



# Heroingestützte Behandlung - Veränderung der Klientel in der Schweiz und Review der Kostenanalysen

**Michael Schaub, Heidi Bolliger, Damian Hildebrand**

**Schlussbericht Vertrag Nr. 12.005779**

**Januar 2013**

## Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung - Résumé.....	3
2.	Einleitung.....	5
3.	Veränderung der Klientenprofile .....	5
3.1	Methodische Erläuterungen.....	5
3.2	Bestand und Neuzuzüge.....	6
3.2.1	Bestand.....	6
3.2.2	Ersteintritte .....	8
3.3	Bleibewahrscheinlichkeit.....	12
3.4	Zivilstand, Kinder und Wohnsituation .....	13
3.4.1	Zivilstand.....	13
3.4.2	Kinder .....	14
3.4.3	Staatsbürgerschaft .....	15
3.4.4	Wohnsituation.....	16
3.5	Einkommen und Ausbildung .....	17
3.6	Erwerbsstatus.....	18
3.7	Geldquellen .....	19
3.8	Gesundheit .....	20
3.8.1	Spritzentausch .....	20
3.8.2	HIV .....	21
3.8.3	Hepatitis A .....	21
3.8.4	Hepatitis B .....	23
3.8.5	Hepatitis C .....	25
3.8.6	Psychiatrische Störungen .....	26
3.9	Substanzenkonsum .....	27
3.9.1	Lebenszeitprävalenz .....	27
3.9.2	Regelmässiger Konsum.....	27
3.9.3	Konsum in den letzten 30 Tagen .....	30
3.10	Behandlungserfahrung.....	32
3.10.1	Vermittlung zu HeGeBe .....	32
3.10.2	Anzahl und Dauer bisheriger Behandlungen.....	33
3.11	Austrittsgründe.....	37
3.12	Abgabeformen.....	37
4.	Internationale Review der Kostenanalysen.....	39
4.1	Einleitung.....	39

4.2	Kosten-Nutzen-Studien .....	39
4.3	Kosten-Effektivitäts-Studien.....	40
4.4	Vergleich der Kosten für ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr .....	43
5.	Diskussion der Resultate und Überlegungen für die Schweiz .....	44
5.1	Argumente gegen eine neue Kostenanalyse der schweizerischen Heroingestützten Behandlung.....	44
5.2	Veränderungen der Klientenprofile mit Kostenrelevanz .....	45
5.3	Limitationen .....	47
5.4	Schlussfolgerungen.....	48
6.	Literatur .....	49

## 1. Zusammenfassung – Résumé

### Zusammenfassung:

Die Profile der Ersteintritte in die Heroingestützten Behandlung in der Schweiz sind zwischen den Jahren 2000 und 2011 erstaunlich konstant geblieben. Das betrifft die Dimensionen Zivilstand, Kinderzahl, Wohnsituation, Ausbildungsstand, Berufstätigkeiten, Geldquellen, Behandlungserfahrung, bisheriger und aktuellen Konsum. Zugenommen hat allerdings das Durchschnittsalter der Gesamtklientel und wenn auch etwas weniger deutlich jenes der Ersteintritte. Gerade bei der alternden Klientel werden multiple Risiken für chronische somatische und möglicherweise auch psychische Erkrankungen vermutet, die in Zukunft noch zunehmen könnten. In Bezug auf den Substanzenkonsum nahm in der untersuchten Zeitspanne der Benzodiazepinkonsum bei den Ersteintritten zu und umgekehrt das Einstiegsalter für Kokainkonsum ab. Näher wissenschaftlich verfolgt und untersucht werden sollte der Konsum und die Zusammenhänge von Methylphenidat und Kokain bei Klientel in der Heroingestützten Behandlung. Positiv entwickelt haben sich bei den Ersteintritten die Anteile an Hepatitis A und B Impfungen, die gleichzeitig durch eine Abnahme an positiven Hepatitis B Fällen einhergingen. Der Anteil chronisch verlaufender Hepatitis C Erkrankungen bei den Ersteintritten nahm leicht ab, liegt gegenwärtig jedoch immer noch bei rund 40 Prozent. Der Anteil an HIV positiven Ersteintritten blieb konstant bei rund 10 bis 15 Prozent.

Vergleiche der Kosten-Effektivität der Heroingestützten Behandlung basierend auf randomisiert kontrollierten Wirksamkeitsstudien mit anderen Substitutionsbehandlungen in Deutschland, Kanada, den Niederlanden und in Grossbritannien zeigten bisher ausschliesslich, dass die Heroingestützte Behandlung den jeweiligen Substitutionsbehandlungen überlegen war. Ob sich ein ähnlicher Befund in der schweizerischen Heroingestützten Behandlung in einer adäquaten Studie zeigen würde ist zwar unsicher, aber aufgrund der bisherigen Evidenz wahrscheinlich. Neue kostenrelevante Trends sind vornehmlich in der Behandlung von chronischen Erkrankungen aufgrund multipler Krankheitsrisiken zu erwarten, die sich insbesondere in der vorzeitig alternden Klientel ergeben werden. Hier müssen neue Lösungen in der Behandlung und Kostendeckung mittel- und langfristig für HeGeBe-Zentren unterschiedlicher Grösse gefunden werden.

### Résumé

Entre 2000 et 2011, le profil de la clientèle admise pour la première fois en traitement avec prescription d'héroïne en Suisse est resté étonnamment stable. Cette constance s'observe dans les dimensions suivantes : état civil, nombre d'enfants, logement, degré de formation, activités professionnelles, sources de revenus, parcours thérapeutique, consommation actuelle et passée. En moyenne, la clientèle est toutefois plus âgée ; elle est également plus

âgée, mais de façon un peu moins marquée, au moment de la première admission. Or, une clientèle plus âgée présente de nombreux risques de développement de maladies somatiques, voire psychiques, chroniques. Ces risques pourraient s'accroître à l'avenir. Par ailleurs, durant la période étudiée, la consommation de substances présente pour les benzodiazépines, une augmentation auprès de ceux qui entament le traitement pour la première fois, et, pour la cocaïne, un abaissement de l'âge de début de consommation ; enfin, la consommation de méthylphénidate et de cocaïne par la clientèle suivant un traitement avec prescription d'héroïne, tout comme les liens entre ces deux substances, mériteraient d'être suivis et étudiés de manière plus approfondie. L'évolution est positive en ce qui concerne le taux de vaccination de l'hépatite A et B de la clientèle qui suit ce traitement pour la première fois, elle va de pair avec une diminution des cas d'hépatite B. Dans cette même clientèle, le taux d'hépatites C d'évolution chronique diminue légèrement, tout en restant de l'ordre de 40 pourcent. Parmi la clientèle qui suit le traitement pour la première fois, le taux de porteurs de VIH reste stable, de l'ordre de 10 à 15 pourcent.

Des comparaisons coût-efficacité des traitements avec prescription d'héroïne ont été menées en Allemagne, au Canada, aux Pays-Bas ainsi qu'en Grande Bretagne, sur la base d'études d'efficacité randomisées, par comparaison avec d'autres traitements de substitution. À ce jour, ces comparaisons ont systématiquement montré que les traitements avec prescription d'héroïne étaient supérieurs aux traitements de substitution comparés du point de vue coût-efficacité. S'il n'est guère possible de l'affirmer avec certitude, il est néanmoins vraisemblable, au vu des résultats déjà disponibles, qu'une étude ad hoc portant sur les traitements avec prescription d'héroïne administrés en Suisse aboutirait à des résultats similaires. De nouvelles tendances influençant les coûts sont prévisibles dans le traitement des affections chroniques dues à la multiplicité des risques de maladie, plus particulièrement auprès de la clientèle qui vieillit précocement. Face à cette évolution, de nouvelles solutions s'imposent à moyen et à long terme dans le traitement et la couverture des coûts dans les centres HeGeBe de différentes tailles.

## 2. Einleitung

Der vorliegende Bericht gliedert sich in drei Teile. Der erste besteht aus einer Analyse der Veränderung der Profile der Klientel, die zwischen November 2000 und Dezember 2011 erstmals in die Heroingestützte Behandlung eingetreten sind, der zweite aus einem internationalen Review der Kostenanalysen der Heroingestützten Behandlung sowie einem dritten Teil, der die Veränderungen der Klientenprofile mit dem Review der Kostenanalysen verbindet und diskutiert.

## 3. Veränderung der Klientenprofile

### 3.1 Methodische Erläuterungen

Grundsätzlich werden in die Analysen der Ersteintritte nur erstmals in die schweizerische Heroingestützte Behandlung (HeGeBe) Klientel mit einbezogen, damit es zu keinen Verzerrungen aufgrund von Selektionseffekten kommt, wie zum Beispiel aufgrund bisheriger Behandlungserfahrungen in der HeGeBe. Konsequenterweise werden die Wiedereintritte hier nicht mit einbezogen.

Der Verlauf von Alter, Geschlecht, Fallzahlen und Austrittsgründen kann bereits ab 1994 dargestellt werden. Es soll hauptsächlich die Frage geklärt werden, ob die Patientinnen und Patienten, die in den letzten Jahren erstmals in die HeGeBe aufgenommen wurden, bei Aufnahme andere Profile hatten als die, die vor längerer Zeit eingetreten sind.

Dazu werden die Daten, die von den erstmals in die HeGeBe eingetretenen Personen verfügbar sind, als Verlauf dargestellt. Zwischen November 2000 und Dezember 2004 wurden andere Fragebögen verwendet als von Januar 2005 bis Dezember 2011. Manche Angaben wurden im alten und im neuen Fragebogen mit identischen Fragestellungen erfasst, die meisten Fragen unterscheiden sich jedoch in der Fragestellung und/oder den Antwortmöglichkeiten. Diese Angaben wurden so transformiert, dass sie vergleichbar sind. Trotzdem kann eine leicht andere Fragestellung oder andere Antwortmöglichkeiten das Antwortverhalten beeinflussen. Im Text ist jeweils vermerkt, wie sich die Fragen im alten und neuen Fragebogen unterscheiden und welche Effekte vermutlich dadurch entstanden sind.

Ergänzend zu den Ersteintritten wurden zusätzlich interessante Daten aus den Austrittsfragebögen dargestellt. Bei den Auswertungen der Austrittsfragebogen hat sich gezeigt, dass diese nur selten von der austretenden Person selbst ausgefüllt werden sondern vielmehr nachträglich von einer Behandlungsperson. Die vorhandenen Austrittsdaten sind deshalb wenig valide. Konsequenterweise wurden für die vorliegende Auswertung zu den Profilveränderungen nur die Auswertungskategorien mit hoher Validität ausgewertet. Es sind dies Todesfälle und Austrittsgründe über die Jahre 1994 bis 2011.

Alle Verläufe wurden visualisiert, um die Veränderungen möglichst anschaulich darzustellen. Der Übersicht halber wurden dazu manchmal auch Antwortkategorien zusammengefasst oder weggelassen, sofern diese kaum genannt wurden. Die vollständigen Antworten mit allen Zahlen (Anzahl, Prozentwerte, gültige und fehlende Werte) finden sich im Anhang in Tabellenform. Es existieren für alle Grafiken Tabellen. An dieser Stelle sei noch vermerkt, dass die höhere Anzahl an fehlenden Werten in den Jahren 2000 bis 2004 daher kommt, dass die Eintrittsdaten in zwei separaten Fragebögen erfasst wurden: Falls nur ein Fragebogen einer Person zugewiesen werden konnte, wurden die Antworten des anderen Fragebogens als fehlende Werte behandelt.

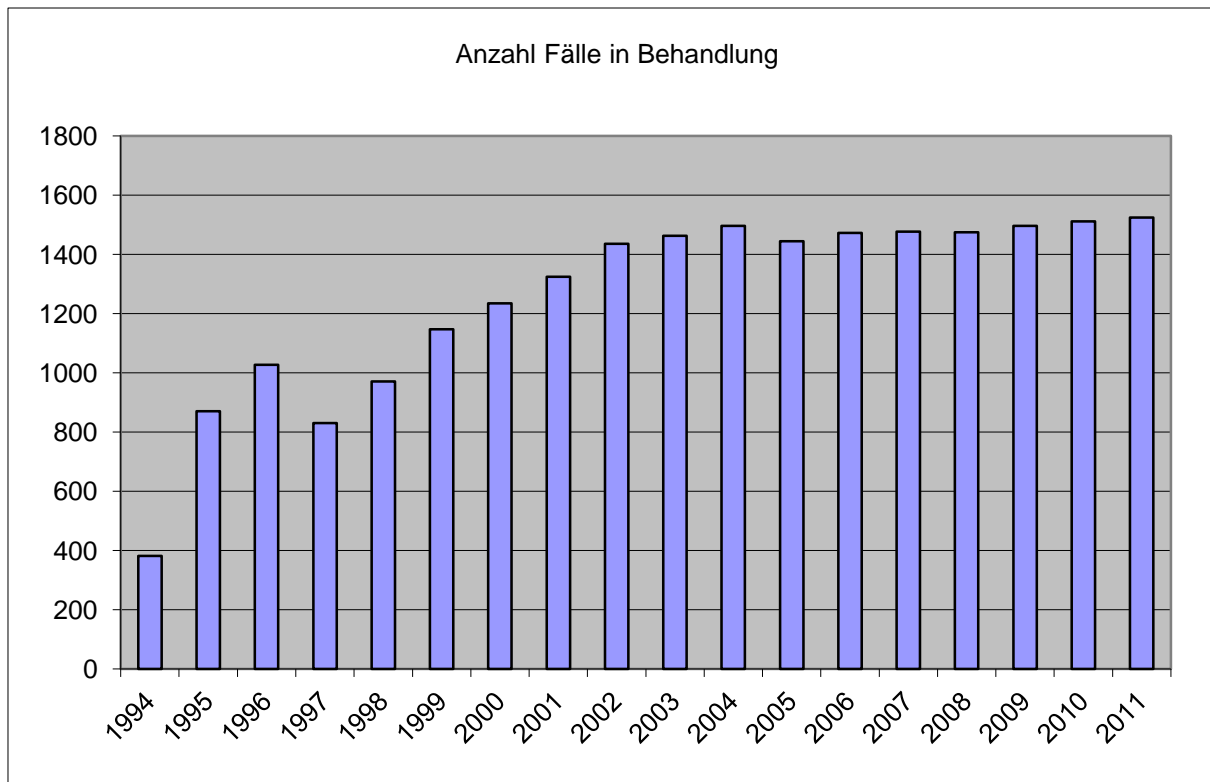
Vor jedem Kapitel sind die Ergebnisse kurz zusammengefasst, die dann in den einzelnen Unterkapiteln ausführlicher beschrieben und dargestellt werden.

### 3.2 Bestand und Neuzuzüge

Der Bestand der HeGeBe Patientinnen und Patienten ist seit 10 Jahren konstant, was die Anzahl und das Geschlecht betrifft; das durchschnittliche Alter ist jedoch stetig gestiegen. Bei den Neuzuzügen ist das durchschnittliche Alter ebenfalls gestiegen, wenn auch in geringerem Ausmass. Seit Einführung der HeGeBe im Jahr 1994 ist die Zahl der Neuzuzüge stetig zurückgegangen und liegt seit dem Jahr 2005 konstant zwischen 100 und 150 Personen pro Jahr.

#### 3.2.1 Bestand

Seit Beginn der HeGeBe im Jahr 1994 stieg die Zahl der HeGeBe-Fälle auf etwa 1000 im Jahr 1996 an. Durch den Zulassungsstopp im Jahr 1997 nahm die Zahl wieder etwas ab, stieg danach aber wieder stetig auf knapp 1500 Fälle im Jahr 2002 an. Seither ist die Zahl der HeGeBe-Fälle sehr stabil bei etwa 1500 Fällen pro Jahr geblieben. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass eine Person, die im selben Jahr zuerst aus- und dann wieder eingetreten ist als zwei Fälle gezählt wird.

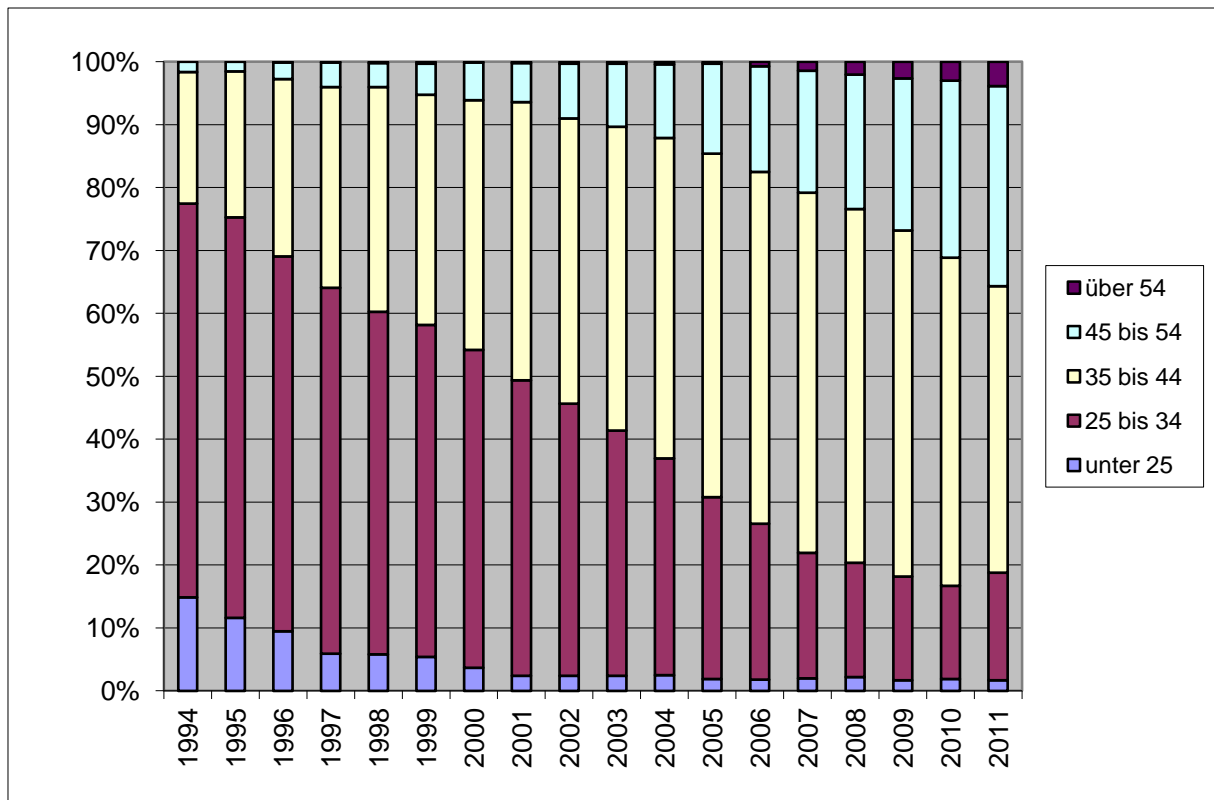


**Abb. 1:** Verlauf der Anzahl Patientinnen und Patienten in HeGeBe

Die folgende Abbildung zeigt die Altersverteilung der HeGeBe-Patientinnen und Patienten für die Jahre 1994 bis 2011. Während im Jahr 1994 noch 77.5% aller HeGeBe-Patientinnen und Patienten unter 35 Jahre alt waren, sind es nun nur noch 17.4%. Auch der Anteil an Patientinnen und Patienten, die mindestens 45 Jahre alt sind, ist stetig gestiegen und liegt im Jahr 2011 bei 36.3%.

Eine naheliegende Erklärung für diesen Trend besteht darin, dass heute weniger junge Menschen heroinsüchtig werden als früher. Ebenfalls kann vermutet werden, dass neue, bessere suchtspezifische Behandlungsformen die Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten erhöhen.

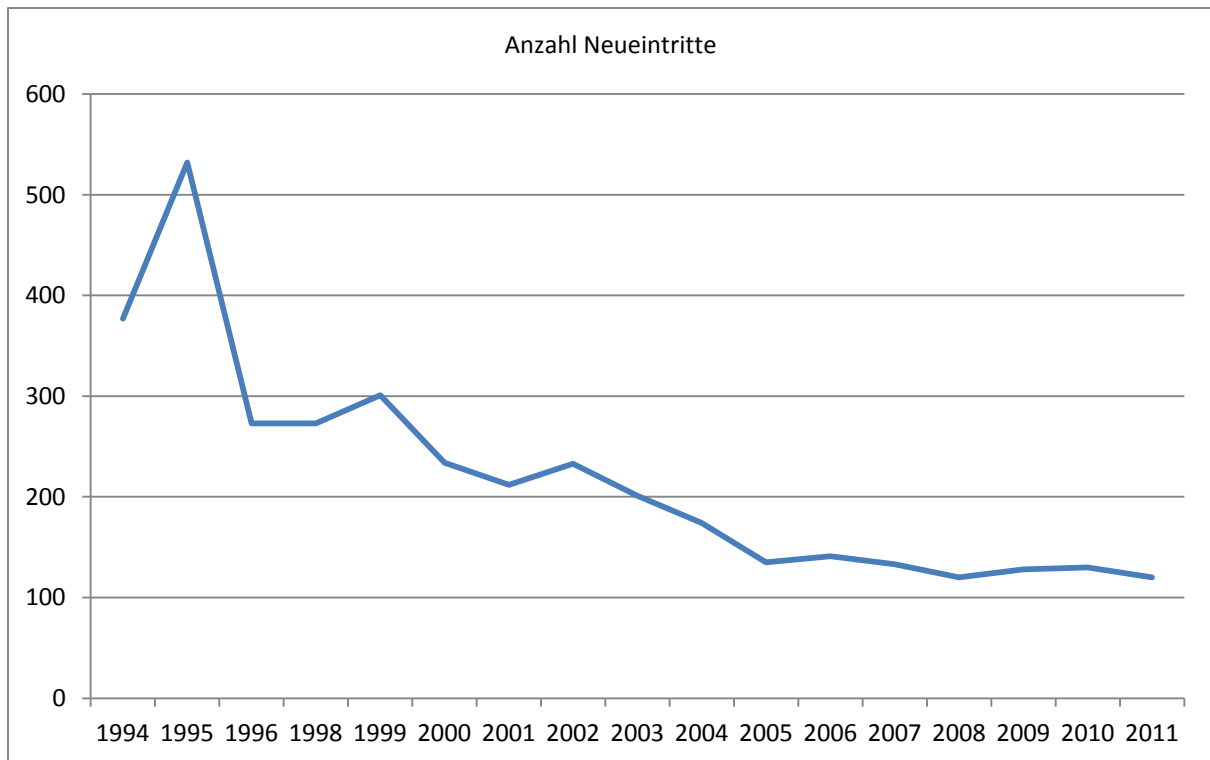




**Abb. 2:** Verteilung des Alters aller HeGeBe-Patientinnen und Patienten

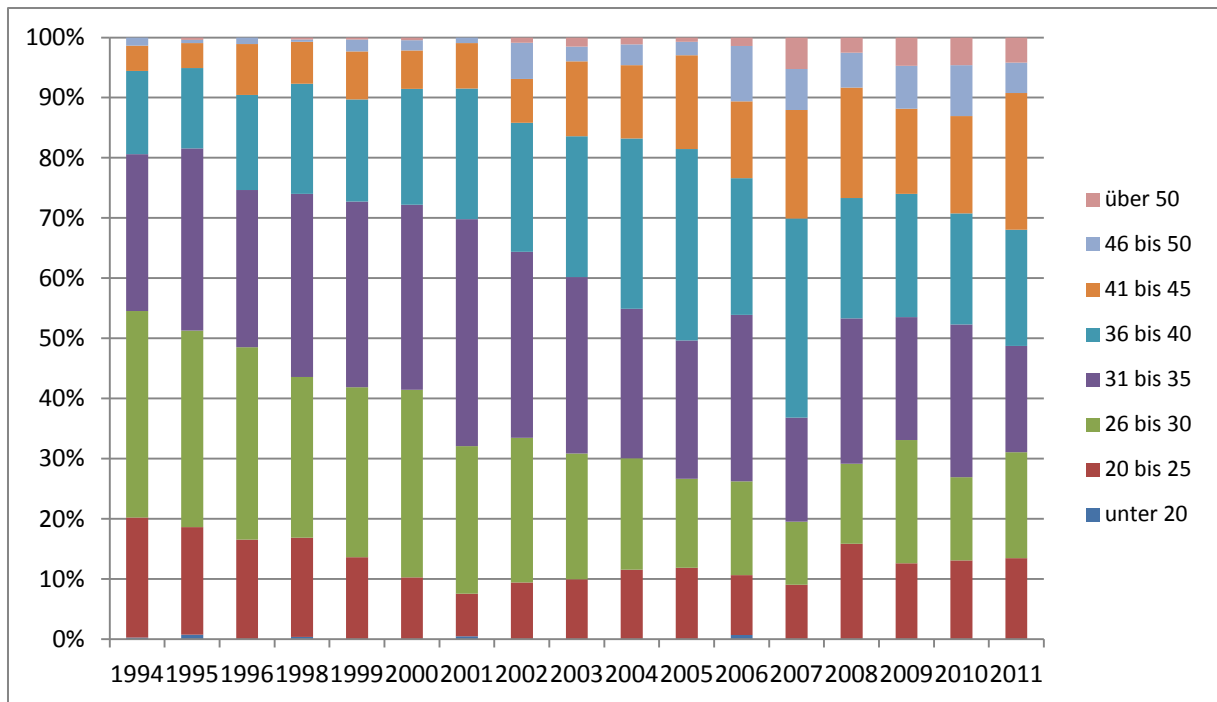
### 3.2.2 Ersteintritte

Nach Einführung der HeGeBe in der Schweiz traten in den ersten zwei Jahren fast 1000 Personen neu ein. Danach nahm die Zahl der Ersteintritte stetig ab. Nach dem Zulassungsstopp im Jahre 1997 traten 1998 und 1999 noch jeweils fast 300 Personen pro Jahr neu ein, während es 2005 nur noch etwas mehr als 100 Personen waren. Seit 2005 ist die Zahl der Ersteintritte konstant zwischen 100 und 150 Personen pro Jahr geblieben.



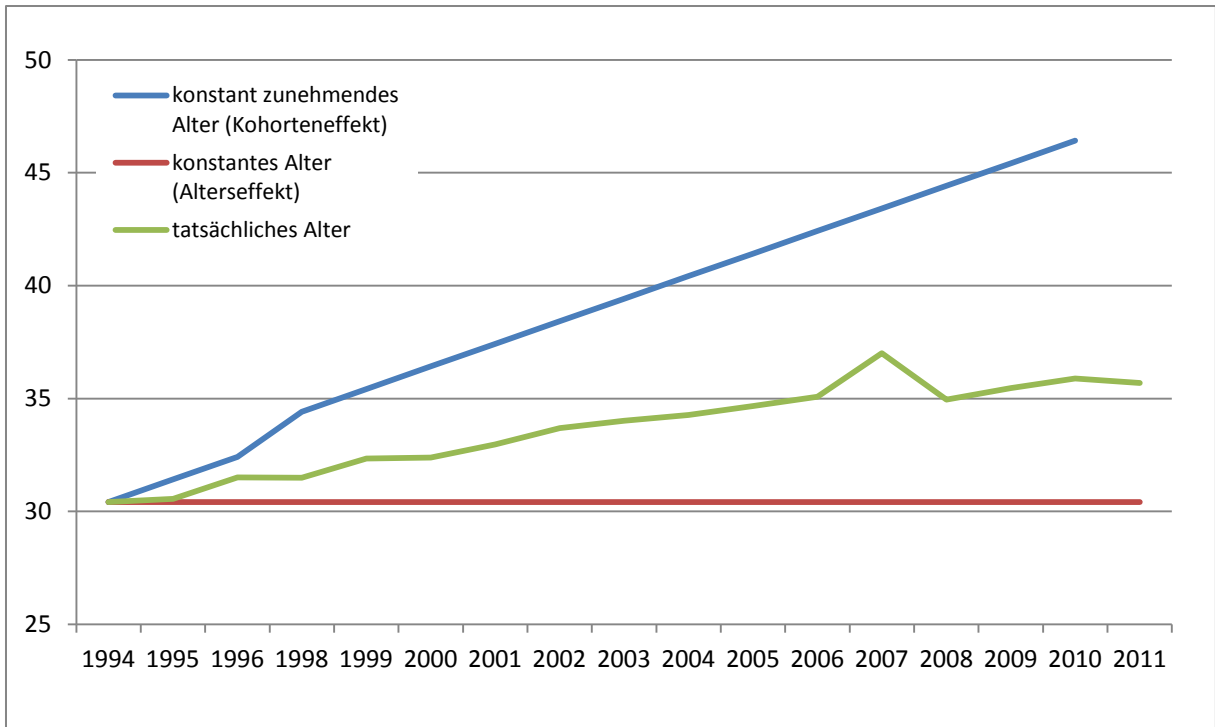
**Abb. 3:** Anzahl Ersteintritte

Betrachtet man die Altersverteilung der HeGeBe-Ersteintritte in den Jahren 1994 bis 2011, stellt man fest, dass im Jahr 1994 nicht einmal 20% der Ersteintritte über 35 Jahre alt waren. Diese Zahl hat stetig zugenommen und seit dem Jahr 2005 ist etwa jeder zweite Ersteintritt über 35 Jahre alt. Die Zahl der ganz Jungen unter 26 Jahren hingegen hat nur geringfügig abgenommen. Es kommt also immer noch vor, dass junge Menschen in die Heroingestützte Behandlung eintreten bzw. schwer heroinabhängig werden und die Kriterien für eine HeGeBe-Aufnahme erfüllen.



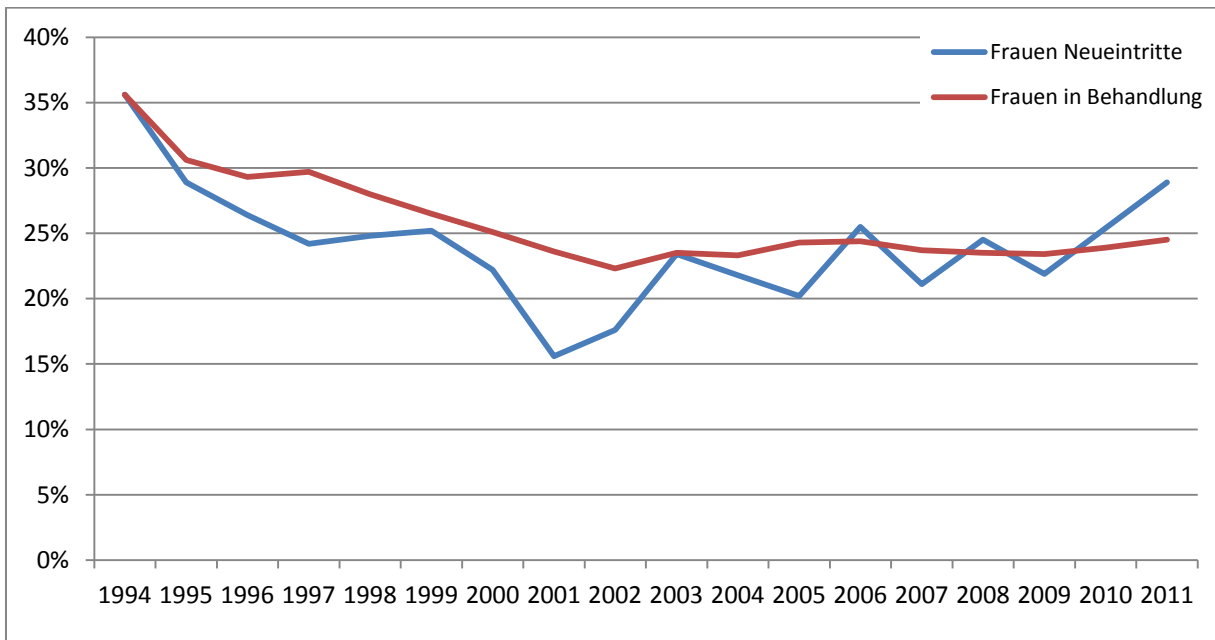
**Abb. 4:** Alter der Ersteintritte

Das zunehmende Alter der Ersteintritte lässt vermuten, dass Heroinabhängigkeit ein Kohortenphänomen ist. Als Kohortenphänomene bezeichnet man Phänomene, die sich auf einen gewissen Geburtszeitraum zurückführen lassen. Wäre Heroinabhängigkeit ein reines Kohortenphänomen, müsste das durchschnittliche Alter der Ersteintritte jedes Jahr um ein Jahr höher sein. Wäre Heroinabhängigkeit jedoch ein Altersphänomen (etwas das meist in den gleichen Lebensjahren entsteht), müsste das durchschnittliche Alter der Ersteintritte konstant bleiben. Die nachfolgende Grafik zeigt, dass sowohl Kohorten- wie auch Alterseffekte eine Rolle spielen, ob jemand eine HeGeBe in Anspruch nimmt.



**Abb. 5:** Durchschnittliches Alter der HeGeBe-Ersteintritte im Vergleich

Der Anteil an Frauen, die neu eintreten oder in Behandlung sind, liegt zwischen 20 und 25 Prozent. In den ersten beiden Jahren der HeGeBe war dieser Anteil etwas höher.

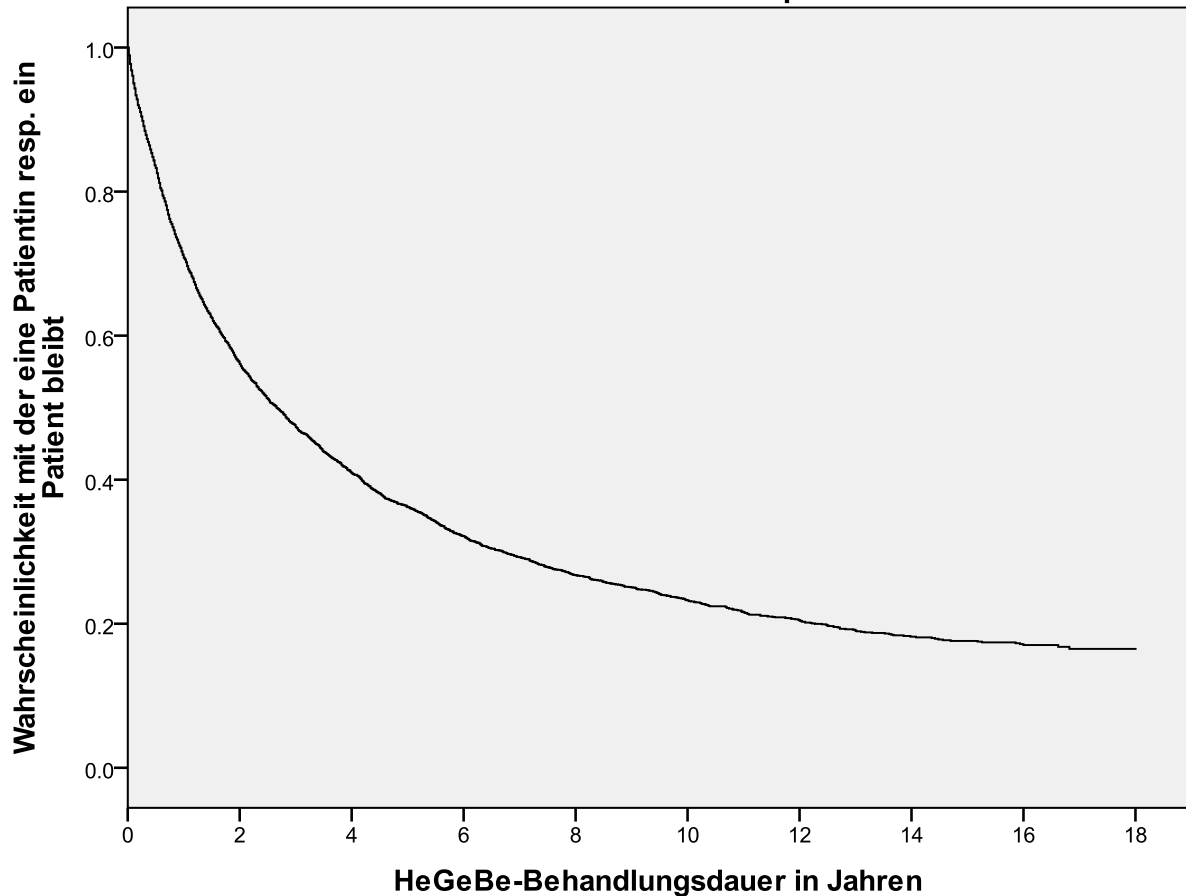


**Abb. 6:** Frauenanteil der Ersteintritte und aller Patienten

### 3.3 Bleibewahrscheinlichkeit

Der unten stehenden Grafik ist die Wahrscheinlichkeit (Y-Achse), mit der eine HeGeBe-Patientin resp. ein HeGeBe-Patient mindestens eine bestimmte Behandlungsdauer (X-Achse) in Behandlung bleibt, zu entnehmen. Es zeigt sich zum Beispiel, dass zu erwarten ist, dass jede zweite HeGeBe-Patientin bzw. jeder zweite HeGeBe-Patient mindestens zweieinhalb Jahre in Behandlung bleiben wird. Von nicht ganz 20% ist davon auszugehen, dass sie mindestens 15 Jahre bleiben werden. Für diese Grafik ist keine Tabelle vorhanden.

**Bleibewahrscheinlichkeit einer HeGeBe-Patientin resp. eines HeGeBe-Patienten**



**Abb. 7:** Bleibewahrscheinlichkeit einer HeGeBe-Patientin resp. eines HeGeBe-Patienten

### 3.4 Zivilstand, Kinder und Wohnsituation

Die Verteilung der Status bezüglich Wohnen, Einkommen, Ausbildung und Familie hat sich bei den Ersteintritten zwischen November 2000 und Dezember 2011 nicht verändert. Der Ausländeranteil ist leicht gestiegen, liegt jedoch deutlich unter dem gesamtschweizerischen Ausländeranteil. Bei den Geldquellen wurde die Unterstützung durch Bekannte, Freunde, Familienmitglieder oder Partner immer seltener genannt.

#### 3.4.1 Zivilstand

Die meisten HeGeBe-Patientinnen und -Patienten, die neu eintreten, sind ledig. Verheiratet sind nicht einmal 10%. Fast 20% hingegen sind getrennt, geschieden oder verwitwet. Diese Verteilung ist seit November 2000 ähnlich und zeigt, dass nach wie vor hauptsächlich Menschen in die HeGeBe aufgenommen werden, die kein Eheleben führen.

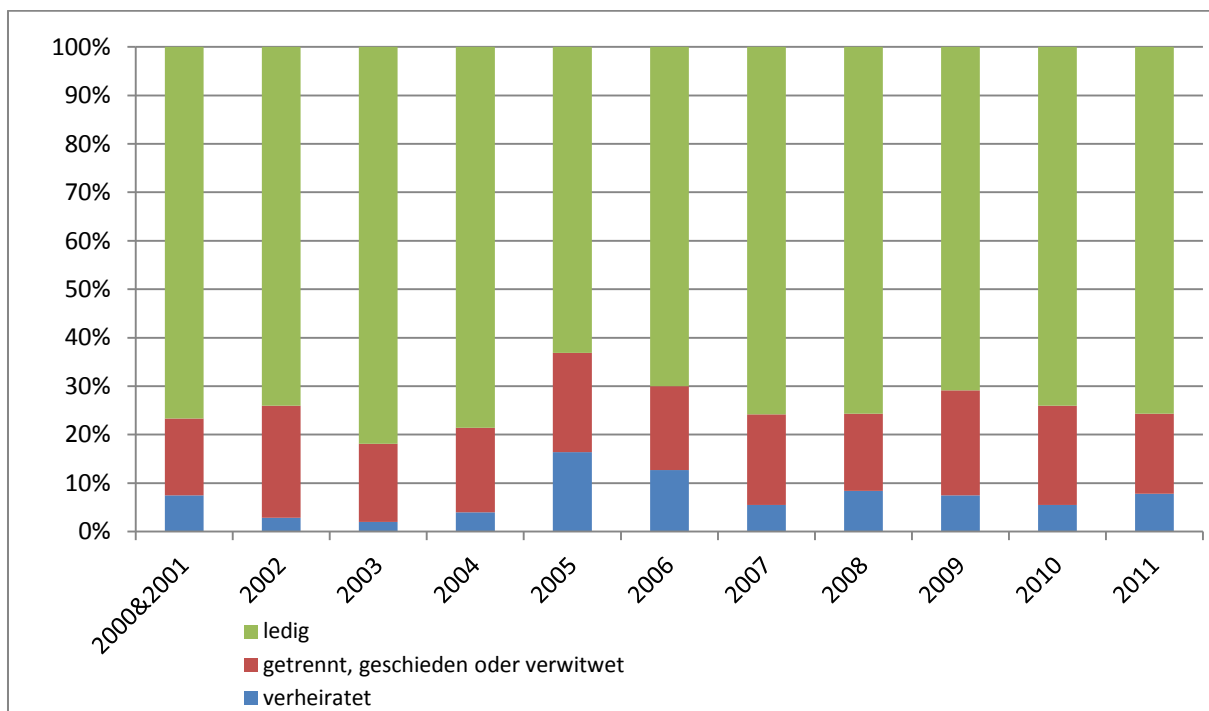


Abb. 8: Zivilstand der HeGeBe-Ersteintritte

### 3.4.2 Kinder

Etwa 25% der HeGeBe-Ersteintritte haben Kinder. Nur gerade ein Fünftel davon (5%) lebt jedoch mit ihren Kindern zusammen. Diese Verteilung ist seit November 2000 ähnlich.



Abb. 9: Anzahl Kinder der HeGeBe-Ersteintritte

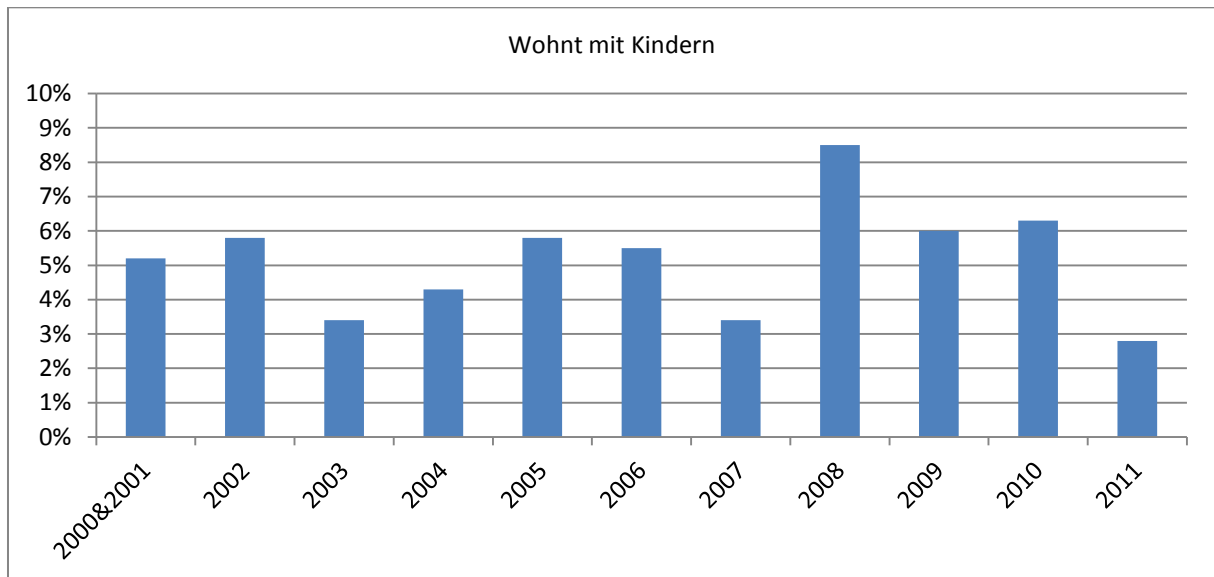


Abb. 10: Prozentualer Anteil der HeGeBe-Ersteintritte, die mit ihren Kindern zusammenwohnen

### 3.4.3 Staatsbürgerschaft

Der Anteil an Personen ohne Schweizerpass hat bei den Ersteintritten seit November 2000 tendenziell leicht zugenommen und liegt nun bei 18%, während er bei Einführung der HeGeBe noch 12% betrug. Diese Zunahme könnte jedoch auch mit der anderen Erfassung der Nationalität im neuen und im alten Fragebogen zusammenhängen. Auf alle Fälle war der Anteil ausländischer HeGeBe-Ersteintritte stets tiefer als der Ausländeranteil der schweizerischen Wohnbevölkerung, der zurzeit bei knapp 23% liegt. Dies obwohl aufgrund des tieferen Durchschnittsalters und Bildungsgrades, die HeGeBe-Patientinnen bzw. Patienten und Ausländer gemeinsam haben, ein eher erhöhter Anteil zu erwarten gewesen wäre. Die HeGeBe-Einrichtungen dienen also eher Personen mit Schweizerpass.

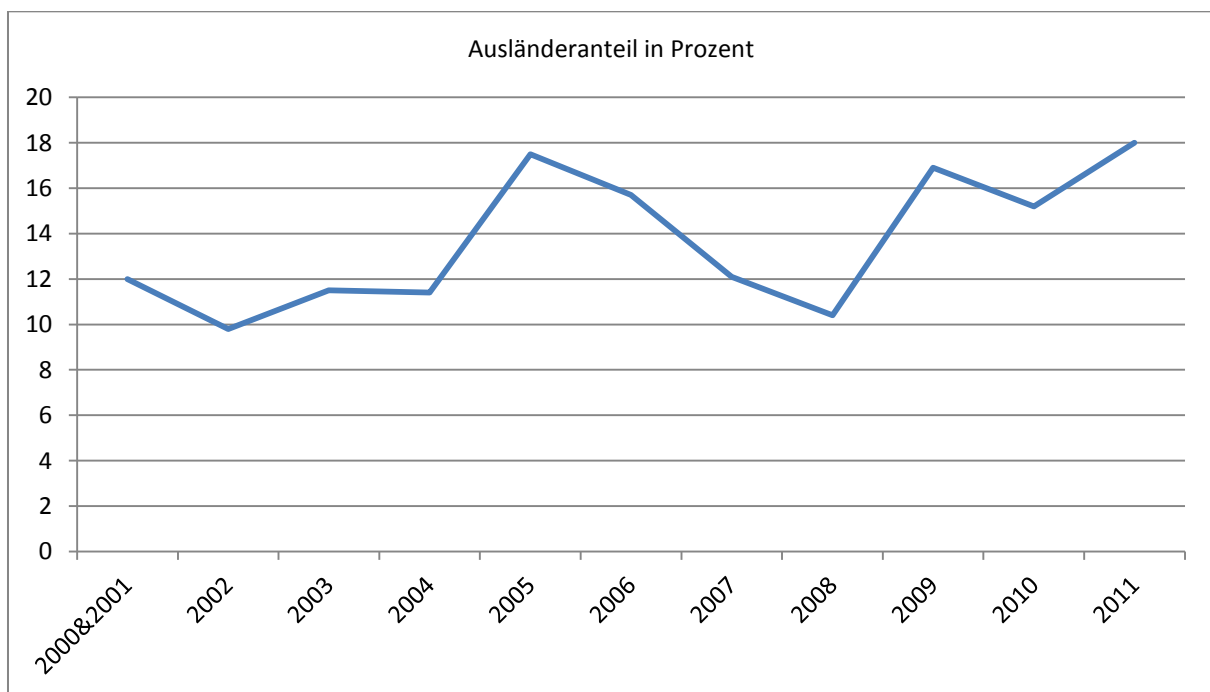
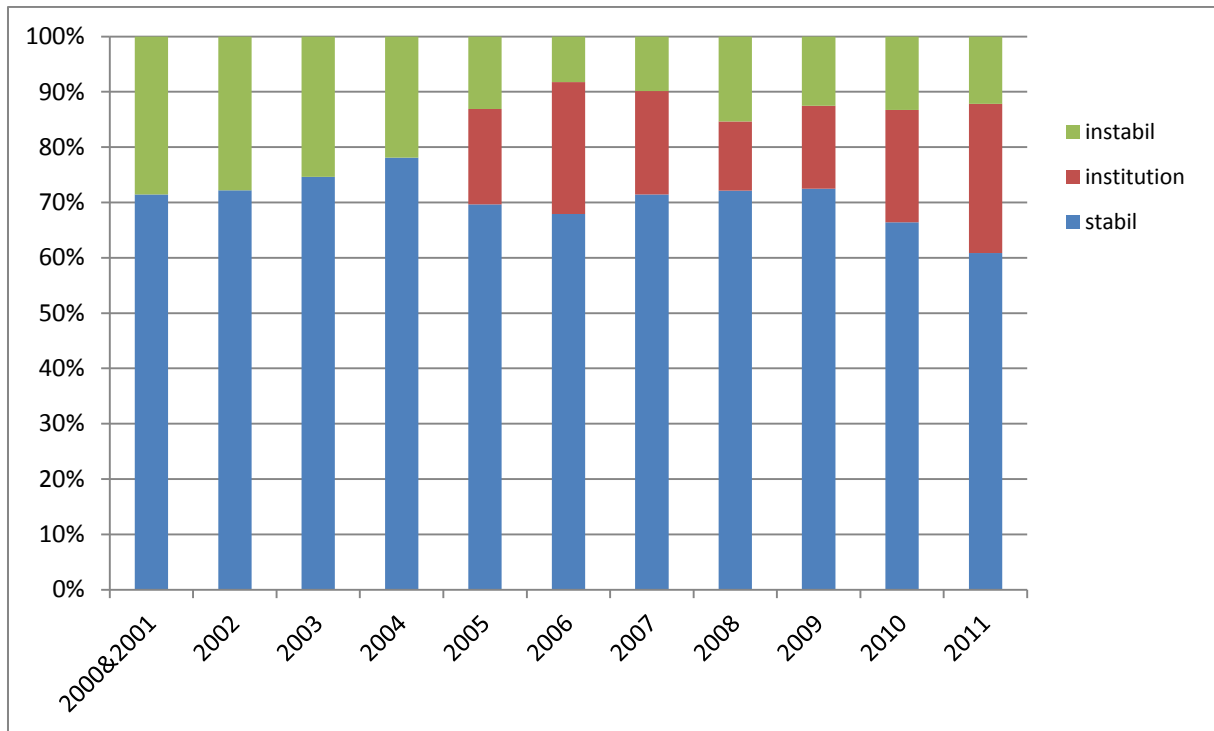


Abb. 11: Anteil HeGeBe-Ersteintritte ohne Schweizerpass



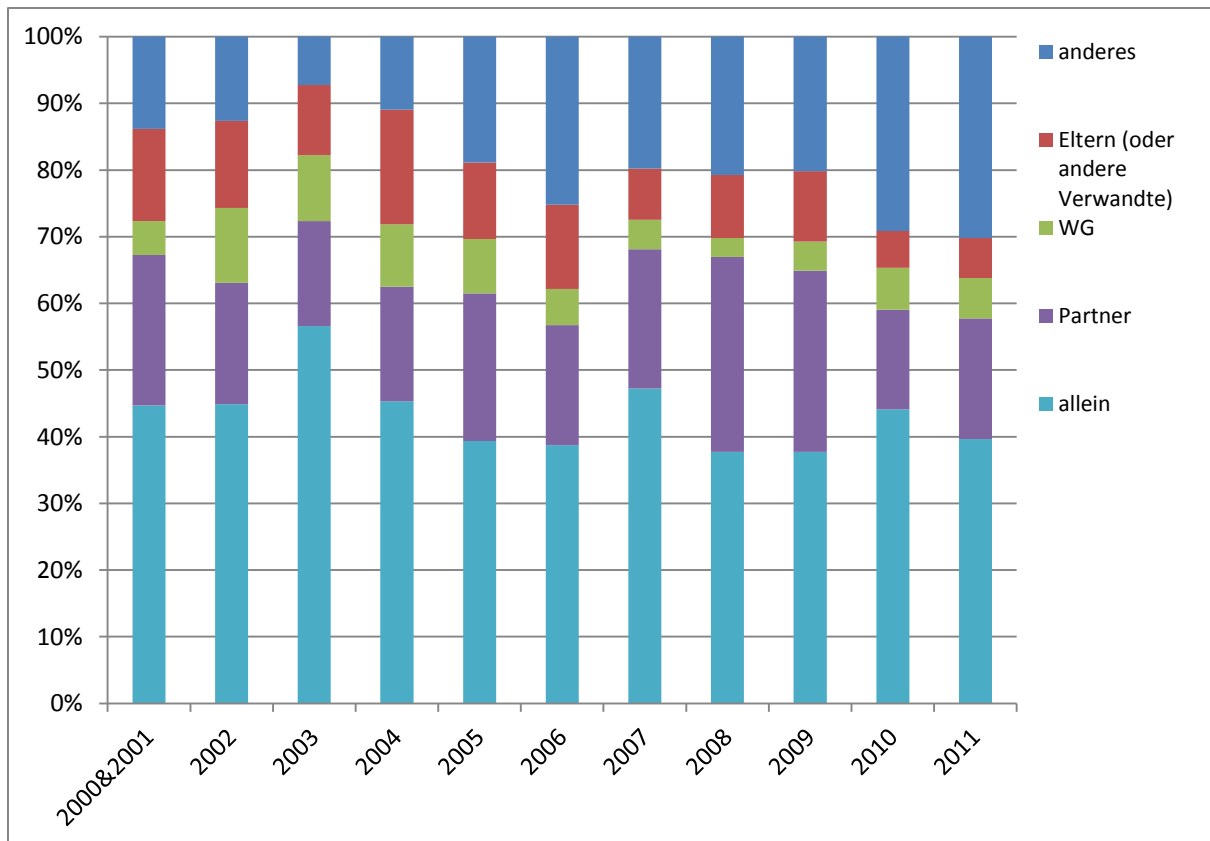
### 3.4.4 Wohnsituation

Die Mehrheit der Personen, die neu in die HeGeBe eingetreten sind, leben in einer stabilen, zureichenden Wohnsituation. Im neuen Fragebogen wurde ab 2005 auch die Antwortmöglichkeit "Institution" erfasst, die sowohl eine stabile (z.B. betreutes Wohnen), wie auch eine instabile Wohnsituation (z.B. Gefängnis) darstellen kann. Aus den Daten lassen sich keine eindeutigen Veränderungen in den letzten 10 Jahren ablesen.



**Abb. 12:** Anteil der HeGeBe-Ersteintritte in einer stabilen (zureichenden) oder instabilen (unzureichenden) Wohnsituation

Mit wem HeGeBe-Ersteintritte zusammen wohnen, hat sich in den letzten 10 Jahren kaum verändert. Die höhere Anzahl an "anderem", die genannt wurde, lässt sich auf die andere Fragestellung im neuen Fragebogen zurückführen. Tendenziell leben etwas weniger Personen bei ihren Eltern (oder anderen Verwandten), was sich auf das leicht höhere Alter zurückführen lässt.



**Abb. 13:** Wohnpartner bzw. Wohnpartnerinnen der HeGeBe-Ersteintritte

### 3.5 Einkommen und Ausbildung

Etwa 40% der HeGeBe-Ersteintritte haben keine Lehre (oder eine höhere Ausbildung) abgeschlossen und 10% haben nicht einmal die obligatorische Schule abgeschlossen. Diese Anteile sind seit 10 Jahren konstant, auch wenn im alten Fragebogen zwischen 2000 und 2004 dies nicht immer eindeutig eruierbar war und deshalb oft als "anderes" erfasst wurde. Der Anteil an Menschen mit Gymnasium-, Hochschul- oder Universitätsabschluss blieb ebenfalls konstant bei etwa 5%.

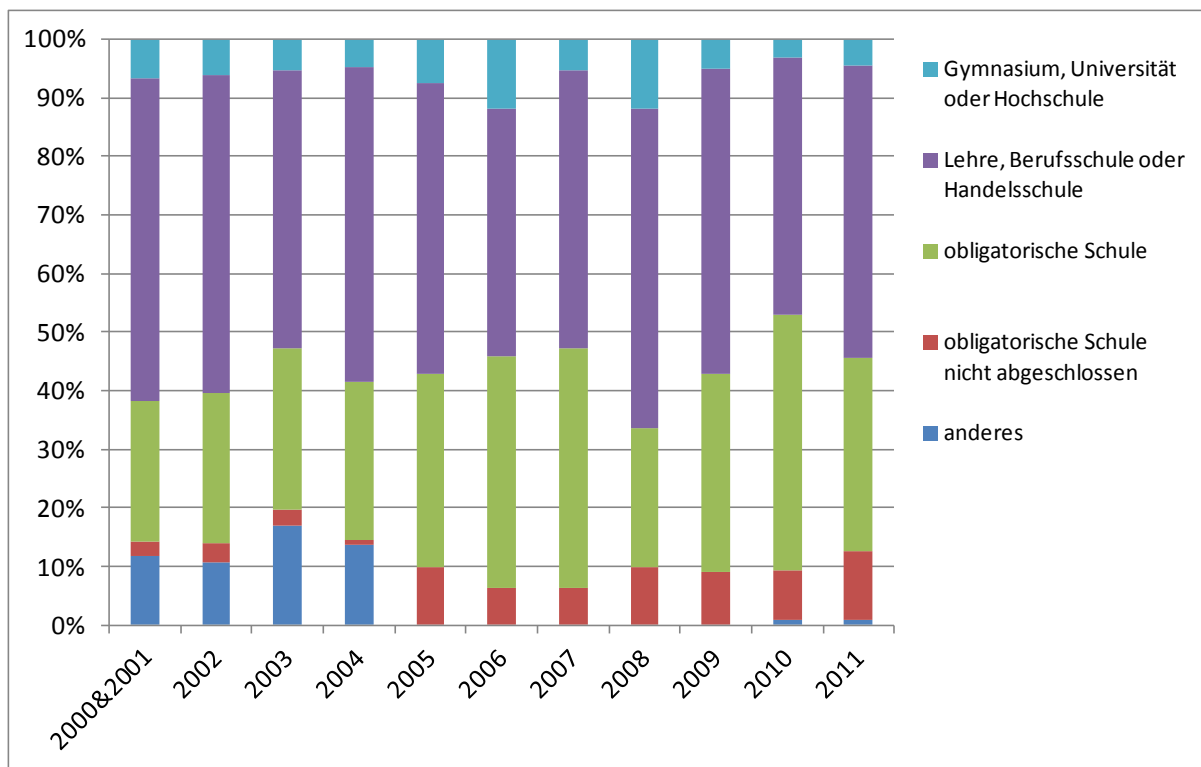


Abb. 14: Höchste abgeschlossene Ausbildung der HeGeBe-Ersteintritte

### 3.6 Erwerbsstatus

Die meisten HeGeBe-Ersteintritte sind ohne Arbeit. Nur gerade 10% arbeiten Vollzeit und gerade mal knapp 20% gehen einer geregelten Erwerbstätigkeit nach. Diese Werte schwanken von Jahr zu Jahr etwas; es lässt sich jedoch kein Trend daraus ablesen. Der höhere Anteil an "anderes" und der tiefere Anteil an Teilzeitarbeit in den Jahren 2000 bis 2004 lässt sich auf die leicht andere Fragestellung im alten Fragebogen zurückführen. Der gestiegene Anteil an Renten ist vermutlich grösstenteils ebenfalls auf die andere Fragestellung im Fragebogen zurückzuführen. Es gab im neuen Fragebogen nämlich die Antwortalternative "ohne Arbeit, nicht suchend" nicht mehr und die Alternative "Rentner/in" wurde in "nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv (Rentner/in)" umbenannt. So kreuzten viele, die ohne Arbeit waren, aber keine Kraft oder Motivation hatten, eine Stelle zu suchen, diese Antwortalternative an. Ein paar Jahre nach der Einführung des neuen Fragebogens wurde vermehrt "anderes" angekreuzt und dort explizit "ohne Arbeit, nicht suchend" geschrieben. Aufgrund der Daten zu den Geldquellen im folgenden Unterkapitel, ist davon auszugehen, dass nicht vermehrt Renten bezogen wurden.

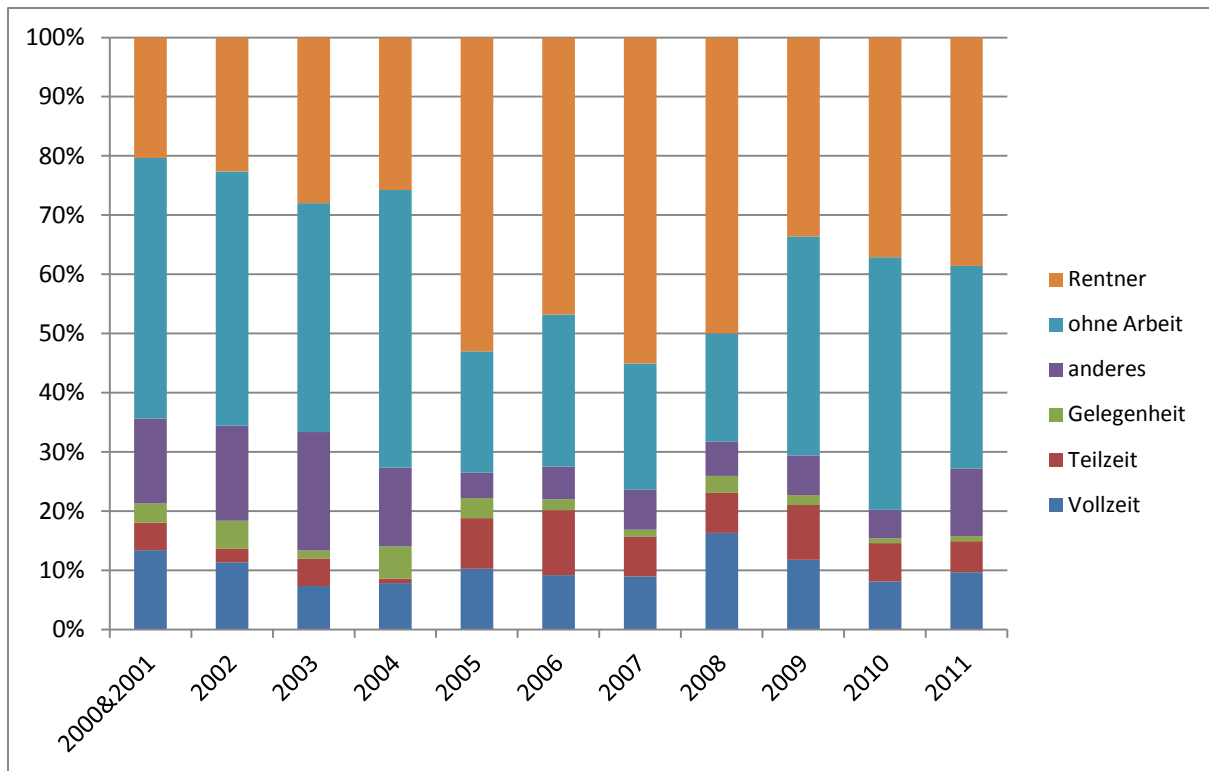


Abb. 15: Erwerbsstatus der HeGeBe-Ersteintritte

### 3.7 Geldquellen

Die Geldquellen der HeGeBe-Ersteintritte sind seit 10 Jahren etwa die gleichen. Soziale Unterstützung wird stets am meisten genannt. Dealen und andere illegale Einkünfte scheinen auf den ersten Blick minimal zurückgegangen zu sein. Bei näherer Betrachtung stellt man jedoch fest, dass der grösste Rückgang gleichzeitig mit dem Fragebogenwechsel erfolgte, was es wahrscheinlich macht, dass dieser Rückgang durch die andere Erfassung der Geldquellen zustande kommt. Eindeutig zurückgegangen ist jedoch die Unterstützung durch Bekannte oder den Partner. Während im Jahr 2001 noch 25% durch Bekannte, Freunde, Familienmitglieder oder den Partner unterstützt wurden, sind dies nun nur noch 15%. Über die Ursachen dafür lässt sich nur spekulieren. Der Anteil an AHV- oder IV-Bezügern hat sich kaum verändert.

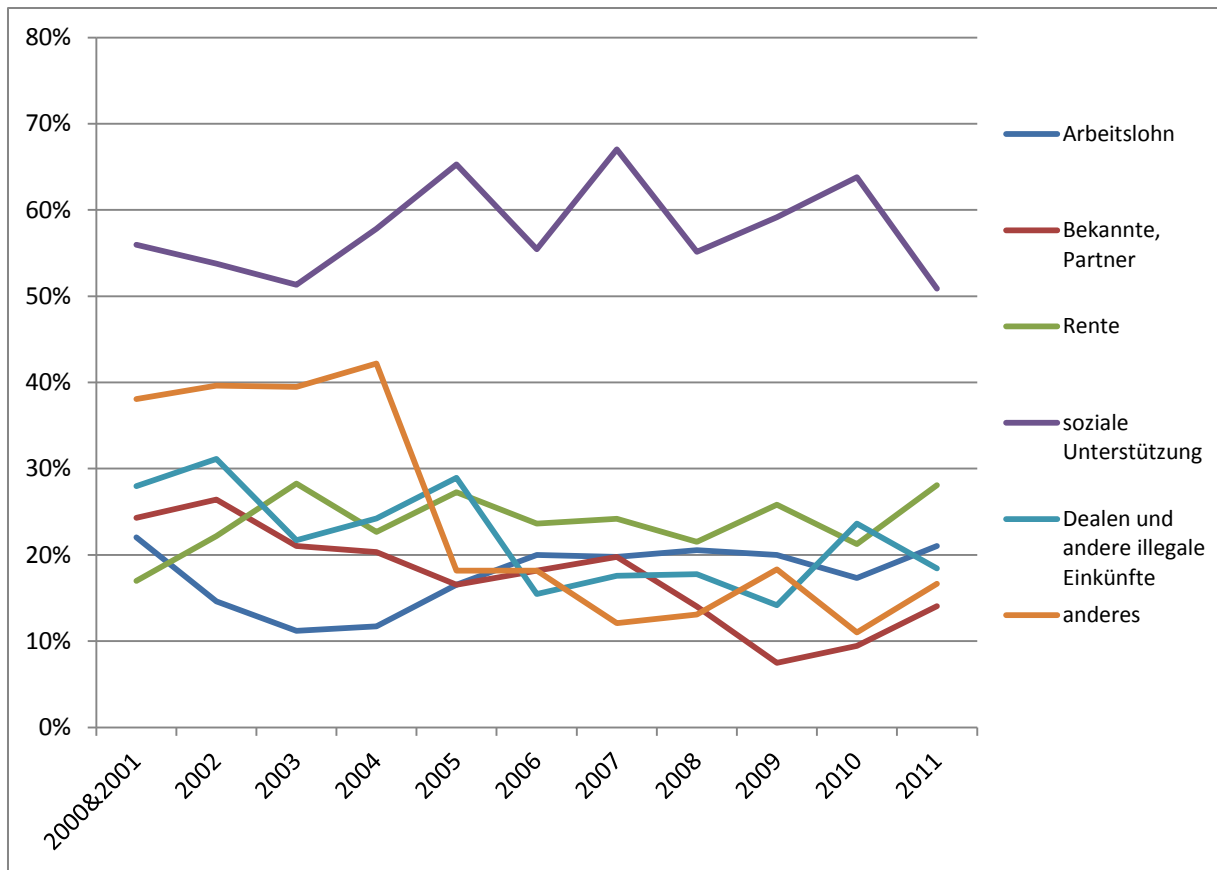


Abb. 16: Geldquellen der HeGeBe-Ersteintritte

### 3.8 Gesundheit

Die Prävalenz von Hepatitis A, B und C unter den HeGeBe-Ersteintritten ist deutlich zurückgegangen. Es wurden nicht nur mehr Personen geimpft, sondern es wurden auch deutlich weniger empfängliche Personen infiziert. Der Anteil an Personen, die in den letzten 6 Monaten vor Eintritt eine gebrauchte Spritze benutzt haben, schwankt auf tiefem Niveau zwischen 4% und 8%. Die Prävalenz von HIV war nicht rückläufig und schwankt zwischen 10% und 15%. Bei den psychiatrischen Störungen lassen sich keine Veränderungen feststellen.

#### 3.8.1 Spritzentausch

Rund 6% der HeGeBe-Ersteintritte haben in den letzten 6 Monaten vor Eintritt eine gebrauchte Spritze benutzt. Dieser Anteil ist seit 10 Jahren ähnlich.

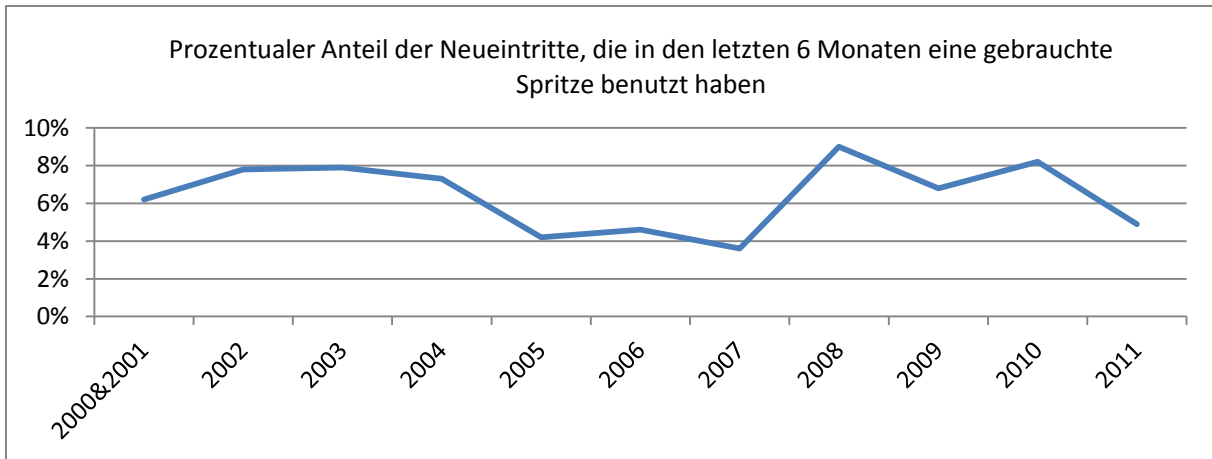


Abb. 17: Benützung gebrauchter Spritzen der HeGeBe-Ersteintritte

### 3.8.2 HIV

Der Anteil an HIV positiven Personen, die neu in HeGeBe eingetreten sind, liegt seit November 2000 konstant zwischen 10% und 15%.

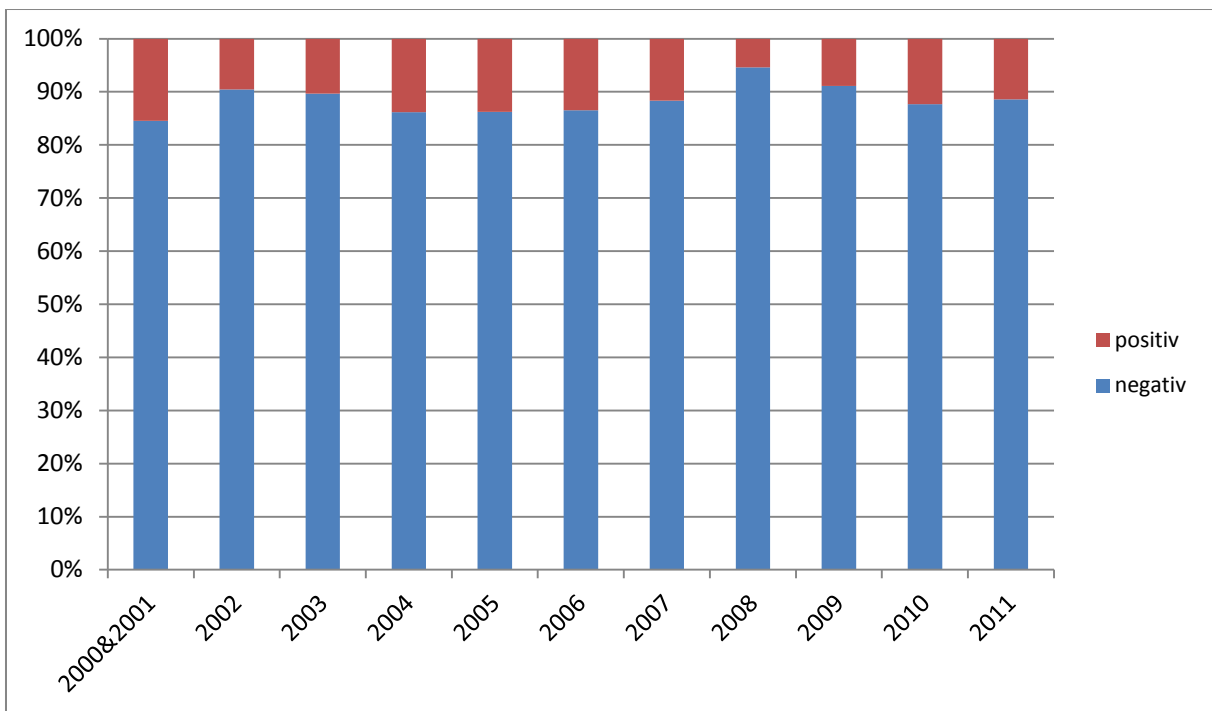


Abb. 18: HIV Prävalenz bei den HeGeBe-Ersteintritten

### 3.8.3 Hepatitis A

Bei der Hepatitis A gibt es nur eine akute und keine chronische Erkrankung. Die akute Krankheitsphase beginnt etwa 4 Wochen nach der Ansteckung und dauert in der Regel 5 Wochen, bis sie wieder komplett ausgeheilt ist. Nach durchgemachter Krankheit oder aber auch nach erfolgreicher Impfung ist man für den Rest des Lebens immun gegen Hepatitis A.

In folgender Grafik sind die Häufigkeiten dargestellt, mit der die Ersteintritte noch empfänglich für Hepatitis A sind und falls sie bereits immun sind, ob diese Immunität aus einer durchgemachten Krankheit oder aus einer erfolgreichen Impfung resultiert. Es sind auch die Patientinnen und Patienten aufgeführt, bei denen keine Testresultate vorhanden sind, aber der Wille zur Impfung ersichtlich ist. Alle der getesteten und empfänglichen Patientinnen und Patienten haben eine Impfung beschlossen.

Der Verlauf der Verteilung der Status bezüglich Hepatitis A zeigt deutlich, dass die Ersteintritte vermehrt gegen Hepatitis A geimpft wurden und seltener eine akute Krankheitsphase durchgemacht haben. Der Anteil an empfänglichen Personen ist dabei konstant geblieben. Daraus lässt sich schliessen, dass sich HeGeBe-Ersteintritte vermehrt gegen Hepatitis A impfen liessen. Doch auch die Wahrscheinlichkeit dass jemand, der nicht geimpft ist, sich anstecken liess, ist gesunken: Während das Verhältnis von Personen, die empfänglich sind und solchen, die eine akute Krankheitsphase durchgemacht haben im Jahr 2001 noch ausgeglichen war, liegt es nun bei eins zu vier. Dies lässt vermuten, dass das Hygieneverhalten verbessert wurde oder aber auch, dass Hepatitis A heute generell weniger verbreitet ist.

An dieser Stelle sei noch vermerkt, dass die Prävalenzen in diesem Bericht tiefer sind als die in den Jahresberichten. Das liegt daran, dass im alten Fragebogen nicht erfasst wurde, wann der letzte Hepatitis-Test gemacht wurde. Deshalb wurden, falls kein aktueller Test vorlag, alle alten Testresultate gewertet und nicht nur die, die nicht älter als zwei Jahre waren.

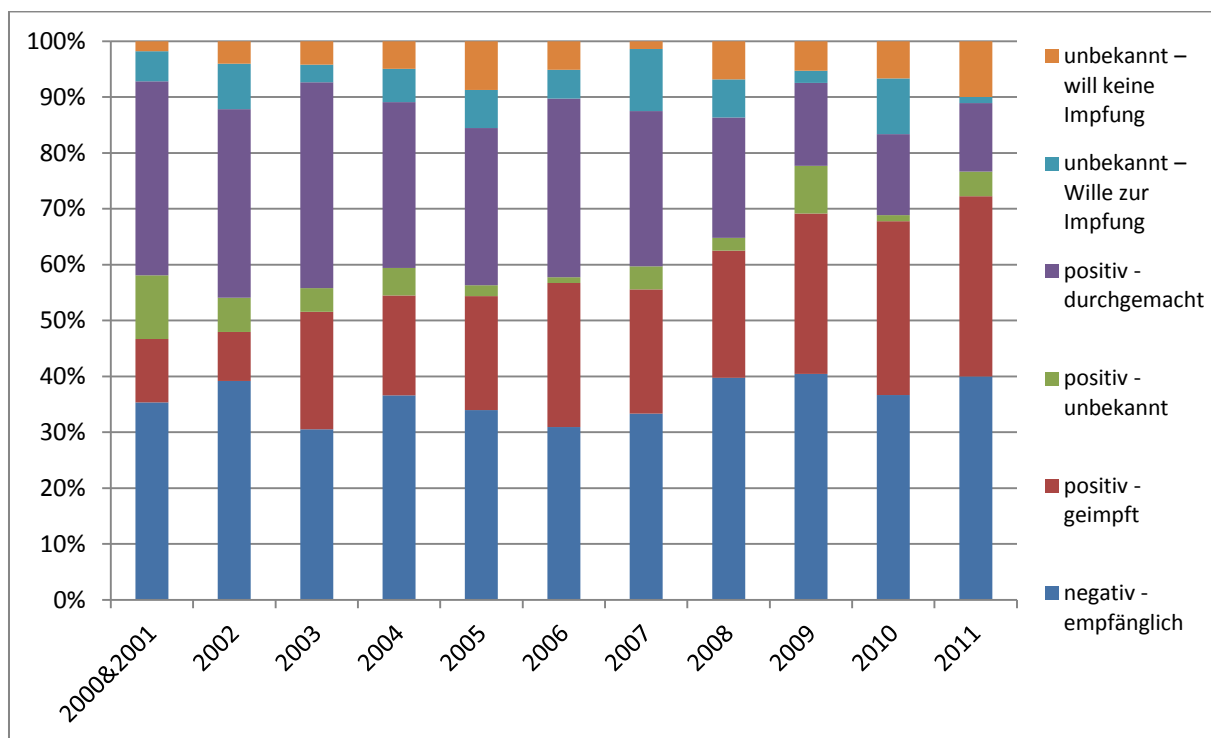


Abb. 19: Hepatitis A Prävalenz bei den HeGeBe-Ersteintritten (vollständig)

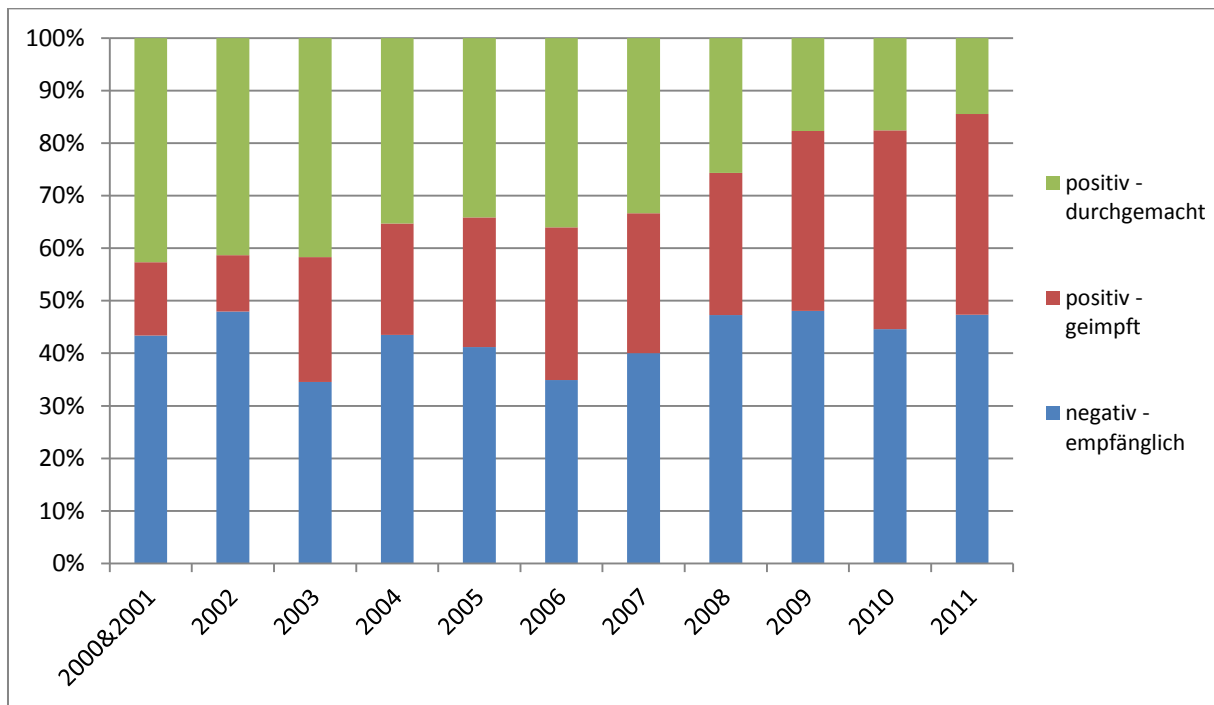


Abb. 20: Hepatitis A Prävalenz bei den HeGeBe-Ersteintritten (reduziert)

### 3.8.4 Hepatitis B

Hepatitis B kann nach einer akuten Phase, die meist weniger als 12 Wochen dauert, entweder komplett ausheilen oder aber auch in eine chronische Erkrankung übergehen, falls die akute Hepatitis B nicht komplett ausheilt. Eine chronische Hepatitis B kann Jahrzehnte lang dauern und andere Leberkrankheiten zur Folge haben. Heilt die Krankheit komplett aus, so ist die oder der Betroffene für den Rest des Lebens immun gegen Hepatitis B. Durch eine Impfung kann man ebenfalls immun gegen Hepatitis B werden.

Der Anteil an Personen mit einer chronischen Hepatitis B ist bei den HeGeBe-Ersteintritten von 2000 bis 2011 deutlich von etwa 30% auf rund 10% zurückgegangen. Auch der Anteil an Personen, die eine akute Hepatitis B Phase überstanden haben, ist deutlich gesunken. Dies obwohl der Anteil an geimpften Personen nur leicht anstieg. Der Anteil an empfänglichen Personen ist dementsprechend gestiegen. Das zeigt, dass sich weniger empfängliche Menschen mit Hepatitis B anstecken liessen. Dies könnte auf eine verbesserte Hygiene oder eine geringere Verbreitung des Hepatitis B Virus zurückzuführen sein. Da das Verhältnis von chronischen und überstandenen Hepatitis B Phasen stets ähnlich blieb, ist dieser Effekt eher nicht durch ein allgemein besseres Immunsystem der HeGeBe-Erseintritte zustande gekommen.



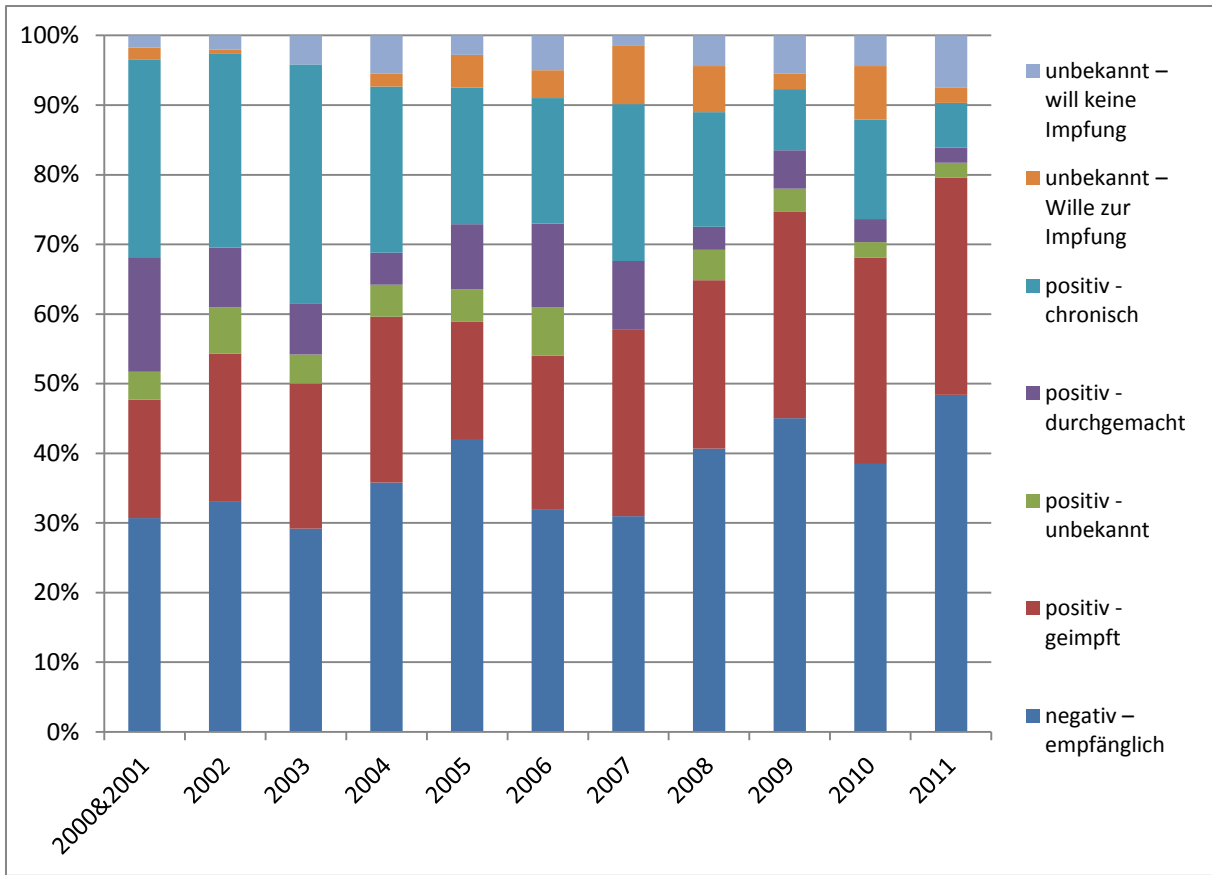


Abb. 21: Hepatitis B Prävalenz bei den HeGeBe-Ersteintritten (vollständig)



Abb. 22: Hepatitis B Prävalenz bei den HeGeBe-Ersteintritten (reduziert)

### 3.8.5 Hepatitis C

Hepatitis C kann wie Hepatitis B nach einer akuten Phase entweder komplett ausheilen oder aber in eine chronische Erkrankung übergehen. Nach ausgeheilter Krankheit ist die betroffene Person jedoch nicht immun gegen Hepatitis C. Es gibt auch keine Impfung gegen Hepatitis C.

Der Anteil an Personen mit einer chronischen Hepatitis C ist seit November 2000 stetig zurückgegangen. In vielen Fällen konnte zwar nicht eindeutig bestimmt werden, ob die Person chronisch positiv ist oder aber diese Seropositivität aus einer überstandenen akuten Hepatitis C Phase resultiert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Mehrheit der unbekannt positiven Fällen eine chronische Hepatitis C hat. Der Anteil an eindeutig nicht chronisch infizierten Personen ist von 2001 bis 2011 von etwa 22% auf etwa 54% gestiegen. Dies zeigt, dass deutlich weniger Personen mit dem Hepatitis C Virus infiziert sind.



Abb. 23: Hepatitis C Prävalenz bei den HeGeBe-Ersteintritten

### 3.8.6 Psychiatrische Störungen

Die Verteilung der Anzahl der diagnostizierten psychiatrischen Störungen bei den HeGeBe-Ersteintritten ist seit 10 Jahren vergleichbar. Es lässt sich kein Trend erkennen.

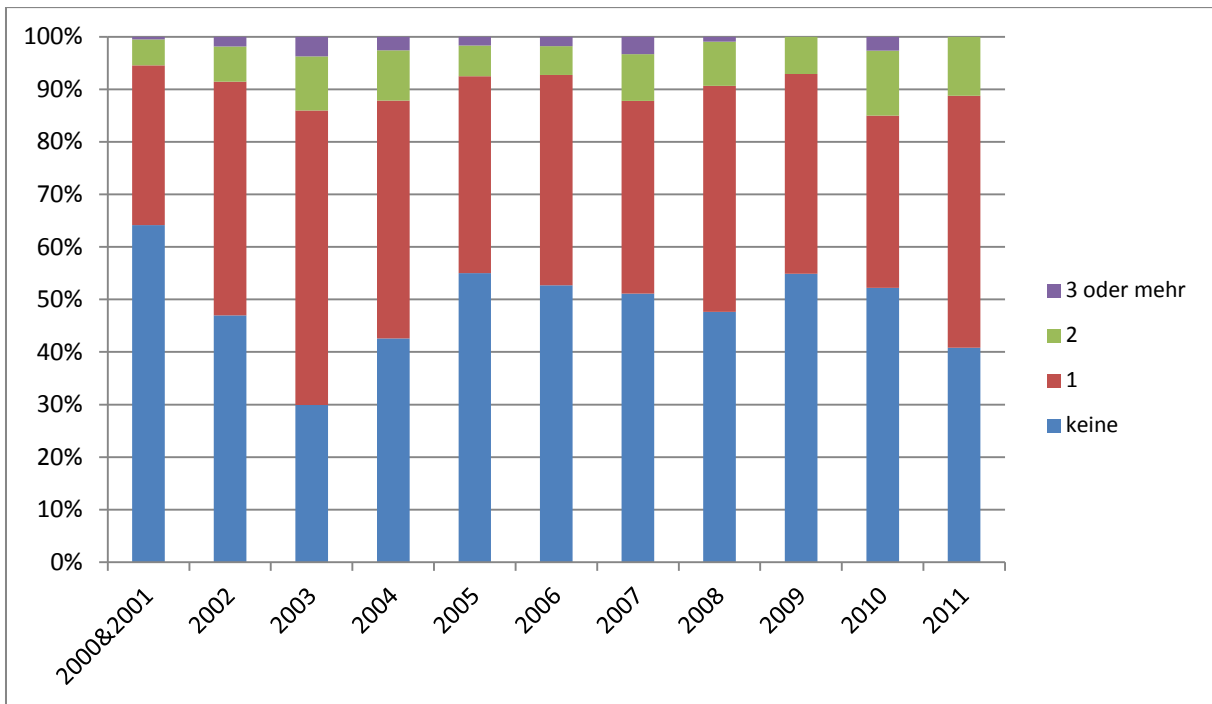


Abb. 24: Anzahl diagnostizierter psychiatrischer Störungen bei HeGeBe-Ersteintritten

Der prozentuale Anteil an Menschen mit einer affektiven Störung, einer Persönlichkeitsstörung oder einer anderen psychiatrischen Störung (zusammengefasst) ist seit dem Jahr 2000 erstaunlich ähnlich geblieben.

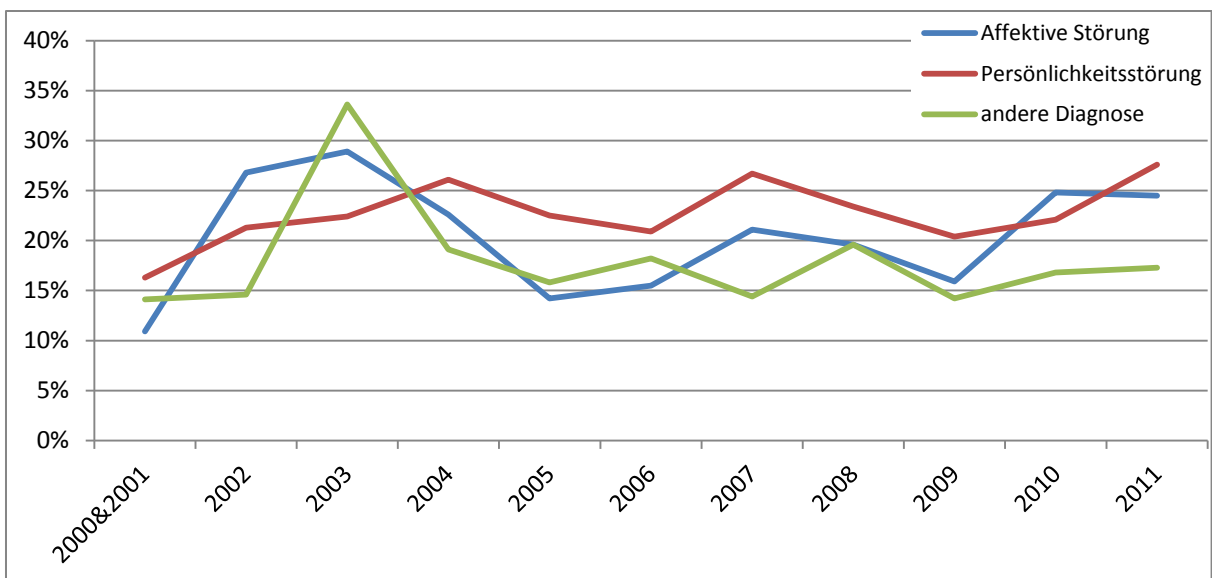
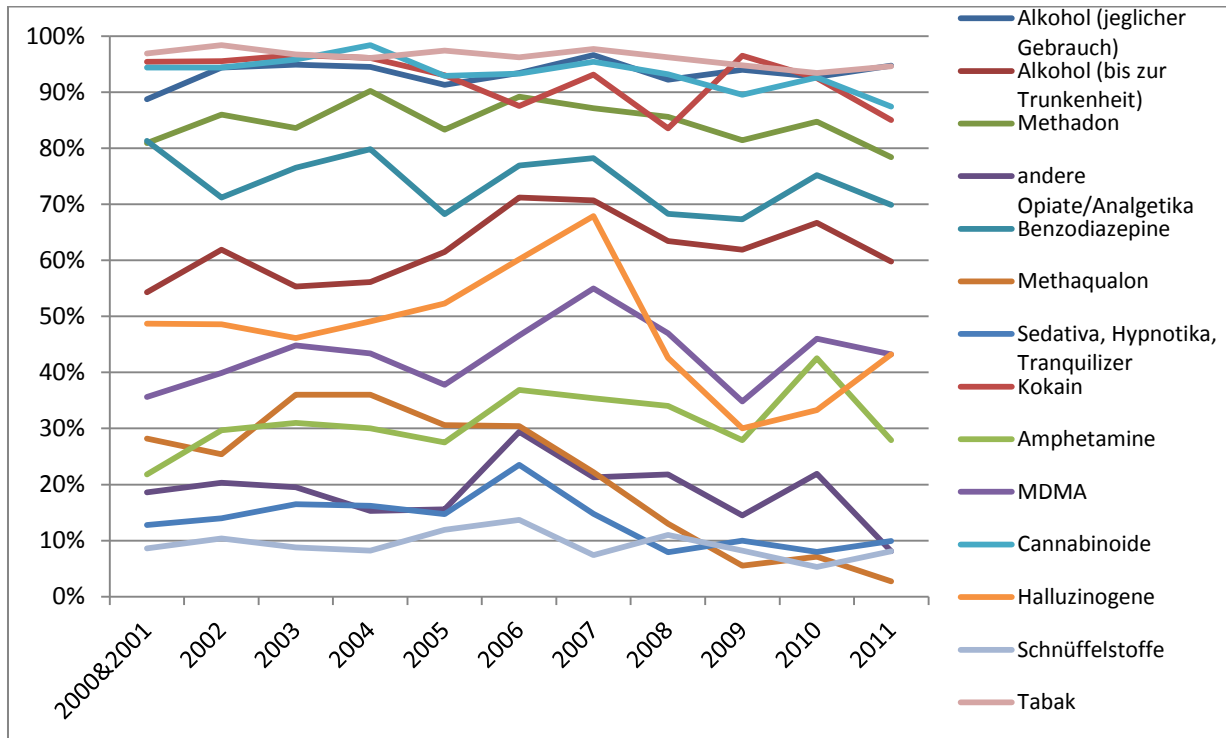


Abb. 25: Typ und Häufigkeit psychiatrischer Störungen bei HeGeBe-Ersteintritten

### 3.9 Substanzenkonsum

#### 3.9.1 Lebenszeitprävalenz

Es sind keine eindeutigen Veränderungen der Lebenszeitprävalenz des Konsums irgendeiner Substanz erkennbar. Einzig Methaqualon, das 2004 vom Markt genommen wurde, wurde einige Jahre später seltener genannt.

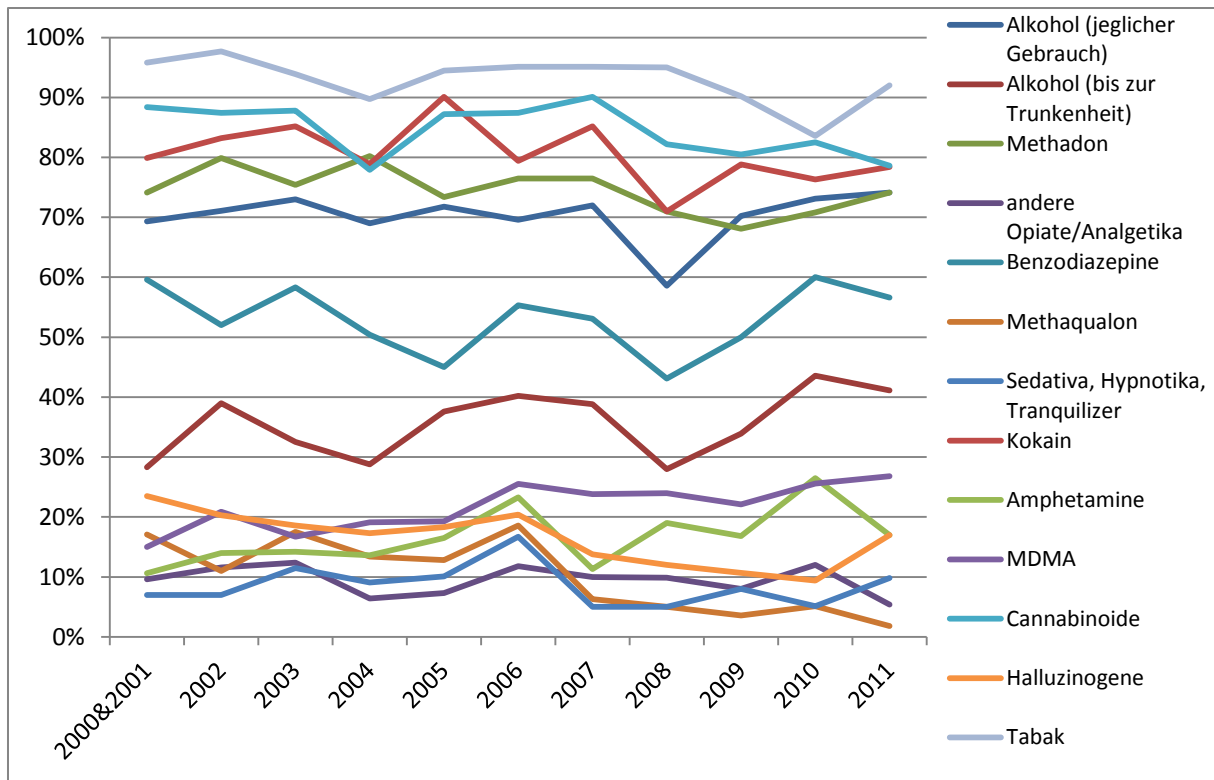


**Abb. 26:** Prozentualer Anteil der HeGeBe-Ersteintritte, die angaben die betreffende Substanz mindestens einmal im Leben konsumiert zu haben

#### 3.9.2 Regelmässiger Konsum

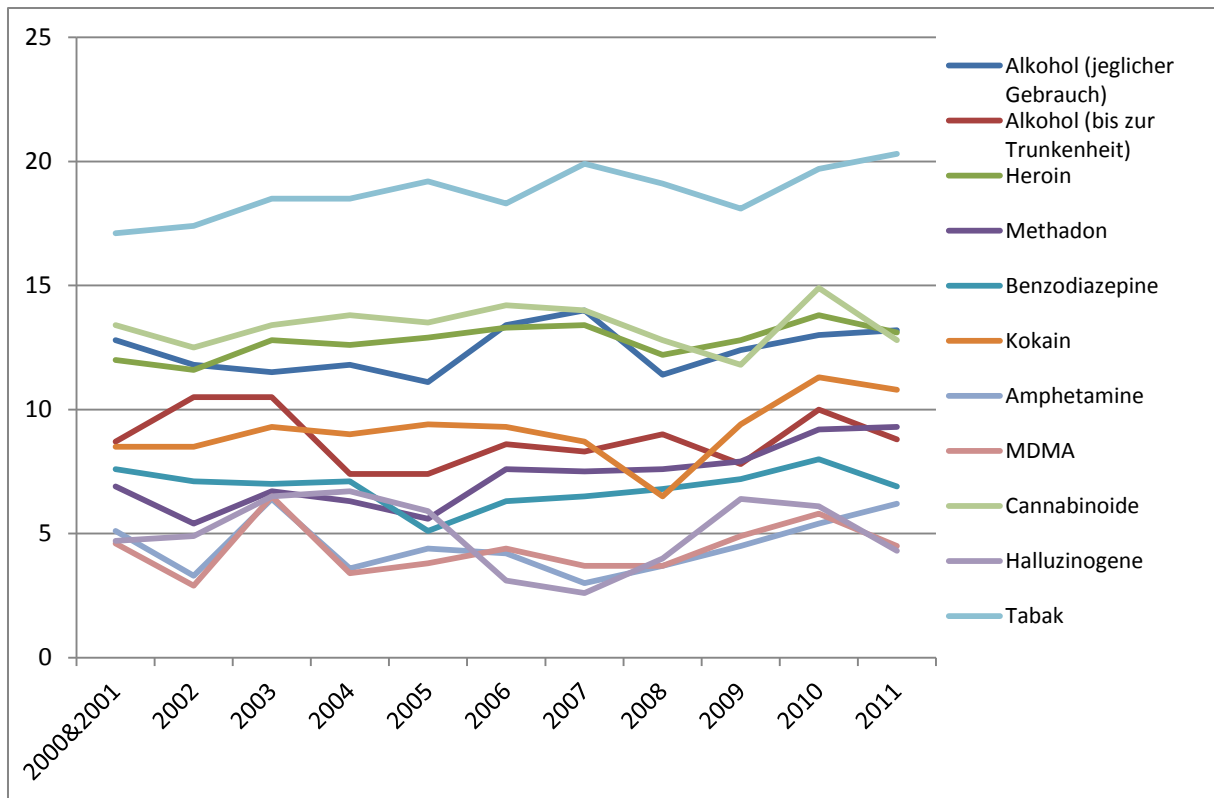
Betrachtet man die Anteile bei den HeGeBe-Ersteintritten, die verschiedene Substanzen einmal über einen längeren Zeitraum (von mindestens 6 Monaten) regelmässig konsumiert haben, fällt auf, dass alle verbreiteten Substanzen seit 10 Jahren von etwa gleich vielen Personen genannt wurden. Die häufigste Substanz ist dabei Tabak, gefolgt von Cannabinoiden und Kokain, sowie – vermutlich hauptsächlich verschriebenes – Methadon und Alkohol. Alle diese Substanzen wurden von über 70% der HeGeBe-Ersteintritte einmal regelmässig konsumiert. Benzodiazepine wurden mit 55% ebenfalls relativ häufig genannt. Amphetamine, MDMA (Ecstasy), Halluzinogene (inkl. LSD), andere Opiate und Methaqualon wurden hingegen von höchstens 25% genannt und scheinen bei den HeGeBe-Ersteintritten keine besonders grosse Rolle zu spielen.

Tendenziell wurde MDMA etwas häufiger genannt, während Halluzinogene und Methaqualon eher seltener genannt wurden.



**Abb. 27:** Prozentualer Anteil der HeGeBe-Ersteintritte, die angaben die betreffende Substanz mindestens einmal über eine längere Zeitspanne regelmässig konsumiert zu haben.

Betrachtet man für die am häufigsten konsumierten Substanzen, in welchem Alter HeGeBe-Ersteintritte diese regelmässig zu konsumieren begannen, sieht man, dass seit über 10 Jahre die Abfolge mit der die Substanzen regelmässig konsumiert wurden, eine ähnliche ist. Im Schnitt begannen die HeGeBe-Patientinnen und -Patienten mit 14 bis 15 Jahren regelmässig zu rauchen und ein Jahr später regelmässig Cannabinoide zu nehmen. Mit rund 18 Jahren haben sie begonnen, diverse andere Substanzen regelmässig zu konsumieren. Als letztes Heroin mit durchschnittlich 20 Jahren. Kokain wurde durchschnittlich erst mit 22 Jahren regelmässig konsumiert, also deutlich nach dem regelmässigen Heroinkonsum. Dort zeigt sich jedoch seit 2009 der Trend, dass HeGeBe-Ersteintritte auch Kokain bereits mit durchschnittlich 18 Jahren regelmässig zu konsumieren begonnen haben. Dies lässt sich eventuell auf die bessere Verfügbarkeit von Kokain zurückführen. Mit durchschnittlich 25 Jahren begannen die HeGeBe-Ersteintritte (vermutlich meist ärztlich verordnete) Substanzen wie Methadon und Benzodiazepine, bzw. die Gruppe „Sedativa, Hypnotika oder Tranquilizer“ regelmässig zu konsumieren.



**Abb. 28:** Durchschnittliches Alter der HeGeBe-Ersteintritte beim Beginn des regelmässigen Konsums

Die folgende Grafik zeigt, wie lange die HeGeBe-Ersteintritte, die angaben die betreffende Substanz einmal regelmässig konsumiert haben, diese regelmässig konsumiert haben. Es gilt zu beachten, dass die Ersteintritte 2011 durchschnittlich 3 Jahre älter waren, als die, die im Jahr 2001 neu eingetreten sind. Das heisst, sie hatten 3 Jahre länger Zeit eine Substanz regelmässig zu konsumieren. Die durchschnittliche Dauer des Tabakrauchens ist in den letzten 10 Jahren genau um diese 3 Jahre gestiegen. Interessanterweise ist dieser Effekt bei den anderen Substanzen nicht zu beobachten.

Obwohl Ersteintritte 2011 durchschnittlich 3 Jahre älter waren als 2001, konsumierten sie keine der regelmässig konsumierten Substanzen über einen längeren Zeitraum. Lediglich bei Kokain ist seit 2009 ein Anstieg erkennbar, der jedoch auf das jüngere Alter, mit dem Kokain regelmässig konsumiert wird, zurückzuführen ist. Es lässt sich daher vermuten, dass Personen, die später eine HeGeBe in Anspruch nehmen, auch ihre "Drogenkarriere" später gestartet haben.

Ebenfalls interessant zu sehen ist, dass obwohl deutlich früher regelmässig Cannabis als Heroin konsumiert wurde, die durchschnittliche Dauer regelmässigen Cannabiskonsums vergleichbar mit der durchschnittlichen Dauer des Heroinkonsums ist. Die Dauer des regelmässigen Kokainkonsums hat, entsprechend dem tieferen Alter mit dem die Substanz durchschnittlich konsumiert wurde, zugenommen.

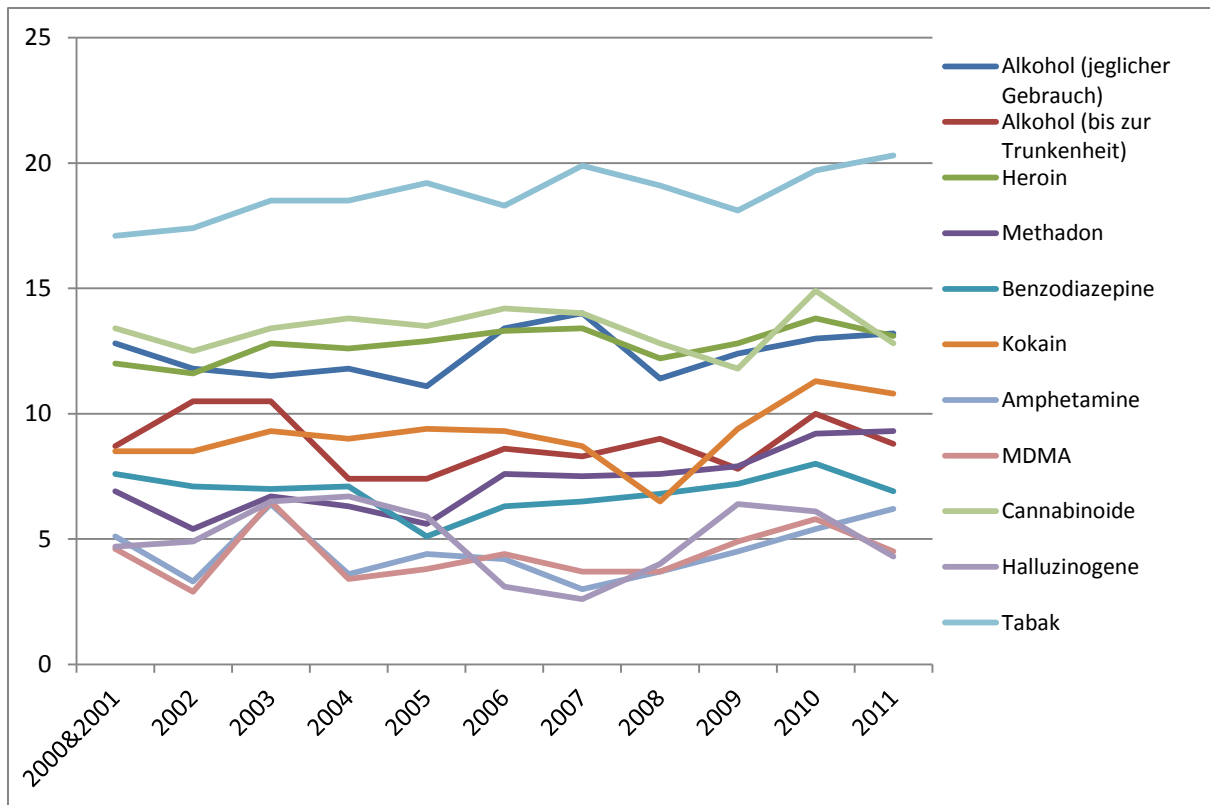
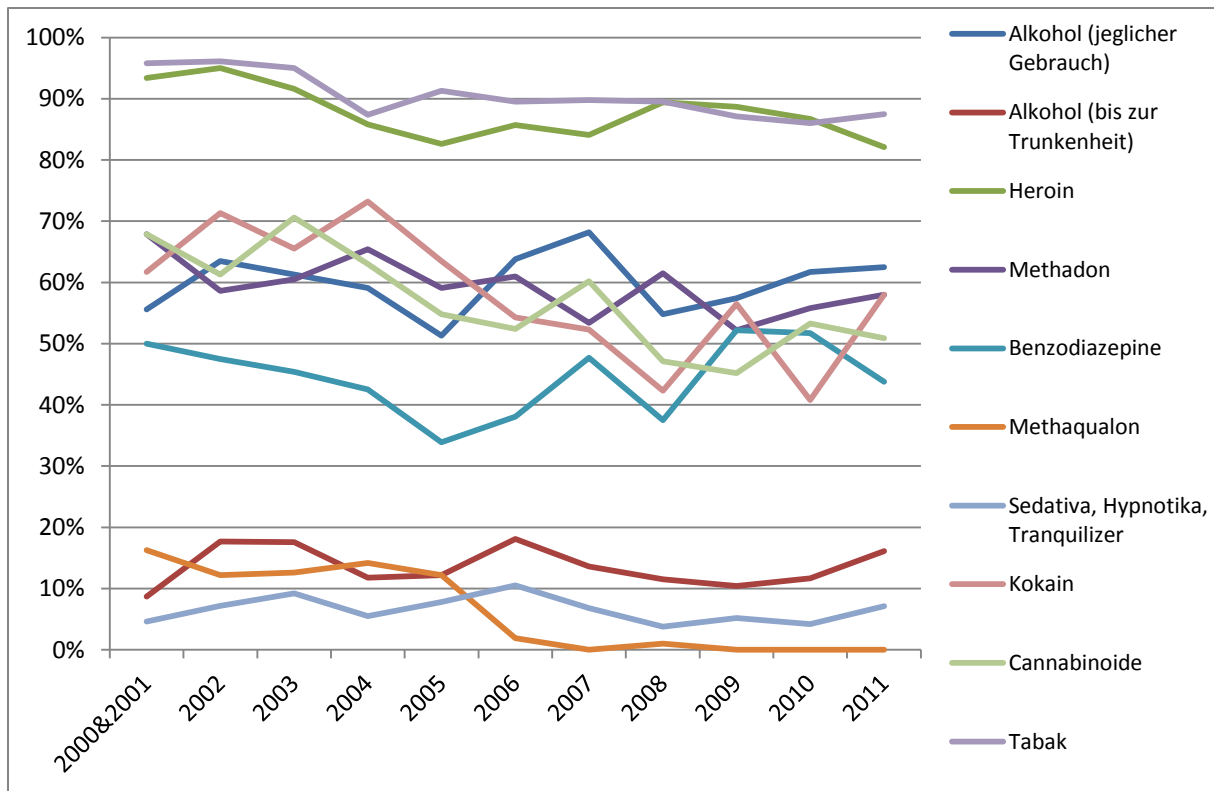


Abb. 29: Durchschnittliche Dauer (in Jahren) des regelmässigen Konsums der HeGeBe-Ersteintritte

### 3.9.3 Konsum in den letzten 30 Tagen

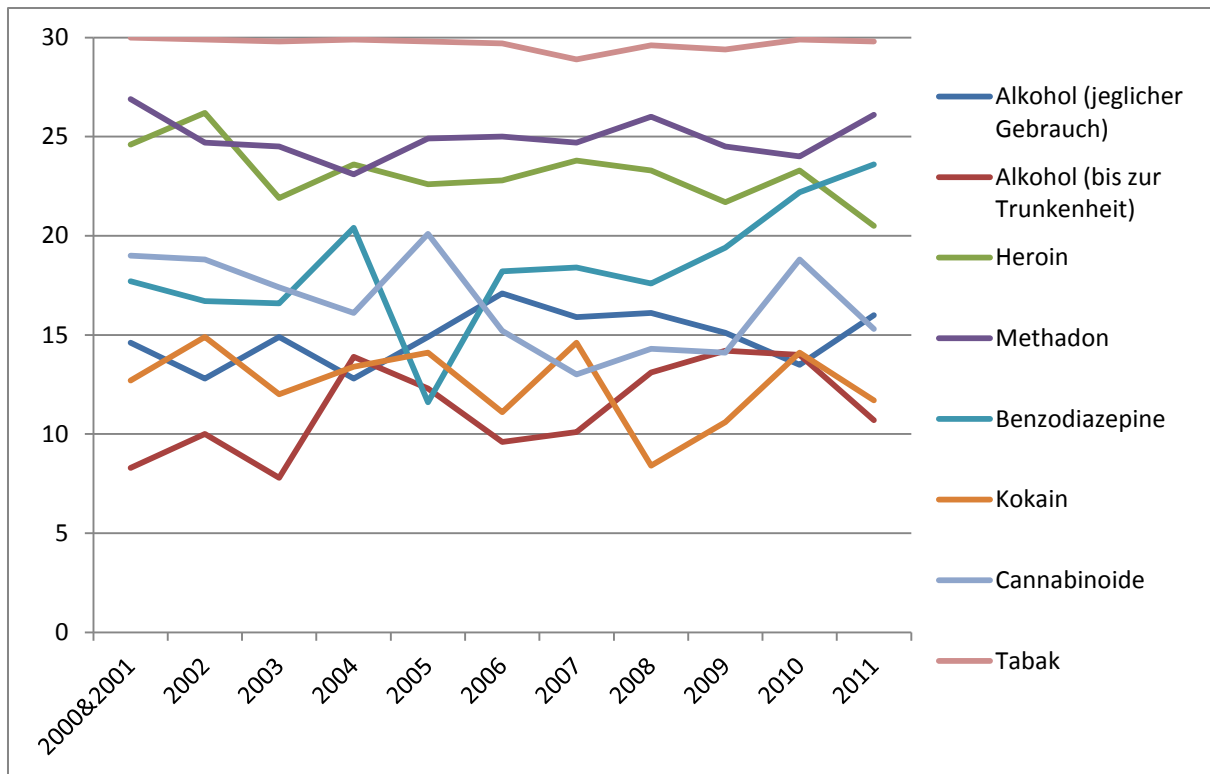
Die folgende Grafik zeigt, welches die Substanzen sind, die die Personen, die neu in die HeGeBe eingetreten sind, in den letzten 30 Tagen vor Eintritt konsumiert haben. Die grosse Mehrheit von etwa 90% hat in den letzten 30 Tagen Heroin konsumiert. Diese Zahl ist seit 2001 leicht von 95% auf 85% gesunken. Auch der Anteil an Rauchern ist in dieser Zeit von 95% auf 85% gesunken.



**Abb. 30:** Prozentualer Anteil aller Ersteintritte, die angegeben haben, die betreffende Substanz mindestens einmal im letzten Monat konsumiert zu haben

Die folgende Grafik zeigt die durchschnittliche Häufigkeit, mit der die entsprechende Substanz in den letzten 30 Tagen konsumiert wurde, sofern die Substanz an mindestens einem Tag konsumiert wurde. Es zeigt sich, dass die Ersteintritte 2011, die in den letzten 30 Tagen Heroin konsumiert haben, dies nur noch an durchschnittlich 20 Tagen taten, während es 2000 und 2001 noch durchschnittlich 25 Tage waren. Die Anzahl der Tage, an denen kein Heroin konsumiert wurde, hat sich im Schnitt also verdoppelt. Entsprechend ist der durchschnittliche Konsum von Benzodiazepinen durchschnittlich um über 5 Tage im Monat gestiegen. Die anderen häufig konsumierten Substanzen werden seit 10 Jahren etwa gleich oft konsumiert (durchschnittlich an einem bis zwei von drei Tagen).





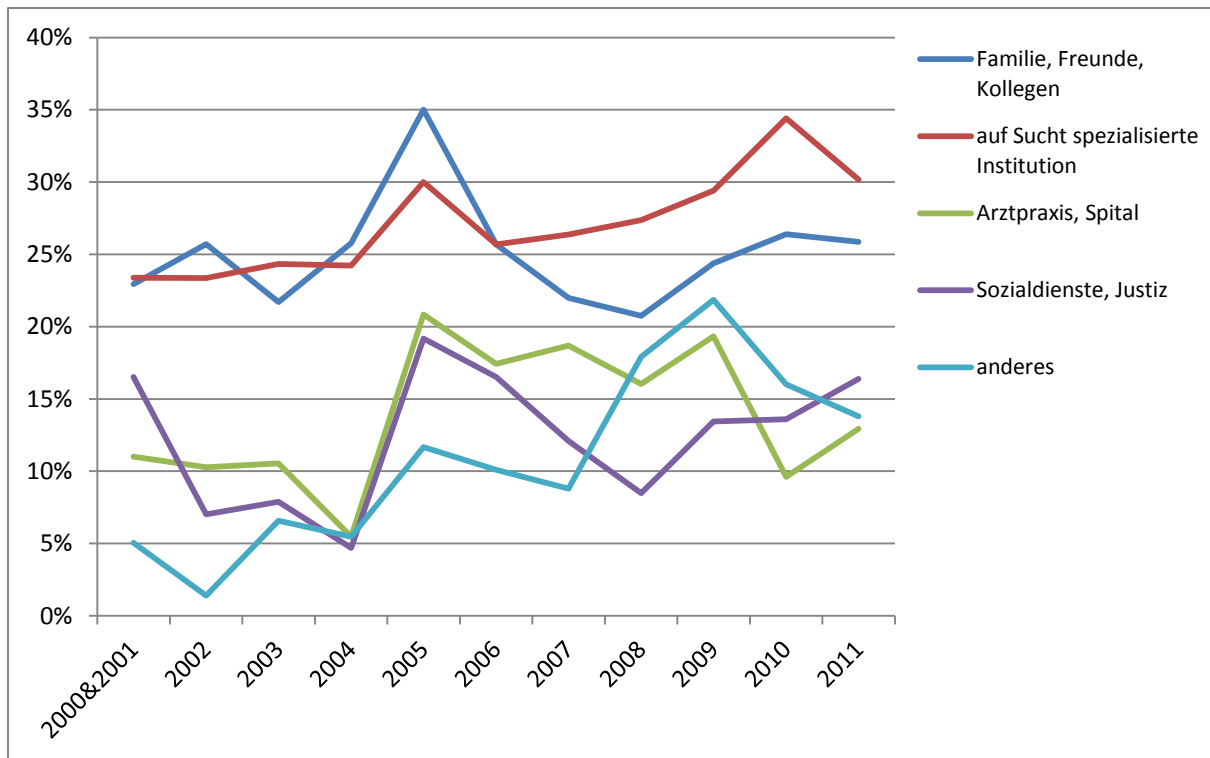
**Abb. 31:** Durchschnittliche Anzahl Tage des Konsums in den letzten 30 Tagen aller Personen die angaben, die entsprechende Substanz mindestens einmal konsumiert zu haben

### 3.10 Behandlungserfahrung

Es sind keine nennenswerten Veränderungen der Therapieerfahrungen der HeGeBe-Ersteintritte der letzten 10 Jahre feststellbar: Sowohl Substitutionsbehandlungen, stationäre Therapien, als auch Entzüge wurden ähnlich oft und ähnlich lange unternommen. Personen oder Institutionen, die an der Vermittlung beteiligt waren, wurden ebenfalls stets die gleichen genannt.

#### 3.10.1 Vermittlung zu HeGeBe

Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sich die Anteile an Personen oder Institutionen, die an der Vermittlung des Patienten bzw. der Patientin zu HeGeBe beteiligt waren, in den letzten 10 Jahren verändert haben. Einziger Anteil an auf Sucht spezialisierte Institutionen hat leicht zugenommen.



**Abb. 32:** Personen oder Institutionen, die an der Vermittlung zu HeGeBe beteiligt waren

### 3.10.2 Anzahl und Dauer bisheriger Behandlungen

Es sind keine nennenswerten Veränderungen der Therapieerfahrungen der HeGeBe-Ersteintritte der letzten 10 Jahre feststellbar. Sowohl Substitutionsbehandlungen, stationäre Therapien, als auch Entzüge wurden ähnlich oft und ähnlich lange unternommen. Diese Zahlen zeigen, dass nach wie vor fast nur Menschen in die HeGeBe aufgenommen werden, die bereits etliche Substitutionsbehandlungen, Entzugsversuche und in mindestens jedem zweiten Fall auch stationäre Behandlungen hinter sich haben. Ausserdem ist aufgrund der Fragestellung im Fragebogen, die keine fehlenden Werte vorsieht, davon auszugehen, dass der Anteil an Personen, die die entsprechende Behandlungsform nie in Anspruch genommen haben, kleiner ist als abgebildet.

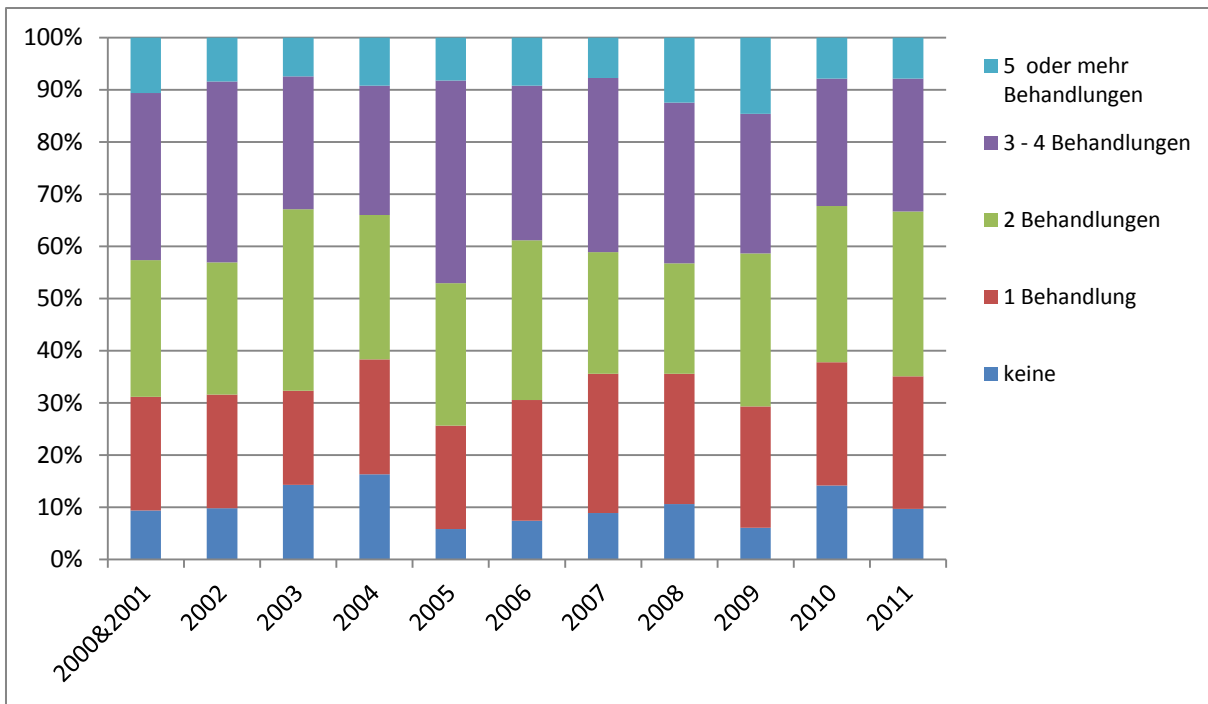


Abb. 33: Anzahl der bereits unternommenen Substitutionsbehandlungen bei HeGeBe-Ersteintritten

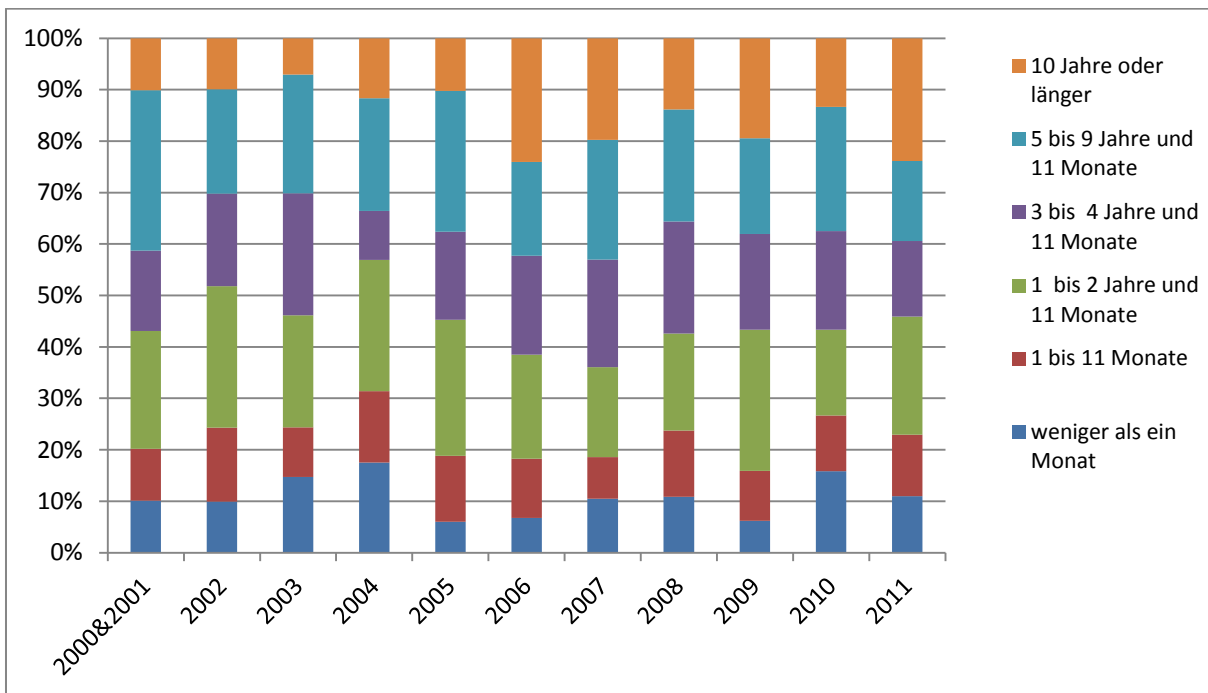


Abb. 34: Gesamte Dauer der bereits unternommenen Substitutionsbehandlung(en) bei HeGeBe-Ersteintritten

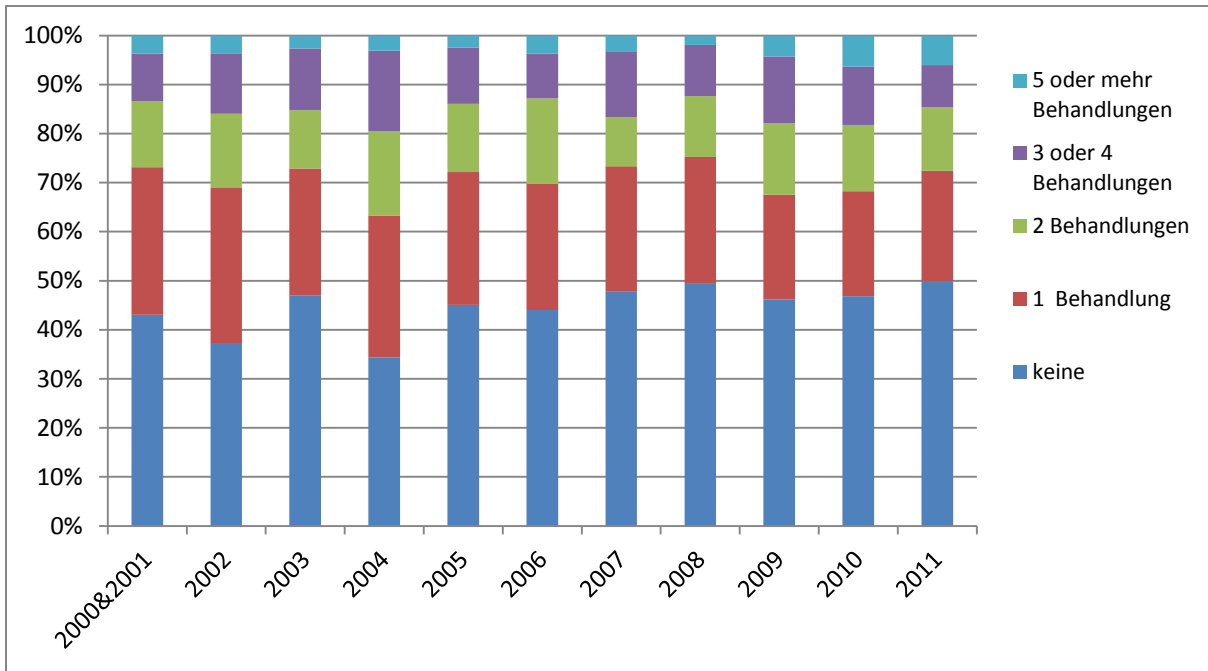


Abb. 35: Anzahl der bereits unternommenen stationären Therapien bei HeGeBe-Ersteintritten

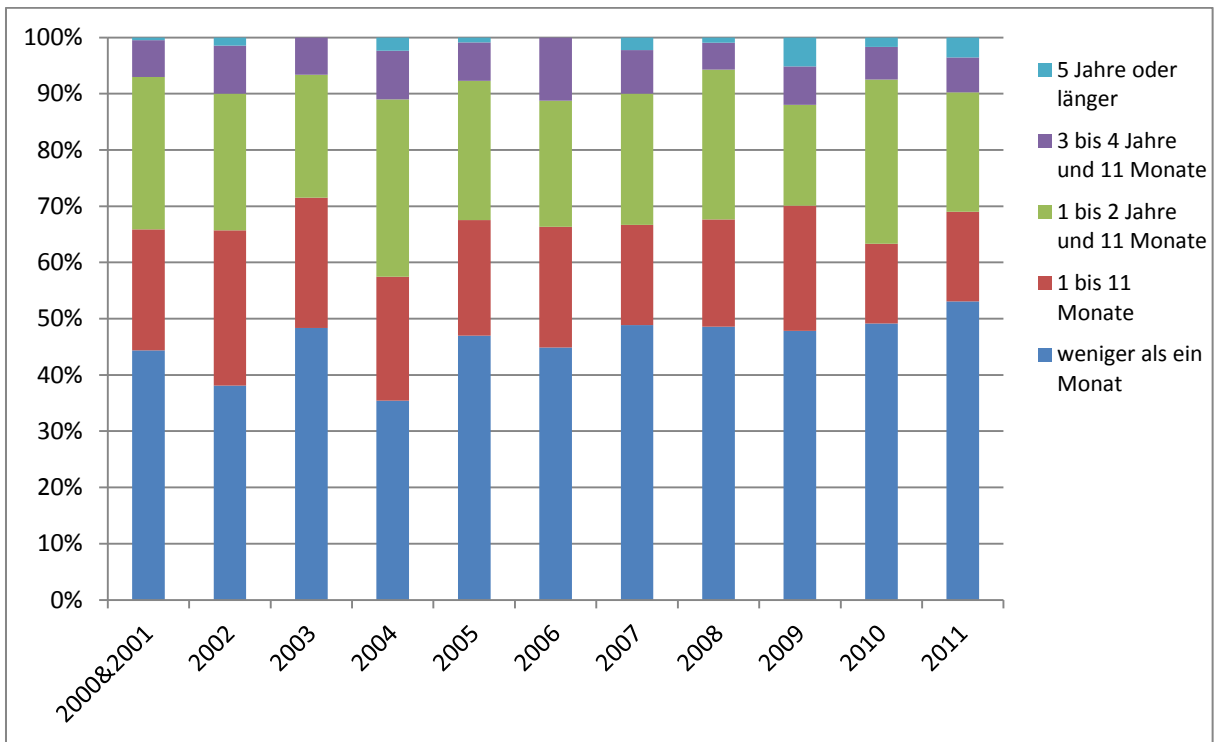


Abb. 36: Gesamte Dauer der bereits unternommenen stationären Therapie(n) bei HeGeBe-Ersteintritten

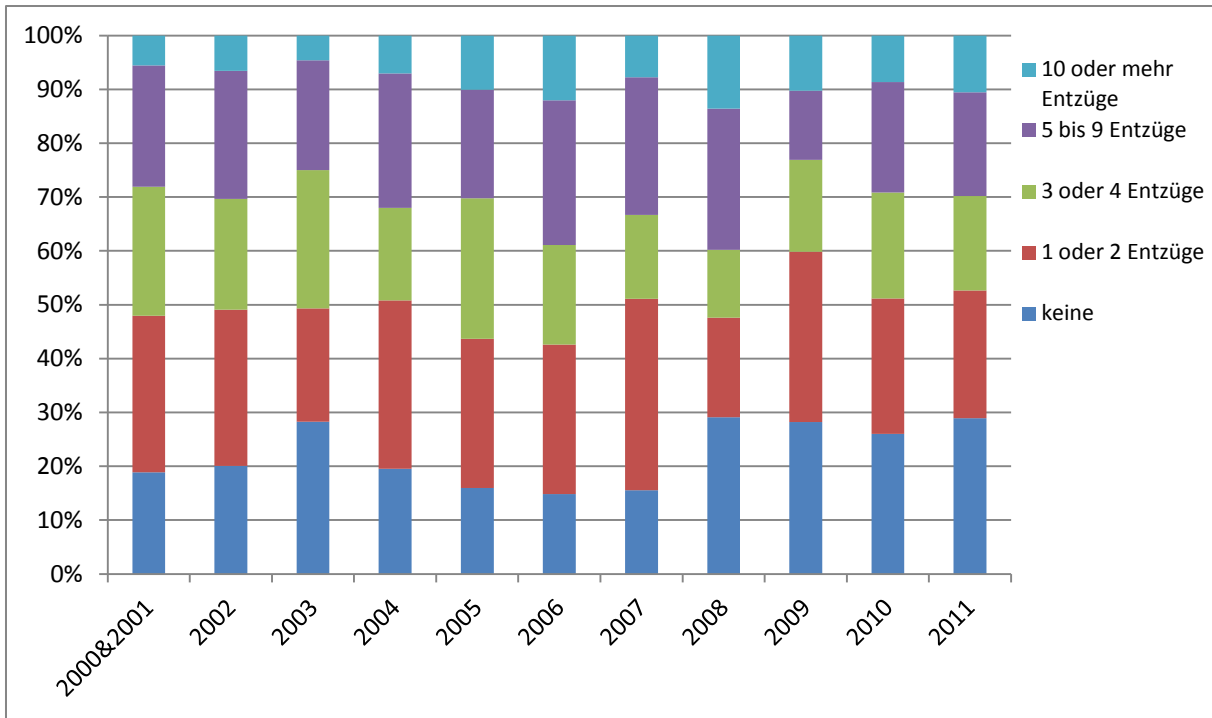


Abb. 37: Anzahl der bereits unternommenen Entzüge bei HeGeBe-Ersteintritten

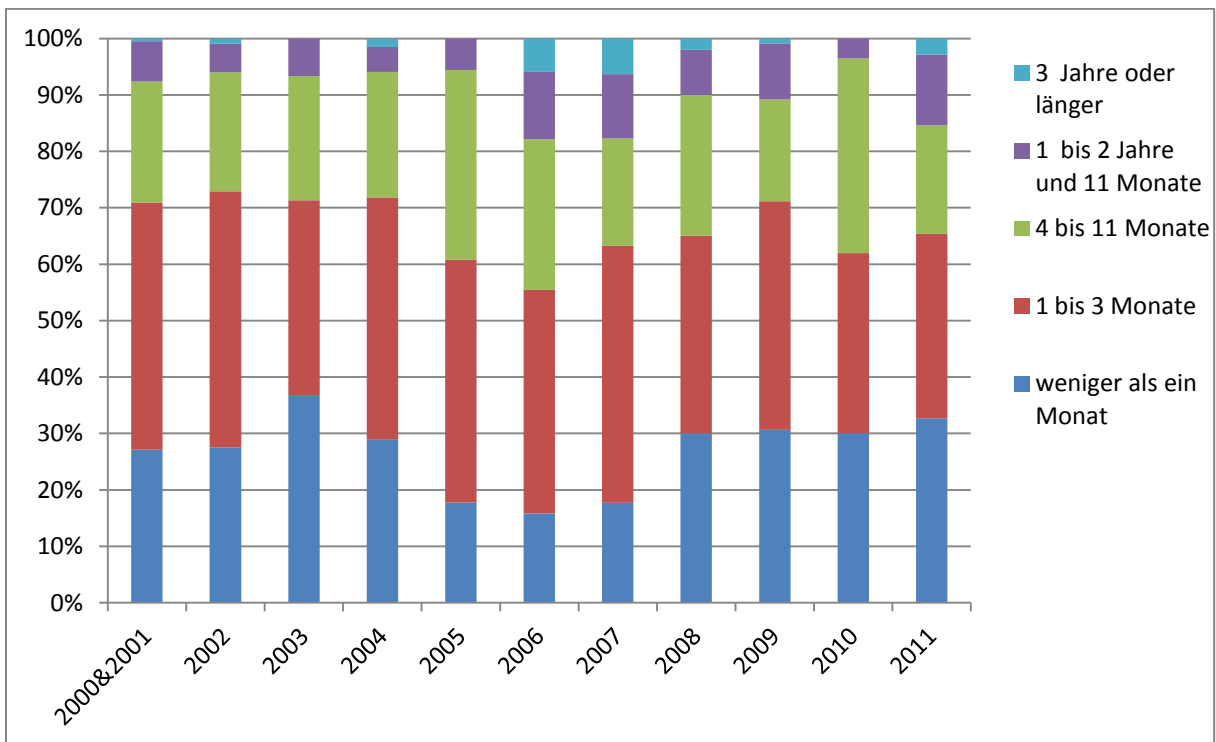


Abb. 38: Gesamte Dauer der bereits unternommenen Entzüge bei HeGeBe-Ersteintritten

### 3.11 Austrittsgründe

Rund 60% aller Patientinnen und Patienten treten aus, um in eine andere Behandlungsform zu wechseln, ohne dass ein gesundheitlicher oder disziplinarischer Grund dafür ersichtlich ist. Dieser Anteil war in den ersten beiden Jahren etwas tiefer und wurde bei der Fragebogenversion, die zwischen November 2000 und Dezember 2004 eingesetzt wurde, öfters als "anderes" gewertet. Austritte aus disziplinarischen Gründen (d.h. Ausschluss und Inhaftierung) haben deutlich abgenommen, während Austritte aus gesundheitlichen Gründen (d.h. Hospitalisierung und Tod) deutlich zugenommen haben. Die Todesursache ist zwischen 2005 und 2011 in über 90% der Fälle eine Krankheit. Es kam nur je einmal vor, dass jemand explizit an einer Überdosis oder einem Unfall starb. Dies könnte beides mit dem höheren Alter der HeGeBe-Patientinnen und Patienten zusammenhängen. Ebenfalls erwähnenswert ist, dass weniger Patientinnen und Patienten einfach wegbleiben oder unplanmässig die Therapie abbrechen. Besonders in den ersten paar Jahren war dieser Anteil viel grösser.

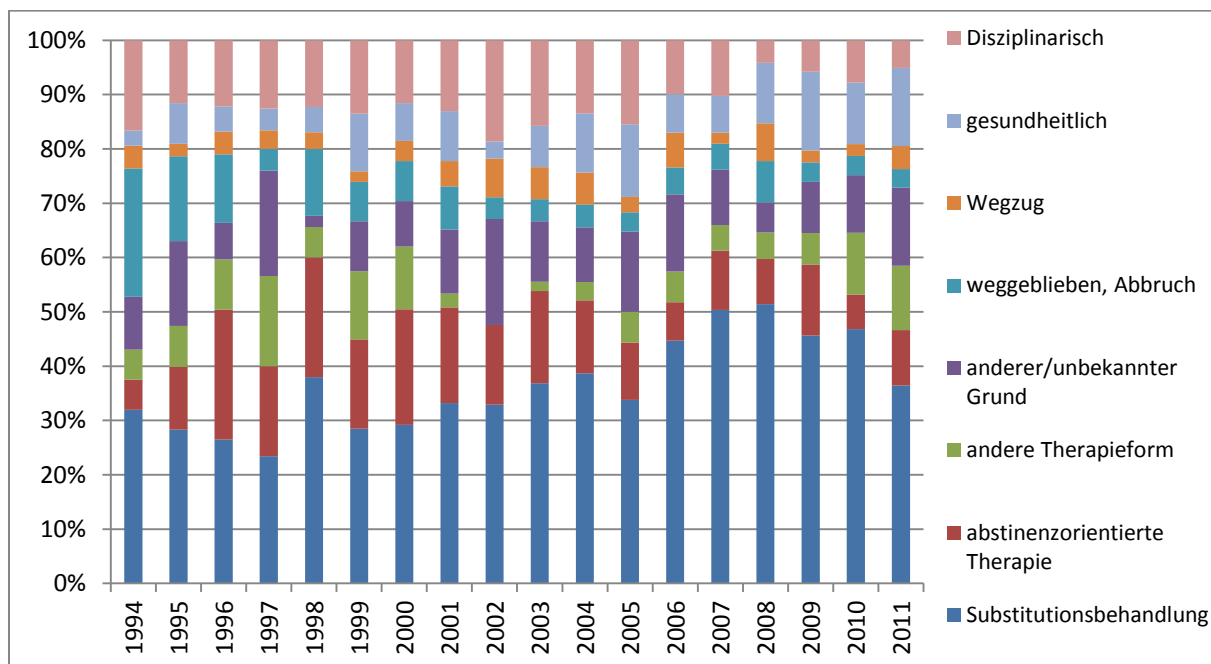


Abb. 39: Austrittsgründe

### 3.12 Abgabeformen

Die Abgabe von intravenösem Diacetylmorphin (DAM) hat deutlich abgenommen. Während 1999 noch fast 90% mindestens teilweise DAM intravenös erhielten, ist es 2012 nur noch die Hälfte. Sichtbar zugenommen hat der Anteil der Personen, die DAM und Methadon beziehen. Der Anteil an Personen, die DAM oral beziehen hat leicht zugenommen.

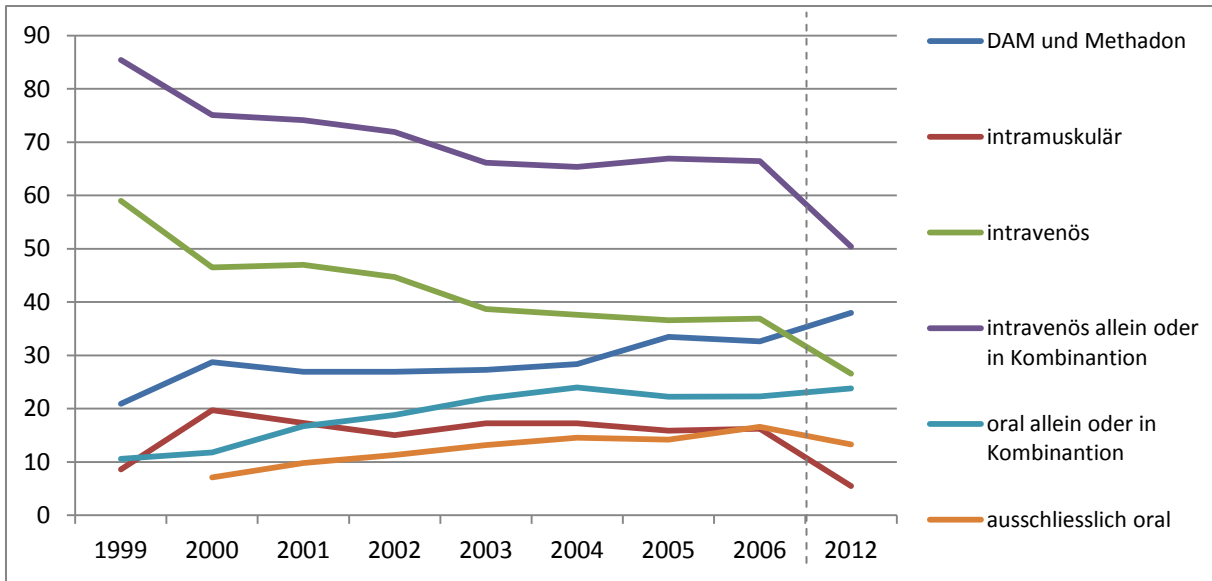


Abb. 40: Abgabeformen in HeGeBe

## 4. Internationale Review der Kostenanalysen

### 4.1 Einleitung

Informationen zu den Kosten der Heroingestützten Behandlung sind nebst aus der Schweiz aus Deutschland, England, den Niederlanden sowie aus Kanada publiziert (EMCDDA 2011/2012; Nosyk et al. 2012). Aus Spanien, wo ebenfalls zwei Studien zur Heroingestützten Behandlung durchgeführt wurden (March et al. 2006), sind keine detailliertere Kostenzahlen vorliegend. Dänemark hat als bisher einziges Land die Heroingestützte Behandlung eingeführt, ohne selbst eine Studie zur Wirksamkeit oder Kosteneffektivität vorzunehmen (Uchtenhagen 2011). Dänemark betrachtet offenbar die Evidenzlage aus den anderen Ländern in diesen beiden Punkten als ausreichend. Dänemark führte als bisher letztes Land die Heroingestützte Behandlung ein. Ein weiterer Abgaberversuch ist in Belgien vorgesehen (Demaret et al. 2012).

Bisher wurden aus gesundheitsökonomischer Sicht für die Heroingestützte Behandlung vorwiegend Kosten-Nutzen- und Kosten-Effektivitäts-Analysen durchgeführt. Während dem die Kosten-Nutzen-Analyse methodisch vornehmlich alle Kosten der Heroingestützten Behandlung berechnet und mit den vermuteten Kosten im Falle einer Nichtbehandlung vergleicht (=Nutzen), wird bei der Kosten-Effektivitäts-Analyse das therapeutische Ergebnis nicht monetär, sondern als patientenrelevantes Wirksamkeitsmass dargestellt und mit einer Kontrollbedingung verglichen. Typischerweise werden in der Gesundheitsökonomie für solche Wirksamkeitsmasse die Anzahl Krankheitstage oder bei langandauernden Krankheiten, wie es bei der Opiatabhängigkeit der Fall ist, die durch die Behandlung gewonnenen gesunden Lebensjahre (z.B. in sogenannten Quality-Adjusted Life Years QALYs) verwendet. Als Kontrollbedingung wurde im Falle der Heroingestützte Behandlung bei Kosten-Effektivitäts-Analysen meist die orale Methadonsubstitution der Heroingestützten Behandlung gegenüber gestellt. Nachstehend sollen die Ergebnisse der bisherigen Kosten-Nutzen- und Kosten-Effektivitäts-Analysen vorgestellt und deren Endergebnisse so weit wie möglich gegenüber gestellt werden.

### 4.2 Kosten-Nutzen-Studien

Die erste Studie zu den Kosten der Heroingestützten Behandlung, die sogenannte „Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln“ stammte aus der Schweiz (Frei et al. 1997) und wurde im Jahr 2000 in einem Sammelband, mit einer Publikation von Gutzwiler und Steffen (2000) als Kosten-Nutzen-Analyse auf Englisch publiziert. Darin wurden nebst den Kosten für drei verschiedenen grosse Kliniktypen, ein Einsparungsmittel von umgerechnet 43 Euro pro Patiententag und 15'875 pro Patientenjahr gemäss dem Berechnungsstand des Jahres 1995 bestimmt. Also Einsparungen die durch die Heroingestützte Behandlung verglichen mit keiner bzw. gänzlich fehlender Behandlung und den entsprechenden damaligen Konsequenzen wie



Beschaffungskriminalität, (unbehandelten) somatischen Krankheiten etc. erzielt werden können. Die Kosten für die Heroingestützte Behandlung betragen während der PROVE Versuche Euro 34.1 pro Tag bzw. Euro 12'451 pro Jahr und der Nutzen Euro 63.7 bzw. Euro 23'238 (angenommener Eurowechselkurs von CHF 1.50 zum besseren Vergleich der aus anderen Ländern stammenden Kostenanalysen und deren Durchführungszeitpunkten). Wobei der grösste Anteil am Nutzen durch die Einsparungen an Legalkosten (Euro 48.1 pro Tag bzw. Euro 17'539 pro Jahr) ausgewiesen wurden.

In den Niederlanden schätzten Dijkgraaf et al. (2005) die mittleren Kosten für die Heroingestützte Behandlung basierend auf Zahlen aus dem Jahr 2001 auf 48 Euro pro Tag beziehungsweise auf 20'410 Euro pro Jahr, wenn sämtliche Kosten berücksichtigt werden. In Deutschland wurden die mittleren Kosten auf 50 Euro pro Patiententag bzw. 19'020 Euro pro Patientenjahr geschätzt. Strang et al. (2009) schätzen die Kosten für die Heroingestützte Behandlung in England zwischen 3 bis 10mal höher ein, als die orale Substitutionstherapie (v.a. Methadon), wobei es darauf ankommen soll, ob bestimmte Kostenkomponenten oder die Gesamtkosten verglichen werden. Die Kosten für die Heroingestützte Behandlung in den Niederlanden wurden als rund 12mal höher eingeschätzt als die der oralen Methadonsubstitution (Dijkgraaf et al., 2005). Dieser grosse Unterschied resultierte gemäss den Studienautoren hauptsächlich daraus, dass in den Niederlanden eine beachtliche Anzahl der Klientel bis zu dreimal täglich Heroin injizierten und deshalb höhere Überwachungs- und Betreuungskosten nötig wurden, als in der Methadonsubstitution, wo das Methadon über mehrere Tage mitgenommen werden konnte. Die Kosten für die Heroingestützte Behandlung, werden aber in allen referierten Ländern im Sinne einer Behandlung für Schwerstsuchtige in Kauf genommen, die in der Behandlung mit anderen Substitutionstherapien keinen Erfolg zeigten bzw. nach mehreren Heroinentzügen immer wieder rasch rückfällig wurden (EMCDDA 2012). Interessanterweise war wie bereits erwähnt Dänemark sogar bereit die Kosten für die Heroingestützte Behandlung zu tragen, ohne dass in diesem Land weder eine Wirksamkeits- noch eine Kosten-Effektivitäts- oder eine Kosten-Nutzen-Studie durchgeführt wurde.

In Deutschland, den Niederlanden und Grossbritannien wurde nicht explizit eine Kosten-Nutzen-Studie durchgeführt, im Rahmen derer Kosten-Effektivitäts-Analysen jeweils aber auch davon ausgegangen, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis für Heroingestützte Behandlung gegeben ist, sofern die Alternative für die Heroingestützte Behandlung der Nichtbehandlung und deren Kosten entspricht.

#### 4.3 Kosten-Effektivitäts-Studien

Eine aktuelle Studie aus Kanada schätzte mittels mathematischen Modellen die Kosten-Effektivität der Heroingestützten Behandlung bei solchem schwerstsuchtigen Klientel langfristig als niedriger ein, als wenn versucht würde, diese mittels oraler Methadonsubstitution zu behandeln (Nosyk et al. 2012). Für die Berechnung verwendeten Nosyk und Kollegen Angaben zur sogenannten „disease burden“ der WHO (2002), indem sie

die Qualität und Quantität von Lebensjahren in sogenannten qualitätsbereinigten Lebensjahren (Quality Adjusted Life Years QALYs) mit einberechneten. So konnten sie mathematisch die gewonnen Einsparungen aufgrund gesundheitlicher Verbesserungen auch langfristig mit simulieren und Kurven zu den langfristigen Kosten und Nutzen schätzen. Die Heroingestützte Behandlung zeigte sich in ihren Berechnungen bei allen bestimmten Zeitspannen der Methadonsubstitution überlegen. Auf die Gesamtlebenszeit gesehen konnten in der Heroingestützten Behandlung im Mittel 7.92 QALYs gewonnen werden und in der Methadonsubstitution 7.46 QALYs. Die geschätzten Lebenszeitkosten pro Patient bzw. Patientin in Heroingestützter Behandlung betragen beim gegenwärtigen Eurokurs 0.86 Millionen Euro und für die orale Methadonsubstitution 0.89 Millionen Euro. Dies entspricht Einsparungen im geschätzten Mittel von rund 32'000 Euro über die Lebenszeitspanne pro Patient bzw. Patientin.

In den Niederlanden untersuchten Dijkgraaf et al. (2005) die Kosten-Effektivität der Heroingestützten Behandlung für das erste Behandlungsjahr, aufgrund ihrer Studiendaten aus der randomisiert-kontrollierten niederländischen Studie (van den Brink et al. 2003; folglich Tabelle 1). Gemäss ihren Berechnungen können pro Behandlungsjahr im Mittel 0.788 DALYs (CI(95%) = 0.708-0.949) in der Heroingestützten Behandlung eingespart werden und 0.730 DALYs (CI(95%) = 0.620-0.903) in der oralen Methadonsubstitution, was einer signifikant höheren Verbesserung der DALYs in der Heroingestützten Behandlung gegenüber der Methadonsubstitution entspricht. Bezüglich den Kosten im ersten Behandlungsjahr konnten so Euro 12'793 pro Patientin bzw. pro Patient durch Heroingestützte Behandlung gegenüber Methadonsubstitution gespart werden. Eine analoge Berechnung in Deutschland (von der Schulenburg und Claes 2006) fand ebenfalls eine Überlegenheit der Heroingestützten Behandlung verglichen mit der oralen Methadonsubstitution bezüglich qualitätsbereinigter Lebensjahre sowie Einsparungen von Euro 8'035 pro Patientin bzw. pro Patient im ersten Behandlungsjahr basierend auf Zahlen aus den Jahren 2002-2004.

**Tab. 1:** Übersichtstabelle zu den Ländern mit Wirksamkeitsstudien sowie Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Effektivitäts-Analysen zur Heroingestützten Behandlung

Land	Deutschland	Kanada	Niederlanden	Schweiz	Vereinigtes Königreich
<b>Untersuchungsleitende Person / Studienjahre</b>	Naber, D/ 2003–2004	Schechter, M/ 2005–2008	van den Brink, W/1998–2002	Rehm, J Uchtenhagen A, Perneger T/ 1994–2006	Strang, J 2006–2008
<b>Design</b>	Multizenter RCT, geschichtet	Multizenter RCT	2 Multizenter RCT	kleine RCT, Prospektive Kohortenstudie, Langzeitstudie	Multizenter RCT

<b>Intervention vs. Kontrollbedingung / Untersuchungszeitraum</b>	Injiziertes Heroin (+ orales Methadon auf Anfrage) vs. orales Methadon / 12 Monate	Injiziertes Heroin + Orales Methadon vs. orales Methadon / Injiziertes Hydromorphon + orales Methadon vs. orales Methadon / 12 Monate	Injiziertes Heroin + orales Methadon vs. orales Methadon / inhaliertes Heroin + orales Methadon vs. orales Methadon / 12 Monate	Injiziertes Heroin / orales Heroin (IR und SR), orales Methadon, orales Morphin / 2 Jahre und länger	Injiziertes Heroin vs. orales Methadon / injiziertes Methadon vs. orales Methadon / 6 Monate
<b>Beschreibung der Teilnehmenden</b>	Heroinabhängige, ohne andere Gesundheitsprobleme, die nicht mit Methadon behandelt werden konnten oder die mit den gängigen Angeboten sonst nicht erreicht werden konnten, N = 1'032	Opiatabhängige Personen, hauptsächlich mit regelmässigem i.v. Konsum, mit mehreren gescheiterten Versuchen in der Methadonbehandlung, N = 246	Opiatabhängige in Methadonsubstitution, mit schweren Symptomen, die aus Beikonsum resultierten und die auf die Methadonsubstitution nicht ansprachen, N = 549	Schwerst Heroinabhängige Personen, bei welchen alle anderen Therapien erfolglos waren, N = 1'273 (247)	Regelmässige i.v. Heroinkonsumierende, bei Einschluss in Methadonsubstitution, die nicht auf die Standardmethadonbehandlung ansprachen, N = 150
<b>Kosten-Nutzen gegeben</b>	Ja	nicht ausgewiesen	Ja	Ja (mittlere Einsparung pro Jahr gegenüber Nicht-Behandlung Euro 13'753)	Ja
<b>Kostenverhältnis Heroingestützte Behandlung vs. Kontrollbehandlung</b>	4.3 : 1	4.3 : 1 (Übernahme zur Berechnung von Daten aus Deutschland)	12 : 1	nicht untersucht	zwischen 3 : 1 und 10 : 1
<b>Berechnete Gesamtkosten bei Heroingestützte Behandlung pro Jahr (Euro)</b>	19'020 (Jahr 2006)	16'980 (Jahr 2011)	20'410 (Jahr 2001)	15'875 (Jahr 1995, mittelgrosse HeGeBe Zentren)	18'600 (Jahr unklar, aber nach 2007)
<b>Berechnete Gesamtkosten bei Kontrollbehandlung pro Jahr (Euro)</b>	12'100 (Jahr 2006)	unklar	17'634 (Jahr 2001)	nicht untersucht	nicht publiziert
<b>Kosten-Effektivität gegeben bei Berücksichtigung von QALY<sup>1)</sup> und gesparter Delinquenz-, Verfahrens- und Inhaftierungskosten</b>	Ja (mittlere Einsparung pro Jahr wenn in Heroingestützte Behandlung vs. Kontrollbedingung: Euro 8'035)	Ja (Grundlage: mathematische Modellierungen)	Ja (mittlere Einsparung pro Jahr wenn in Heroingestützte Behandlung vs. Kontrollbedingung: Euro 12'793)	nicht untersucht	nicht publiziert
<b>Kosten in Euro für ein zusätzliches</b>	154'607 für Heroingestützte	ca. 130'000 für Heroingestützte	nicht untersucht	nicht untersucht	nicht untersucht

QALY <sup>1)</sup>	Behandlung, 170'835 für Methadon	Behandlung			
--------------------	--	------------	--	--	--

<sup>1)</sup> Ein qualitätskorrigiertes Lebensjahr (Quality Adjusted Life Year oder QALY) ist eine Kennzahl für die Bewertung eines Lebensjahres in Relation zur Gesundheit. Ein QALY von 1 bedeutet ein Jahr bei voller Gesundheit, während ein QALY von 0 einem Versterben entspricht.

#### 4.4 Vergleich der Kosten für ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr

Der Vergleich der Kosten von qualitätsbereinigten Lebensjahren in voller Gesundheit für unterschiedliche medizinische Behandlungen ist aufgrund einiger methodischer Probleme sowie auch aus ethischen Gesichtspunkten (soll einem Individuum eine bessere Behandlung vorenthalten werden, weil sie teurer ist als eine andere etc.) umstritten (für eine ausführliche Begründung siehe z.B. Schöffski und Greiner 2012, S. 71ff). Dennoch wurden in Deutschland und Kanada die entsprechenden Berechnungen durchgeführt. Die Befürworter solcher Vergleiche gehen von dem vom National Institute for Clinical Excellence (NICE) vorgeschlagenen Benchmark von Euro 50'000 (£ 30'000) für die gesellschaftliche Zahlungsbereitschaft für eine medizinische Behandlungsmethode zur Gewinnung von einem gewonnenen Jahr bei voller Gesundheit (= 1 QALY) aus.

In Deutschland liegen die Kosten für ein 1 QALY bei der Heroingestützten Behandlung bei geschätzten Euro 154'607 (von der Schulenburg und Claes 2006). In Kanada liegen sie bei ca. Euro 130'000 (Nosyk et al. 2012). In Deutschland liegen die geschätzten Kosten für 1 QALY bei der für Heroingestützte Behandlung typischen Klientel die keine Heroingestützte Behandlung sondern eine Methadonsubstitution erhalten bei Euro 170'835, also noch rund 16'000 Euro höher als in der Heroingestützten Behandlung (von der Schulenburg und Claes 2006). Zum Ergebnis, dass die Heroingestützte Behandlung gegenüber der oralen Methadonsubstitution bei schwerstabhängigen Klientel in Bezug auf die Kosten-Effektivität besser abschneidet, kommt auch die aktuelle Studie aus Kanada, welche zusätzlich noch das Alter und die mittlere Behandlungsdauer in Heroingestützter Behandlung und Methadonsubstitution mathematisch über die gesamte Lebensspanne mit simuliert (Nosyk et al. 2012, folglich Kapitel Kosten-Nutzen-Studien).

## 5. Diskussion der Resultate und Überlegungen für die Schweiz

Grundsätzlich sind die Profile der Ersteintritte in die Heroingestützte Behandlung der Schweiz erstaunlich stabil geblieben zwischen 2000 und 2011. Das betrifft die Dimensionen Zivilstand, Kinderzahl, Wohnsituation, Ausbildungsstand, Berufstätigkeiten, Geldquellen, Behandlungserfahrung, bisheriger und aktuellen Konsum. Dieser Befund lässt sich vor allem dahingehend interpretieren, dass die Aufnahmekriterien für eine Heroingestützte Behandlung seit 2000 konstant befolgt wurden. Auch die Verankerung der Heroingestützten Behandlung im Betäubungsmittelgesetz hat offenbar daran nichts geändert: Es wird immer noch der gleiche Typ an Schwerstopiatabhängigen, bei dem bisherige Behandlungsversuche mit Opiat-Substitutionstherapien keinen Erfolg zeigten zur Heroingestützten Behandlung zugelassen, wie im Jahr 2000.

Sicherlich positiv entwickelt hat sich bei den Ersteintritten der Anteil an Hepatitis A und B Impfungen, die gleichzeitig durch eine Abnahme an positiv durchgemachten bzw. chronisch positiven Verläufen bei Hepatitis B einhergingen. Obwohl abnehmend, ist hingegen der Anteil chronisch verlaufender Hepatitis C Erkrankungen immer noch erstaunlich hoch und liegt gegenwärtig bei den Ersteintritten bei rund 40%. Wie viele chronische Hepatitis C Fälle insgesamt bei der Klientel in Heroingestützter Behandlung zu verzeichnen sind, ist indes unklar. Eine Interferontherapie während der Heroingestützten Behandlung wäre in den meisten chronisch positiven Fällen aber medizinisch sehr sinnvoll und machbar. Die Kosten für eine derartige Behandlung sind hingegen hoch. Da in Zukunft vermutlich mit einer Zunahme von Interferontherapien zu rechnen ist, wird sich der Gesundheitszustand der betroffenen Klientel in Heroingestützter Behandlung verbessern und umgekehrt werden die Behandlungskosten steigen. Der Anteil an HIV positiven Ersteintritten ist seit 2000 hingegen konstant geblieben, weshalb nebst den üblichen Kostensteigerungen zum Beispiel aufgrund von neuen Medikamenten etc. keine besonderen diesbezüglich Kostenerhöhungen zu erwarten sind.

### 5.1 Argumente gegen eine neue Kostenanalyse der schweizerischen Heroingestützten Behandlung

Im Grunde genommen liegt keine aktuelle Kostenanalyse der Heroingestützten Behandlung in der Schweiz vor. Die letzte stammt aus dem Jahr 1997 und basiert unter anderem auf den Daten der PROVE Studie aus den Heroingestützten Behandlungs-Kohorten von 1994 und 1995. Eine Neuerhebung der aktuellen Kosten der Heroingestützten Behandlung in der Schweiz im Jahr 2012, welche die gefundenen Parameter der Kosten-Nutzen-Analyse von Frei et al. (1997) neu recherchiert bzw. schätzt und diese Kosten-Nutzen-Analyse wiederholt, ist nur sehr schwierig zu bewerkstelligen. Das ist vor allem deshalb schwierig, weil keine Follow-up Daten der Ersteintritte in Heroingestützten Behandlung mehr erhoben werden (sowohl seit 1995 nicht mehr nach 6 Monaten und seit 2005 auch nicht mehr nach 12 Monaten). Zudem werden nicht mehr alle Kosten so systematisch anhand von auf der

Strasse lebenden Heroinkonsumierenden erhoben, wie dies noch 1995 der Fall war. Ein weiterer Grund der gegen eine Neueinschätzung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses spricht liegt darin, dass heute die Alternative zur Heroingestützten Behandlung nicht einfach ein Leben auf der Gasse und Beschaffungskriminalität gleich kommt, sondern, dass es inzwischen eine ganze Reihe an Substitutionsangeboten etc. gibt. So befinden sich inzwischen von den rund 22'000 bis 26'000 Opiatabhängigen in der Schweiz rund 18'100 in Methadonsubstitution (Stand 2010, gemäss BAG) sowie ein weiterer nicht klar zu eruiender Teil in anderer Substitutionsbehandlung, stationärer Therapie oder im Entzug bzw. in einer psychiatrischen Klinik. Vielmehr müsste also eine aktuelle Kosten-Effektivitäts-Analyse durchgeführt werden, in der die heutige Heroingestützte Behandlung mit der Standardbehandlung bei Opiatabhängigkeit in der Schweiz, der oralen Methadonsubstitution, verglichen würde. Allerdings müssten substitutionstherapieresistente Schwerstabhängige randomisiert anstatt in die Heroingestützte Behandlung zur oralen Methadonbehandlung zugewiesen werden, um korrekte Kostenvergleiche durch zu führen, wie sie in Deutschland, Kanada, den Niederlanden und in Grossbritannien erfolgt sind. Dem stehen im Moment aber prinzipiell vor allem zwei Aspekte im Weg. Einerseits bestehen finanzielle Engpässe für die Unterstützung einer solchen Studie und andererseits existieren aber auch ethische Gründe, die darin zu suchen sind, dass Schwerstopiatabhängigen die Heroingestützte Behandlung zumindest für eine gewisse Studienzeit vorenthalten werden müsste, um die Kosten-Effektivität der Heroingestützten Behandlung zu untersuchen. Nicht zuletzt aus den genannten Gründen wird hier lediglich ein Review der Kostenanalysen der bisherigen Studien und Programme zur Heroingestützten Behandlung durchgeführt und dieses in Zusammenhang mit der Veränderung der Ersteintrittsprofile diskutiert. Ob sich in der Schweiz die Kosten-Effektivität der Heroingestützten Behandlung und der oralen Methadonbehandlung einer solchen Klientel unter derartigen Studienbedingungen ebenfalls zeigen würde ist ungewiss. Die Differenzen zwischen Heroingestützter Behandlung und den jeweiligen Kontrollbedingungen fielen gemessen an den jährlichen Gesamtkosten dieser Behandlungen in den anderen Ländern doch recht gering aus. Zu erwarten, dass gerade in der Schweiz die Kosten-Effektivität nicht gegeben sein soll, nachdem sie in Deutschland, Kanada, den Niederlanden und Grossbritannien als erwiesen gilt, wäre allerdings auch etwas verwerflich. Dänemark sah schon von Beginn an gänzlich von einer wissenschaftlichen Wirksamkeitsstudie und einer Kosten-Effektivitätsstudie ab, da unter anderem die diesbezüglichen Evidenzen offenbar als ausreichend angenommen wurden.

## 5.2 Veränderungen der Klientenprofile mit Kostenrelevanz

Grundsätzlich wird die Klientel in Heroingestützter Behandlung im Durchschnitt stetig älter und der häufigste Austrittsgrund aus der Heroingestützten Behandlung ist heute, abgesehen von den Austritten zu Gunsten einer anderen Therapieform, eine Erkrankung. Behandlungsabbrüche aus disziplinarischen Gründen sind beispielsweise gegenüber dem Beginn der Heroingestützten Behandlung in der Schweiz deutlich seltener geworden und

Todesfälle aufgrund einer Überdosis kommen praktisch nicht mehr vor. Mit dem zunehmenden Alter ergeben sich nebst den normalen altersbedingten Krankheitsrisiken eine ganze Reihe an über die Jahre angehäuften multiplen Risiken für kostenrelevante, meist chronisch und teilweise am Ende auch tödlich verlaufende Krankheiten.

Das sind zum einen substanzbezogene Risiken, Risiken aufgrund von unbehandelten Krankheiten, aber auch Risiken die aufgrund der Behandlung selbst entstehen. Zu den substanzbezogenen Risiken gehören sicher die über die Jahre durch den Konsum von verunreinigten Strassendrogen meist intravenöser Art angehäuften Risiken bei der älteren Klientel (HIV, Hepatiden etc.), das starke Tabakrauchen, das eine Reihe an erhöhten Risiken für Atemwegs- und kardiovaskuläre Erkrankungen birgt, aber auch der starke jahrelange Alkoholkonsum der ebenfalls kardiovaskuläre Erkrankungen mit sich bringen kann, der wiederum beispielsweise zu kumulierten Risiken für schwere Leberschädigungen wie einer Leberzirrhose oder einem Leberzellkarzinom zusammen mit einer chronisch verlaufenden, unbehandelten Hepatitis C führen kann. Kosten für Krankheiten aufgrund solcher kumulierten Risiken müssen im Normalfall von den Krankenkassen getragen werden. Erste Probleme haben sich bei den ersten Fällen ergeben, die aufgrund ihrer fortgeschrittenen Krankheit(en) in Alters- oder Pflegeheime vermittelt werden mussten. Die Anzahl in Alters- und Pflegeheime vermittelte Klientel ist im Moment jedoch noch gering. Es handelt sich dabei um Einzelfälle, die den lokalen Bedingungen Rechnung tragen müssen und aus Sicht der Kostenrelevanz noch von geringer Bedeutung sind. Für HeGeBe-Zentren mit wenig Klientel können aber schon einige wenige solcher Fälle Kostenprobleme bedeuten. Für die Zukunft müssen in Anbetracht des steigenden Alters der Klientel Modelle gefunden werden, die auch für grössere Fallzahlen und für kleinere, mittlere und grosse HeGeBe-Zentren kostendeckend sind.

Die vergleichsweise geringen Risiken die aufgrund der jahrelangen Einnahme von Heroin auch in der Heroingestützten Behandlung entstehen können sind vermutlich einfacher zu handhaben. Dazu gehört beispielsweise die niedrigere Knochendichte, die im Zusammenhang mit der bei den Ersteintritten nachgewiesenen Zunahme an Benzodiazepinkonsum ebenfalls zu kumulierten Risiken für Knochenbrüche führen kann. Eine ab einem gewissen Alter durchgeführte systematischen Kontrolle der Knochendichte, die falls nötig eine Zusatzbehandlung mit Kalzium und Vitamin D einleiten würde, könnte unter Umständen sogar in einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen.

Trotz dem zunehmenden Durchschnittsalter und der Abnahme an jungen Ersteintritten, konnte seit ca. 2008 eine Stabilisierung der Ersteintritte unter 35 Jahre und seit ca. 2001 bei den unter 25jährigen verzeichnet werden. Das Profil der Klientel unter 35 Jahren hat sich seit 2000 insofern verändert, als dass immer früher im Leben mit Kokainkonsum begonnen wird bzw. das Einstiegsalter für regelmässigen Kokainkonsum seit ca. 2008 stark gesunken ist. Gleichzeitig summieren sich auch die Befunde zum Konsum von verschriebenen, aber auch nicht-verschriebenen Methylphenidat, wobei dessen nasale Einnahme von einigen Patientinnen und Patienten selbst dem nasalen Kokainkonsum vorgezogen wird (Bucher

2012). Inwiefern solche Befunde von Kostenrelevanz sind, ist noch unklar. Eine systematischere Erfassung des Methylphenidat-Konsums, dessen Kosten sowie allfälligen Nutzen durch die niedrigere Beschaffungskriminalität (im Falle von verschriebenen beziehungsweise im Rahmen einer Pilotstudie abgegebenen Methylphenidat) würde sich auf jeden Fall für die kommenden Jahre anbieten. Bis dato wird nicht einmal der Methylphenidatkonsum bei Ersteintritten systematisch erfasst, was bei der bevorstehenden Fragebogenüberarbeitung des ISGFs dringend nachgeholt werden soll.

Umgekehrt hat sich beispielsweise bei den Ersteintritten das Dealen seit 2000 als Einnahmequelle vor Eintritt in etwa halbiert, was vermuten lässt, dass die von Frei et al. (1997) für 1994 und 1995 angenommenen eingesparten Delinquenz- und Verfahrenskosten durch die Heroingestützte Behandlung aus heutiger Sicht trotz allgemein gestiegener Kosten in diesen Bereichen eher niedriger anfallen könnten. Solche Überlegungen sind aber heikel. So zeigte sich beispielsweise in der Deutschen Kosten-Effektivitäts-Studie, dass sowohl nach Eintritt in die Heroingestützte Behandlung, als auch in die orale Methadonsubstitution einerseits die Delinquenzkosten sanken, andererseits jedoch die Verfahrenskosten deutlich im Vergleich zu vor dem Eintritt anstiegen (Claes und von der Schulenburg 2007, S. 134). Gründe für diesen Effekt werden vornehmlich in der gewonnenen Stabilität der Klientel durch die Behandlung vermutet, welche juristische Personen dazu bewegt, ein oftmals sehr umfangreiches Verfahren überhaupt erst dann zu starten, wenn eine gewisse Verlässlichkeit der Klientel gegeben ist. Solche Effekte zeigten sich hauptsächlich bei der neueingetreten Klientel und würden jeweils nach einigen Behandlungsjahren wieder abflachen. Auf die Zeit zwischen 1995 und 2005 gesehen, hat die Zahl der Ersteintritte in der Schweiz von anfänglich über 500 Personen pro Jahr auf ca. 120 abgenommen und ist seither stabil geblieben. Somit kann vermutet werden, dass abgesehen von einer vermutlich allgemeinen Verteuerung, solche Verfahrenskosten über die ganze Klientel insgesamt zurück gegangen und seit 2005 relativ stabil sind.

Inwiefern sich die Verdoppelung der oralen DAM Vergabe in Tablettenform und die Halbierung der ausschliesslich intravenösen DAM Vergabe zwischen 2000 und 2012 in einer Reduktion der Behandlungskosten widerspiegelt, ist noch unklar. Einerseits liegt der Anteil an Klientel mit ausschliesslich oralem DAM auch im Jahr 2012 nur bei 13.3% und es ist eine weitere Diversifikation auch mit Methadon, Buprenorphin und Morphin in Kombination mit intravenösem DAM beobachtbar, andererseits ist der Abgabeanteil an oralem DAM von HeGeBe-Zentrum zu HeGeBe-Zentrum sehr unterschiedlich und soll gegenwärtig zwischen keiner einzigen oralen DAM Behandlung bis zu einem Anteil von zwei Dritteln der Klientel pro Zentrum schwanken (genauere Angaben werden gegenwärtig von den HeGeBe-Stellenleitenden zusammen getragen).

### 5.3 Limitationen

Die Anzahl an psychiatrischen Störungen bei den Ersteintritten ist seit 2000 stabil geblieben. Dies ist aber mit grosser Vorsicht zu interpretieren. Da gerade die bei Eintritt erfassten



psychiatrischen Störungen ungeeignet sind, um die Entwicklung der tatsächlich vorhandenen psychiatrischen Störungen bei der Klientel in Heroingestützter Behandlung nachzuvollziehen. Ein grosser Teil an psychiatrischen Störungen zeigt sich erst im Verlauf der Behandlung und wird erst dann auch diagnostiziert. Gemessen an der potentiellen Behandlungs- und Kostenrelevanz von oft chronisch verlaufenden psychiatrischen Störungen, verbirgt sich hier ein wichtiger Unsicherheitsfaktor der im Rahmen dieses Berichts durchgeführten Analysen. Bei der Präsentation der Resultate der vorliegenden Studie vor den verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten der schweizerischen HeGeBe-Zentren war man verschiedentlich der Meinung, dass die Klientel mit Dualdiagnosen im Sinne von mindestens einer schweren psychiatrischen Diagnose nebst den Abhängigkeitserkrankungen subjektiv in den letzten zehn Jahren tendenziell eher zugenommen habe.

Dass die Kosten im schweizerischen Gesundheitssystem generell verglichen mit den Jahren bei Beginn der Heroingestützten Behandlung in der Schweiz heute höher liegen, wird hier als gegeben angenommen. Im Rahmen der Recherchen des vorliegenden Berichts konnten jedoch die aktuellen Durchschnittskosten pro Patientin bzw. Patient in Heroingestützter Behandlung nicht bestimmt werden, was die zentrale Limitation des vorliegenden Berichts darstellt. Abgenommen haben hingegen die Kosten der Begleitevaluation der Heroingestützten Behandlung seit dem Jahr 2000. Vornehmlich deshalb, weil seit 2005 nur noch Ein- und Austritte erhoben werden und seither keine Verlaufsbefragungen mehr stattfinden. Eine Verlaufsbefragung der Ersteintritte eines Jahres die beispielsweise nur alle drei Jahre jeweils 12 Monate nach Eintritt erfolgte, hätte entschiedene Vorteile und könnte eine Vielzahl der hier offen gebliebenen Fragen beantworten.

#### 5.4 Schlussfolgerungen

Abschliessend lässt sich sagen, dass es naheliegend ist, dass vermutlich auch in der Schweiz die Kosten-Effektivität der Heroingestützten Behandlung gegeben ist. Neue kostenrelevante Trends sind vornehmlich in der Behandlung von Mehrfacherkrankungen aufgrund multipler Krankheitsrisiken zu erwarten, die sich insbesondere in der vorzeitig alternden Klientel ergeben. Hier müssen neue Lösungen in der Behandlung und Kostendeckung mittel- und langfristig für HeGeBe-Zentren unterschiedlicher Grösse gefunden werden. Näher wissenschaftlich verfolgt und untersucht werden sollten die Zusammenhänge des Konsums von Methylphenidat und Kokain bei Klientel in der Heroingestützten Behandlung, sowohl bei Eintritt, als auch im Verlauf.

## 6. Literatur

- Bucher P. (2012). Gebrauchsmuster von Methylphenidat bei opioidsubstituierten Patienten unter Berücksichtigung psychopathologischer Symptome. Masterarbeit an der Universität Basel.
- Claes C. und von der Schulenburg J.M. (2007). TEIL B - Gesundheitsökonomische Begleitforschung. In: Haasen Ch, Vertheim U (Hrsg.). Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft. S. 134ff.
- Demaret I., Lemaître A., Anseau M. Staff concerns in heroin-assisted treatment centres. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2012; 19(6):563-7.
- Dijkgraaf M. G., van der Zanden B. P., de Borgie C. A., Blanken P., van Ree J. M. and van den Brink W. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *British Medical Journal* 2005; 330:7503– 7506.
- EMCDDA (2011). Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- EMCDDA (2012). New heroin-assisted treatment - Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- Ferri M., Davoli M., Perucci C.A. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 12: CD003410.
- Frei A., Greiner R.A., Mehnert A., Dinkel R. (1997). Sozioökonomische Bewertung der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. Zürich: Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung, Nr. 49.
- Frick U., Wiedermann W., Schaub M., Uchtenhagen A., Rehm J. Prognostic factors from a long-term follow-up of heroin-assisted treatment in Switzerland 1994-2007. *Psychiatrische Praxis* 2010; 37:175-182.
- Gutzwiller F. and Steffen T. (2000). Cost benefit analysis of heroin maintenance treatment. Karger Verlag, Basel.
- March J.C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E., Carrasco F. and the PEPSA Team. Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2006; 31:203–211.
- Nosyk B., Guh D.P., Bansback N.J., Oviedo-Joekes E., Brissette S., Marsh D.C., Meikleham E., Schechter M.T., Anis A.H. Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment. *CMAJ* 2012, 184(6):E317-28.
- Schöffski O. und Greiner W. (2012). Das QALY-Konzept als prominentester Vertreter der Kosten-Nutzwert-Analyse. In: Schoffski O., Graf von der Schulenburg J. M. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag. S. 71ff.

- Strang J., Groshkova T. and Metrebian N. (2009). Models of possible service provision of injectable opioid treatment (IOT) in UK setting. National Addiction Centre, October 2009, report submitted to the National Treatment Agency, Department of Health.
- Strang J., Metrebian N., Lintzeris N., Potts L., Carnwath T., Mayet S., Williams H., Zador D., Evers R., Groshkova T., Charles V., Martin A., Forzisi L. Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. *Lancet* 2010; 375(9729):1885-95.
- Uchtenhagen A. Heroin maintenance treatment: from idea to research to practice. *Drug Alcohol Rev.* 2011; 30(2):130-7.
- Van den Brink W., Hendriks V. M., Blanken P., Koeter M.W., van Zwieten B. J. and van Ree J. M. (2003). Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *BMJ* 327; (7410):310–312.
- Von der Schulenburg J. M. und Claes C. (2006). Gesundheitsökonomische Begleitforschung. Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger: eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung. Leibniz Universität Hannover, Hannover.