



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 2006¹

August 2007

¹ 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.

Inhaltsverzeichnis²

Seite

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE	3
1. DIE HEGEBE IM JAHRE 2006 IN DER SCHWEIZ.....	5
1.1. ZAHLEN UND FAKTEN	5
1.1.1 PATIENTEN/-INNENBESTAND	5
1.1.2. EINTRITTE	7
1.1.3. AUSTRITTE	8
1.1.4. KOSTEN UND FINANZIERUNG	8
1.1.5. PERSONALSITUATION IN DEN HEGEBE-ZENTREN	9
1.1.6. SUBSTITUTIONSBEHANDLUNGEN IN DER SCHWEIZ	10
1.2. ERREICHEN DER BEHANDLUNGSZIELE GEMÄSS VERORDNUNG ÜBER DIE ÄRZTLICHE VERSCHREIBUNG VON HEROIN VOM 8. MÄRZ 1999 (ART. 1).....	11
„ANHALTENDE THERAPEUTISCHE EINBINDUNG“	11
„VERBESSERUNG DES PHYSISCHEN UND PSYCHISCHEN GESUNDHEITZUSTANDES“	12
„VERBESSERUNG DER SOZIALEN INTEGRATION“	16
„DAUERHAFTER VERZICHT AUF OPIATKONSUM“	17
2. INTERNATIONALE ENTWICKLUNG DER BEHANDLUNG MIT DIACETYLMORPHIN.....	19
3. SCHWERPUNKTE DER TÄTIGKEITEN IM BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG)	20
3.1. KOORDINATION UND NETZWERKARBEIT	20
3.2. BEWILLIGUNGSWESEN / SEKRETARIAT	20
3.3. UNTERSTÜTZUNG UND BETREUUNG, KONTROLLE	20
3.4. QUALITÄTSENTWICKLUNG	20
3.5. FORSCHUNGSFÖRDERUNG	21
4. DIACETYLMORPHIN: KONTROLLE DER VERWENDUNG UND STATISTISCHE ANGABEN	22
4.1. KONTROLLE DER VERWENDUNG.....	22
4.2. VERFÜGBARE ARZNEIFORMEN	22
4.3. VERWENDETE MENGEN.....	22
4.4. STATISTISCHE DATEN ZUR WEITERLEITUNG AN DAS INTERNATIONALE KONTROLLORGAN FÜR BETÄUBUNGSMITTEL DER UNO IN WIEN.....	25
4.5. ERGEBNIS DER KONTROLLEN.....	25
5. LITERATURLISTE DER NEUERSCHEINUNGEN 2006 ZUR HEROINGESTÜTZTEN BEHANDLUNG	26
ANHANG.....	28

Abbildungen und Tabellen

Abb. 1: Entwicklung des Patienten/-innenbestandes 1999-2006	5
Abb. 2: Geschlechteranteil des Patienten/-innenbestandes 2006	5
Abb. 3: Prozentualer Anteil Patienten/-innen pro Altersgruppe	6
Abb. 4: HeGeBe-Zentren in der Schweiz per 31. Dezember 2006	6
Abb. 5: Durchschnittliches Alter der Patienten/-innen bei Eintritt	7
Abb. 6: Austrittsgründe 2000 bis 2006	8
Abb. 7: Substitutionsbehandlungen in der Schweiz	10
Abb. 8: Verbleib in der HeGeBe	11
Abb. 9: Mittelwerte der SCL-27 Skalen	12
Abb. 10: Prävalenz der Hepatitisvirus- und HIV-Infektionen bei den Neueingetretenen 2006.....	14
Abb. 11: HAV-Prävalenz und Impfstatus	15
Abb. 12: HBV-Prävalenz und Impfstatus	15
Abb. 13: HAV- Impfplanung bei Eintritt	16
Abb. 14: HBV- Impfplanung bei Eintritt	16
Abb. 15: Verwendete Mengen an Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat	23
Abb. 16: Verabreichte Menge an Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat nach Arzneiform.....	24
Abb. 17: Verabreichte durchschnittliche Tagesdosen an Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat in mg	24
Tab. 1: Welche Person/Institution war am stärksten bei der Vermittlung/Zuweisung beteiligt?.....	7
Tab. 2: Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung?	10
Tab. 3: Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei HeGeBe Neueintritt nach ICD-10	13
Tab. 4: Prävalenz der Hepatitisvirus- und HIV-Infektionen	14
Tab. 5: Häufigkeiten des Konsums verschiedener Substanzen in den letzten 30 Tagen	18
Tab. 6: Verwendete Mengen Diacetylmorphin.....	23

² 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

(in alphabetischer Reihenfolge)

Alter: Das durchschnittliche Alter der Patienten/-innen betrug 39 Jahre, die Spannweite reichte von 20 bis 69 Jahren, die Mehrheit ist zwischen 35 und 44 Jahre alt.

Anzahl Patienten/-innen: Die Anzahl Patienten/-innen betrug Ende Dezember 1308, die maximal zur Verfügung stehende Anzahl Behandlungsplätze der HeGeBe 1429, was eine durchschnittliche Auslastung von 91% ergibt.

Applikationsformen: Ungefähr 70% der Behandlungen erfolgten in injizierbarer Form, 30% in oraler Form.

Arbeitssituation: In Bezug auf die Arbeitssituation waren 2006 bei Eintritt in die Behandlung 12.4% der Patienten/-innen auf dem Arbeitsmarkt aktiv, 23.5% waren auf Stellensuche. Demgegenüber waren nach einem Jahr und mehr nach Behandlungsbeginn 29.5% (281) sämtlicher Patienten/-innen auf dem Arbeitsmarkt aktiv, 9.3% (88) waren auf Stellensuche, 7 Personen waren in Ausbildung und 5 Personen hatten eine Stelle zugesichert.

Austritte: 173 Patienten/-innen sind im Jahre 2006 aus der HeGeBe ausgetreten. Von diesen sind 63% in eine Methadonbehandlung oder in eine abstinenzorientierte Therapie übergetreten.

Beikonsum: Insbesondere bei den Substanzen Alkohol, Kokain, Cannabinoiden und Tabak kann beobachtet werden, dass im Vergleich zu den Neueintretenden 2006, Patienten/-innen, 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 Studie³ ergab, dass gemäss Selbstangaben die Delinquenz (insbesondere schwere Diebstähle und Drogenhandel – um über -80%), sowie die Opfererfahrung der Patienten/-innen 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: 135 Patienten/-innen sind im Jahre 2006 neu in die HeGeBe eingetreten. Das Durchschnittsalter der eintretenden Patienten/-innen betrug 35 Jahre. 72% der Patienten/-innen 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/-innen verblieben 71% ein Jahr und 58% zwei Jahre oder länger in der HeGeBe. Die Zeitdauer in HeGeBe, die 50% aller insgesamt je behandelten Patienten/-innen mindestens erreicht haben (mediane Haltequote) betrug 2,92 Jahre.

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/-innentag in einem Zentrum für HeGeBe kostete 2006 durchschnittlich zwischen 45 und 60 Franken (je nach Grösse, Substitutionsmedikament und Kostenstruktur sowie Auslastung des Behandlungszentrums). Ein in einem HeGeBe-Zentrum behandelter Heroinabhängiger erspart der Gesellschaft somit täglich 36 bis 51 Franken, vornehmlich in Form von Strafverfolgungs- und Justizkosten.

³ 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.

Personal: Insgesamt waren Ende 2006 in den 23 HeGeBe-Zentren bei einem Betrieb von 365 Tagen pro Jahr 363 Personen mit einem Arbeitspensum von durchschnittlich 60% beschäftigt.

Psychische Belastung: Im Vergleich zu einer Repräsentativbefragungen der Allgemeinbevölkerung mit dem SCL-27 weisen die Patienten/-innen der HeGeBe in der Schweiz bei allen Skalen höhere Mittelwerte auf, was auf eine höhere psychische Belastung der HeGeBe-Patienten/-innen hinweist. Die Werte der Befragung bei Eintritt 2005 sind höher als jene der Verlaufsbefragung 2006: ein Anzeichen für sinkende psychische Belastung im Laufe der Behandlung. Bei Eintritt wird für 48% der Patienten/-innen 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 63% positive Hepatitis C Virus (HCV), 37% positive Hepatitis B (HBV) und 32% positive Hepatitis A (HAV) Testresultate aus, die geringste Prävalenz bestand bei HIV mit 13%. Für die Mehrheit der HAV- und HBV-suszeptiblen Personen wurde eine Impfung vorgesehen.

Substitutionsbehandlungen: Die HeGeBe macht 8% der total 16'388 Substitutionsbehandlungen in der Schweiz aus, während 87% der Substitutionspatienten/-innen mit Methadon behandelt werden. Die restlichen Behandlungen werden mit Buprenorphin, Morphin oder Codein u.a. durchgeführt. Innerhalb der HeGeBe-Zentren standen neben den 1429 möglichen Plätzen für die Behandlung mit Diacetylmorphin zusätzlich noch 442 Plätze für die Methadonbehandlung und 133 Plätze für die Behandlung mit anderen Substitutionsmedikamenten zur Verfügung.

Wohnsituation: Patienten/-innen, die mindestens ein Jahr in Behandlung waren, lebten häufiger in einer stabilen Wohnsituation (93%) als neu Eingetretene (76%).

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: 93% der Patienten/-innen sind im Allgemeinen sehr oder weitgehend zufrieden mit der erhaltenen Behandlung in den HeGeBe-Zentren.

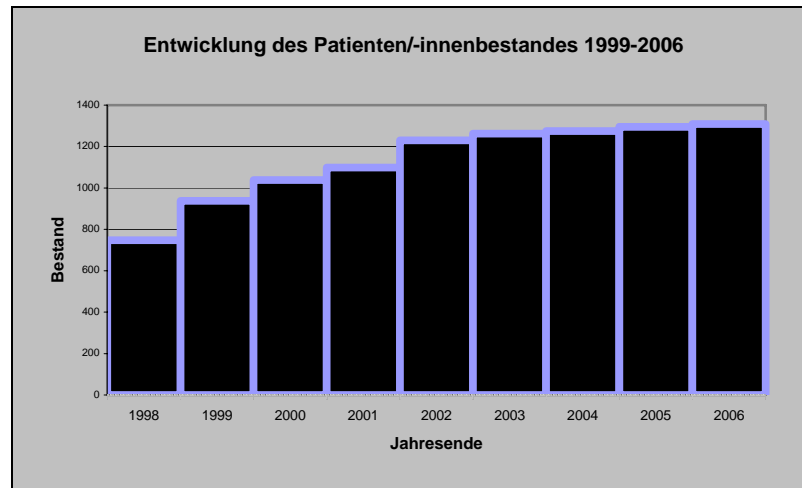
1. Die HeGeBe im Jahre 2006 in der Schweiz

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

1.1. Zahlen und Fakten

1.1.1 Patienten/-innenbestand

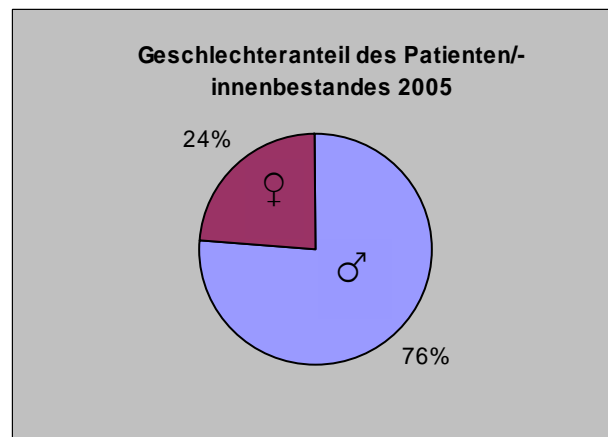
Die Anzahl Patienten/-innen erhöhte sich im Berichtszeitraum um 13 Personen von 1295 Anfang Januar auf 1308 Ende Dezember 2006. Im Vorjahr 2005 hatte die Zunahme 22 Patienten/-innen betragen. Die maximal zur Verfügung stehende Anzahl Plätze für die Behandlung mit Diacetylmorphin betrug am 1. Januar 2006 1419 und am 31. Dezember desselben Jahres 1429, was eine Zunahme von 10 Plätzen bedeutet. Im Berichtszeitraum wurden keine neuen HeGeBe-Zentren eröffnet. Ende 2006 lag die durchschnittliche Auslastung der Zentren bei 91% (2005: 91%).



Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2006

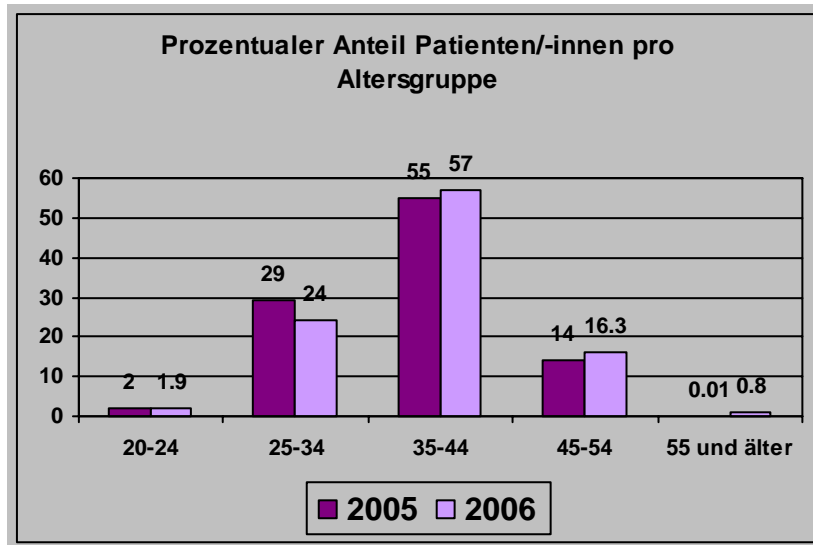
Abb. 1: Entwicklung des Patienten/-innenbestandes 1999-2006

Insgesamt waren im ganzen Jahr 2006 total 1433 Personen in Behandlung; davon waren 346 Frauen und 1086 Männer (1 fehlender Wert). Das durchschnittliche Alter der Patienten/-innen betrug 39 Jahre, der Median lag bei 38 Jahren. Die Spannweite reichte von 20 bis 69 Jahren.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006

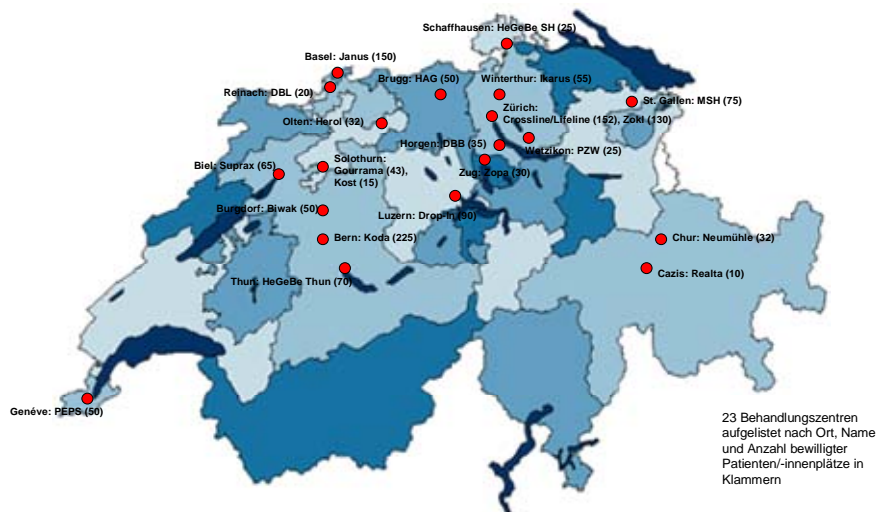
Abb. 2: Geschlechteranteil des Patienten/-innenbestandes 2006



Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2006
 Abb. 3: Prozentualer Anteil Patienten/-innen pro Altersgruppe

Das durchschnittliche Alter sämtlicher Patienten/-innen, welche 2006 in Behandlung mit Diacetylmorphin waren, ist erneut gestiegen, ebenso der Anteil älterer Patienten/-innen: waren noch 2005 nur 4 Patienten/-innen über 55 Jahr alt, stieg 2006 diese Zahl bereits auf 10 Personen an. Es ist zu erwarten, dass diese Gruppe älterer Patienten/-innen weiter ansteigen wird. Überlegungen bezüglich der Behandlung dieser Personengruppe und ihren besonderen Bedürfnisse müssen daher frühzeitig auch auf nationaler Ebene gemacht werden, um Lösungen für eine adäquate Therapie zu finden.

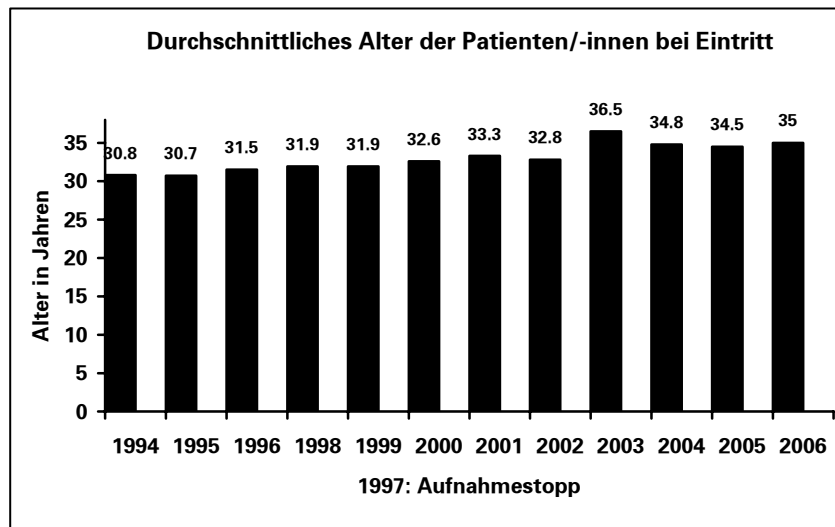
HeGeBe-Zentren in der Schweiz per 31. Dezember 2006



Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2006
 Abb. 4: HeGeBe-Zentren in der Schweiz per 31. Dezember 2006

1.1.2. Eintritte

Für das Jahr 2006 wurden 135 Neueintritte (exklusive 13 Eintritte aufgrund eines Übertrittes und 47 Wiedereintritte) und 173 Austritte verzeichnet (ohne 9 Austritte aufgrund eines Übertrittes in eine andere HeGeBe Stelle). Das Durchschnittsalter der eintretenden Patienten/-innen betrug 35 Jahre (Standardabweichung: 7).



Quelle: BAG, HeGeBe-Datenbank, 2006

Abb. 5: Durchschnittliches Alter der Patienten/-innen bei Eintritt

Die Mehrheit der neu eingetretenen Patienten/-innen (72.4%), 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?

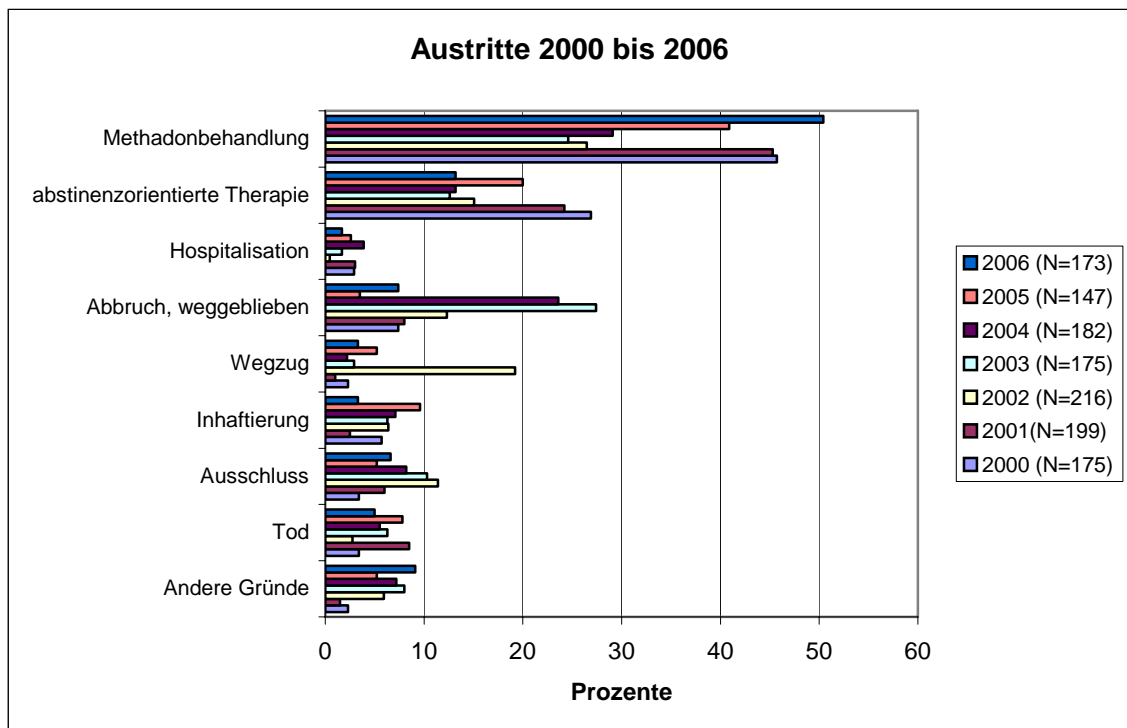
	Anzahl	Prozent
Eigeninitiative	71	72.4
Partner/in	4	4.1
Familie	1	1.0
Freunde/-innen/Kollegen/-innen/Bekannte	5	5.1
Auf Sucht spezialisierte ambulante Institution	5	5.1
Arztpraxis	4	4.1
Spital/Klinik	3	3.1
Sozialdienste	2	2.0
Verurteilungen/Massnahmen/Verwaltung/Justizbehörde	3	3.1
Arbeitgeber/-in/Lehrer/-in	0	0.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006

1.1.3. Austritte

Im Jahr 2006 fanden 173 Austritte statt (ohne 9 Austritte wegen eines Übertrittes in eine andere HeGeBe Stelle). Über die Hälfte der Austritte fand aufgrund des Wechsels in eine andere Behandlungsform statt: 13% wechselten in eine abstinentorientierte Therapie (stationär oder ambulant) und 50% in eine Methadonsubstitution. 7% der Patienten mussten aufgrund eines Regelverstosses von der HeGeBe ausgeschlossen werden und 7% haben den Kontakt zur Behandlungsstelle abgebrochen (alles gültige Prozente). Es haben im Jahr 2006 6 Todesfälle stattgefunden und damit drei weniger als im vorherigen Jahr.

In untenstehender Abbildung werden die Hauptaustrittsgründe 2000 bis 2006 dargestellt (gültige Prozente).



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006
Abb. 6: Austrittsgründe 2000 bis 2006

1.1.4. Kosten und Finanzierung

Der 1998 in einer aufwändigen Studie mittels einer sozioökonomischen Analyse errechnete volkswirtschaftliche Gesamtnutzen (Differenz der insgesamt anfallenden Kosten vor und während der Behandlung) belief sich auf 96.⁴ und die Durchschnittskosten in den HeGeBe-Zentren pro Patient/-in auf 51 Franken pro Tag; nach Abzug der Kosten ergab das eine Einsparung von 45 Franken pro Patienten/-innentag, welche sich zu 75.5 % aus Einsparungen im Bereich des Legalverhaltens (Strafvollzugs- und Justizkosten) sowie zu 17.9% im Bereich der gesundheitlichen Situation zusammensetzten. Eine 2003 durchgeführte Machbarkeitsstudie zu einer wiederholten Erhebung der Vollkosten der heroingestützten Behandlung kam zum Schluss, dass eine erneute Kostennutzenanalyse zu ähnlichen Resultaten kommen würde, nämlich, dass in der Gesamtbetrachtung der

unmittelbaren und mittelbaren Kosten die heroingestützte Behandlung deutlich kostengünstiger zu stehen kommt, dass eine solche Studie aufwändig und zudem teuer wäre. Aus finanziellen Gründen und dem als gering erachteten Erkenntnisgewinn wurde deshalb momentan entschieden, auf eine Neuauflage einer solchen Studie zu verzichten.

Die Gesamtkosten der angebotenen Substitutionsbehandlungen in den HeGeBe-Zentren beliefen sich gemäss Angaben der Zentren im Jahre 2006 auf cirka 33 Mio. Insgesamt standen dabei in den Zentren 1429 bewilligte Plätze für die Behandlung mit Diacetylmorphin (71%), 442 von den Kantonen bewilligte Plätze für die Methadonbehandlung (22%) und 133 für Behandlungen mit anderen Substitutionsmedikamenten (7%, Subutex, Kapanol) zur Verfügung. Anhand der total möglichen Anzahl Tage Behandlung mit allen oben aufgeführten Substitutionsmitteln von 731'460 ergeben sich in den HeGeBe-Zentren bei einer theoretischen Auslastung von 100% durchschnittliche Tageskosten von CHF 45.--. Allerdings ist zu beachten, dass die Kosten je nach Zentrum (Grösse, Einbindung in medizinisch-psychiatrische Klinik, Region) und auch nach Substitutionsmittel variieren. So belaufen sich die Kosten für die Behandlung mit Diacetylmorphin bei einer Auslastung von 100%, gemessen an den Betriebskosten und der Anzahl bewilligten Plätze auf CH 55.-- (Berechnung gemäss Angaben von 10 HeGeBe-Zentren). Bei einer tatsächlichen durchschnittlichen Auslastung sämtlicher HeGeBe-Zentren von 85% bei der Behandlung mit Diacetylmorphin, belaufen sich somit die Kosten durchschnittlich auf CHF 60.--.

Verglichen mit dem oben erwähnten errechneten gesamtwirtschaftlichen Nutzen werden die Kosten somit schätzungsweise noch immer mit 36.- Franken pro Tag überkompensiert.

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 2006 waren in den 23 Behandlungszentren bei einem Betrieb von 365 Tagen pro Jahr 37 Personen in der Leitung, 37 Ärzte/-innen, 72 Angestellte für die Bereiche Betreuung und Therapie aus den Berufsgruppen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Psychologie sowie 187 Beschäftigte in Abgabe und Pflege und 30 Mitarbeitende im administrativen Bereich mit einem durchschnittlichen Arbeitspensum von 60% tätig. Die Fluktuationsrate des Personals im Jahre 2005 betrug 17.7%.

Die Mehrheit der Patienten/-innen (93.1%) 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=1152, fehlende Werte=20).

⁴ Der berechnete Gesamtnutzen setzte sich zum grössten Teil aus Einsparungen in den Bereichen Legalverhalten (75.5% in Form von Strafvollzugs- und Justizkosten) sowie Gesundheit (17.9%) zusammen. Die restlichen Einsparungen ergaben sich aus den Bereichen Wohnen mit 2.5% und Arbeiten mit 4.1%.

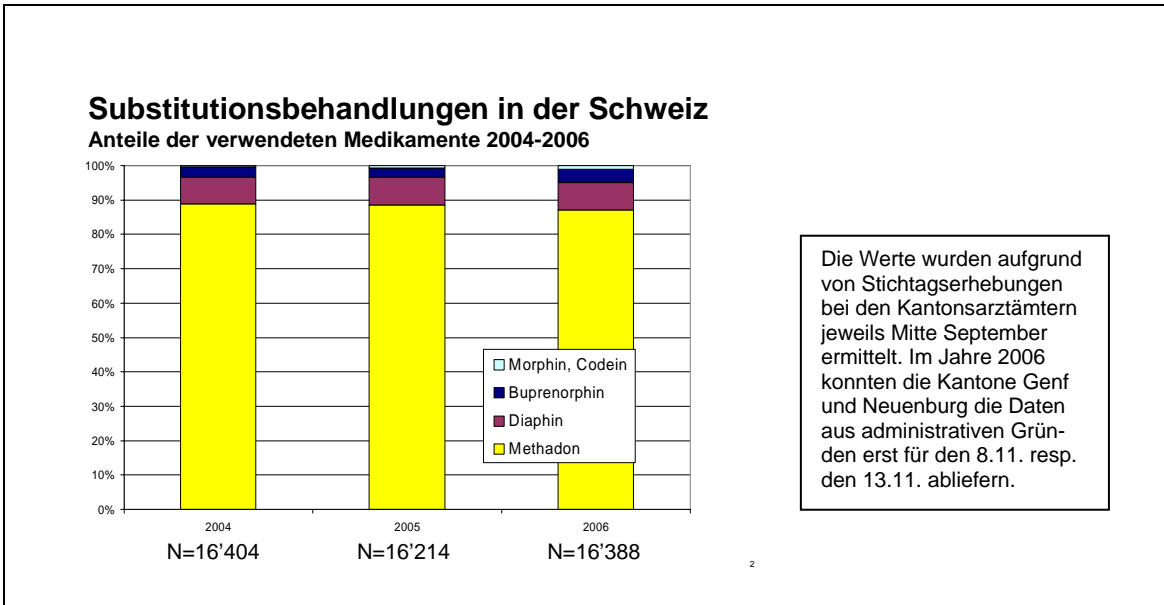
Tab 2: Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Grossen und Ganzen?

	Anzahl	gültige Prozent
sehr zufrieden	323	28.5
weitgehend zufrieden	731	64.6
leicht unzufrieden	68	6.0
ziemlich unzufrieden	10	0.9

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006

1.1.6. Substitutionsbehandlungen in der Schweiz

Weiterhin bleibt die Verteilung der Substitutionsbehandlungen mit den unterschiedlichen verwendeten Medikamenten relativ konstant. Eine leichte Zunahme konnte bei der Behandlung mit Buprenorphin sowie Morphin, Codein beobachtet werden. Der Anteil der Behandlung mit Diaphin (Heroingestützte Behandlung) bleibt mit 8% gleichbleibend tief, die meisten Substitutionsbehandlungen werden nach wie vor mit Methadon (87%) durchgeführt.



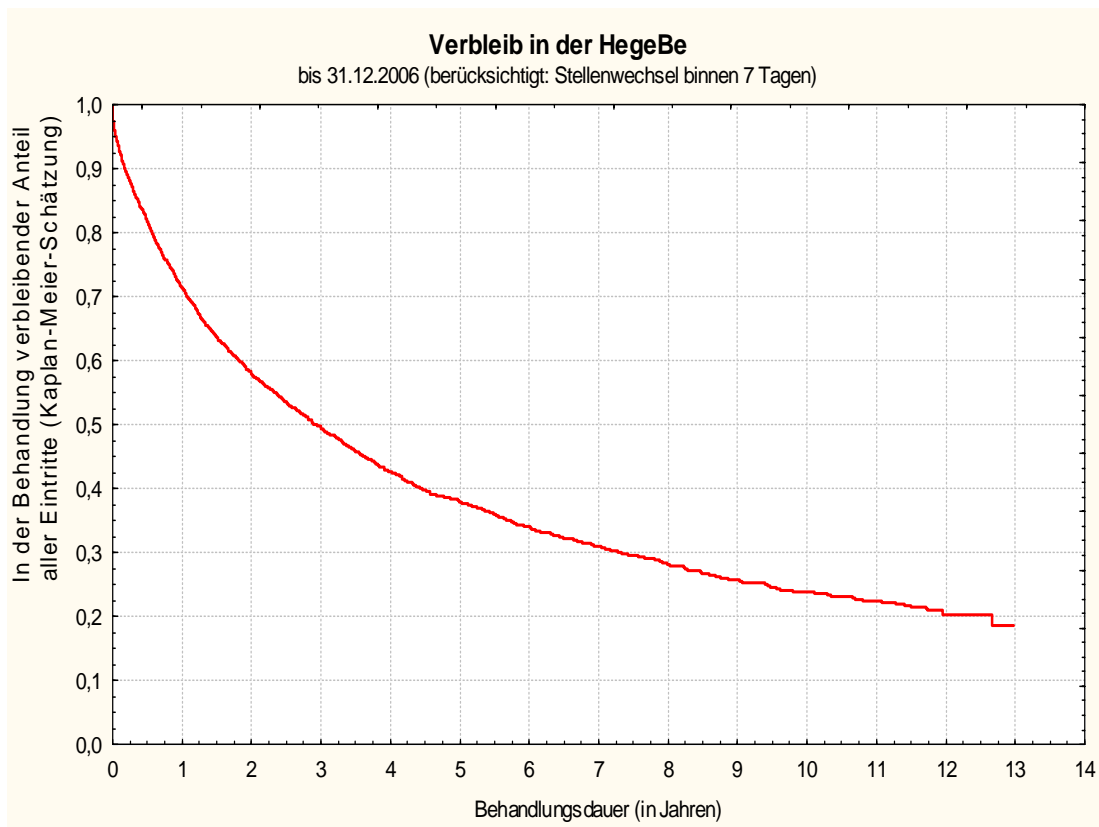
Quelle: Stichtagserhebung bei den Kantonsärztämtern 2006

Abb. 7: Substitutionsbehandlungen in der Schweiz

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. Als Datenbasis dienten 3448 Behandlungsepisoden (maximal sieben Tage ununterbrochene Behandlung) vom 01.01.1994 bis 31.12.2006. Von sämtlichen aufgenommenen Patient/innen verblieben 71,3% ein Jahr und 57,9% 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 2,92 Jahre.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006

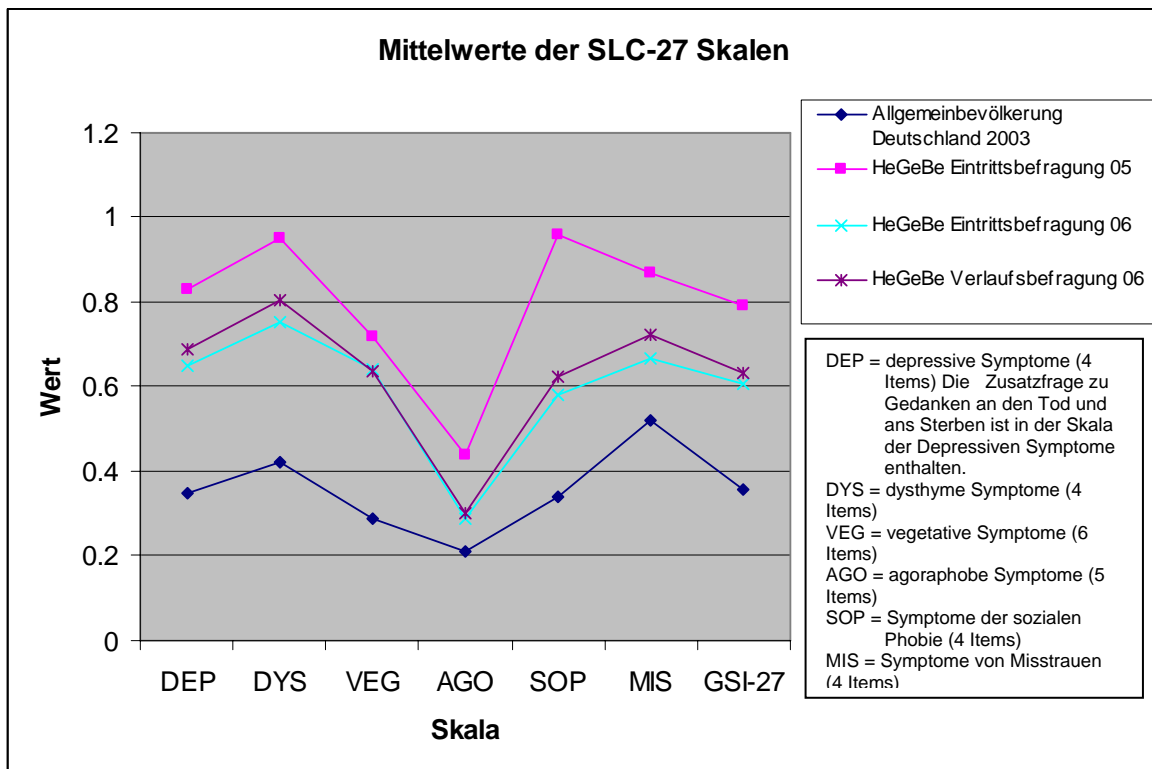
Abb. 8: Verbleib in der HeGeBe

• **„Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes“**

Psychische Gesundheit:

Hinweise auf den psychisch/emotionalen Gesundheitszustand der Patienten/-innen bieten die Resultate aus der Befragung mit dem Instrument SCL-27 (Symptom Checkliste-27, Version von Hardt et al.⁵).

Patienten/-innen, die 2006 neu eingetreten sind (n=72) weisen im Vergleich zu Mitgliedern einer allgemeinen deutschen Bevölkerungsstichprobe⁶ aus dem Jahr 2003 (N=2507, Hardt et al. 2006⁷) eine stärkere gesundheitliche Belastung auf (p<0.001). Sie erreichen in jeder Subskala höhere Werte. Mit Ausnahme der agoraphoben Symptome (kein signifikanter Unterschied) und den Symptomen von Misstrauen (p<0.05), ist jeder Unterschied mit p<0.001 signifikant. In die HeGeBe neu eingetretene Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in der gesundheitlichen Belastung. Vergleicht man die Werte der 2005 neu eingetretenen Patienten/-innen mit den Werten der Verlaufsbeurteilung 2006, so ist zu beobachten, dass die Eintrittswerte 2005 höher sind: ein mögliches Anzeichen für sinkende psychische Belastung im Laufe der Behandlung.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006

Abb. 9: 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 4.5.

⁵ 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

⁶ 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.

⁷ 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

Bei fast der Hälfte aller Patienten/-innen (48%), die 2006 neu in eine HeGeBe Stelle eingetreten sind, wurde eine weitere psychiatrische Störung diagnostiziert (ausser der Suchtdiagnose). Bei 41% lag genau eine Diagnose vor. Bei 5% zwei und bei 2% drei. Am häufigsten kommen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie affektive Störungen vor. Die genauen Werte sind in Tabelle 9 dargestellt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass bei den Eintrittsfragebögen nur diejenigen Diagnosen von den Mitarbeitenden der Behandlungsstellen eingetragen werden, die als gesichert gelten. Verdachtsdiagnosen können oftmals erst im Laufe der Behandlung bestätigt oder widerlegt werden und erscheinen daher nicht in dieser Auswertung.

Tab. 3: Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei HeGeBe Neueintritt nach ICD-10 (N=98, keine fehlenden Werte)

Störung	Anzahl	%
Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störung	1	1.0
Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störung	5	5.1
Affektive Störungen	15	15.3
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	8	8.2
Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	1.0
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	20	21.4
Intelligenzminderung	0	0.0
Entwicklungsstörungen	0	0.0
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4	4.1
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	1.0

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006

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 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 vorlag.

Die höchste Prävalenz findet sich für Hepatitis C Virus (HCV) mit 31 positiven von 49 Testresultaten (63.3%). Darauf folgen die Prävalenzen von Hepatitis B Virus (HBV) mit 37.1% (23 von 59 Testresultaten) und Hepatitis A Virus (HAV) mit 31.7% (19 von 60 Testresultaten). Die geringste Prävalenz besteht bei HIV mit 13.0% (6 von 51 Testresultaten).

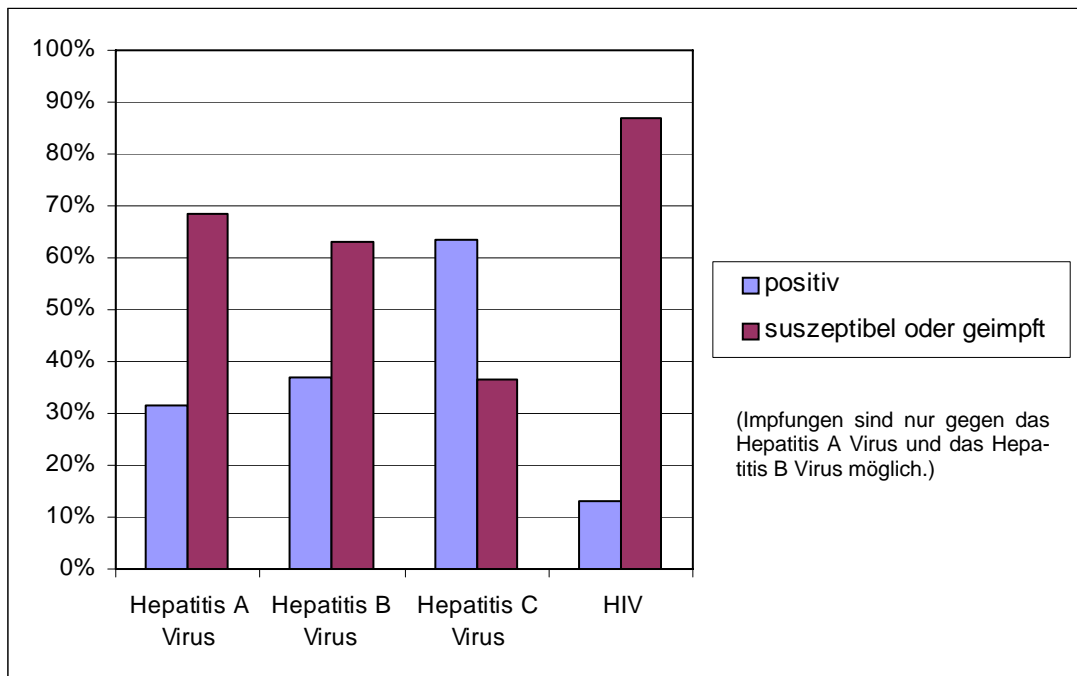
In der folgenden Tabelle sind jeweils die Prävalenzen und die Anzahl aller vorhandenen Testresultate dargestellt. In einer zusätzlichen Spalte sind die Anzahl der bei Eintritt durchgeführten Tests und deren Anteil an den gesamten Testresultaten aufgeführt.

Weiterhin sind die Anzahl der gegen HAV oder HBV geimpften und die der suszeptiblen (nicht infizierte Patienten/-innen ohne Impfung) Patienten/-innen dargestellt. Die fehlenden Werte geben an, bei wie vielen Patienten/-innen kein oder kein aktuelles (> 6 Monate) Testresultat vorhanden ist.

Tab 4: Prävalenz der Hepatitisvirus- und HIV-Infektionen

Serologie	Eintritte 2006 (N=98)		Testresultate Anteil Testungen bei Eintritt (Anzahl)	
	Gültige %	Anzahl		
Hepatitis A Virus			60	70% (42 von 60)
positiv	31.7%	19		
positiv, geimpft	28.3%	17		
negativ, empfänglich	40%	24		
fehlende Werte (n)	38	38		
Hepatitis B Virus			62	72.6% (45 von 62)
positiv	37.1%	23		
negativ, geimpft	32.3%	20		
negativ, empfänglich	30.6%	19		
fehlende Werte (n)	36	36		
Hepatitis C Virus			49	85.7% (42 von 49)
positiv	63.3%	31		
negativ	36.7%	18		
fehlende Werte (n)	49	49		
HIV			54	81.5% (44 von 54)
positiv	13%	7		
negativ	87%	47		
fehlende Werte (n)	44	44		

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006



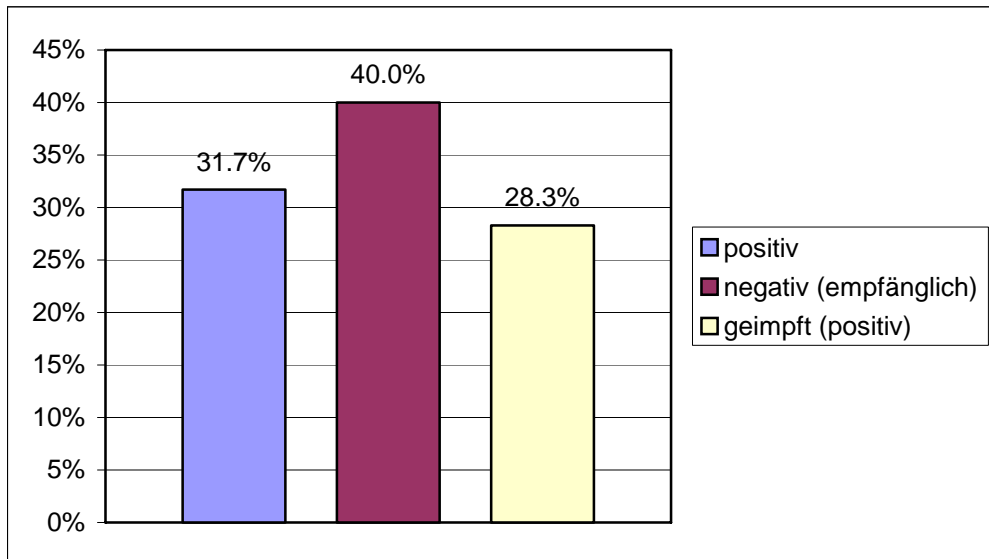
Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006

Abb. 10: Prävalenz der Hepatitisvirus- und HIV-Infektionen bei den Neueingetretenen 2006

Sowohl zu den HAV- als auch zu den HBV- geimpften Patienten/-innen sind jeweils diejenigen gezählt worden, bei denen im Eintrittsfragebogen eine früher erfolgte Impfung angegeben wurde.

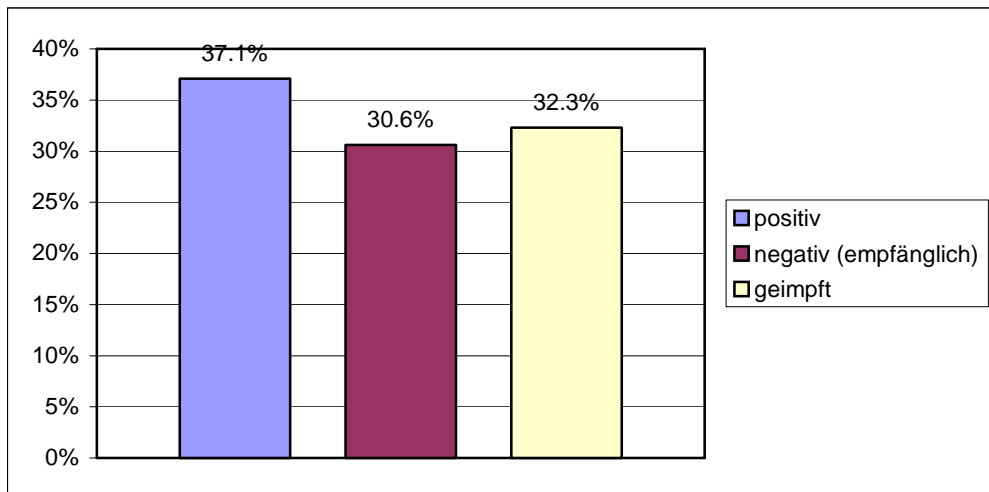
Impfstatus / -planung bei HAV und HBV:

Die HAV-Testresultate zeigen, dass 40.0% (24) der Patienten/-innen noch suszeptibel für eine Infektion sind, 28.3% (17) sind früher geimpft worden. Ist ein Test durchgeführt worden zeigen diese deshalb ein positives Resultat. Geimpfte Personen sind aus den positiven Testresultaten (31.7%, 19) ausgeschlossen.



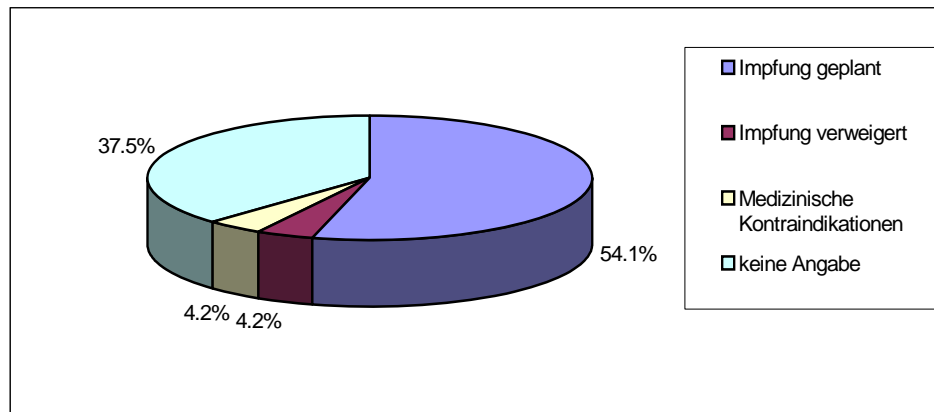
Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006
Abb. 11: HAV-Prävalenz und Impfstatus

Empfindlich für eine HBV-Infektion sind 30.6% (19 von 62 getesteten Patienten). Aus den Negativen sind diejenigen ausgeschlossen, die geimpft sind (32.3% oder 20 von 62 Patienten).



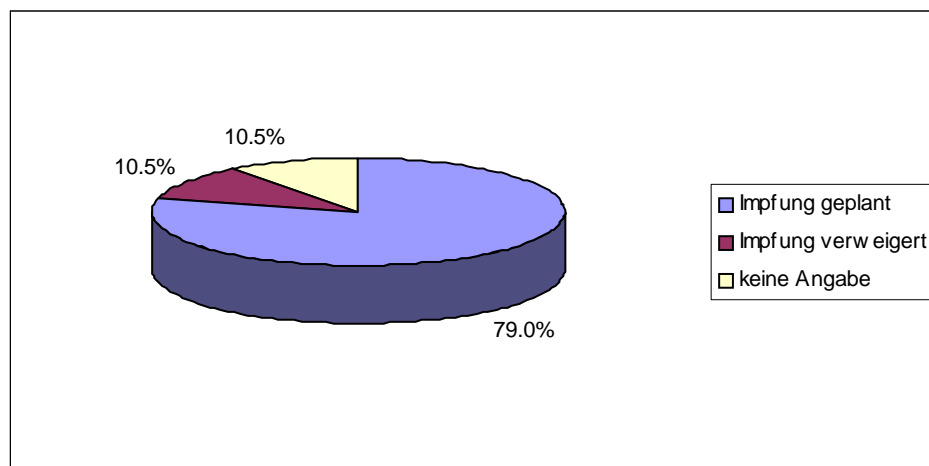
Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006
Abb. 12: HBV-Prävalenz und Impfstatus

Von insgesamt 24 Patienten, die für eine HAV-Infektion suszeptibel sind, war für 54.2% (12) eine Impfung geplant. Ein Patient konnte aufgrund medizinischer Kontraindikationen nicht geimpft werden.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006
Abb. 13: HAV-Impfplanung bei Eintritt

Bei den insgesamt 19 HBV suszeptiblen Patienten ist für 79.0% (15) eine Impfung vorgesehen. Eine Person verweigerte die Impfung.



Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006
Abb. 14: HBV-Impfplanung bei Eintritt

Aufgrund der oben aufgezeigten Prävalenzen von Hepatitis-Viren und HIV-Infektionen bei Neueintretenden zeigt sich, dass die Patienten/-innen 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/-innen im Laufe der Behandlung geimpft werden und für Patienten/-innen, mit positiven Testresultaten, konnte im Rahmen der Behandlung eine geeignete (medikamentöse) Therapie zusammengestellt werden.

- **„Verbesserung der sozialen Integration“**

Bei Eintritt waren 2006 12.4% (22) der Patienten/-innen aller HeGeBe-Zentren auf dem Arbeitsmarkt aktiv (Teilzeit, Vollzeit) und 23.5% (23) waren auf Stellensuche. Von den Patienten/-innen, die mindestens ein Jahr in Behandlung waren, verfügten bereits 29.5% (281) über eine Vollzeit- oder Teilzeitarbeitsstelle, 9.3% (88) waren auf Stellensuche, 7 Personen waren in Ausbildung und 5 Personen hatten eine Stelle zugesichert.

Die Verteilung der Patienten/-innen 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/-innen beziehen häufiger Sozialhilfe (49%) und seltener eine Teil-/Rente (20%) als Patienten/-innen, die schon mindestens ein Jahr in Behandlung waren (34% Sozialhilfe jedoch 43% Teil-/Rente).

Patienten/-innen, die mindestens ein Jahr in Behandlung waren, leben häufiger in einer stabilen Wohnsituation (93%) als neu Eingetretene (76%).

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/-innen in das Behandlungssetting der HeGeBe (vgl. Kapitel 1.2 Punkt 1) sowie der Anteil von 63% der Patienten/-innen welche nach Austritt aus der Behandlung eine Anschlussbehandlung antreten (50% wechselten in die Methadonsubstitution, 13% 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/-innengruppe 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 der folgenden Tabelle wird die Häufigkeit des Konsums (Mittelwert Tage) verschiedener Substanzen in den letzten 30 Tagen dargestellt. Die Tabelle ist unterteilt in Patienten/-innen, 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/-innen, 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/-innen reduziert werden kann.

Tab 5: 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	10.88	973	2.42
Alkohol (bis zur Trunkenheit)	92	1.39	976	.16
Heroin (illegales)	93	18.53	974	.40
Methadon	90	17.17	972	.65
Andere Opiate/Opioide	92	.17	977	.10
Benzodiazepine (nicht indiziert)	93	7.67	971	.85
Methaqualon	92	.33	978	.03
Barbiturate	97	.33	978	.03
Andere Sedativa, Tranquilizer	96	1.65	978	.09
Kokain	86	6.06	975	.88
Crack, Freebase	96	.91	978	.07
Cocktail (Heroin & Kokain)	89	3.45	979	.17
Cannabinoide	90	8.48	970	2.84
LSD	91	.33	979	.01
Tabak	93	27.10	960	8.50

Quelle: ISGF, HeGeBe-Monitoring, 2006

2. Internationale Entwicklung der Behandlung mit Diacetylmorphin⁸

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/-innen 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/-innen 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 und eine **belgische** Studie kann voraussichtlich 2007/08 in Angriff genommen werden.

⁸ Vgl. www.heroinstudie.de; www.ccbh.nl; www.iop.kcl.ac.uk; www.easp.es/pepsa; www.naomistudy.ca

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

3.1. Koordination und Netzwerkarbeit

Erneut hat dieses Jahr die ‚Verantwortlichensitzung‘ dreimal stattgefunden, wozu jeweils sämtliche Stellen- sowie ärztliche Leitende aller HeGeBe-Zentren der Schweiz eingeladen sind. Nebst Informationen aus dem BAG, den Zentren und externen Partnern dient die Sitzung auch als Austausch-, Diskussions- sowie Koordinationsplattform.

Die ‚Fachkommission HeGeBe‘ besteht aus Stellenleitenden und ärztlichen Leitenden der HeGeBe-Zentren sowie kantonalen Vertretern und weiteren Fachpersonen und wird sich mit der Zukunft von Substitutionsbehandlung und insbesondere auch mit der Revision der Verordnung vom 8. März 1999 über die ärztliche Verschreibung von Heroin (812.121.6) befassen.

3.2. Bewilligungswesen / Sekretariat

Insgesamt stellte das BAG im Jahre 2006, gemäss Verordnung Artikel 16, Absatz 1, littera a, 1320 Patientenbewilligungen (Erstbewilligungen sowie Erneuerungsbewilligungen von Patienten/-innenbewilligungen), 74 Mitgabebewilligungen, 4 Arztbewilligungen, 13 Institutionsbewilligungen sowie 96 Hospitalisationsbewilligungen), nach Überprüfung der jeweiligen zu erfüllenden Bestimmungen aus.

Durch die Einführung einer neuen Datenbank sollen die administrativen Abläufe vereinfacht und speditiver werden.

3.3. Unterstützung und Betreuung, Kontrolle

Wiederum wurden sämtliche HeGeBe-Behandlungszentren im Berichtszeitraum besucht. 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 der diesjährigen Besuchsrunde waren vor allem die Qualitätsentwicklung (vgl. Kapitel 3.4), die HeGeBe-Monitoringdaten 2005 sowie das Thema ‚Datenschutz in den HeGeBe-Zentren‘.

3.4. Qualitätsentwicklung

- QuaTheDA:

Die Schulung der HeGeBe-Zentren für die Einführung des Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA (www.quatheda.ch) konnte Ende 2006 gestartet werden und wird bis Ende 2007 dauern. Die Schulung soll die Zentren dabei unterstützen, Qualitätsstandards zu entwickeln sowie intern oder stellenübergreifend Audits durchzuführen, um somit die Qualitätsentwicklung in den Zentren zu verankern.

3.5. Forschungsförderung

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

Der Antrag auf Zulassung von Diacetylmorphin (DAM)-Tabletten wurde im Dezember 2005 eingereicht. Das Dossier wird zur Zeit bei Swissmedic begutachtet, die Entscheidung der Swissmedic für die Zulassung steht noch aus.

Im Jahr 2006 waren die Arbeiten durch die Fortführung zweier, im Hinblick auf die Zulassung der DAM-Tabletten bereits begonnene Studien gekennzeichnet:

Kohortenstudie zur Erfassung der Sicherheit und Verträglichkeit. Diese Studie besteht seit November 2003. Sie erfasst die Dosisverläufe, die unerwünschten Nebenwirkungen und die Patienten/-innen-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.

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).

Pharmakokinetische Studie zur Abklärung der Frage betreffend der Ursachen der ungewöhnlich hohen Morphinbioverfügbarkeit bei opiatabhängigen Patienten/-innen, die Diacetylmorphin im 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 2007 erwartet.

- **Ritalin und kognitiv-behaviorale Gruppenpsychotherapie bei Kokainbeikonsum**

Die Pilotstudie zur Einsatzmöglichkeit von Ritalin und kognitiv-behavioraler Gruppenpsychotherapie (CBT) bei Kokain konsumierenden Patienten/-innen in opioidgestützter Behandlung wurde im Sommer 2006 abgeschlossen. Die Studie mit 62 Patienten/-innen lieferte keine Hinweise dafür, dass Methylphenidat (Ritalin) in diesem Kollektiv den Kokainkonsum reduziert. Die Medikation wurde insgesamt gut toleriert. Die kognitiv-behaviorale Therapie erbrachte ebenfalls keine Verbesserungen. Die Hauptergebnisse wurden im BAG-Bulletin 51/06 vom 18. Dezember 2006 publiziert (unter www.bag.admin.ch/Dokumentation/publikationen einsehbar).

Auf die Durchführung einer Hauptstudie wird verzichtet.

4. Diacetylmorphin: Kontrolle der Verwendung und statistische Angaben

4.1. Kontrolle der Verwendung

Die Betäubungsmittelgesetzgebung enthält Massnahmen zur Verhinderung möglicher Missbräuche mit Präparaten, die für die medizinische Verwendung bestimmt sind, insbesondere betrifft dies Diacetylmorphin zur Behandlung von schwer opiatabhängigen Patienten/-innen. Das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic ist mit der Überwachung der Verwendung des in der Schweiz verabreichten Diacetylmorphins beauftragt (Reinsubstanz (Stoffkontrolle) und Arzneiformen (z.B. Registrierung)). Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel nimmt in den 23 Abgabезentren, in denen die Heroingestützte Behandlung durchgeführt wird, vor Ort Inspektionen vor. Kontrolliert werden auch die Firmen, die an der Herstellung und am Handel von Diacetylmorphin für die HeGeBe beteiligt sind. Mittels monatlicher Kontrollen wird der Stofffluss von Diacetylmorphin genau kontrolliert.

4.2. Verfügbare Arzneiformen

Folgende Arzneiformen standen im Jahre 2006 zur Verfügung:

- Diaphin[®], Injektionsfläschchen zu 10 Gramm Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat zur intravenösen Verabreichung. Dieses Präparat wurde am 7. Dezember 2001 durch Swissmedic registriert.
- Diacetylmorphin IR, Tabletten 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 Entscheid wird für Ende 2007 erwartet.
- Diacetylmorphin SR, Tabletten zu 200 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid-Anhydrid (enthalten 213 mg Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat) mit Retardwirkung. Auch für dieses Präparat wurde von der Lieferfirma im Dezember 2005 bei Swissmedic ein Registrierungsdossier eingereicht.

4.3. Verwendete Mengen

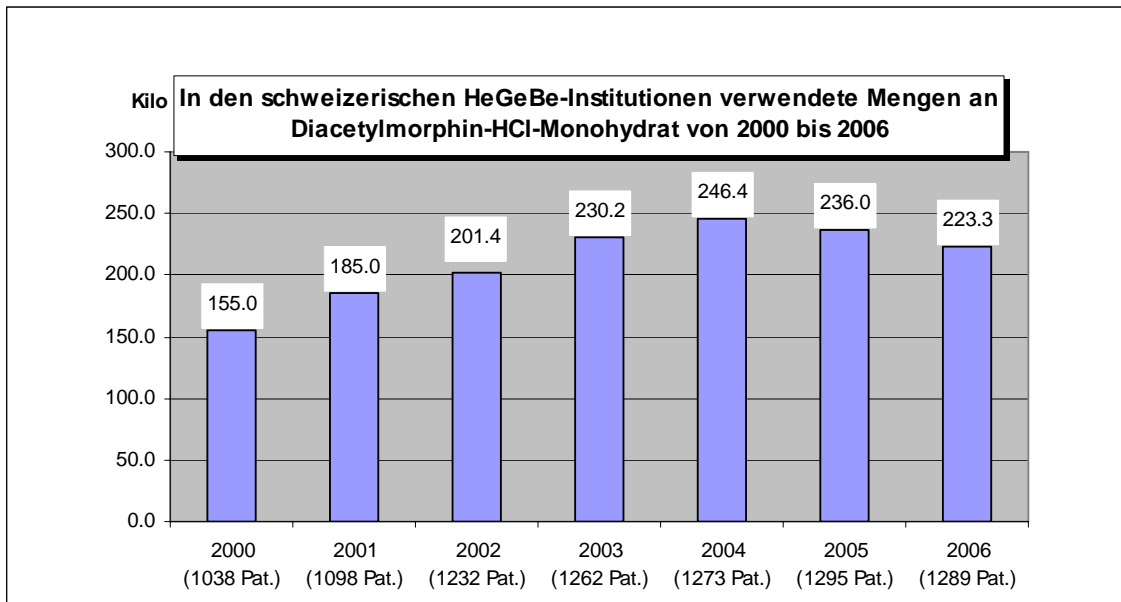
Im Jahre 2006 betrug die von den Behandlungskliniken abgegebene Total-Menge an Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat 230'045 g; die den Patient/-innen abgegebene Menge belief sich auf 223'321 g. Die Differenz (6'722 g) ist durch die Verluste bei der Handhabung der Injektionslösungen erklärbar, da einige Milligramm der Substanz den Ampullen nicht entnommen werden können.

Tab. 6: Verwendete Mengen Diacetylmorphin

➤ Gesamtmenge 2006 an Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat für in der Schweiz behandelte Patienten/-innen	230 Kilogramm
➤ Anteil Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat in injizierbarer Form (hauptsächlich Injektionsfläschchen zu 10 Gramm)	65.6 %
➤ Anteil Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat in oral verabreichter Form - Tabletten IR (245 250 Tabletten)	20.2 %
➤ Anteil Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat in oral verabreichter Form - Tabletten SR (122 600 Tabletten)	11.1 %
➤ Anzahl der am 27. Dezember 2006 in den 23 Institutionen behandelten Patienten/-innen	1'289

Quelle: Swissmedic, 2006

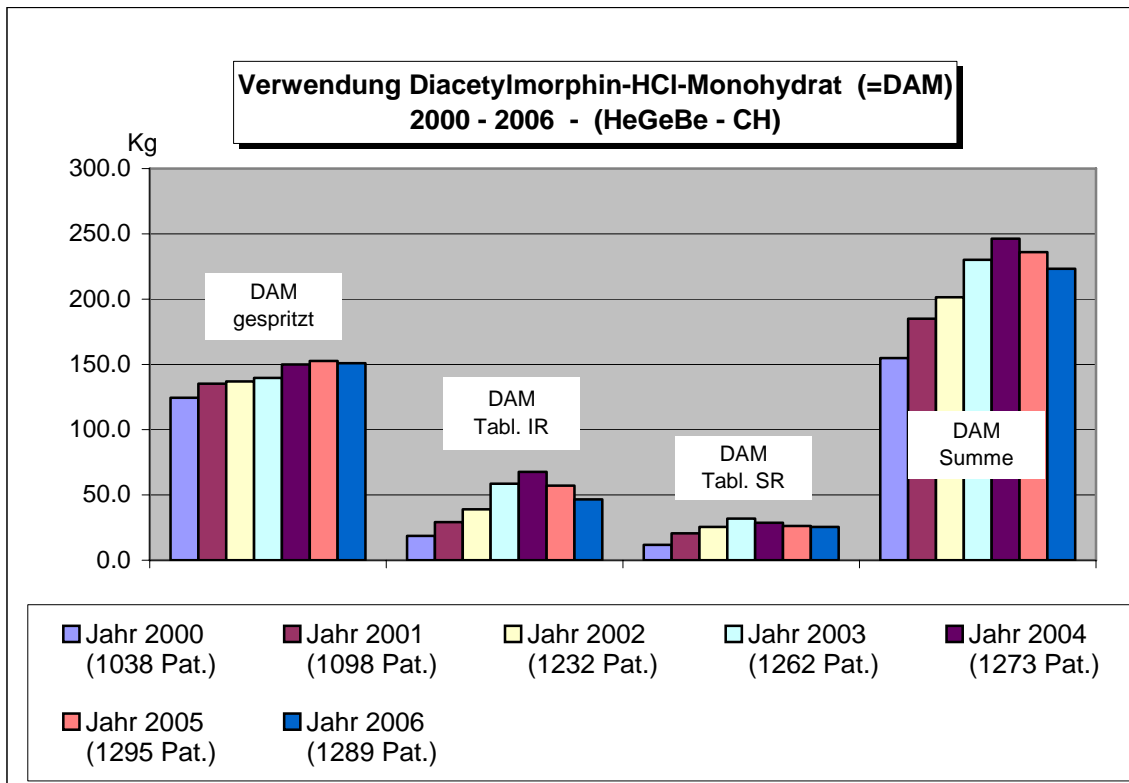
Die folgenden Tabellen geben die Entwicklung der Verwendung von Diacetylmorphin Hydrochlorid-Monohydrat im Laufe der vergangenen sieben Jahre wieder:



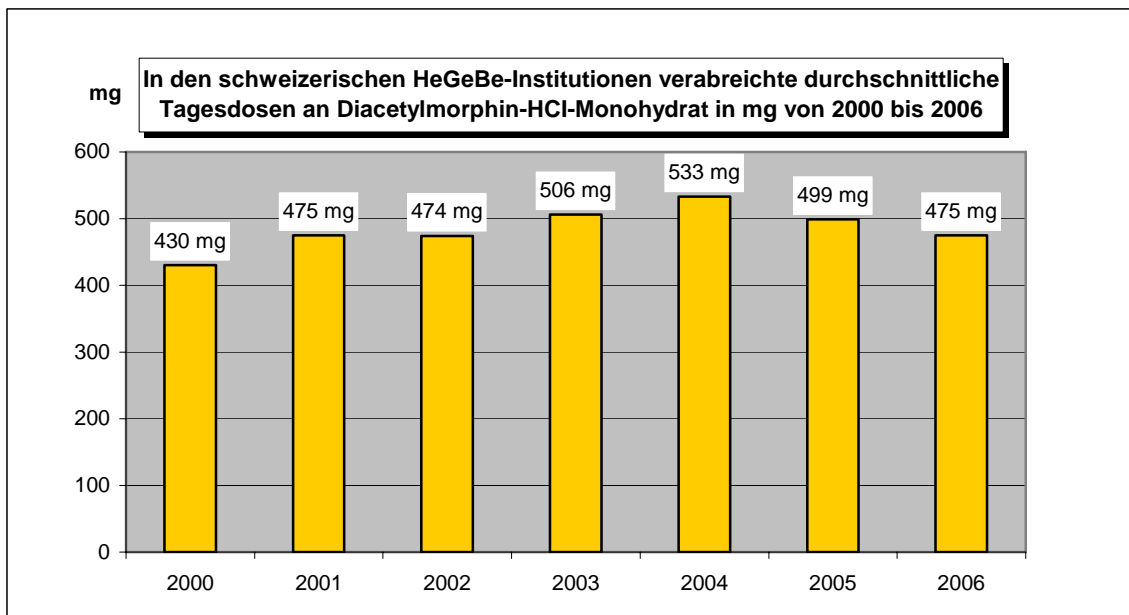
Quelle: Swissmedic, 2006

Abb. 15: Verwendete Menge Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat

2006 wurden im Vergleich zum Vorjahr 5,4 % weniger Diacetylmorphin hydrochlorid-Monohydrat verwendet; die Zahl der Patienten/-innen verringerte sich um 0.46 %. Eine Erklärung dieser Entwicklung folgt weiter unten.



Quelle: Swissmedic, 2006
Abb. 16: Verabreichte Menge an Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat nach Arzneiform



Quelle: Swissmedic, 2006
Abb. 17: Verabreichte durchschnittliche Tagesdosen an Diacetylmorphin-HCl-Monohydrat in mg

Die Schwankungen bei den durchschnittlichen Tagesdosen an Diacetylmorphin in den vergangenen sechs Jahren hängen in erster Linie mit der Art der verwendeten Arzneiform zusammen. Die Zunahme der oralen Verabreichung (mit einer geringeren Bioverfügbarkeit im Vergleich zu Injektionen) in den letzten Jahren hat von 2000 bis 2003 zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Dosen geführt. 2005 ging die orale Verabreichung aber wieder zurück, vor allem aufgrund des begrenzten Zugangs zu diesem Verabreichungsweg. Da Swissmedic die Diacetylmorphin-Tabletten noch nicht

registriert hat, konnten einzig die laufenden Behandlungen fortgeführt werden, was im Rahmen einer klinischen Untersuchung zur Erhebung der nötigen Daten für das Zulassungsverfahren geschah. Aus diesem Grund wurde vermehrt zur Injektionslösung gegriffen, wie die untenstehenden Zahlen zeigen.

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

Laut Artikel 32 des Betäubungsmittelgesetzes sind die Daten zur Verwendung von Betäubungsmitteln dem internationalen Kontrollorgan für Betäubungsmittel der UNO mitzuteilen. Erwähnt werden müssen die Schwankungen des Lagerbestands zwischen Anfang und Ende des laufenden Jahres, die Herstellung im Land, Import und Export sowie die Verwendung.

Mit der Überwachungsaktivität konnten die nötigen Daten zur Erstellung der erforderlichen Statistiken erhoben werden. Dazu war eine enge Zusammenarbeit zwischen den Behörden und den betroffenen Firmen und Behandlungsinstitutionen nötig.

4.5. Ergebnis der Kontrollen

Auch wenn sich Missbräuche nicht ausschliessen lassen, so sind sie angesichts der bestehenden Kontrollmassnahmen sehr unwahrscheinlich. 2006 wurde, wie bereit in den Jahren zuvor, keine ernsthafte Widerhandlung entdeckt.

5. Literaturliste der Neuerscheinungen 2006 zur Heroingestützten Behandlung

Dursteler-Mac Farland,K, Stohler,R, Modovanyi,A, Rey,S, Basdekis,R, Gschwend,P, Eschmann,S, Rehm,J. 2006. Complaints of heroin-maintained patients: a survey of symptoms ascribed to diacetylmorphine. *Drug Alcohol Depend*, 81, 231-239.

Ferri,M, Davoli,M, Perucci,CA. 2006. Heroin maintenance treatment for chronic heroin-dependent individuals: a Cochrane systematic review of effectiveness. *J Subst Abuse Treat*, 30, 63-72.

Frick,U, Rehm,J, Kovacic,S, Ammann,J, Uchtenhagen,A. 2006. A prospective cohort study on orally administered heroin substitution for severely addicted opioid users. *Addiction*, 101, 1631-1639.

Gerlich,M, Gschwend,P, Uchtenhagen,A, Krämer,A, Rehm,J. 2006. Prevalence of hepatitis and HIV infections and vaccination rates in patients entering the heroin-assisted treatment in Switzerland between 1994 and 2002. *Eur J Epidemiol*, 21(7), 545-9, 2006.

Haasen,C, & van den Brink,W. 2006. Innovations in agonist maintenance treatment of opioid-dependent patients. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(6), 631-636.

Hickman,M, MacLeod,J, De Angelis,D. 2006. Harm-reduction interventions in injection drug use. *The Lancet*, 367, 1797-1798.

Hogen Esch,AJ, van der Heide,S, Van den Brink,W, Van Ree,JM, Bruynzeel,DP, Coenraads,PJ. 2006. Contact allergy and respiratory/mucosal complaints from heroin (diacetylmorphine). *Contact Dermatitis*, 54, 42-49.

Kahan,M, Srivastava,A, Shen,K. 2006. Why we object to NAOMI. Heroin maintenance in Canada. *Can Fam Physician*, 52, 709-11.

Klous,MG, Lee,W, Hillebrand,MJ, Van den Brink,W, Van Ree,JM, Reijnen,JH. 2006a. Analysis of diacetylmorphine, caffeine, and degradation products after volatilization of pharmaceutical heroin for inhalation. *J Anal Toxicol*, 30, 6-13.

Klous,MG, Lee,WC, Van den Brink,W, Van Ree,JM, Beijnen,JH. 2006b. Volatilisation of diacetylmorphine: in vitro simulation of 'chasing the dragon'. *Pharmazie*, 61, 438-445.

March,JC, Oviedo-Joekes,E, Perea-Milla,E, Carrasco,F, PEPSA team. 2006. Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *J Subst Abuse Treat*, 31, 203-211.

Metrebian,N, Carnwath,Z, Mott,J, Carnwath,T, Stimson,GV, Sell,L. 2006. Patients receiving a prescription for diamorphine (heroin) in the United Kingdom. *Drug Alcohol Rev*, 25, 115-121.

Mitchell,TB, Lintzeris,N, Bond,A, Strang,J. 2006. Feasibility and acceptability of an intranasal diamorphine spray as an alternative to injectable diamorphine for maintenance treatment. *Eur Addict Res*, 12, 91-5.

Nordt,C & Stohler,R. 2006. Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. *The Lancet*, 367, 1830-1834.

Rook,EJ, Huitema,AD, Van den Brink,W, Van Ree,JM, Beijnen,JH. 2006a. Population pharmacokinetics of heroin and its major metabolites. *Clin Pharmacokinet*, 45, 401-417.

Rook,EJ, Van Ree,JM, Van den Brink,W, Hillebrand,MJ, Huitema,AD, Hendriks,VM, Beijnen,JH. 2006b. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of high doses of pharmaceutically prepared heroin, by intravenous or by inhalation route in opioid-dependent patients. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*, 98, 86-96.

Small,D, Drucker,E, Editorial for Harm Reduction Journal. 2006. Policy makers ignoring science and scientists ignoring policy: the medical ethical challenges of heroin treatment. *Harm Reduction Journal*, 3, 16.

Strang,J & Sheridan,J. 2006. Heroin and methadone prescriptions from a London drug clinic over the first 15 years of operation (1968-1983): old records examined. *Substance Use Misuse*, 41, 1227-1238.

Verthein,U, & Haasen,C. 2006. Result of a heroin study in Germany [in German]. *Suchtmedizin*, 8, 78.

Anhang

Zentrum	Heroingestützte Behandlung seit	Belegung per 31.12.2006	Bewilligte Plätze per 31.12.2006
Basel, Janus	Oktober 94	143	150
Baselland, DBL	Juni 00	21	20
Bern, Koda	Mai 94	203	225
Biel, Suprax	September 95	64	65
Brugg, HAG	September 00	25	50
Burgdorf, Biwak	Mai 00	45	50 (10) ⁹
Cazis, Realta	Januar 01	9	10
Chur, Neumühle	Juli 00	28	32
Genf, Peps	September 95	43	50
Horgen, DBB	September 95	30	35
Luzern, Drop-In	September 95	90	90
Olten, Herol	Mai 94	30	32
Schaffhausen, HeGeBe SH	Mai 02	25	25
Solothurn, Gourrama	August 95	40	43
Solothurn, Kost	September 95	5	15
St. Gallen, MSH	September 95	72	75
Zürich, Crossline	August 95	74	152
Zürich, Lifeline	Januar 94	71	
Thun, HeGeBe Thun	Juli 94	70	70
Wetzikon, PZW	Januar 02	18	25
Winterthur, Ikarus	August 95	55	55
Zug, Zopa	August 95	27	30
Zürich, ZokL2	Januar 94	120	130
Total		1308	1429 (10)

Quelle: BAG, Patientendatenbank HeGeBe, 2006

⁹ Zunahme der Anzahl bewilligter Plätze gegenüber 2005