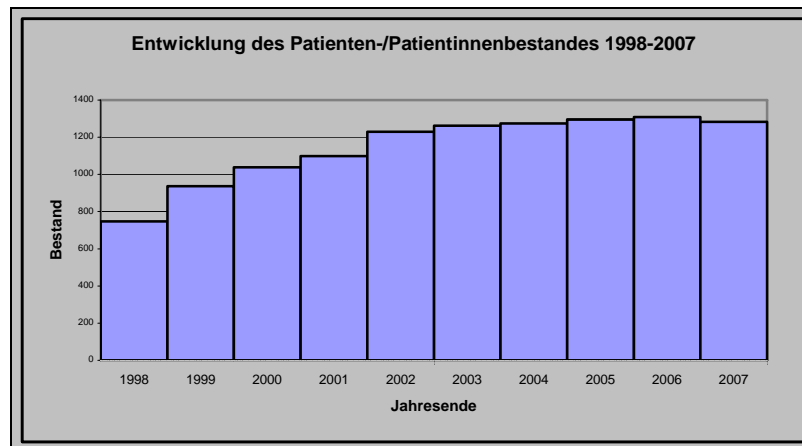
# 1. Die HeGeBe im Jahre 2007 in der Schweiz

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der jährlichen Datenerhebung HeGeBe-Monitoring dargestellt und erläutert.

## 1.1. Zahlen und Fakten

### 1.1.1 Patienten-/Patientinnenbestand

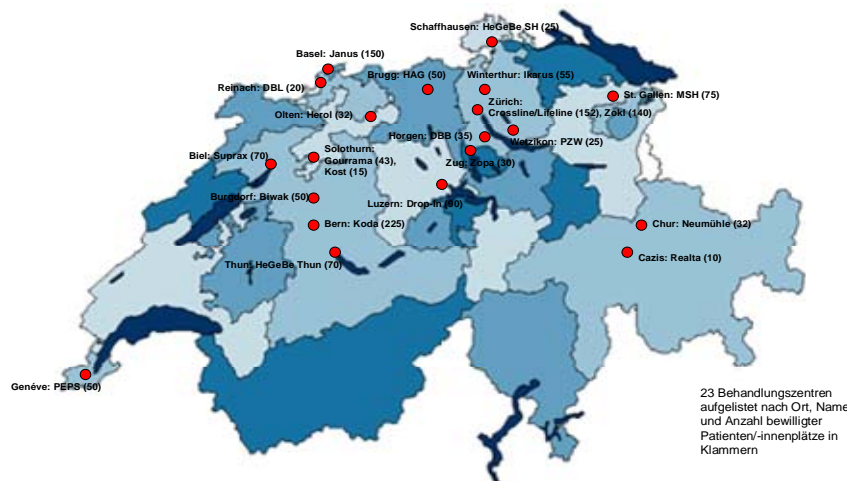
Die Anzahl Patienten/Patientinnen nahm im Berichtszeitraum um 25 Personen ab, von 1308 Anfang Januar auf 1283 Ende Dezember 2007. Im Vorjahr 2006 war noch eine Zunahme von 13 Patienten/Patientinnen zu verzeichnen. Die maximal zur Verfügung stehende Anzahl Plätze für die Behandlung mit Diacetylmorphin betrug am 1. Januar 2007 1429 und am 31. Dezember desselben Jahres 1444, was eine Zunahme von 15 Plätzen bedeutet. Im Berichtszeitraum wurden keine neuen HeGeBe-Zentren eröffnet. Ende 2007 lag die durchschnittliche Auslastung der Zentren bei 89% (2006: 91%).



Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2007

Abb. 1: Entwicklung des Patienten-/Patientinnenbestandes 1999-2007

### HeGeBe-Zentren in der Schweiz per 31. Dezember 2007

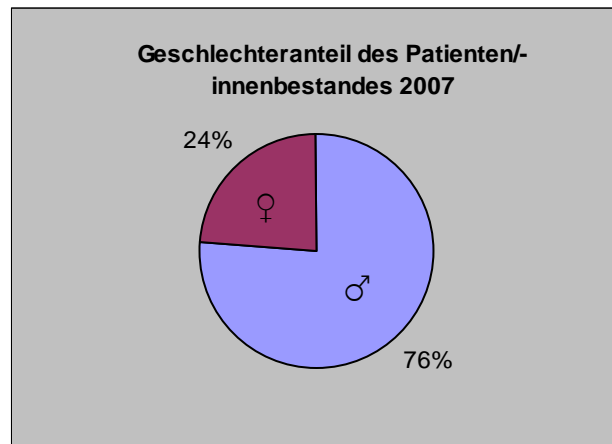


23 Behandlungszentren aufgelistet nach Ort, Name und Anzahl bewilligter Patienten/-innenplätze in Klammern

Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2007

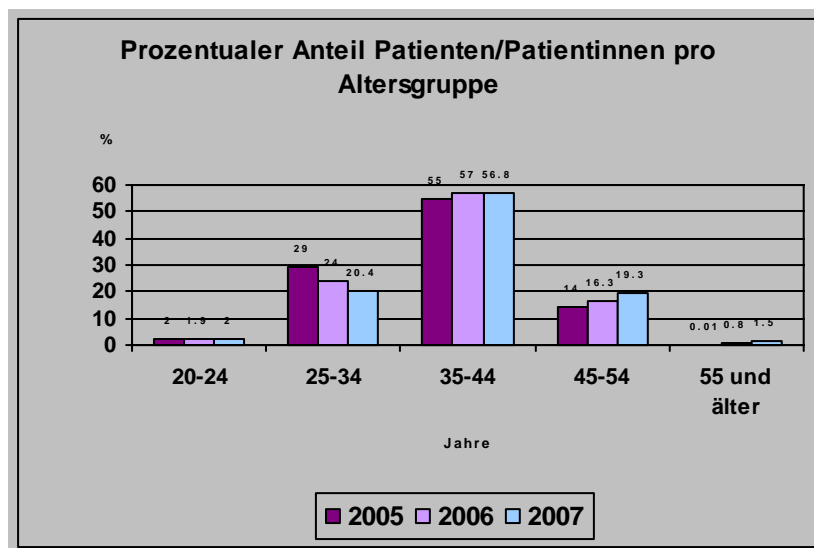
Abb. 2: HeGeBe-Zentren in der Schweiz per 31. Dezember 2007

Insgesamt waren im ganzen Jahr 2007 total 1443 Personen in Behandlung; davon waren 342 Frauen und 1100 Männer (keine Angabe: 1). Das durchschnittliche Alter der Patienten/Patientinnen betrug 40 Jahre, der Median lag bei 39 Jahren. Die Spannweite reichte von 19 bis 70 Jahren.



Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2007

Abb. 3: Geschlechteranteil des Patienten-/Patientinnenbestandes 2007



Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2007

Abb. 4: Prozentualer Anteil Patienten/Patientinnen pro Altersgruppe

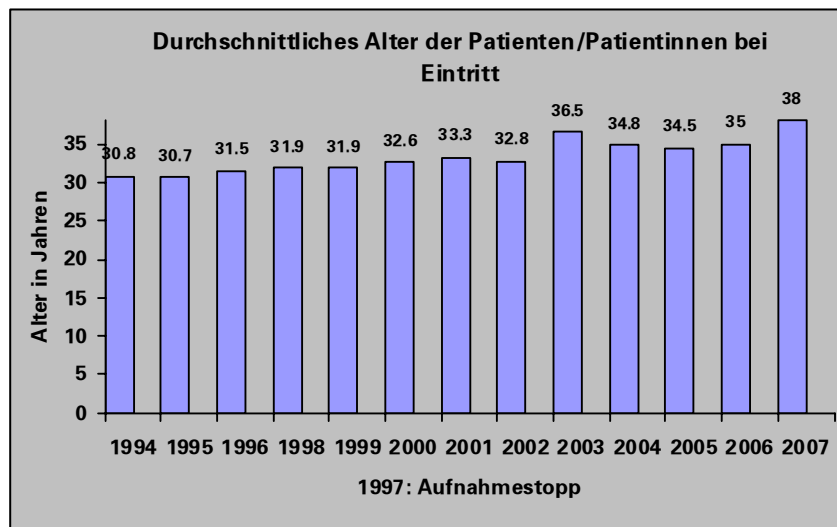
Das durchschnittliche Alter sämtlicher Patienten/Patientinnen, welche 2007 in Behandlung mit Diacetylmorphin waren, ist erneut gestiegen, ebenso der Anteil älterer Patienten/Patientinnen: waren noch 2005 nur 4 Patienten/Patientinnen über 55 Jahr alt, stieg 2006 diese Zahl bereits auf 10 Personen an und 2007 auf 19. Auch die Gruppe der 45-54-jährigen Personen erlebte einen markanten Anstieg in den letzten Jahren, demgegenüber nimmt die Anzahl Patienten/Patientinnen unter 35 laufend ab. Die Zahlen sind ein weiteres Indiz dafür, dass in den letzten Jahren weniger junge Personen von einer schweren Heroinabhängigkeit betroffen sind als in früheren Jahren und entsprechen wissenschaftlichen Schätzungen zur Anzahl neuer Heroinkonsumenten (siehe auch Kapitel 1.1.6).

Es ist zu erwarten, dass die Gruppe älterer Patienten/Patientinnen weiter ansteigen wird. Überlegungen bezüglich der Behandlung dieser Personengruppe und ihren besonderen Bedürfnisse

müssen daher frühzeitig gemacht werden, um Lösungen für eine adäquate Therapie zu finden (siehe auch Kapitel 3.7).

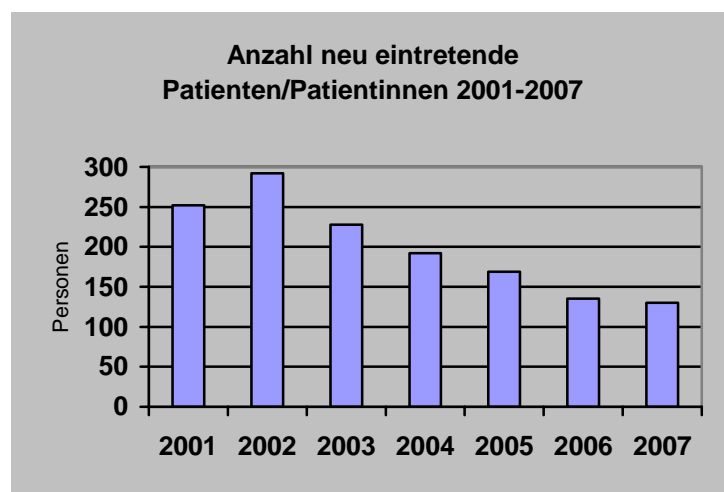
### 1.1.2. Eintritte

Für das Jahr 2007 wurden 130 Neueintritte (exklusive 9 Eintritte aufgrund eines Übertrittes und 53 Wiedereintritte) und 169 Austritte verzeichnet (ohne 7 Austritte aufgrund eines Übertrittes in eine andere HeGeBe Stelle). Das Durchschnittsalter der eintretenden Patienten/Patientinnen betrug 38 Jahre.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007

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



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007

Abb. 6: Anzahl neu eintretender Patienten/Patientinnen 2001-2007

Die Anzahl neu eintretender Patienten/Patientinnen sinkt konstant, zählte man 2002 noch fast 300 Neueintritte, so sank diese Zahl im Jahr 2007 um mehr als die Hälfte auf 130 Neueintritte. Hinzu kommt, dass das Durchschnittsalter bei Eintritt seit Jahren steigt. Beide Zahlen weisen darauf hin, dass heute allgemein weniger Personen und vor allem nur noch wenige sehr junge Personen von schwerer Heroinabhängigkeit betroffen sind (siehe auch Kapitel 1.1.1).

Die Mehrheit der neu eingetretenen Patienten/Patientinnen (69.%), für die ein Eintrittsfragebogen vorliegt, ist nach eigenen Angaben auf eigene Initiative eingetreten. Weitere Personen oder Institutionen, die hauptsächlich an der Zuweisung an eine HeGeBe Stelle beteiligt waren, entnehmen Sie bitte folgender Tabelle.

Tab 1: Welche Person oder Institution war am stärksten bei der Vermittlung bzw. Zuweisung an die gegenwärtige Stelle/Institution beteiligt?

	Anzahl	Prozent
Eigeninitiative	60	69.8
PartnerIn	2	2.3
Familie	1	1.2
FreundInnen/KollegInnen/Bekannte	4	4.7
Auf Sucht spezialisierte ambulante Institution	5	5.8
Auf Sucht spezialisierte stationäre Institution	3	3.5
Arztpraxis	4	4.7
Spital/Klinik	1	1.2
Sozialdienste	2	2.3
Verurteilungen/Massnahmen/Verwaltung/Justizbehörde	4	4.7
ArbeitgeberIn/LehrerIn	0	0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007

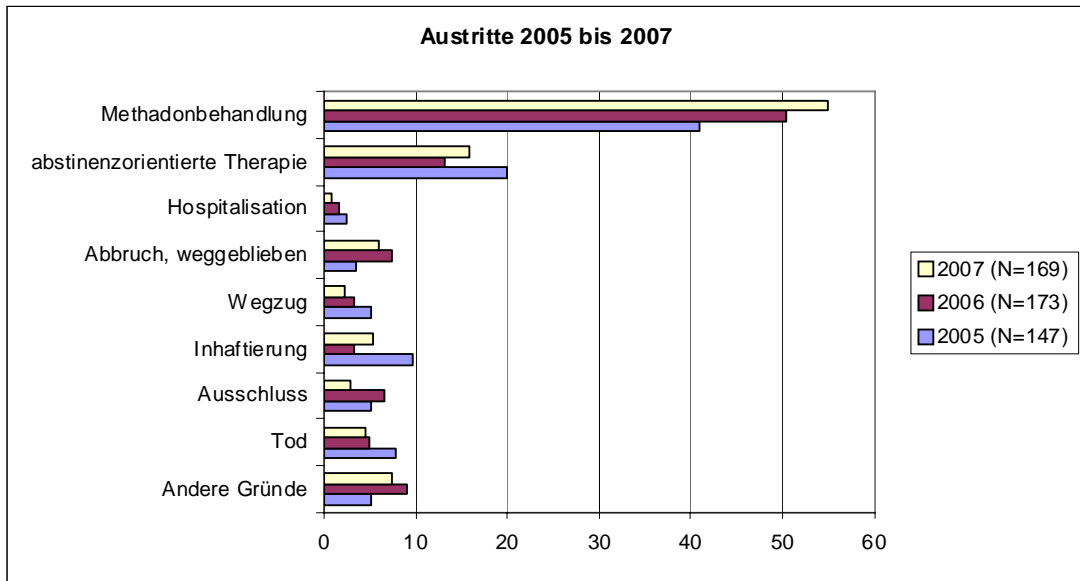
### 1.1.3. Austritte

Im Jahr 2007 fanden 169 Austritte statt (ohne 7 Austritte wegen eines Übertrittes in eine andere HeGeBe Stelle). Über die Hälfte der Austritte fand aufgrund des Wechsels in eine andere Behandlungsform statt: 16% wechselten in eine abstinenzorientierte Therapie (stationär oder ambulant) und 55% in eine Methadonsubstitution. 3% der Patienten mussten aufgrund eines Regelverstosses von der HeGeBe ausgeschlossen werden und 6% haben den Kontakt zur Behandlungsstelle abgebrochen (alles gültige Prozente). Im Jahr 2007 wurden 6 Todesfälle in den Austrittsfragebögen dokumentiert. Von 2005 bis 2007 ist eine Zunahme der Übertritte in eine Methadonbehandlung und von 2006 auf 2007 eine leichte Zunahme der Übertritte in abstinenzorientierte Therapien zu beobachten.

Für Patienten und Patientinnen, die schon eine sehr lange Drogenkarriere hinter sich haben und oft an einer psychiatrischen oder somatischen Komorbidität leiden, ist es besonders schwierig einen definitiven Ausstieg aus den Drogen zu schaffen. Bei einem Teil der Patienten und Patientinnen ist ein langjähriger Verbleib in HeGeBe nicht auszuschliessen und auch sinnvoll: nur so können sie ein einigermaßen strukturiertes, menschenwürdiges Leben führen.

In Abbildung 7 werden die Hauptaustrittsgründe 2005 bis 2007 dargestellt (gültige Prozente).





Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007  
 Abb. 7: Austrittsgründe 2005 bis 2007

### 1.1.4. Kosten und Finanzierung

#### Kosten der HeGeBe gemäss einer sozioökonomischen Studie aus dem Jahr 1997:

Der 1997 in einer aufwändigen Studie<sup>4</sup> mit sozioökonomischer Analyse errechnete volkswirtschaftliche Gesamtnutzen belief sich auf 96 Franken pro Tag. Dieser Betrag ist gleich der Differenz der insgesamt anfallenden Kosten vor und während der Behandlung. Er beinhaltet folgende Kategorien:

Tab 2: Kosten vor und während der Behandlung

	Allg. Kosten vor der HeGeBe in CHF	Allg. Kosten während der HeGeBe in CHF
Wohnen	26.8	24.4
Arbeiten	38.4	34.5
Legalverhalten	104.6	32.5
Gesundheit	22.3	5.2
TOTAL	192.1	96.6
<b>DIFFERENZ = Gesamtnutzen</b>		<b>-95.5</b>

Quelle: Frei, A; Greiner, R.-A.; Mehnert, A. & Dinkel, R.

Der grösste Teilnutzen fällt dabei mit 75.5% im Bereich Legalverhalten an, weil Strafvollzugs- und Justizkosten gesenkt werden. Ebenfalls beachtlich ist der Teilnutzen im Bereich der gesundheitlichen Situation.

Die errechneten Durchschnittskosten für die Behandlung in den HeGeBe-Zentren beliefen sich im Jahre 1997 pro Patientin oder Patient und Tag auf 51 Franken und setzten sich wie folgt zusammen:

<sup>4</sup> Frei, A; Greiner, R.-A.; Mehnert, A. & Dinkel, R. (1997). Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. Schlussbericht.

Tab 3: Zusammensetzung der Kosten der Behandlung

<b>direkte Kosten</b>		<b>18%</b>
<b>Personalkosten</b>	Sozialbetreuung	21%
	Mediz. Betreuung	8%
	Betm-Abgabe	31%
	Administration/Forschung	40%
<b>Betriebskosten</b>		<b>11%</b>

Quelle: Frei, A; Greiner, R.-A.; Mehnert, A. & Dinkel, R.

(Direkte Kosten: Medikamente, Betäubungsmittel)

Betriebskosten: Sachaufwand, inkl. kalkulatorische Kosten, Abschreibungen)

Nach Abzug dieser Kosten (51 Franken) vom volkswirtschaftlichen Gesamtnutzen von 96 Franken, ergibt das eine Einsparung von 45 Franken pro Patiententag. Das heisst, die Kosten werden durch den erzielten gesamtwirtschaftlichen Nutzen deutlich überkompensiert.

In Beantwortung des Postulats 00.3482 Waber kam eine 2003 durchgeführte Machbarkeitsstudie zu einer aktuellen Erhebung der Vollkosten der HeGeBe zum Schluss, dass eine erneute Kostenvergleichsanalyse zu ähnlichen Resultaten kommen würde. Dass also bei der Gesamtbetrachtung der unmittelbaren und mittelbaren Kosten die Heroingestützte Behandlung deutlich kostengünstiger zu stehen kommt. Angesichts der angespannten Finanzlage, den methodischen Schwierigkeiten, dem mässigen Erkenntnisgewinn, den bereits jährlich ausgewiesenen direkten Kosten und der bereits vorliegenden sozioökonomischen Studie zur HeGeBe, wurde eine Neuauflage der Erhebung der Vollkosten nicht in Erwägung gezogen.

#### Kosten der HeGeBe gemäss Angaben aus den Behandlungszentren im Jahr 2007:

Die Kosten im Jahre 2007 pro Person und Tag einer Heroingestützten Behandlung betragen durchschnittlich 57 Franken. Bei rund 1300 Patienten und Patientinnen belaufen sich die Gesamtkosten pro Jahr auf schätzungsweise 27 Millionen Franken, wovon ungefähr 80 Prozent der Kosten (21.6 Millionen Franken) durch die Krankenkassen<sup>5</sup> getragen werden (exklusiv Selbstbehalt und Teile der psychosozialen Betreuung).

Von den Kosten von 57 Franken in einer HeGeBe fallen rund 18% an direkten Kosten (Medikamente und Betäubungsmittel) an. Das heisst, dass für alle Patientinnen und Patienten im 2007 mit rund 4.9 Millionen Franken an direkten Kosten gerechnet werden musste.

Addiert man die mit dem Landesindex errechnete Teuerungsrate über den Zeitraum 1998-2007 so beläuft sich der 1998 errechnete volkswirtschaftliche Gesamtnutzen von CHF 96.- im Jahre 2007 auf geschätzte CHF 104.-. Die Kosten von 57 Franken werden infolgedessen schätzungsweise

<sup>5</sup> Die Frage der Kostenübernahme für Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigkeit durch die Krankenversicherung wird durch Anhang I Punkt 8 „Psychiatrie“ der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) geregelt. Voraussetzung ist, dass die Behandlungen gemäss den gesetzlichen Richtlinien durchgeführt werden und die verwendeten Substanzen bzw. Präparate in der Arzneimittelliste mit Tarif oder in der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Im Jahr 2002 wurde Diaphin (das „medizinische Heroin“) in die Spezialitätenliste aufgenommen. Die medizinische Behandlung mit Diaphin ist leistungspflichtig. Drogenabhängige sind grösseren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt als der Bevölkerungsdurchschnitt. Sie sind häufiger krank und öfter im Spital. Mit der HeGeBe, die von den Krankenkassen zu einem Teil mit finanziert wird, gelingt es, den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand erheblich zu verbessern. Dadurch sind notfallmässige Spitaleinweisungen und andere medizinische Massnahmen weniger häufig nötig. Dies entlastet das Gesundheitswesen und senkt die Kosten, was sich positiv auf die Kosten für die Krankenversicherung auswirkt. Aufgrund der geringen Anzahl neuer Heroinkonsumierender ist in den nächsten Jahren keine weitere Kostenerhöhung zu erwarten.

noch immer mit 47.- Franken pro Tag überkompensiert. Im Jahr 2007 wurden somit durch die Therapie Schwerstsuchtlicher in HeGeBe-Programmen (rund 1300 Personen) gegen 22 Millionen Franken eingespart (bei einer Einsparung von 47 Franken pro Person und Tag).

#### Geschätzte Kosten des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz:

Die geschätzten direkten Kosten des gesamten Konsums illegaler Drogen in der Schweiz setzen sich zu 13% aus medizinischen Kosten, zu je 4% aus Mittel für die Prävention sowie Schadensminderung, zu 22% für die Therapien (stationäre und ambulante) und ganzen 57% für die Repression zusammen<sup>6</sup>.

### **1.1.5. Personalsituation in den HeGeBe-Zentren**

Die diesjährige Erhebung des BAG der Gesamtschau der Personalsituation (zuständig für alle angebotenen Substitutionsbehandlungen) ergab folgende Resultate (Angabe der Anzahl Personen, nicht Stellenprozente): Ende 2007 waren in den 23 Behandlungszentren bei einem Betrieb von 365 Tagen pro Jahr 41 Personen in der Leitung, 44 Ärzte/-innen, 71 Angestellte für die Bereiche Betreuung und Therapie aus den Berufsgruppen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie sowie 188 Beschäftigte in Abgabe und Pflege und 26 Mitarbeitende im administrativen Bereich mit einem durchschnittlichen Arbeitspensum von 60% tätig. Die Fluktuationsrate des Personals im Jahre 2007 betrug 18.1%.

Die Mehrheit der Patienten/Patientinnen (91.1%) ist mit der Behandlung durch das Personal in den HeGeBe-Zentren im Allgemeinen sehr oder weitgehend zufrieden. Die genauen Häufigkeiten können der folgenden Tabelle entnommen werden (N=898, fehlende Werte=11).

Tab 4: Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Grossen und Ganzen?

	<b>Anzahl</b>	<b>gültige Prozent</b>
sehr zufrieden	246	27.4
weitgehend zufrieden	572	63.7
leicht unzufrieden	64	7.1
ziemlich unzufrieden	16	1.8

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007

### **1.1.6. Heroinabhängigkeit und Substitutionsbehandlungen in der Schweiz**

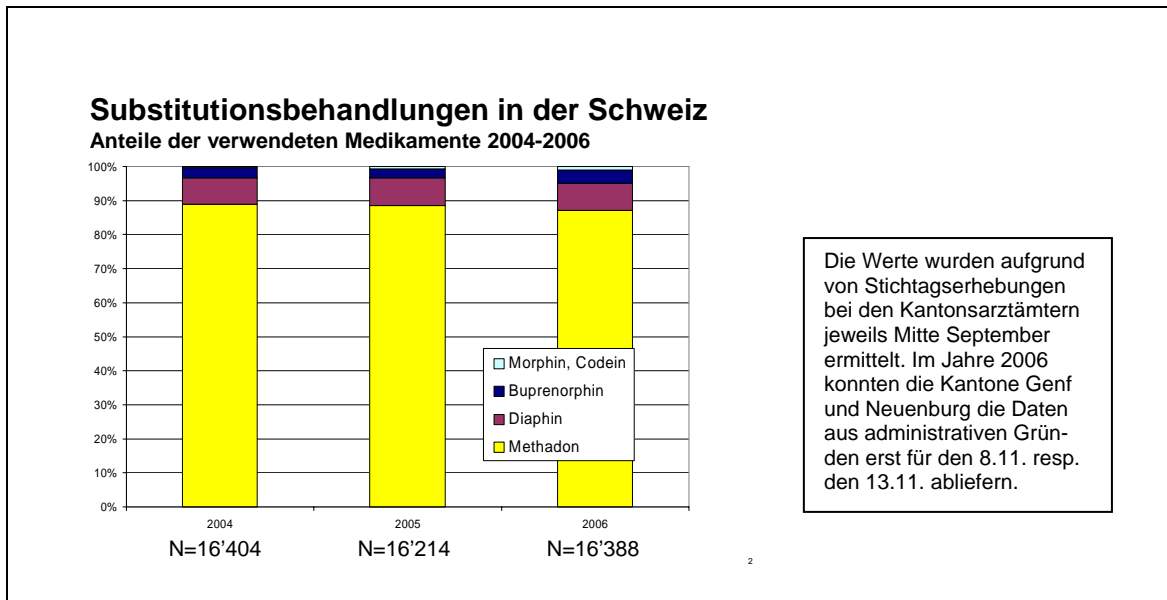
Das BAG schätzte 2002 die Anzahl Heroinabhängiger in der Schweiz auf 18'500 bis 25'500 Personen (auf Basis der Statistiken zu Methadonbehandlungen, der drogenbedingter Todesfälle und der Verzeigungen wegen Heroinkonsums). Eine nationale Schätzung für 2007 liegt nicht vor. Jedoch stieg die in einem 2006 veröffentlichten Artikel<sup>7</sup> geschätzte Inzidenz (neue Konsumierende) für Heroinkonsum im Kanton Zürich von 80 Personen im Jahr 1975 auf 850 Personen im Jahr 1990

<sup>6</sup> Jeanrenaud, Claude et al. (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Schlussbericht.

<sup>7</sup> Nordt, Carlos; Stohler, Rudolf (2006): Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. Lancet 367: 1830-34.

und sank im Jahr 2002 wieder auf 150. Die Prävalenzrate, das heisst die Gesamtpopulation der Heroinkonsumierenden nahm pro Jahr um 4% ab. Eine ähnliche Abnahme sowohl der Inzidenz als auch der Prävalenz kann für die gesamte Schweiz angenommen werden, zumal auch der Rückgang der Anzahl drogenbedingter Todesfälle und der Verzeigungen wegen Heroinkonsums<sup>8</sup> sowie der Anzahl Neueintretender in die HeGeBe auf eine allgemeine rückläufige Tendenz hinweisen. Vergleicht man zudem die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen, so kann man auch dort eine Abnahme der Konsumerfahrung von Heroin bei den 15- bis 39-Jährigen von 1.3% im Jahr 1992 auf 0.9% im Jahr 2002 feststellen.

Eine 2006 durchgeführte Stichtagserhebung bei den Kantonsarztämtern zeigte, dass die Verteilung der Substitutionsbehandlungen mit den unterschiedlichen verwendeten Medikamenten relativ konstant ist. Der Anteil der Behandlung mit Diacetylmorphin (Diaphin®, Heroingestützte Behandlung) bleibt mit 8% gleichbleibend tief, die meisten Substitutionsbehandlungen werden nach wie vor mit Methadon (87%) durchgeführt.



Quelle: Stichtagserhebung bei den Kantonsarztämtern 2006

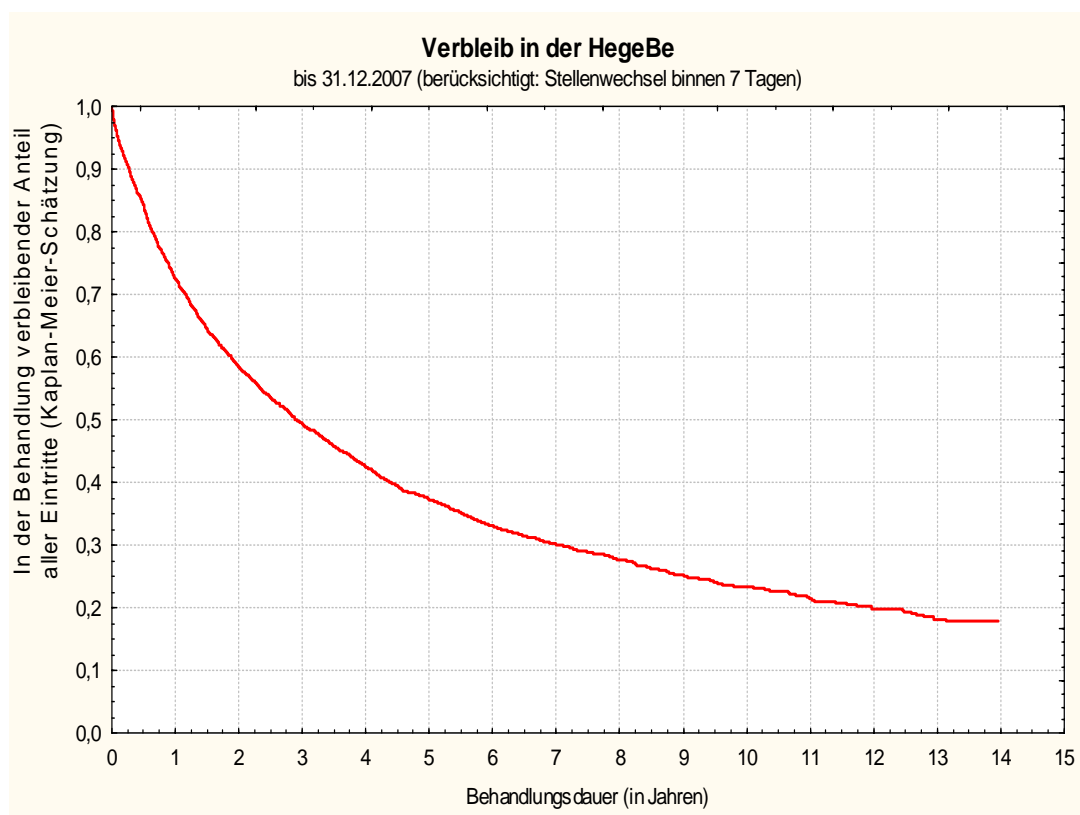
Abb. 8: Substitutionsbehandlungen in der Schweiz

<sup>8</sup> Bundesamt für Polizei fedpol (2006). Schweizerische Betäubungsmittelstatistik.

## 1.2. Erreichen der Behandlungsziele gemäss Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 (Art. 1)

- **„anhaltende therapeutische Einbindung“**

Die anhaltende therapeutische Einbindung der Patient/innen ist eines der Therapieziele, wie sie in Artikel 1 der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 festgelegt wurden. Die sogenannte Haltequote gibt Auskunft über die Dauer des Verbleibs in der Heroingestützten Behandlung. Von sämtlichen aufgenommenen Patient/innen verblieben über 70% ein Jahr und fast 60% zwei Jahre oder länger in der HeGeBe. Die Zeitdauer in HeGeBe, die 50% aller insgesamt je behandelten Patienten mindestens erreicht haben (mediane Haltequote) betrug bis zum Ende des Berichtszeitraumes fast 3 Jahre.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007

Abb. 9: Verbleib in der HeGeBe bis 31.12.2007

Die aktuelle Haltequote von cirka 3 Jahren ist im Sinne der dauerhaften therapeutischen Einbindung als Erfolg zu werten, zumal jene Patienten und Patientinnen, bevor es das Angebot der HeGeBe gab, als therapieresistent galten. Diese Möglichkeit der Einbindung in eine therapeutische Beziehung schafft erst die Voraussetzungen, eines Tages vielleicht ein abstinentes Leben führen zu können.

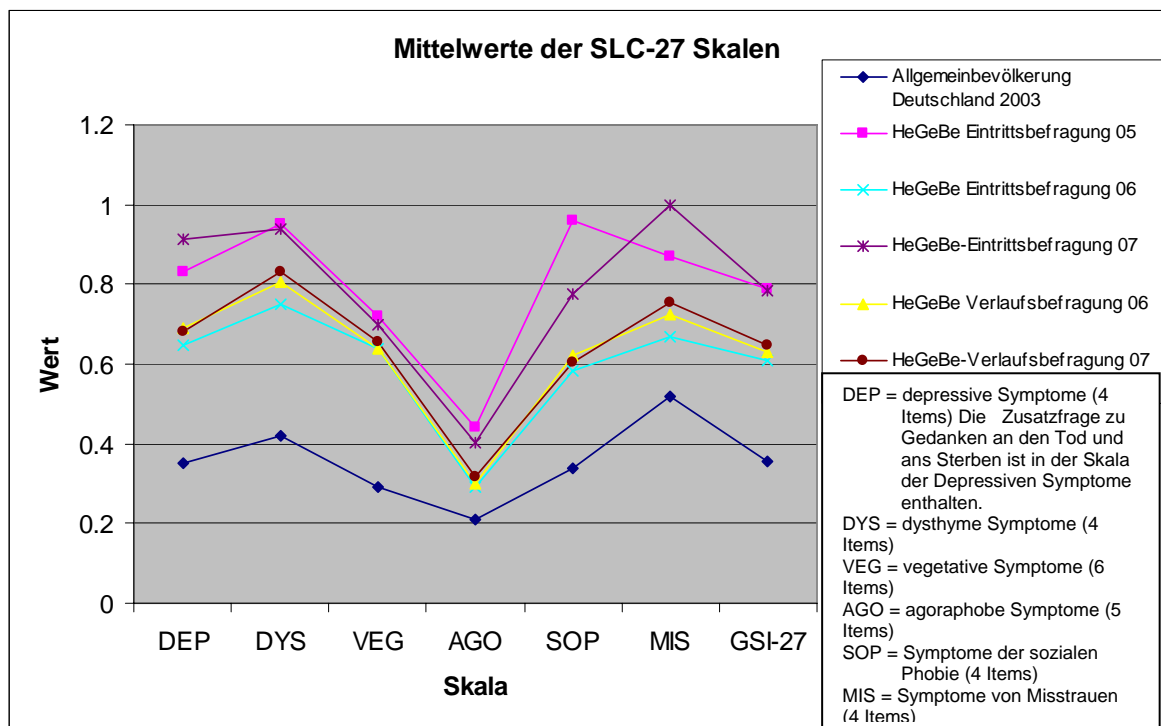
• „Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes“

**Psychische Gesundheit:**

Hinweise auf den psychisch/emotionalen Gesundheitszustand der Patienten/Patientinnen bieten die Resultate aus der Befragung mit dem Instrument SCL-27 (Symptom Checkliste-27, Version von Hardt et al.<sup>9</sup>).

Patienten/Patientinnen, die 2007 neu in der Schweiz in die HeGeBe eingetreten sind weisen im Vergleich zu Mitgliedern einer allgemeinen deutschen Bevölkerungsstichprobe<sup>10</sup> aus dem Jahr 2003 (N=2507, Hardt et al. 2006<sup>11</sup>) eine stärkere gesundheitliche Belastung auf und erreichen in jeder Subskala sowie im Gesamtwert höhere Werte (jeder Vergleich ist mit  $p < 0.001$  signifikant). In die HeGeBe neu eingetretene Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant.

Vergleicht man die durchschnittlichen Werte der von 2005-2007 neu eingetretenen Patienten/Patientinnen mit den Werten der Verlaufsbeurteilungen 2006/07, so ist zu beobachten, dass die Eintrittswerte höher sind: ein mögliches Anzeichen für sinkende psychische Belastung im Laufe der Behandlung.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007

Abb. 10: Mittelwerte der SCL-27 Skalen aller HeGeBe Neueintritte

Der Wert ist der Durchschnittswert aus allen Fragen der entsprechenden Skala, wobei 0=„überhaupt nicht“, 1=„ein wenig“, 2=„ziemlich“, 3=„stark“, 4=„sehr stark“ bedeutet. Das theoretische Maximum ist demnach 4.

Bei fast der Hälfte aller Patienten/Patientinnen (49%), die 2007 neu in eine HeGeBe Stelle eingetreten sind, wurde eine weitere psychiatrische Störung diagnostiziert (ausser der Suchtdiagnose). Bei 34.9% lag genau eine Diagnose vor. Bei 10.5% zwei und bei 2.3% drei und bei 1.2 vier

<sup>9</sup> Hardt, Jochen; Egle, Ulrich T.; Kappis, B.; Hessel, Aike; Brähler, Elmar (2004): Die Symptom-Checkliste SCL-27. Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. Psychother Psych Med 54: 1-10

<sup>10</sup> Für den SCL-27 ist keine vergleichbare Studie aus der Schweiz vorhanden, jedoch kann angenommen werden, dass die Ergebnisse einer Befragung in der Schweiz zu sehr ähnlichen Resultaten führen würde.

<sup>11</sup> Hardt, Jochen; Egle, Ulrich T.; Brähler, E. (2006): The Symptom Checklist-27 in Deutschland. Unterschiede in zwei Repräsentativbefragungen der Jahre 1996 und 2003. Psychother Psych Med 56: 276-285

Diagnosen vor. Am häufigsten kommen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie affektive Störungen vor. Die genauen Werte sind in Tabelle 9 dargestellt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass es oftmals nicht möglich ist, zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens (innerhalb von vier Wochen nach Eintritt) eine gesicherte psychiatrische Diagnose zu stellen und daher nur diejenigen Diagnosen von den Mitarbeitenden der Behandlungsstellen eingetragen werden, die als gesichert gelten. Verdachtsdiagnosen werden erst im Laufe der Behandlung bestätigt oder widerlegt werden und erscheinen daher nicht in dieser Auswertung. Es kann vermutet werden, dass die Anzahl an psychiatrischen Diagnosen (neben der Abhängigkeitsdiagnose) eher etwas höher liegt als hier abgebildet.

Tab. 5: Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei HeGeBe Neueintritt nach ICD-10 (N=86, keine fehlenden Werte)

Störung	Code	N	%
Organische, einschliesslich Symptomatischer psychischer Störung	F0	1	1.2
Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störung	F2	4	4.7
Affektive Störungen	F3	19	22.1
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	F4	3	3.5
Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5	1	1.2
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	24	27.9
Intelligenzminderung	F7	0	0.0
Entwicklungsstörungen	F8	1	1.2
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F9	4	4.7
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	F99	1	1.2

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007

### Physische Gesundheit: Hepatitisvirus- und HIV-Infektionen bei Neueintritten:

In die Auswertung der Daten zu Hepatitis- und HI-Virusinfektionen wurden die bei Eintritt durchgeführten serologischen Untersuchungen berücksichtigt und, falls kein Test bei Eintritt durchgeführt wurde, vorherige Testergebnisse, wenn diese nicht länger als 6 Monate vor Eintritt gewonnen wurden. Weiterhin wurden Angaben des medizinischen Personals zum Impfstatus berücksichtigt: Falls eine Impfung (HAV und/oder HBV) vor Eintritt als gesichert gilt und dadurch eine erneute Testung des serologischen Status als nicht erforderlich eingestuft wurde, wurden diese Angaben berücksichtigt, obwohl kein aktuelles Testergebnis des Patienten oder der Patientin vorlag.

Die höchste Prävalenz findet sich für Hepatitis C Virus (HCV) mit 40 positiven von 53 Testresultaten (75.5%). Darauf folgen die Prävalenzen von Hepatitis B Virus (HBV) mit 39.7% (25 von 63 Testresultaten) und Hepatitis A Virus (HAV) mit 35.1% (20 von 57 Testresultaten). Bei der Prävalenz von HAV sind die aufgrund einer Impfung mit Antikörpern positiven Testergebnisse ausgeschlossen. Beim HBV-Test gilt der Nachweis von Anti-HBc oder einer positiven PCR als positives Resultat. Die geringste Prävalenz besteht bei HIV mit 7.0% (3 von 43 Testresultaten).

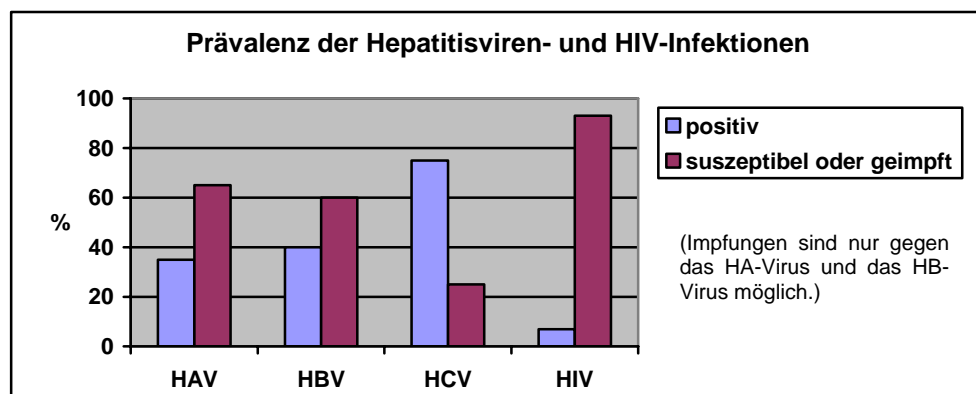
In der folgenden Tabelle sind jeweils die Prävalenzen und die Anzahl aller vorhandenen Testresultate, sowie die Anzahl der gegen HAV oder HBV geimpften und die suszeptiblen (nicht infizierte Patienten/Patientinnen ohne Impfung) Patienten und Patientinnen dargestellt. Die fehlenden Werte geben an, bei wie vielen Patienten kein oder kein aktuelles (> 6 Monate) Testresultat vorhanden ist. Sowohl zu den HAV- als auch zu den HBV- geimpften Patienten sind jeweils diejenigen gezählt

worden, bei denen im Eintrittsfragebogen eine früher erfolgte Impfung angegeben wurde. Bei vorhandenen serologischen Tests konnten die HAV-Impfung durch ein positives Resultat (Anti-HAV) und die HBV-Impfung durch das Vorliegen von Anti-HBs ohne Anti-HBc bestätigt werden.

Tab 6: Prävalenz und Impfstatus der Hepatitisvirus- und HIV-Infektionen

Serologie	Eintritte 2007 (N=86)	
	Gültige %	Anzahl
<b>Hepatitis A Virus</b>		
positiv, nicht geimpft	35.1%	20
positiv, geimpft	21.1%	12
negativ, Impfung geplant	40.4%	23
negativ, Impfung nicht geplant	3.5%	2
fehlende Werte		33
<b>Hepatitis B Virus</b>		
positiv ( <b>anti-HBc positiv</b> )	39.7%	25
negativ, geimpft	20.6%	13
negativ, Impfung geplant	31.7%	20
negativ, Impfung nicht geplant	7.9%	5
fehlende Werte		16
<b>Hepatitis C Virus</b>		
positiv	75.5%	40
negativ	24.5%	13
fehlende Werte		33
<b>HIV</b>		
positiv	7.0%	3
negativ	93.0%	40
fehlende Werte		53

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007

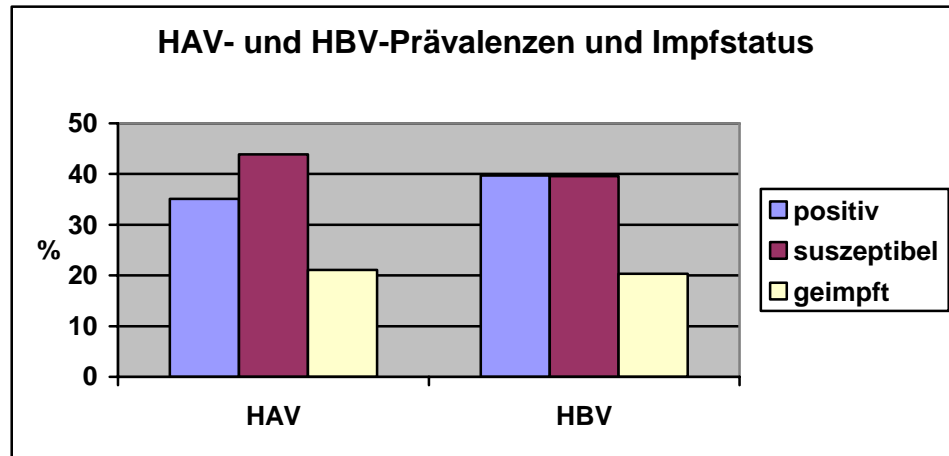
Abb. 11: Prävalenz der Hepatitisvirus- und HIV-Infektionen bei den Neueingetretenen 2007



Impfstatus / -planung bei HAV und HBV:

Die HAV-Testresultate zeigen, dass 43.9% (25) der Patienten/Patientinnen noch suszeptibel für eine Infektion sind, 21.1% (12) sind früher geimpft worden. Ist ein Test durchgeführt worden zeigen diese deshalb ein positives Resultat. Positiv und nicht geimpft sind 35.1%.

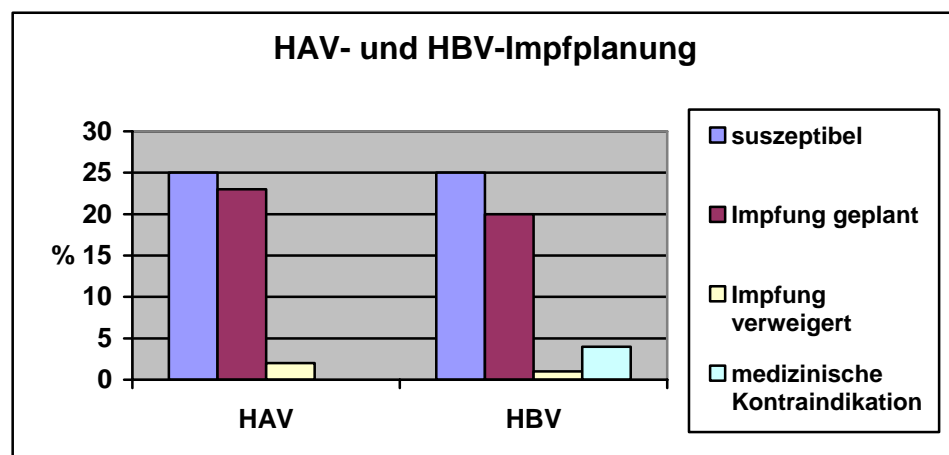
Empfänglich für eine HBV-Infektion sind 39.6% (25 von 63 getesteten Patienten). Geimpft sind 20.6% (13 von 63) der Patienten und Patientinnen.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007  
Abb. 12: HAV- und HBV-Prävalenz und Impfstatus

Von insgesamt 25 Patienten, die für eine HAV-Infektion suszeptibel sind, ist für 92% (23) eine Impfung geplant. Zwei Personen verweigerten die Impfung.

Bei den insgesamt 25 HBV suszeptiblen Patienten und Patientinnen ist für 80% (20) eine Impfung vorgesehen. Eine Person verweigerte die Impfung, bei 4 Personen wurde wegen einer medizinischen Kontradiktion keine Impfung durchgeführt.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2007  
Abb. 13: HAV- und HBV-Impfplanung

Aufgrund der oben aufgezeigten Prävalenzen von Hepatitis-Viren und HIV-Infektionen bei Neueintretenden zeigt sich, dass die Patienten/Patientinnen welche neu in eine HeGeBe eintreten, gesundheitlich stark belastet sind.

Dank der guten medizinischen Versorgung in den HeGeBe-Zentren können jedoch die meisten der suszeptiblen Patienten/Patientinnen im Laufe der Behandlung geimpft werden und für Patien-

ten/Patientinnen, mit positiven Testresultaten, kann im Rahmen der Behandlung eine geeignete (medikamentöse) Therapie zusammengestellt werden.

- **„Verbesserung der sozialen Integration“**

Bei Eintritt waren 2007 19% der Patienten/Patientinnen aller HeGeBe-Zentren auf dem Arbeitsmarkt aktiv (Teilzeit, Vollzeit) und 20% waren auf Stellensuche. Von den Patienten/Patientinnen, die mindestens ein Jahr in Behandlung waren, verfügten bereits 33% über eine Vollzeit- oder Teilzeitarbeitsstelle, 9% waren auf Stellensuche, 5 Personen waren in Ausbildung und 2 Personen hatten eine Stelle zugesichert.

Die Verteilung der Patienten/Patientinnen auf die verschiedenen Lohnersatzleistungen (Teilleistungen inbegriffen) unterscheidet sich zwischen jenen, die neu eingetreten sind gegenüber jenen, die schon mindestens ein Jahr in Behandlung waren: Neueingetretene Patienten/Patientinnen beziehen häufiger Sozialhilfe (54%) und seltener eine Teil-/Rente (22%) als Patienten/Patientinnen, die schon mindestens ein Jahr in Behandlung waren (34% Sozialhilfe, 42% Teil-/Rente).

Patienten/Patientinnen, die mindestens ein Jahr in Behandlung waren, leben häufiger in einer stabilen Wohnsituation (96%) und alleine (58%) als neu Eingetretene (73% bzw. 46%).

Diese Angaben sind deskriptiv, d.h. ohne Signifikanzprüfung.

- **„dauerhafter Verzicht auf Opiatkonsum“**

Die vom Bundesrat 1999 festgelegten Ziele der Behandlung sind vorerst die anhaltende therapeutische Einbindung, die Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheitszustandes sowie die Verbesserung der sozialen Integration und erst längerfristig, nach Erreichen der erstgenannten Ziele, der Verzicht auf den Opiatkonsum, die Abstinenz.

Die stabile Einbindung der Patienten/Patientinnen in das Behandlungssetting der HeGeBe (vgl. Kapitel 1.2 Punkt 1) sowie der Anteil von 71% der Patienten/Patientinnen welche nach Austritt aus der Behandlung eine Anschlussbehandlung antreten (55% wechselten in die Methadonsubstitution, 16% in eine stationäre oder ambulante abstinenzorientierte Behandlung) (vgl. Kapitel 1.1.3), ist angesichts der zum Teil schweren psychiatrischen und körperlichen Belastungen (vgl. Kapitel 1.2 Punkt 2) als grosser Erfolg zu werten.

Dabei darf nicht vergessen werden, dass für eine spezielle Patienten/Patientinnengruppe mit zusätzlichen schweren chronischen psychiatrischen (Multi-/Komorbidität) und körperlichen Erkrankungen, ausgeprägten Defiziten im sozialen Bereich sowie langjährigem und starkem Konsum unterschiedlicher Substanzen vor Eintritt in die Behandlung (Polytoxikomanie, siehe weiter unten) das Ziel der Abstinenz möglicherweise nicht erreicht werden kann sondern, dass hier die Aspekte der Schadensminderung Vorrang haben müssen. Nichts desto trotz bleibt die Abstinenz als Ziel, wenn auch als sehr hohes und teilweise schwer erreichbares, sowie als Orientierung und Motivation in allen Behandlungssettings stets bestehen und für jede/n Patienten/-in regelmässig immer wieder überprüft.

In einer 2003 veröffentlichten Studie einer 6-Jahres-Katamnese<sup>12</sup> konnten 64% von 175 Ausgetretenen, welche zwischen Januar 1994 und März 1995 eingetreten waren, nachbefragt werden. 111 hatten nach ihrem Austritt aus HeGeBe entweder eine Methadonbehandlung oder eine abstinenzorientierte Therapie absolviert, 16% gaben an, die letzten sechs Monate vor der Befragung keine illegalen Drogen konsumiert zu haben und sich nicht in einer Substitutionsbehandlung zu befinden. Angesichts der grossen psychischen sowie somatischen Belastungen dieser Patienten und Patientinnen sowie der langjährigen chronischen Abhängigkeit sind diese Resultate als grosser Erfolg zu werten.

Bezüglich des Beikonsums von anderen Substanzen wie Kokain und Benzodiazepinen zeigt die Studie ausserdem einen signifikanten Rückgang auch noch nach sechs Jahren sowohl bei den Personen, die noch in Behandlung sind als auch bei den Ausgetretenen.

In der folgenden Tabelle wird die Häufigkeit des Konsums (Mittelwert Tage) verschiedener Substanzen in den letzten 30 Tagen im Jahr 2006 dargestellt. Die Tabelle ist unterteilt in Patienten/Patientinnen, die neu eingetreten sind und solche, die schon mindestens ein Jahr in Behandlung sind (M = Mittelwert der Konsumtage, GW = gültige Werte, Eintritt: N = 98, Verlauf: N = 986. Die fehlenden Werte ergeben sich jeweils aus der N Gesamtzahl minus der gültigen Werte zu der entsprechenden Substanz).

Insbesondere bei den Substanzen Alkohol, Kokain, Cannabinoiden und Tabak kann beobachtet werden, dass im Vergleich zu den Neueintretenden im Jahr 2006, Patienten/Patientinnen, die bereits ein Jahr oder mehr in Behandlung waren, an weniger Tagen die jeweilige Substanz konsumierten. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass im Zuge der Behandlung mit Diacetylmorphin auch der Beikonsum der Patienten/Patientinnen reduziert werden kann.

Tab 7: Häufigkeiten des Konsums verschiedener Substanzen in den letzten 30 Tagen

	Eintritte 06		Verlauf von Eintritten 2005 oder früher	
	GW	M	GW	M
Alkohol (jeglicher Gebrauch)	91	<b>10.88</b>	973	<b>2.42</b>
Alkohol (bis zur Trunkenheit)	92	<b>1.39</b>	976	<b>.16</b>
Heroin (illegales)	93	<b>18.53</b>	974	<b>.40</b>
Methadon	90	<b>17.17</b>	972	<b>.65</b>
Andere Opiate/Opioide	92	<b>.17</b>	977	<b>.10</b>
Benzodiazepine (nicht indiziert)	93	<b>7.67</b>	971	<b>.85</b>
Methaqualon	92	<b>.33</b>	978	<b>.03</b>
Barbiturate	97	<b>.33</b>	978	<b>.03</b>
Andere Sedativa, Tranquillizer	96	<b>1.65</b>	978	<b>.09</b>
Kokain	86	<b>6.06</b>	975	<b>.88</b>
Crack, Freebase	96	<b>.91</b>	978	<b>.07</b>
Cocktail (Heroin & Kokain)	89	<b>3.45</b>	979	<b>.17</b>
Cannabinoiden	90	<b>8.48</b>	970	<b>2.84</b>
LSD	91	<b>.33</b>	979	<b>.01</b>
Tabak	93	<b>27.10</b>	960	<b>8.50</b>

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006

<sup>12</sup> Güttinger, Franziska; Gschwend, Patrick; Schulte, Bernd; Rehm, Jürgen; Uchtenhagen, Ambros (2003). European Addiction Research 9: 73-79.

## 2. Internationale Entwicklung der Behandlung mit Diacetylmorphin<sup>13</sup>

Die, neben den Studien aus der **Schweiz** und in der **Niederlanden** sowie aus **Grossbritannien** und **Spanien**, fünfte grosse europäische Studie zur Behandlung mit Diacetylmorphin aus **Deutschland** konnte 2006 abgeschlossen werden und bestätigte die positiven Ergebnisse der ersten vier internationalen Studien. Die Behandlung mit Diacetylmorphin ist somit eine der am besten evaluierten Therapien im Suchtbereich und ihre wissenschaftliche sowie klinische Evidenz kann als belegt erachtet werden.

Zusammenfassend kann der aktuelle Forschungsstand gemessen aus den Studien der oben erwähnten Länder wie folgt beschrieben werden:

- der psychische sowie physische Gesundheitszustand konnte in allen Studien verbessert werden, die meisten Patienten/Patientinnen weisen eine Multikomorbidität auf;
- die Delinquenz ging in allen Ländern signifikant zurück;
- die gesellschaftlichen Kosten konnten durch die Behandlungen gesenkt werden;
- der Beikonsum konnte gesenkt werden (starker Rückgang des Crack- und Kokainkonsums, geringer Rückgang von Alkohol-, Cannabis- und Benzodiazepinkonsum);
- mit anderen Suchttherapien bisher nicht erreichte Schwerstheroinabhängige konnten mit der Behandlung mit Diacetylmorphin ins Suchthilfesystem integriert werden, die Haltequote war signifikant höher als zum Beispiel bei der Behandlung mit Methadon;
- die Mortalität in den Studien war gering;
- die begleitende psychosoziale Betreuung zeigten positive Effekte;
- neben der intravenösen Applikationsform haben sich risikoärmere Konsumformen wie zum Beispiel inhalative (NL) oder orale (CH) Applikationsformen als gute Alternativen bewiesen;
- ein in der Niederlanden durchgeführte Absetzversuch der Behandlung nach 12 Monaten führte bei den Patienten/Patientinnen innerhalb kurzer Zeit zu starken Rückfällen sowie Destabilisierung der bisher erreichten positiven Resultate.

Die Resultate der laufenden Studien in **Grossbritannien** werden für 2009 erwartet, die **kanadische** Studie konnte gestartet werden, erste Ergebnisse werden im Laufe 2008 erwartet und die Vorbereitung für die **belgische** laufen.

---

<sup>13</sup> Vgl. [www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de); [www.ccbh.nl](http://www.ccbh.nl); [www.iop.kcl.ac.uk](http://www.iop.kcl.ac.uk); [www.easp.es/pepsa](http://www.easp.es/pepsa); [www.naomistudy.ca](http://www.naomistudy.ca); [www.ulg.ac.be](http://www.ulg.ac.be)

### **3. Schwerpunkte der Tätigkeiten im Bundesamt für Gesundheit (BAG)**

#### **3.1. Koordination und Netzwerkarbeit**

Die ‚Verantwortlichensitzung‘, wozu jeweils sämtliche Stellen- sowie ärztliche Leitende aller HeGeBe-Zentren der Schweiz eingeladen sind, hat dieses Jahr dreimal stattgefunden. Nebst Informationen aus dem BAG, den Zentren und externen Partnern dient die Sitzung auch als Austausch-, Diskussions- sowie Koordinationsplattform. Themen im 2007 waren unter anderem die Revision des Betäubungsmittelgesetzes sowie der Verordnungen, HeGeBe-Zentren als kantonale Indikationsstellen für Methadonbehandlungen, die Substitutionskonferenz, die Herstellung von Diacetylmorphin sowie Herstellung und Weltmarkt von Heroin, die Indikationsstellungen, die rechtliche Situation in der HeGeBe.

Die ‚Fachkommission HeGeBe‘, welche aus Stellenleitenden und ärztlichen Leitenden der HeGeBe-Zentren sowie kantonalen Vertretern und weiteren Fachpersonen besteht, hat sich im 2007 insbesondere mit der im Zuge der Revision des Betäubungsmittelgesetzes zu revidierenden Verordnung vom 8. März 1999 über die ärztliche Verschreibung von Heroin (812.121.6) befasst.

#### **3.2. Bewilligungswesen / Sekretariat**

Insgesamt stellte das BAG im Jahre 2007, gemäss Verordnung Artikel 16, Absatz 1, littera a, 1375 Patientenbewilligungen (Erstbewilligungen sowie Erneuerungsbewilligungen von Patienten/Patientinnenbewilligungen), 94 Mitgabebewilligungen, 22 Arztbewilligungen, 22 Institutionsbewilligungen sowie 110 Hospitalisationsbewilligungen, nach Überprüfung der jeweiligen zu erfüllenden Bestimmungen aus.

#### **3.3. Unterstützung und Betreuung, Kontrolle**

Sämtliche HeGeBe-Behandlungszentren werden zweijährlich durch das BAG besucht und kontrolliert. Zum einen wird dabei vom BAG die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen durch die Zentren überprüft, zum anderen bieten die Besuch jedoch auch Raum, um fachliche Themen und Probleme zu diskutieren, über laufende Ereignisse zu informieren sowie den Austausch unter den Zentren zu gewährleisten. Zentrale Themen sind vor allem die Qualitätsentwicklung, die HeGeBe-Monitoringdaten 2005 sowie die Entwicklungen in den Zentren.

#### **3.4. Qualitätsentwicklung**

- **QuaTheDA**

Die Schulung der HeGeBe-Zentren für die Einführung des Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA ([www.quatheda.ch](http://www.quatheda.ch)) konnte im Jahre 2007 abgeschlossen werden. In der Schulung wurden von den Zentren Standards für verschiedene Themenfelder definiert und anschliessend in internen Audits überprüft. Die im Anschluss erstellten Management Reviews dienen der internen Überprüfung und Verankerung des Qualitätsentwicklungsprozesses sowie der Kontrolle durch das BAG.

### 3.5. Forschungsförderung

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

Der Antrag auf Zulassung von Diacetylmorphin (DAM)- Tabletten wurde im Dezember 2005 eingereicht. Das Dossier befand sich im Jahre 2007 nach wie vor im ordentlichen Zulassungsverfahren. Eine Entscheidung über diesen Antrag steht noch aus.

Im 2007 wurden keine neuen Projekte gefördert, sondern die Arbeiten zweier, im Hinblick auf die Zulassung der DAM-Tabletten begonnene Studien fortgeführt:

*Kohortenstudie zur Erfassung der Sicherheit und Verträglichkeit.* Diese Studie besteht seit November 2003. Sie erfasst die Dosisverläufe, die unerwünschten Nebenwirkungen und die Patienten/Patientinnen-Zufriedenheit. Die Ergebnisse nach 1 und 2-Jahres Follow-up deuten an, dass die Abgabe von Diacetylmorphin in Tablettenform die Haltequoten in den gesamten HeGeBe positiv beeinflussen kann. Die Rate der schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse lag im zweiten Beobachtungsjahr niedriger als im vorangegangenen Beobachtungsjahr.<sup>14</sup>

*Pharmakokinetische Studie zur Abklärung der Frage betreffend der Ursachen der ungewöhnlich hohen Morphinbioverfügbarkeit bei opiatabhängigen Patienten/Patientinnen, die Diacetylmorphin in Tablettenform erhalten:* Die Studie startete im 2005. Die Studiendurchführung an allen Probanden ist abgeschlossen. Personelle Änderungen im Forschungsteam führten zu einer Verzögerung der Auswertung der Daten. Die Ergebnisse werden im Laufe des Jahres 2008 erwartet.

### 3.6. Nationale Substitutionskonferenz

Vom 6.-7. September 2007 fand in Bern die Nationale Substitutions-Konferenz (NASUKO 2007) unter dem Titel ‚Substitution von Heroinabhängigen: Sackgasse oder Ausweg?‘ und mit rund 300 Konferenz-Teilnehmerinnen und –Teilnehmern statt. Die Konferenz hatte zum einen das Ziel, eine Bestandesaufnahme der für die substitutionsgestützten Behandlung relevanten fachlichen, gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Entwicklungen zu präsentieren und zum anderen vorwärts zu schauen und nach neuen Wegen in der Behandlung Drogenabhängiger zu suchen.

### 3.7. Monitoring / Auswertungen

Seit Beginn der nationalen Kohortenstudie 1994 wird die HeGeBe wissenschaftlich begleitet. Bei Eintritt in die Behandlung, im jährlichen Verlauf sowie bei Austritt aus der Behandlung werden sämtliche Patienten und Patientinnen systematisch befragt. Die Auswertung dieser Daten findet jeweils Eingang in den hier vorliegenden Bericht.

---

<sup>14</sup> Die Ergebnisse des ersten Beobachtungsjahr wurden im 2006 publiziert (Ulrich Frick, Jürgen Rehm, Susanne Kovacic, Jeannine Ammann & Ambros Uchtenhagen. A prospective cohort study on orally administered heroin substitution for severely addicted opioid users. 2006 Addiction: 101 (11) 1631-1639).

Zusätzlich wurden vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) Auswertungen zu folgenden Themen durchgeführt:

- ***Gender differences in patients entering heroin assisted treatment (HAT) in Switzerland 2005-2006: a cross-sectional study:*** Die Heroingestützte Behandlung für schwer abhängige Patienten und Patientinnen ist nunmehr seit bereits über einem Jahrzehnt ein wichtiges Instrument im Behandlungsangebot für Heroinabhängige. Bis jetzt ist allerdings noch wenig bekannt bezüglich den genderspezifischen Unterschieden der Patienten und Patientinnen in der Schweiz. Die Auswertung untersuchte anhand der zwischen 2005 und 2006 in den 23 HeGeBe-Zentren erhobenen Daten demografische, soziale und medizinische Charakteristiken und beschreibt Unterschiede zwischen Patienten und Patientinnen bei Eintritt in die Behandlung. In Bezug auf das Opiatkonsumverhalten (Dauer der Abhängigkeit vor Eintritt, Alter bei Erstkonsum, durchschnittliche Menge) vor Eintritt konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Hingegen wiesen die Männer einen höheren Beikonsum (Tabak, Alkohol, Kokain) auf, wohingegen Frauen vor allem durch ihre soziale Situation sowie ihre Ressourcen (Wohnsituation, Abhängigkeit vom Partner, Isolation, Prostitution) im Vergleich schlechter abschnitten. Internationale Studien weisen zudem darauf hin, dass die ökonomische Schlechterstellung, schlechtere Schulbildung und geringer soziale Unterstützung unter den Frauen ihnen den Zugang zu Behandlung und Therapie im Vergleich zu den Männern erschweren.

Um die Effektivität und den Nutzen der Therapie für die Patienten und Patientinnen zu erhöhen, ist es deshalb wichtig, dass in der Therapie gezielt auf solche genderspezifische Bedürfnisse eingegangen werden kann.

- ***Comparison of heroin-assisted treatment and abstinence-oriented residential treatment in Switzerland based on patient characteristics:*** In dieser Studie wurden Charakteristika von Personen, die in die HeGeBe oder in eine abstinenzorientierte stationäre Behandlung (AOSB) eingetreten sind, verglichen. Personen, die in die HeGeBe eintraten waren im Durchschnitt älter, waren länger inhaftiert, wiesen eine grössere Anzahl an vorangegangenen Therapie auf und gaben häufiger Eigeninitiative als Grund für den Beginn der Behandlung an. Von den Personen, die in die AOSB eintraten war ein grösserer Anteil auf Grund einer gesetzlichen Massnahme in Behandlung, wiesen vor Eintritt häufiger einen Gebrauch benutzter Spritzen oder Nadeln anderer Personen auf. Aktuell geben deutlich weniger Personen, die in eine AOSB eintreten, Heroin als Hauptproblemsubstanz an als noch vor zehn Jahren. Dafür hat die Angabe von Kokain als Hauptproblemsubstanz bei Eintritt stark zugenommen. Im Vergleich zur Situation Mitte der 90er Jahre haben sich allgemein die sozialen Bedingungen wie z.B. die Wohnsituation von Personen verbessert und das Durchschnittsalter hat sich klar erhöht. Als Schlussfolgerung lässt sich festhalten, dass die HeGeBe anscheinend zu einem neuen Gleichgewicht im Drogenhilfesystem geführt hat. Die AOSB sollte sich zukünftig vermehrt auf die Behandlung von weiteren Substanzen neben Heroin, vor allem Kokain, einstellen sowie auf eine Behandlung von eher jüngerem Klientel. Die HeGeBe hat ein eher älteres Klientel zu versorgen, mit gehäuften gesundheitlichen Problemen und längeren Inhaftierungszeiten in der Vergangenheit. Die Zuweisungspraxis sollte diese Besonderheiten bei der Auswahl der geeigneten Behandlung bei Drogenabhängigkeit mit berücksichtigen.

## **4. Diacetylmorphin: Kontrolle der Verwendung, statistische Angaben**

### **4.1. Kontrolle der Verwendung**

Das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic ist mit der Überwachung der Verwendung des in der Schweiz verabreichten Diacetylmorphins beauftragt. Die Kontrolle beinhaltet Inspektionen in den zur Abgabe berechtigten Zentren gemäss Art. 8 BetmG und die Überprüfung der monatlich durch dieselben Zentren eingereichten Verbrauchs-Bilanzen. Im Jahre 2007 wurden von Swissmedic gemäss vereinbartem Leistungsauftrag mit dem Bundesamt für Gesundheit insgesamt 12 Abgabezentren, die Zulassungsinhaberinnen für Diaphin® und Diacetylmorphin-Tabletten IR und SR sowie eine Diacetylmorphin-verarbeitende Firma inspiziert.

### **4.2. Verfügbare Arzneiformen**

Folgende Arzneiformen standen im Jahre 2007 erneut zur Verfügung:

- Diaphin®, Injektionsfläschchen zu 10 Gramm Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat zur intravenösen Verabreichung. Dieses Präparat wurde am 7. Dezember 2001 durch Swissmedic registriert.
- Tabletten IR zu 200 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid-Anhydrid (enthalten 213 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat) mit rascher Freisetzung. Für dieses Präparat wurde von der Lieferfirma im Dezember 2005 bei Swissmedic ein Gesuch um Zulassung gestellt. Der Zulassungs-Entscheid wird für das Jahr 2008 erwartet.
- Tabletten SR zu 200 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid-Anhydrid (enthalten 213 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat) mit Retardwirkung. Auch für dieses Präparat ist der Zulassungs-Entscheid durch Swissmedic noch nicht gefällt.

### **4.3. Verwendete Mengen**

Im Jahre 2007 betrug die von den Behandlungszentren total verbrauchte Diacetylmorphin-Menge 232'424 g. Davon wurden an die Patienten/Patientinnen 227'553 g abgegeben. Die Differenz (4'871 g) ist durch die Verluste bei der Handhabung der Injektionslösungen erklärbar, da immer einige Milligramm der Substanz den Ampullen nicht entnommen werden können, was einem Handhabungs-Verlust von 2.43 % entspricht (bei einer vorgegebenen Toleranzgrenze von maximal 5 %).

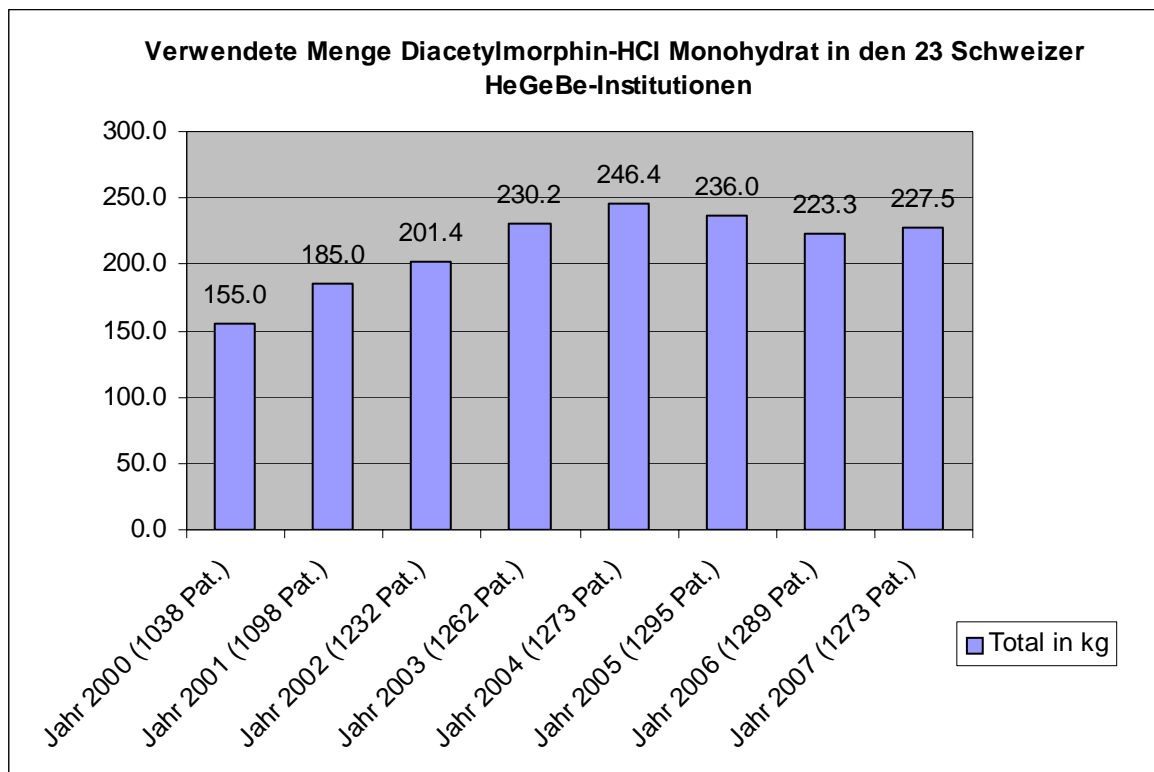


Tab. 8: Verwendete Mengen Diacetylmorphin im Jahr 2007

➤ Gesamtmenge 2007 an Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat für in der Schweiz behandelte Patienten/Patientinnen	227.5 Kilogramm
➤ Anteil Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat in injizierbarer Form (hauptsächlich Injektionsfläschchen zu 10 Gramm)	66.2 %
➤ Anteil Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat in oral verabreichter Form - Tabletten IR (245 250 Tabletten)	21.7 %
➤ Anteil Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat in oral verabreichter Form - Tabletten SR (122 600 Tabletten)	12.1 %
➤ Anzahl der per Ende Dezember 2007 in den 23 Institutionen behandelten Patienten/Patientinnen	1292

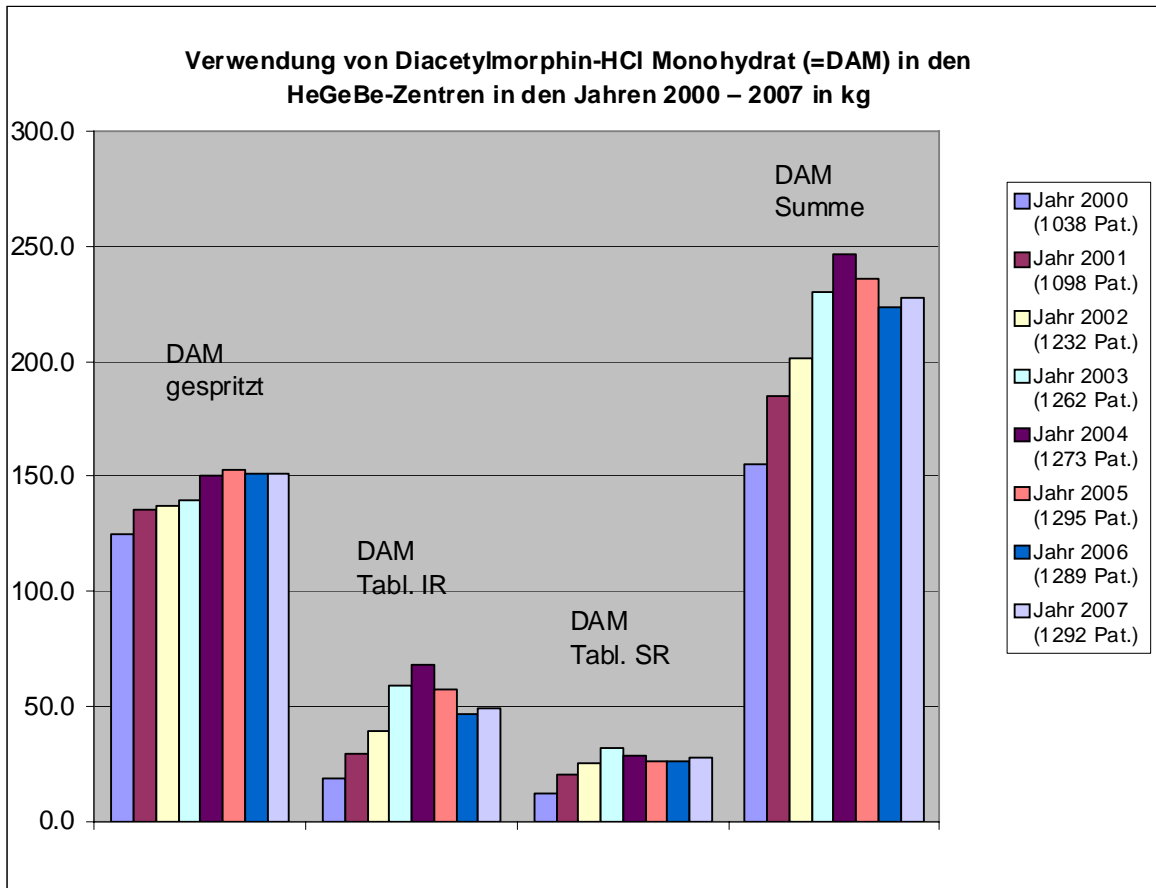
Quelle: Swissmedic, 2007

Die folgenden Tabellen geben die Entwicklung der Verwendung von Diacetylmorphin-Hydrochlorid Monohydrat im Laufe der vergangenen acht Jahre wieder:



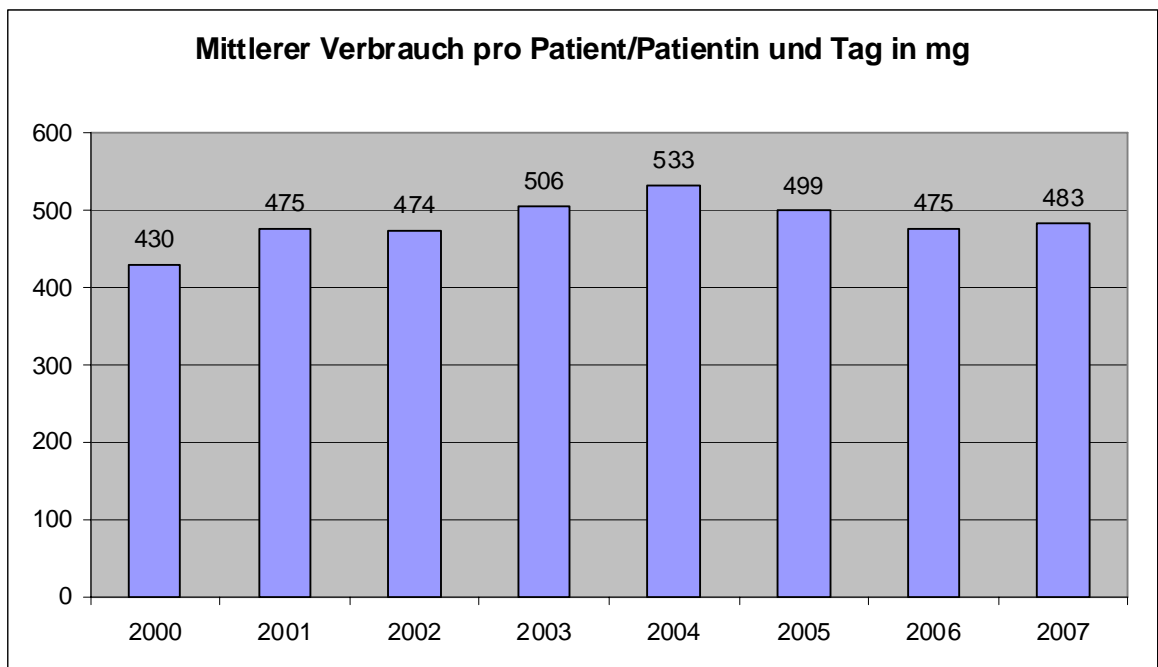
Quelle: Swissmedic, 2007

Abb. 14: Verwendete Menge Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat



Quelle: Swissmedic, 2007

Abb. 15: Verwendung von Diacetylmorphin-HCl Monohydrat in kg



Quelle: Swissmedic, 2007

Abb. 16: Mittlerer Verbrauch pro Patient/Patientin und Tag in mg

Die Schwankungen bei den durchschnittlichen Tagesdosen an Diacetylmorphin in den vergangenen acht Jahren hängen in erster Linie mit der Art der verwendeten Arzneiform zusammen. Die Zunahme der oralen Verabreichung (mit einer geringeren Bioverfügbarkeit im Vergleich zu Injektio-

nen) hat in den Jahren 2000 bis 2004 zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Dosen geführt. Der Wert bewegt sich zurzeit im Bereiche der Vorjahre.

#### **4.4. Statistische Daten zur Weiterleitung an das internationale Kontrollorgan für Betäubungsmittel der UNO in Wien**

Artikel 32 des Betäubungsmittelgesetzes verlangt, dass die Schweizer Behörde der UNO, dem internationalen Kontrollorgan für Betäubungsmittel, die Daten aus dem Vorjahr betreffend Verwendung, Herstellung im Land, Import und Export sowie die Schwankungen des Lagerbestands zwischen Anfang und Ende des laufenden Jahres zur Erstellung der erforderlichen Statistiken zur Verfügung stellt.

#### **4.5. Ergebnis der Kontrollen**

2007 wurde, wie bereits in den Jahren zuvor, keine Widerhandlung entdeckt.

## 5. Literaturliste der Publikationen aus dem Jahr 2007 zur Heroingestützten Behandlung

- Al-Adwani A, Nahata R. (2007). Heroin-assisted treatment: no difference in treatment retention. *Br J Psychiatry*, 192, 458-458.
- Binz, H., Uchtenhagen, A., Berthel T., Stohler, R., van der Linde, F. (2007). Manual für Substitutionsbehandlungen illegaler Drogen. Solothurn: Kanton Solothurn.
- Cruz M.F., Patra J., Fischer B., Rehm J., Kalousek K. (2007). Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *Int J Drug Policy*, 18, 54-61.
- Darke, S., Ross, J. & Teesson, M. (2007). The Australian Treatment Outcome Study (ATOS): What have we learnt about treatment for heroin dependence? *Drug and Alcohol Review*, 26, 49-54.
- De Jong C.A., Roozen H.G., van Rossum L.G., Krabbe P.F., Kerkhof A.J. (2007). High abstinence rates in heroin addicts by a new comprehensive treatment approach. *Am J Addict*, 16, 124-30.
- Degkwitz P., Lichtermann D., Deibler P., Soyka M., Schneider U., Dieninghoff D., Bonorden-Kleij K., Köhler W., Buhk H., Verthein U., Haasen C. & Krausz M. (2007). „Schwerstabhängige“ – Die Teilnehmer des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung. *Suchttherapie*, 8, 12-18.
- Fischer B., Oviedo-Joekes E., Blanken P., Haasen C., Rehm J., Schechter M.T., Strang J., van den Brink W. (2007). Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: a brief update on science and politics. *J Urban Health*, 84, 552-562.
- Gallagher J., McKeganey N. (2007). Should we prescribe heroin? A current Scottish debate. *Scott Med J*, 52, 2-4.
- Guelfi, G.P., Cibir, M., Pani, P.P., Maremmani, I. (2007). Can Heroin Maintenance Treatment Be Called a Therapy? *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 9, 5-10.
- Haasen C., Verthein U., Degkwitz P., Berger J., Krausz M., Naber D. (2007). Heroin-assisted treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 191, 55-62.
- Haasen C., Verthein U., Degkwitz P., Kuhn S., Hartwig C. & Reimer J. (2007). Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger – Zielgruppenspezifische Ergebnisse. *Sucht*, 53, 268-277.
- Highfield D.A., Schwartz R.P., Jaffe J.H., O'Grady K.E. (2007). Intravenous and intranasal heroin-dependent treatment-seekers: characteristics and treatment outcome. *Addiction*, 102, 1816-23.
- Kuhn S., Farnbacher G., Verthein U., Krausz M. & Haasen C. (2007). Das psychoedukative Gruppenprogramm in der bundesdeutschen Heroinstudie – eine innovative Behandlungsmethode. *Suchttherapie*, 8, 26-32.
- Kuhn S., Schu M., Vogt I., Schmid M., Simmedinger R., Schlanstedt G., Farnbacher G., Verthein U. & Haasen C. (2007). Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Sucht*, 53, 278-287.
- Löbmann R. & Verthein U. (2007). Das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger: Hintergrund – Umsetzung – Ergebnisse. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 39, 441-444.
- Maremmani I., Pacini M., Pani P.P., Perugi G., Deltito J., Akiskal H. (2007). The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a 'dual diagnosis'? *Ann Gen Psychiatry*, 13, 31-31.
- Metrebian N., Mott J., Carnwath Z., Carnwath T., Stimson G.V., Sell L. (2007). Pathways into receiving a prescription for diamorphine (heroin) for the treatment of opiate dependence in the United Kingdom. *Eur Addict Res*, 13, 144-147.
- Michels I.I., Stöver H., Gerlach R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. *Harm Reduct J*, 2, 5-5.

Reimer, J., Vertheim, U., Haasen, C. (2007). Heroin assisted treatment for opioid-dependence: a randomized controlled trial in Germany. *European Psychiatry*, 22, 75-75.

van der Zanden B.P., Dijkgraaf M.G., Blanken P., van Ree J.M., van den Brink W. (2007). Patterns of acquisitive crime during methadone maintenance treatment among patients eligible for heroin assisted treatment. *Drug Alcohol Depend*, 86, 84-90.

Williamson A., Darke S., Ross J., Teesson M. (2007). The effect of baseline cocaine use on treatment outcomes for heroin dependence over 24 months: findings from the Australian Treatment Outcome Study. *J Subst Abuse Treat*, 33, 287-93.

## Anhang

Zentrum	Heroingestützte Behandlung seit	Belegung per 31.12.2007	Bewilligte Plätze per 31.12.2007
Basel, Janus	Oktober 94	148	150
Baselland, DBL	Juni 00	20	20
Bern, Koda	Mai 94	198	225
Biel, Suprax	September 95	66	70 (5) <sup>10</sup>
Brugg, HAG	September 00	20	50
Burgdorf, Biwak	Mai 00	46	50
Cazis, Realta	Januar 01	3	10
Chur, Neumühle	Juli 00	27	32
Genf, Peps	September 95	30	50
Horgen, DBB	September 95	29	35
Luzern, Drop-In	September 95	89	90
Olten, Herol	Mai 94	29	32
Schaffhausen, HeGeBe SH	Mai 02	25	25
Solothurn, Gourrama	August 95	43	43
Solothurn, Kost	September 95	5	15
St. Gallen, MSH	September 95	74	75
Zürich, Crossline	August 95	70	152
Zürich, Lifeline	Januar 94	75	
Thun, HeGeBe Thun	Juli 94	69	70
Wetzikon, PZW	Januar 02	12	25
Winterthur, Ikarus	August 95	55	55
Zug, Zopa	August 95	28	30
Zürich, ZokL2	Januar 94	131	140 (10) <sup>10</sup>
<b>Total</b>		<b>1292</b>	<b>1444 (15)<sup>10</sup></b>

Quelle: BAG, Patientendatenbank HeGeBe, 2007

<sup>10</sup> Zunahme der Anzahl bewilligter Plätze gegenüber 2006