



SUCHT | SCHWEIZ

Nationale Statistik der Opioid-Agonisten-Therapie

Ergebnisse 2023

Forschungsbericht Nr. 175b



Florian Labhart
Joanna Amos

Lausanne, Dezember 2024

Danksagung: Wir möchten insbesondere den Kantonsärztinnen und -ärzten sowie ihren Mitarbeitenden für ihren Einsatz und die tägliche Betreuung der Behandlungsmeldungen in ihren jeweiligen Kantonen danken. Wir danken auch dem Team von Prof. Laura Elena Raileanu von der HEIG-VD für den Support und die Wartung des Systems zur Erfassung von Behandlungsgesuchen oat-online.ch. Wir bedanken uns auch herzlich bei Marc Vogel für seine Hilfe bei der Aufbereitung und Interpretation der Ergebnisse des diesjährigen Themenmoduls (Kapitel 3.8) sowie bei Ivo Krizic, Frank Zobel und Rahel Bischof für das Korrekturlesen und die Übersetzung dieses Berichts.

Vorschlag zur Zitierweise:

Labhart F., Amos J. (2024). *Nationale Statistik der Opioid-Agonisten-Therapie – Ergebnisse 2023 (Forschungsbericht Nr. 175b)*. Lausanne: Sucht Schweiz. DOI: 10.58758/rech175b

Une version en français de ce rapport est disponible sur le site www.tao-oat.ch > Publications

Impressum

Auskunft:	Florian Labhart Sucht Schweiz Avenue Louis-Ruchonnet 14 1003 Lausanne 021 321 29 51 flabhart@addictionsuisse.ch
Durchführung:	Sucht Schweiz
Copyright:	© Sucht Schweiz, Lausanne 2024
doi:	https://doi.org/10.58758/rech175b
ISBN:	978-2 -88183-344-1

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	1
Abbildungenverzeichnis	2
Das Wichtigste in Kürze	3
1. Einleitung.....	4
1.1 Opioid-Agonisten-Therapie	4
1.2 act- <i>info</i> Monitoring	5
1.3 Jährliche thematische Schwerpunkte	6
2. Methoden	7
2.1 Definition von «Opioid-Agonisten-Therapie»	7
2.2 Statistik der Behandlungsprävalenz	7
2.3 Statistik der Behandlungseintritte	8
2.4 Statistik der Behandlungsabschlüsse	8
2.5 Interkantonale Doppelerfassungen	8
2.6 Kantonale und nationale Abdeckung	9
3. Entwicklungen und Trends	10
3.1 Jährliche Anzahl der Personen in Behandlung, seit 1985.....	10
3.2 Geschlechtsverteilung der Personen in Behandlung, nach Jahren seit 2000 ...	11
3.3 Anteil der Personen in Behandlung, nach Alterskohorte seit 2000	11
3.4 Durchschnittsalter der Personen in Behandlung, seit 2000	12
3.5 Behandlungsdauer, seit 2011	13
3.6 Alter des Erstkonsums und Eintrittsalter, seit 2001	13
3.7 Entwicklung der verschriebenen Substanzarten seit 2000	15
3.8 Substanzübergänge.....	16
3.8.1 Substanzänderung pro Jahr.....	17
3.8.2 Substanzwechsel pro Patientin, bzw. Patient	18
3.8.3 Umstände zu Beginn einer Behandlungssequenz	20
3.8.4 Durchschnittsalter bei einem Substanzwechsel.....	21
3.9 Gründe für den Behandlungsabschluss, seit 2017	22
4. Statistik der Behandlungsprävalenz im Jahr 2023.....	23
4.1 Anzahl der im Laufe des Jahres in Behandlung gewesenen Personen	23
4.2 Tagesprävalenz	24
4.3 Demographisches Profil.....	27
4.4 Verschriebene Substanzen	28
4.5 Abgabe des verschriebenen Präparats	29

5. Statistik der Behandlungseintritte.....	30
5.1 Eintritte pro Jahr	30
5.2 Demographisches Profil.....	31
5.3 Verschriebene Substanzen	34
5.4 Verschreibende Ärztinnen, Ärzte und Institutionen.....	35
5.5 Abgabe von Präparaten	35
5.6 Zusatzmedikation.....	36
5.7 Heroinkonsum.....	38
5.8 HIV und Hepatitis-C Status	40
6. Statistik der Behandlungsabschlüsse	41
6.1 Abschlüsse im Laufe des Jahres.....	41
6.2 Demographisches Profil bei Behandlungsabschluss	42
6.3 Umstände der Behandlungsbeendigung	43
7. Referenzen.....	44
8. Anhang.....	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Von den Kantonen für die verschiedenen Statistiken Arten der Datenlieferung (2022)	9
Tabelle 2: Änderungarten der Behandlungsmodalitäten (Substanz und Verschreibende Instanz)	17
Tabelle 3: Anzahl der Arten des Substanzwechsels während der OAT unter den Patientinnen und Patienten in Behandlung im Jahr 2023.....	19
Tabelle 4: Anzahl der Personen in OAT, nach Geschlecht und Kanton (2023).....	23
Tabelle 5: Tagesprävalenz, nach Kanton (2023)	24
Tabelle 6: Anteil der Patienten nach Behandlungsstadium, nach Kanton (2023)	25
Tabelle 7: Durchschnittsalter der Personen in OAT, nach Geschlecht (2023)	27
Tabelle 8: Anzahl der Eintritte für die OAT, nach Kantonen (2023)	30
Tabelle 9: Anzahl der Behandlungseintritte, nach Art und Geschlecht (2023)	31
Tabelle 10: Durchschnittsalter bei Behandlungseintritt und Quartile, nach Art des Behandlungseintritts und Geschlecht (2023).....	32
Tabelle 11: Anteil der Verschreibungen von Zusatzmedikation, nach Art des Behandlungseintritts und Geschlecht (2023).....	37
Tabelle 12: Durchschnittsalter beim Erstkonsum von Heroin, nach Art des Behandlungseintritts und Geschlecht (2023).....	38
Tabelle 13: Anteil der injizierenden Personen von illegalen Drogen unter den zur OAT zugelassenen Patientinnen und Patienten, nach Art des Behandlungseintritts (2023)	39
Tabelle 14: Anzahl der Abschlüsse von OAT, nach Kanton (2023)	41
Tabelle 15: Durchschnittsalter bei Behandlungsabschluss und Quartile, nach Art des Behandlungseintritts und Geschlecht (Abschlüsse 2023).....	42
Tabelle A1: Erstes Jahr des Einbezugs der kantonalen Daten in die Berechnung der Entwicklungen und Trends, nach Kanton und Art der Statistik	47

Abbildungenverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Personen in OAT, von 1985 bis 2023	10
Abbildung 2: Anteil der Frauen in OAT, von 2000 bis 2023	11
Abbildung 3: Anteil der Personen in OAT, nach Geburtsjahrgang, von 2000 bis 2023	12
Abbildung 4: Durchschnittsalter der Personen in OAT von 2000 bis 2023	13
Abbildung 5: Entwicklung der Dauer der OAT, von 2010 bis 2023	13
Abbildung 6: Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Heroin und bei Eintritt, von 2001 bis 2023.....	14
Abbildung 7: Alter bei Eintritt, nach Alterskohorte, von 2001 bis 2023	15
Abbildung 8: Proportion der verschriebenen Substanzen pro Jahr, von 2000 bis 2023	16
Abbildung 9: Anzahl der Substanzwechsel, nach Kombinationstyp und Jahr	18
Abbildung 10: Umstände zu Beginn einer Behandlungssequenz, nach Substanz und Jahr..	20
Abbildung 11: Durchschnittsalter bei einem Substanzwechsel, pro Jahr	21
Abbildung 12: Umstände des Behandlungsabschlusses nach Jahr, von 2017 bis 2023	22
Abbildung 13: Anzahl Personen in OAT pro Tag, nach Behandlungsmodalität (2023)	26
Abbildung 14: Verteilung der Altersgruppen, nach Geschlecht (Prävalenz 2023)	27
Abbildung 15: Verschriebene Substanzarten (Prävalenz 2023).....	28
Abbildung 16: Verteilung der OATs, nach Abgabestelle (Prävalenz 2023)	29
Abbildung 17: Therapeutisches Ziel bei Behandlungseintritt (2023)	31
Abbildung 18: Altersverteilung der aufgenommenen Personen, nach Eintrittsart und Geschlecht (2023).....	32
Abbildung 19: Familienstand der zur OAT aufgenommenen Personen, nach Art des Behandlungseintritts (2023)	33
Abbildung 20: Höchster Ausbildungsabschluss (Eintritte 2023)	33
Abbildung 21: Verschriebene Substanzarten, nach Art des Behandlungseintritts (2023).....	34
Abbildung 22: Ärztinnen, Ärzte und Institutionen, die OAT verschreiben, nach Aufnahmeart (2023)	35
Abbildung 23: Abgabestelle des Präparats nach Art des Eintritts (2023)	35
Abbildung 24: Häufigkeit der Abgabe pro Woche, nach Art des Eintritts (2023)	36
Abbildung 25: Häufigkeit des Heroinkonsums in den letzten 30 Tage, nach Art des Eintritts (2023)	38
Abbildung 26: Art des Heroinkonsums in den letzten 30 Tage, nach Art des Eintritts (2023)	39
Abbildung 27: Gemeldeter HIV-Status und Datum des Tests, nach Art des Behandlungseintritts (2023)	40
Abbildung 28: Gemeldeter Hepatitisstatus (Hepatitis C) und Testzeitpunkt, nach Art des Behandlungseintritts (2023)	40
Abbildung 29: Verteilung der Altersgruppen, nach Geschlecht (Abschlüsse 2023).....	42
Abbildung 30: Umstände der Behandlungsbeendigung (2023).....	43
Abbildung A1: Entwicklung der OAT-Dauer zwischen dem Jahr 2012 und 2022, nach Geschlecht.....	48
Abbildung A2: Wohnsituation in den letzten 30 Tagen (Eintritte 2022)	48

Das Wichtigste in Kürze

Die Behandlung mit Opioid-Agonisten (OAT, früher "Substitutionsbehandlung" genannt) ermöglicht es, den Konsum illegaler Opioide ganz oder teilweise durch Medikamente mit ähnlichen Eigenschaften zu ersetzen. Aufgrund des chronischen Charakters der Opioid-Abhängigkeit sind die Hauptziele der OAT langfristig ausgerichtet: Vermeidung von Überdosierungen und Todesfällen, Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands, Verhinderung der Übertragung von Infektionen und Verbesserung der Lebensqualität.

In der Schweiz gibt es seit 1975 eine gesetzliche Grundlage für diese Art von Behandlung. Die Überwachung der OAT liegt in der Verantwortung der Kantone. Obwohl sehr ähnlich, ist die ärztliche Verschreibung von Heroin (Diacetylmorphin) auf Bundes- und Kantonsebene geregelt und Gegenstand einer getrennten Statistik (Gmel & Labhart, 2023).

Trends

Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Zahl der OAT-Patientinnen und Patienten bis 1999 blieb die jährliche Prävalenz bis 2016 relativ stabil bei etwa 17'000 bis 18'000 Personen, die mindestens einen Tag im Jahr in OAT waren. Danach ist ein allmählicher Rückgang von ca. 200 Personen pro Jahr zu beobachten.

Rund ein Viertel (27%) der OAT-Personen sind Frauen, und dies ist seit mehr als zwei Jahrzehnten stabil. Die grosse Mehrheit der OAT-Patientinnen und Patienten wurde in den 60er oder 70er Jahren geboren und ist seit einem Jahrzehnt oder länger in Behandlung. Im Gegensatz dazu ist die Inzidenz (Behandlungsbeginn) relativ gering, und der Anteil der in den 90er oder 2000er Jahren geborenen Personen beträgt im Jahr 2023 10%. Ausserdem hat die Zahl der Behandlungsabbrüche aufgrund des Todes des Patienten oder der Patientin in den letzten Jahren tendenziell zugenommen, was dazu beiträgt, dass die Gesamtzahl der OAT-Patienten allmählich sinkt.

Eckdaten 2023

15'707 Personen waren im Jahr 2023 mindestens einen Tag in OAT. Von diesen Personen waren 78% während des Jahres ununterbrochen in Behandlung und 69% waren seit mindestens 10 Jahren in Behandlung. Im Durchschnitt waren 14'120 Personen pro Tag in Behandlung. Das Durchschnittsalter betrug 48,9 Jahre bei allen OAT-Patienten und 38,4 Jahre bei den Behandlungsaufnahmen.

Während Methadon im Jahr 2014 bei 83% aller Behandlungen verschrieben wurde, waren es im Jahr 2023 nur noch 53%. Diesem Rückgang steht ein Anstieg anderer Opioide gegenüber, insbesondere von retardiertem Morphin, das bei 32% aller Behandlungen und 51% der Neuaufnahmen verschrieben wurde.

Bei einem Viertel (25%) der Behandlungsabbrüchen oder -abschlüssen kann ein erfolgreicher Entzug vorausgesetzt werden, bei weiteren 25% erfolgt eine Fortsetzung der Behandlung mit einer anderen Substanz oder einer anderen Art der Betreuung (z.B. andere Ärztin/Arzt oder andere Einrichtung). Ausserdem sind 17% der Abbrüche durch den Tod zu erklären.

1. Einleitung

1.1 Opioid-Agonisten-Therapie

Die Behandlung mit Opioid-Agonisten (OAT, früher als « Substitutionsbehandlung » bezeichnet; Scholten et al., 2017), zielt darauf ab, den illegalen Konsum von Opioiden (z.B. Heroin auf der Gasse) durch die ärztliche Verschreibung eines legalen Medikaments (z. B. Methadon, retardiertes orales Morphin, Buprenorphin oder andere) zu ersetzen, welches zudem die euphorisierende Wirkung eines zusätzlichen Opioidgebrauchs blockiert und die Gewöhnungserscheinungen verringern soll (Conti et al., 2017). Diese Behandlungen werden idealerweise von somatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialpädagogischen Massnahmen begleitet (Manghi et al., 2013).

Aufgrund des chronischen Charakters der Opioid-Abhängigkeit sind die Hauptziele der OAT langfristig angelegt: Vermeidung von Überdosierungen und Todesfällen, Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands, Verhinderung der Übertragung von Infektionen (HIV, Hepatitis B und C) und Verbesserung der Lebensqualität. Obwohl abgegebene Opioid-Agonisten Risiken einer tödlichen Intoxikation bergen, sind diese bei kontrollierten und eingehaltenen Dosierungsverschreibungen begrenzt, wobei heikle Phasen hauptsächlich zu Beginn und am Ende der Behandlung auftreten (Sordo et al., 2017). Die OAT stellt die geläufigste Behandlungsform hinsichtlich der Probleme der Opioid-Abhängigkeit dar. Sie wird zudem von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen. Diese Behandlungen werden in verschiedenen Settings durchgeführt: Hauptsächlich bei Arztpraxen und bei spezialisierten Einrichtungen, aber ebenfalls bei psychiatrischen Diensten und Kliniken sowie in allgemeinen Krankenhäusern und Gefängnissen.

In der Schweiz gibt es seit 1975 eine gesetzliche Grundlage für diese Art von Behandlung. Die Überwachung der Behandlung mit Opioid-Agonisten liegt in der Verantwortung der Kantone. Die Kantonsärztin oder der Kantonsarzt hat entsprechend die Anträge oder Meldungen der in den betreffenden Kantonen behandelnden Ärzteschaft oder der verschreibenden Institutionen zu genehmigen (BetmSV, 2011). Obwohl sehr ähnlich, ist die ärztliche Verschreibung von Heroin (Diacetylmorphin) auf Bundesebene geregelt und Gegenstand einer getrennten Statistik (Gmel & Labhart, 2021, 2023).

1997 führte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Rahmen einer Pilotphase die ersten statistischen Erhebungen auf nationaler Ebene ein. Ab 1999 wurde eine systematische Erhebung der OAT eingeführt. Die Daten zu der Behandlung mit Opioid-Agonisten werden von den kantonsärztlichen Diensten der 26 Kantone erfasst, deren Ergebnisse jährlich in der Form von interaktiven Statistiken zu Kernvariablen online veröffentlicht werden (www.tao-oat.ch). Alle Kantone tragen seit etwa 20 Jahren zur nationalen Statistik bei, allerdings mit teilweise sehr dürrtigen Daten bis 2017. Ab 2014 führten immer mehr Kantone das Online-Verwaltungssystem *OAT Online* ein. Es bietet detailliertere und zuverlässigere Informationen als bisher.

1.2 act-info Monitoring

Das *act-info* Netzwerk (Akronym für «addiction, care and therapy information») ist seit 2004 das gesamtschweizerische Monitoringsystem für Klientinnen und Klienten des Suchthilfebereichs. Dieses nationale Dokumentationssystem, das den Status einer statistischen Erhebung des Bundes hat, umfasst die verschiedenen ambulanten und stationären Behandlungsangebote für Menschen mit Problemen im Zusammenhang mit legalen oder illegalen Substanzen oder mit nicht substanzbezogenen Abhängigkeiten (z.B. Glücksspiel).

Das *act-info* Netzwerk ist das Ergebnis der Harmonisierung von vier Statistiken seit 2003. Diese Teilstatistiken umfassen folgende Behandlungsbereiche:

- *act-info* SAMBAD: Statistik des ambulanten Sektors der psychosozialen Hilfe im Suchtbereich
- *act-info* stationär: Zusammenlegung der Teilstatistiken *act-info-Residalc* (Statistik der stationären Behandlung der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) und *act-info-FOS* (Statistik der stationären Behandlung der Drogenabhängigkeit [hauptsächlich illegale Drogen])
- OAT (Substitution): Nationale Statistik der Opioid-Agonisten-Therapie: Erhebungen in Zusammenarbeit mit den für die Behandlungsbewilligungen zuständigen Kantonsärztinnen und Kantonsärzten
- HeGeBe: Nationale Statistik der Behandlung mit verschreibungspflichtigem Heroin (Diacetylmorphin) in zugelassenen ambulanten Einrichtungen.

Die unterschiedlichen Statistiken verfügen über harmonisierte Fragebögen und Erfassungsinstrumente, die dem Aufbau einer zentralen nationalen Datenbank dienen und es ermöglichen, standardisierte und vergleichbare Ergebnisse sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene zu erzielen.

Seit 2018 ist die Forschungsabteilung von Sucht Schweiz (Lausanne) für die Erhebung und Auswertung aller Daten in den verschiedenen Behandlungsbereichen zuständig (Krizic et al., 2023). Das Netzwerk *act-info* wird vom Bundesamt für Gesundheit finanziert.

1.3 Jährliche thematische Schwerpunkte

Seit einigen Jahren werden in jeden Jahresbericht zusätzliche Analysen integriert, die sich auf aktuelle Themen oder neue Analysemöglichkeiten beziehen.

- Im Bericht 2020 wurde ein Kapitel der Entwicklung der Anzahl Eintritte pro Kanton und Monat zwischen 2017 und 2020 gewidmet, um die Auswirkungen der nach dem Ausbruch von COVID-19 ergriffenen Massnahmen zur Eindämmung und der Schliessung der Grenzen auf die Neueinweisungen in Behandlung zu ermitteln (siehe Kapitel 3.2 in: Labhart & Maffli, 2021).
- Im Bericht 2021 wurden mehrere Interviews mit verschreibenden Ärztinnen, Ärzten und Apothekern geführt, um die Entwicklungen und Herausforderungen im Zusammenhang mit den verschiedenen Arten von verschriebenen Substanzen hervorzuheben (siehe Kapitel 3.7 in: Labhart et al., 2022).
- Der Bericht 2022 enthielt zwei spezifische Schwerpunkte. Erstens lieferte er detaillierte Daten über die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die von den einzelnen verschreibenden Ärztinnen, Ärzten bzw. Einrichtungen betreut wurden (Kapitel 4.5 und 5.4 in: Labhart & Amos, 2023), sowie über die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Abgabestellen (Kapitel 4.6). Zweitens ist ein weiteres Kapitel der Verteilung der Umstände für Behandlungsabbrüche oder Behandlungsabschlüsse nach Alter der Patientinnen und Patienten sowie Anzahl der Jahre, in denen sie bereits mit der OAT behandelt wurden (Kapitel 6.3), gewidmet
- Der vorliegende Bericht analysiert die Entwicklung der Substanzwechsel während der Behandlung zwischen 2000 und 2023 (Kapitel 3.8), wie z.B. die Anzahl der jährlichen Wechsel von Methadon zu Buprenorphin und die Rate der Patientinnen und Patienten, die zur ursprünglichen Substanz zurückkehren.

Alle Bundes- und Kantonsberichte können unter www.tao-oat.ch heruntergeladen werden.

2. Methoden

2.1 Definition von «Opioid-Agonisten-Therapie»

Die Statistik der Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) umfasst alle Behandlungen auf Basis synthetischer oder halbsynthetischer Opiode, die bei der Behandlung der Abhängigkeit von Heroin oder anderen Opioiden eingesetzt werden (mit Ausnahme der Verschreibung von Diacetylmorphin (Gmel & Labhart, 2021)).

Die OAT umfasst verschiedene Kategorien von Substanzen:

- Methadon (z.B. Methadon Streuli®, Ketalgine®)
- retardiertes Morphin (z.B. Kapanol®, Sevre-long®, MST®)
- Buprenorphin (z.B. Subutex®)
- Levomethadon (z.B. L-Polamidon®).

Die OAT soll Personen, die von Opioiden abhängig sind, in die Lage versetzen, ihren Konsum illegaler Substanzen zu reduzieren, ohne die Anzeichen des Entzugs zu spüren, und die mit ihrem Konsum verbundenen Risiken zu verringern. Es handelt sich normalerweise um eine langfristige Behandlung (Erhaltungstherapie), in einigen Fällen lebenslang. Das Ziel kann auch die Abstinenz sein, indem versucht wird, die Dosierung allmählich zu verringern.

2.2 Statistik der Behandlungsprävalenz

Die Statistik der Behandlungsprävalenz (Kapitel 3 und 4) umfasst die Erfassung aller Personen, die innerhalb eines Jahres mindestens einen Tag in Behandlung waren. Jede Patientin und jeder Patient wird nur einmal pro Kanton gezählt, auch wenn im Laufe des Jahres mehrere Behandlungsepisoden stattgefunden haben. Zu einigen Schlüsselvariablen sind zudem interaktive Statistiken seit 1999 unter www.tao-oat.ch verfügbar.

Die Beantragung einer Behandlungsbewilligung oder die Meldung der Behandlung bei der Kantonsärztin oder dem Kantonsarzt ist gesetzlich vorgeschrieben (in einigen Fällen verfügen bestimmte Ärztinnen und Ärzte oder Einrichtungen über eine allgemeine Verschreibungsbewilligung, aber die Meldung der Behandlung bei den kantonalen Behörden ist weiterhin obligatorisch). Die Abdeckung des Monitoringsystems ist somit vollständig.

In den meisten Kantonen wird die Behandlungsbewilligung für ein bis zwei Jahre erteilt, entsprechend wird eine hohe Zuverlässigkeit bei der Aktualisierung der demographischen Daten der Patientinnen und Patienten und der Behandlungsmodalitäten gewährleistet (Art der Substanz, Dosis, Abgabestelle). Es ist jedoch zu beachten, dass einige Kantone Bewilligungen für längere Zeiträume (10 Jahre und mehr) erteilen, was die Aktualität der demographischen Daten (z.B. Zivilstand) und der Behandlungsmodalitäten einschränken kann.

2.3 Statistik der Behandlungseintritte

Die Statistik der Behandlungseintritte (Kapitel 3 und 5) enthält die Erfassung aller Behandlungen, die im Laufe des Jahres in den einzelnen Kantonen begonnen wurden. Diese Statistik umfasst sowohl neue OAT als auch Behandlungswiederaufnahmen nach einer Zeit ohne Behandlung (z.B. Entzugsversuch).

Gemäss den Erhebungsstandards (TDI: Treatment Demand Indicator) der Drogenagentur der Europäischen Union ist eine Behandlungsepisode als "die Zeitspanne zwischen dem Beginn der Behandlung von einem Drogenproblem [...] und dem Ende der Leistungen für den vorgeschriebene Behandlungsplan" definiert (EMCDDA, 2012, p. 33). Die Identifizierung eines Eintritts ist eindeutig, wenn die Patientin oder der Patient zum ersten Mal in ihrem/ seinem Leben eine OAT beginnt. Die Ermittlung eines Eintritts für eine erneute Behandlungsepisode ist schwieriger, da administrative Beendigungen (z.B. Arztwechsel, Krankenhausaufenthalt oder Inhaftierung) ausgeschlossen werden müssen. Darüber hinaus muss die seit der Meldung einer früheren Behandlungsbeendigung verstrichene Zeit berücksichtigt werden, um den Status eines späteren Eintritts zu definieren. Insbesondere im Falle von OAT ist es möglich, dass ein Zeitraum von ein bis zwei Monaten zwischen dem Ende einer Bewilligung und der Einreichung des Bewilligungsantrags für die nachfolgende Behandlung als Testphase für eine Umstellung der Medikation dient. So wurde ein Mindestzeitraum von 61 Tagen zwischen zwei gemeldeten Behandlungsepisoden festgelegt, um administrative Beendigungen und Anpassungsperioden auszuschliessen.

Im Gegensatz zur Statistik der Behandlungsprävalenz enthält die Eintrittsstatistik nur die im Laufe des Jahres begonnenen Behandlungen, wodurch ein hohes Mass an Zuverlässigkeit und Aktualisierung der demographischen Daten und der Behandlungsmodalitäten (Art der Substanz, Dosis, Abgabestelle) gewährleistet ist.

2.4 Statistik der Behandlungsabschlüsse

Die Statistik der Behandlungsabschlüsse (Kapitel 3 und 6) umfasst die Erfassung aller Behandlungen, die im Laufe des Jahres innerhalb jedes Kantons beendet und nicht innerhalb bis zum Maximum 60 Tagen wiederaufgenommen wurden (siehe Definition einer Behandlungsepisode in Kapitel 2.3).

2.5 Interkantonale Doppelerfassungen

Seit 2018 kann mit der Einführung eines eindeutigen Identifikators für jede Patientin und jeden Patienten festgestellt werden, ob eine Person im selben Jahr in mehreren Kantonen in Behandlung war. Dies ergibt sich vor allem aus folgenden Konstellationen: Umzug von einem Kanton in einen anderen, vorübergehender Aufenthalt in einer spezialisierten Einrichtung ausserhalb des Herkunftskantons (z.B. Pflegeklinik oder Gefängnis) und Abgabestelle (z.B. Apotheke) in einem anderen Kanton als der behandelnde Arzt.

Im Jahr 2023 konnte diese Analyse mit insgesamt 13'106 Personen in 24 Kantonen durchgeführt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass 219 (1,7%) der Gesamtanzahl der Personen im selben Jahr in zwei oder mehreren Kantonen registriert wurden. Dieser

Wert ist stabil im Vergleich zu den Vorjahren (Labhart et al., 2022; Labhart & Amos, 2023). Diese 219 Personen werden daher nur einmal in der Statistik der Behandlungsprävalenz gezählt, und wenn die Behandlung in einem anderen Kanton innerhalb von 60 Tagen fortgesetzt wurde, werden sie in der Statistik der Behandlungseintritte oder der Behandlungsabschlüsse nicht berücksichtigt.

Anmerkung zur Kompatibilität der kantonalen Statistiken

Es ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund gewisser Inkompatibilitäten zwischen den kantonalen Erfassungssystemen (siehe Kapitel 2.6) folgende Fälle nicht vollständig ausgeschlossen werden können: die Erfassung derselben Person in zwei verschiedenen Kantonen (Prävalenzstatistik), "falsche" Eintritte (d.h. ohne effektiven Behandlungsabbruch) und "falsche" Austritte (d.h. eine Meldung über das Ende der Behandlung in einem Kanton, die in einem anderen Kanton fortgesetzt wird), das sich aus einem Wohnortwechsel zwischen zwei Kantonen mit unterschiedlichen Erfassungssystemen ergeben kann.

2.6 Kantonale und nationale Abdeckung

Für das Jahr 2023 hat die überwiegende Mehrheit der Kantone anonymisierte Individualdaten zu den in OAT befindlichen Personen geliefert (Tabelle 1). Die Mehrheit der Kantone hat das seit 2014 entwickelte eidgenössische System *OAT Online* übernommen. Dessen Fragebogen ermöglicht es, den Auftrag als Beobachtungsstelle des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zu erfüllen und gleichzeitig eine gute Kompatibilität mit den geltenden europäischen Standards anzubieten.

Tabelle 1: Von den Kantonen für die verschiedenen Statistiken Arten der Datenlieferung (2022)

	Behandlungs- prävalenz	Behandlungs- eintritte	Behandlungs- abschlüsse
Individuelle Daten			
• Plattform <i>OAT Online</i>	AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS	AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS	AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS
• anderes kantonales Erfassungssystem	BL, BS	BL, BS, ZG, ZH	BL, BS, ZG, ZH
• aggregierte Basisdaten	ZG, ZH		

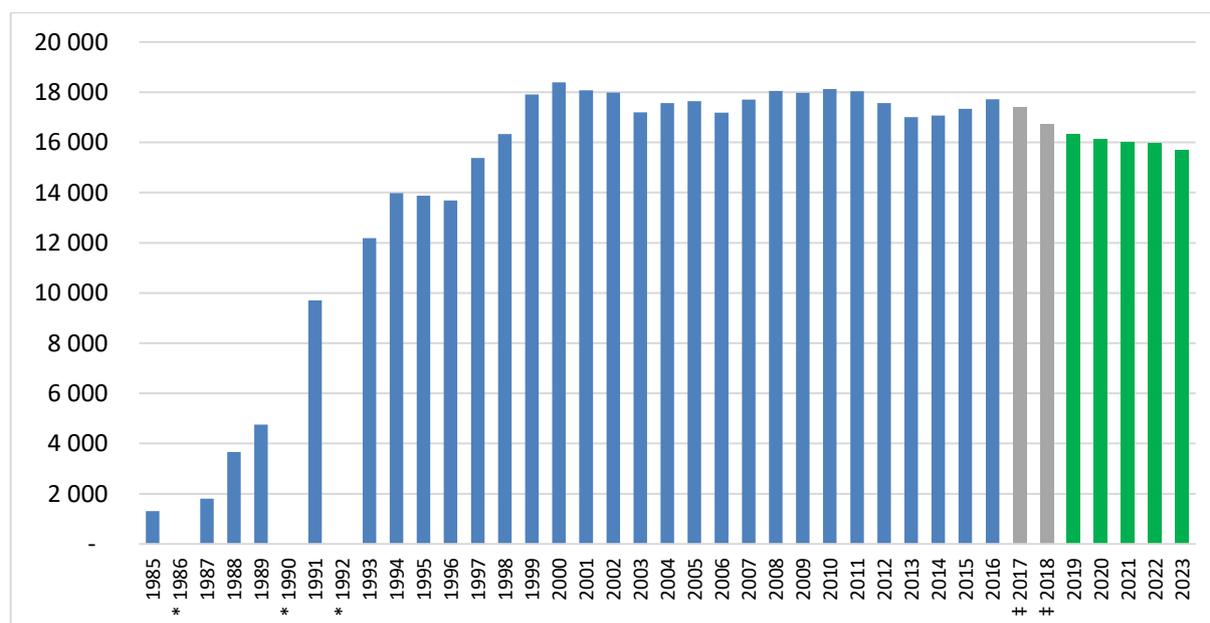
3. Entwicklungen und Trends

3.1 Jährliche Anzahl der Personen in Behandlung, seit 1985

Die Entwicklung der Anzahl der Personen in Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) in der Schweiz verlief im Wesentlichen in drei verschiedenen Phasen. Zunächst stieg die Zahl der Personen in OAT allmählich an und erreichte im Jahr 2000 18'000 Personen (Abbildung 1). In diesem Zeitraum, d.h. in den 80er und frühen 90er Jahren erlebte die Schweiz einen historischen Höchststand an Heroinkonsumierenden, der mit der Popularisierung des Heroinkonsums unter städtischen Jugendlichen und der Existenz offener Drogenszenen wie dem Platzspitz und dann dem Letten in Zürich zusammenhing, wo sich Konsumenten aus der ganzen Schweiz und den umliegenden Ländern trafen (Nordt et al., 2018; Nordt & Stohler, 2006).

Seit der Einführung der systematischen Bundeserhebung im Jahr 1999 blieb die jährliche Anzahl der Personen in Behandlung relativ stabil bis 2016 bei rund 17'000 bis 18'000 Personen. Im Jahr 2017 beginnt schliesslich ein allmählicher Rückgang der Gesamtzahl der Personen in OAT, die 2022 auf unter 16.000 Personen und 2023 auf 15'707 Personen gesunken sind.

Abbildung 1: Anzahl der Personen in OAT, von 1985 bis 2023



Anmerkungen: * Keine Daten für 1986, 1990 und 1992; ‡ aufgrund einer Verbesserung des Berechnungsprozedur der Behandlungsprävalenz in den Jahren 2017 und 2018 sind die Daten vor und nach 2017 nicht direkt miteinander vergleichbar.

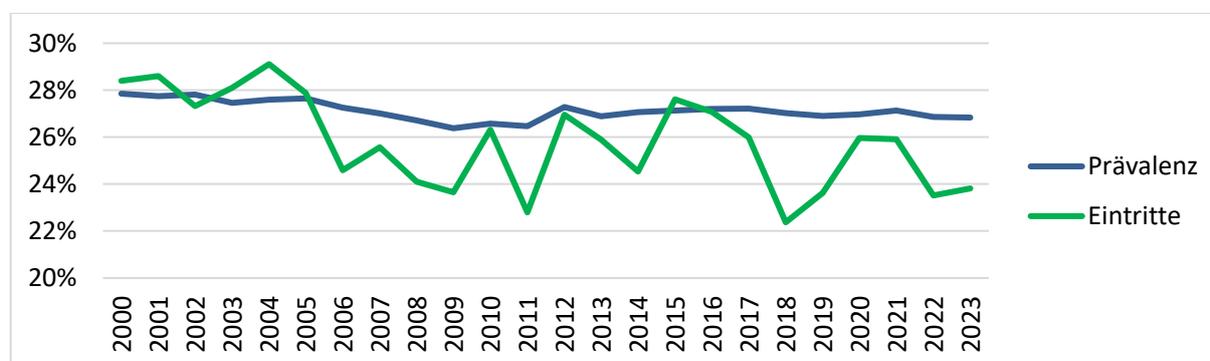
Es muss erwähnt werden, dass die Übernahme des Erfassungssystems *OAT Online* durch die meisten Kantone zu zahlreichen Verbesserungen in den Statistiken auf kantonaler und nationaler Ebene zwischen 2017 und 2018 geführt hat. Diese beinhalten insbesondere eine effizientere Kontrolle des Datums des Behandlungsbeginns und des Enddatums (seit 2017) sowie die Identifizierung von interkantonal doppelt geführten Fällen (seit 2018).

Der ab 2019 zu beobachtende allmähliche Rückgang kann durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren erklärt werden, wie z. B. eine geringere Inzidenz (Rückgang der neuen Fälle), eine höhere natürliche Sterblichkeit bei älteren Menschen und die Umstellung auf andere Behandlungsarten wie die Verschreibung von Diacetylmorphin (Amos et al., 2024).

3.2 Geschlechtsverteilung der Personen in Behandlung, nach Jahren seit 2000

Seit dem Jahr 2000 liegt der Anteil der Frauen in OAT bei etwa 27 % mit sehr geringen jährlichen Schwankungen (26,9 % im Jahr 2023; Abbildung 2). Der jährliche Anteil der Frauen an den Behandlungseintritten folgt einem leichten Abwärtstrend mit grösseren jährlichen Schwankungen.

Abbildung 2: Anteil der Frauen in OAT, von 2000 bis 2023

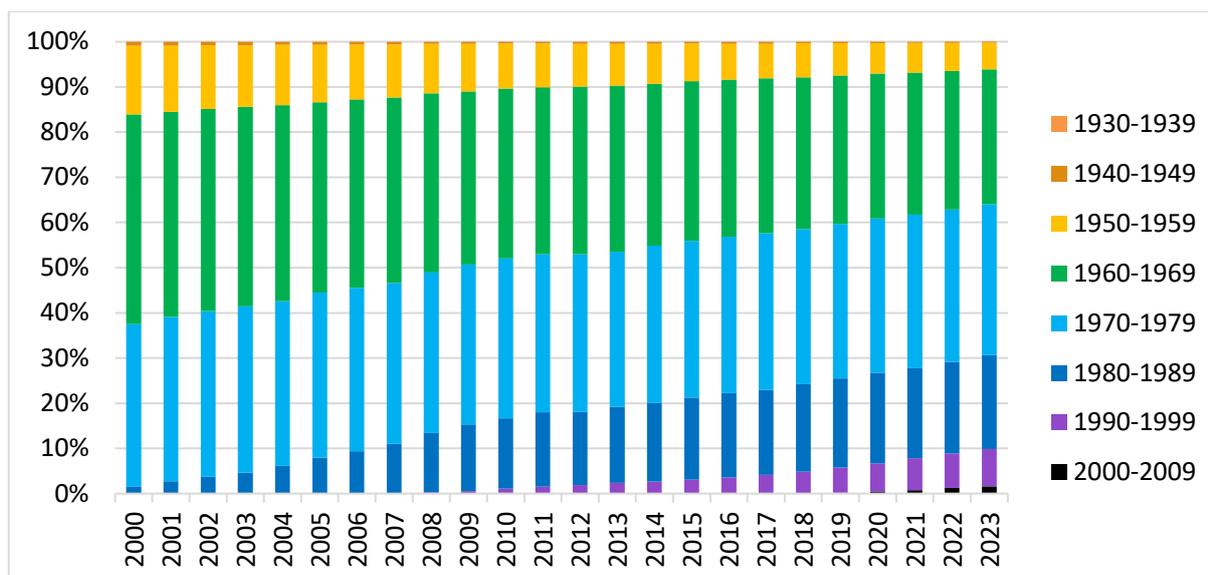


Anmerkung: Vertretene Kantone nach Jahr: siehe Tabelle A1 im Anhang.

3.3 Anteil der Personen in Behandlung, nach Alterskohorte seit 2000

Wie bereits erwähnt, stieg die Zahl der Personen in OAT vor der Jahrtausendwende massiv an, stabilisierte sich über fast 20 Jahre und ist seit kurzem rückläufig. Dies erklärt sich durch die überwiegende Anzahl der in den 60er und 70er Jahren Geborenen (d. h. derjenigen, die während des Höhepunkts der Heroinepidemie in den 80er und 90er Jahren ins Erwachsenenalter kamen). Diese Gruppe stellte im Jahr 2000 82 % und im Jahr 2023 noch 63% der Personen in Behandlung dar (Abbildung 3). Leider liegen für die meisten Kantone keine detaillierten Daten vor dem Jahr 2000 vor, was eine direkte Beobachtung der allmählichen Eingänge der Kohorten von vor 1979 Geborenen in die Behandlungsstatistik verhindert.

Abbildung 3: Anteil der Personen in OAT, nach Geburtsjahrgang, von 2000 bis 2023



Anmerkung: Kantone nach Jahr: siehe Kolonne "Prävalenz" in Tabelle A1 im Anhang.

Eine neue Welle von Patientinnen und Patienten ist nach dem Jahr 2000 zu beobachten, einem Zeitraum, in dem die Kohorte der in den 80er Jahren Geborenen mit der OAT begonnen hat. Die Bedeutung dieser Kohorte ist jedoch geringer als die der vorhergehenden, da sie 2010 nur 16% der Personen in Behandlung entsprach, während die Kohorte der in den 70er Jahren Geborenen im Jahr 2000 36% der Personen in Behandlung ausmachte. Die Kohorte der in den 80er Jahren Geborenen ist jedoch weitergewachsen und hat im Jahr 2023 21% erreicht.

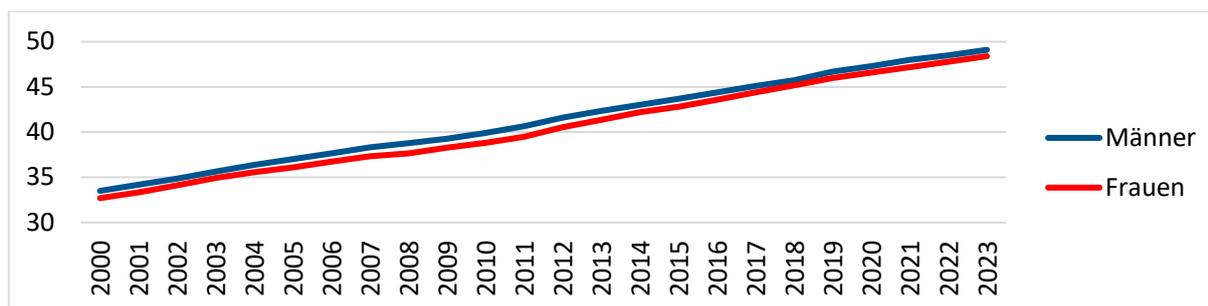
Seit 2010 beobachtet man die Ankunft der in den 90er Jahren Geborenen. Obwohl ihr Anteil relativ gering bleibt (8% im Jahr 2023), ist ihre Präsenz ein Hinweis darauf, dass OAT nach wie vor nicht nur dem Bedarf entsprechen, die Gesundheit von Personen aufrechtzuerhalten, die sich schon lange in Behandlung befinden, sondern auch neuen Konsumenten und -konsumentinnen illegaler Opioide eine sichere Alternative bieten.

Etwas weniger als 2% der Personen, die sich 2023 in Behandlung befinden, sind nach dem Jahr 2000 geboren. Obwohl diese Kohorte nicht sehr stark vertreten ist, ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen, der dem Trend der vorherigen Kohorte ähnelt (mit einem Anstieg von 1,4 Prozentpunkten in fünf Jahren). Die Daten der kommenden Jahre werden es ermöglichen, die Bedeutung dieser Kohorte zu bestimmen.

3.4 Durchschnittsalter der Personen in Behandlung, seit 2000

Das Durchschnittsalter der Personen in Behandlung (49,1 für Männer und 48,4 für Frauen im Jahr 2023) steigt tendenziell fortdauernd um durchschnittlich 0,6 Jahre pro Jahr an (Abbildung 4). Diese Zunahme lässt sich mit der massiven Vertretung der oben genannten Kohorten erklären. Dieses Phänomen ist nicht auf die Schweiz beschränkt, sondern wird auch in anderen europäischen Ländern beobachtet (Nordt et al., 2018; Schwarz et al., 2023).

Abbildung 4: Durchschnittsalter der Personen in OAT von 2000 bis 2023

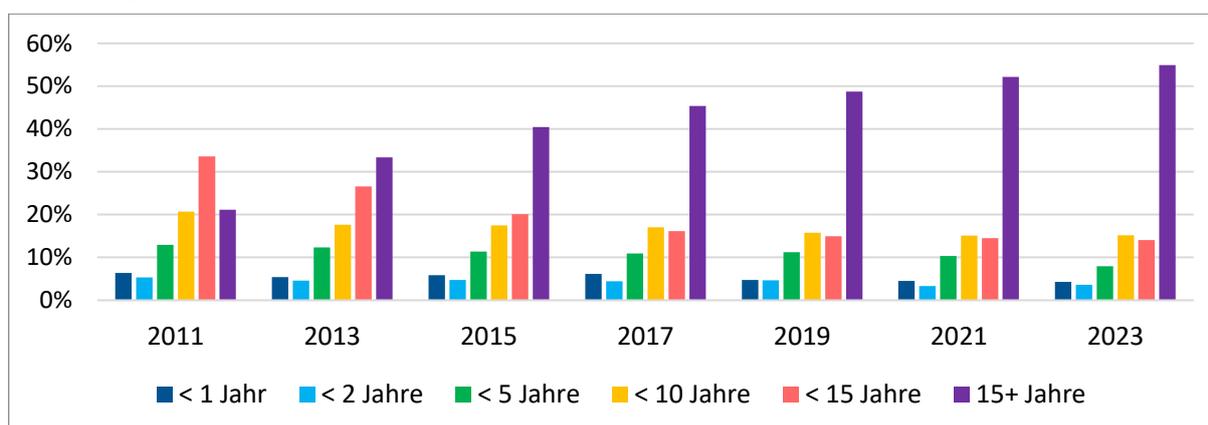


Anmerkung: Kantone nach Jahr: siehe Kolonne "Prävalenz" in Tabelle A1 im Anhang.

3.5 Behandlungsdauer, seit 2011

Im Jahr 2023 waren mehr als die Hälfte der Personen in OAT (55%) seit mehr als 15 Jahren in Behandlung (Abbildung 5). In den letzten zehn Jahren hat der Anteil der Personen, die seit mehr als 15 Jahren in Behandlung sind, tendenziell zugenommen (21% im Jahr 2011), während alle anderen Kategorien tendenziell abgenommen haben. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass die Hauptziele einer Behandlung mit Opioid-Agonisten langfristig ausgerichtet sind (Lebenserhaltung, Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands, Verhinderung der Übertragung von Infektionen und Verbesserung der Lebensqualität) und dass der Entzug nicht unbedingt ein Ziel an sich ist. Es gab keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die durchschnittliche Dauer der Entwöhnung (Abbildung A1). Es ist zu beachten, dass diese Berechnungen nur für Kantone durchgeführt wurden, die über einen ausreichenden Datensatz (mindestens 20 Jahre) für jedes dargestellte Jahr verfügten.

Abbildung 5: Entwicklung der Dauer der OAT, von 2010 bis 2023



Anmerkung: Die Auswahl der Kantone erfolgt je nach Jahr und verfügbaren Daten der einzelnen Kantone (mindestens 20 vor dem Referenzjahr) unterschiedlich: seit 2011: BE, GE, GR, NE, SO, SZ, VS; seit 2017: TG; seit 2019: FR, GL, NW.

3.6 Alter des Erstkonsums und Eintrittsalter, seit 2001

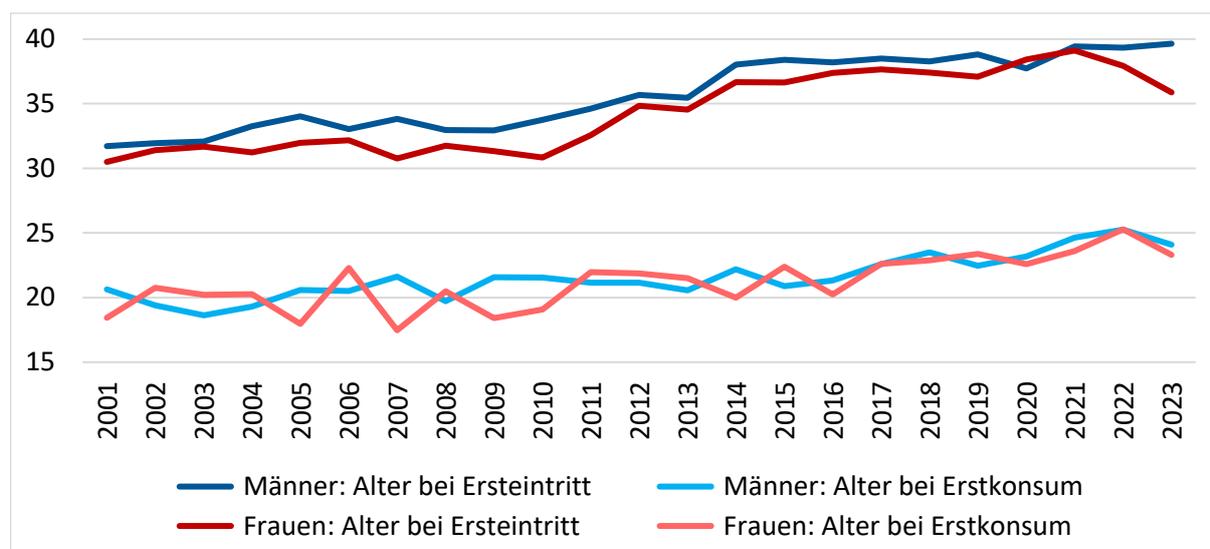
Wann eine Person zum ersten Mal eine OAT beginnt, lässt sich nur schwer mit Sicherheit feststellen, insbesondere, weil die Daten aus 26 dezentralen kantonalen Registern stammen, und die Aufnahmen möglicherweise aus administrativen Gründen erfasst werden (z. B. bei einem Arztwechsel; siehe Kapitel 2.3). Es ist jedoch möglich,

die Entwicklung der Inzidenz neuer Behandlungen auf eine alternative Weise abzuschätzen, und zwar auf der Grundlage des ersten Jahres, in dem eine Person in der Statistik erscheint, sofern die Kantone über historische Daten von mehreren Jahrzehnten verfügen (siehe Tabelle A1 im Anhang). Es ist auch zu beachten, dass das Alter des Erstkonsums je nach Jahr nur für etwa 10 bis 40 % der Personen in Behandlung bekannt ist, was zu einigen unbeabsichtigten jährlichen Schwankungen führen kann.

Auf der Grundlage der Kantone, die über ausführliche Daten von mindestens 20 Jahren verfügen, lässt sich beobachten, dass in den letzten zwei Jahrzehnten das Durchschnittsalter des ersten Heroinkonsums, wie es in den Eintrittsfragebögen angegeben wurde, zwischen 2001 und 2011 zunächst stabil war (etwa 20 Jahre) (Abbildung 6), dann stieg es leicht an und erreichte im Jahr 2023 sowohl bei Männern als auch bei Frauen etwa 24 Jahre.

Das Durchschnittsalter bei Eintritt in die Behandlung hat sich ähnlich entwickelt und liegt etwa 12 bis 17 Jahre hinter dem Alter des Erstkonsums zurück. Die in Abbildung 6 dargestellten Daten weichen leicht von denen in Kapitel 5.2 ab, da es sich um eine Unterstichprobe von Kantonen handelt.

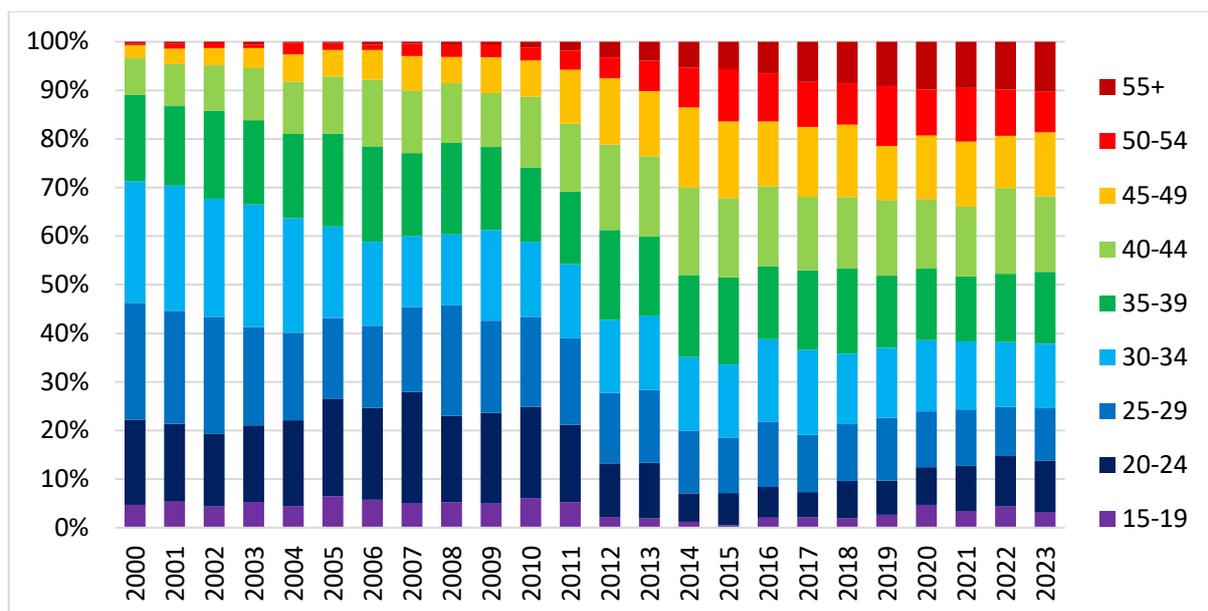
Abbildung 6: Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Heroin und bei Eintritt, von 2001 bis 2023



Anmerkung: Vertretene Kantone: BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SO, TG, TI, VS.

Wie in Abbildung 7 dargestellt, blieb der Anteil der unter 30-Jährigen, die sich in OAT begaben, bis zur Jahreswende 2010 relativ stabil und auf hohem Niveau. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der unter 30-Jährigen seit 2010 allmählich zurückgegangen und macht seit 2014 weniger als 25% der Aufnahmen aus. Diese Trends, die auf einen dauerhaften Rückgang des Opioidkonsums und seiner Attraktivität für neue Generationen in den letzten 15 Jahren hindeuten, werden auch in der Kohortendarstellung (siehe Abbildung 3) sowie in der Statistik über die Zahl der durch Drogenkonsum verursachten Todesfälle beobachtet (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2023).

Abbildung 7: Alter bei Eintritt, nach Alterskohorte, von 2001 bis 2023



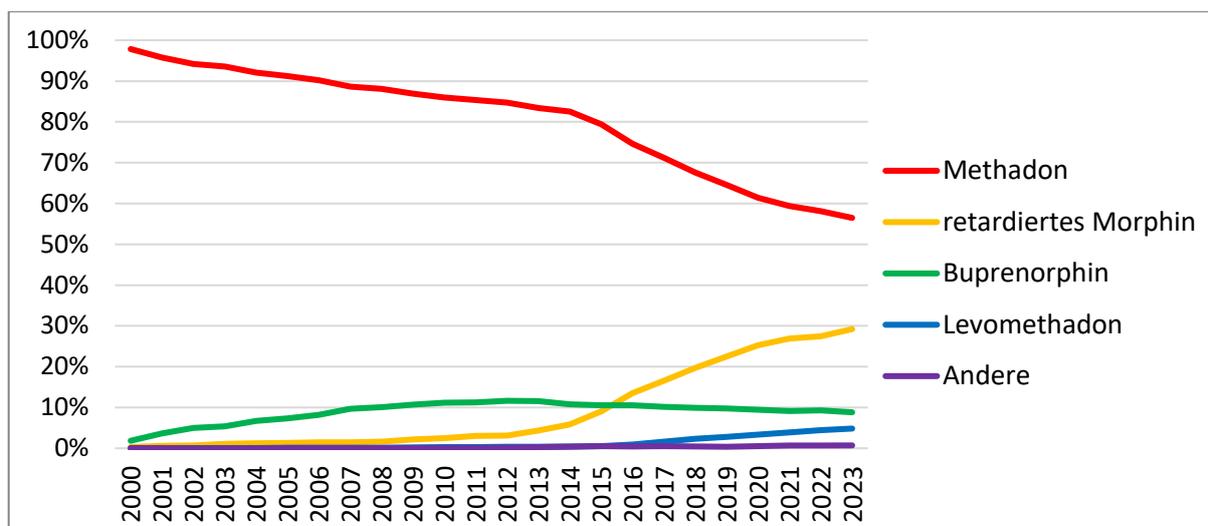
Anmerkung: Vertretene Kantone: BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SO, TG, TI, VS.

3.7 Entwicklung der verschriebenen Substanzarten seit 2000

Abbildung 8 weist einen allmählichen Rückgang des Anteils der Methadonbehandlungen (z. B. Magistral-Rezeptur, Methadon Streuli®, Ketalgine®) seit Anfang der 2000er Jahre hin (Nordt, Caflisch, et al., 2015). Dieser Rückgang ist zunächst auf einen Anstieg der Anzahl der Buprenorphin-Behandlungen (z. B. Subutex®) und dann seit 2013 auf einen starken Anstieg der Anzahl der Behandlungen mit retardiertem Morphin (z. B. Kapanol®, Sevre-Long®, MST®) zurückzuführen. Die Popularität von retardiertem Morphin wird damit erklärt, dass es das Verlangen nach Heroin (Craving) verringert, von den Patienten im Allgemeinen besser vertragen wird und eine grössere Patientenzufriedenheit bewirkt (Baschiroto et al., 2020; Lehmann et al., 2021). Seit 2020 scheint sich der Anstieg der Verschreibungen von retardiertem Morphin jedoch zu verlangsamen. Diese Entwicklung könnte mit dem Risiko eines Versorgungsengpasses zusammenhängen, das sich aus wiederholten Lieferproblemen (Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF), 2022) und der Aufhebung der Betriebsgenehmigung des grössten Schweizer Lieferanten ergibt (Swissmedic, 2022). Um dieser Situation entgegenzuwirken, gab das WBF im März 2022 die Pflichtlager frei. In der Folge stabilisierte sich die Lage und erreichte 2024 wieder den Normalzustand (Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL), 2024).

Es ist zu beachten, dass diese Daten alle Personen in Behandlung betreffen. Sie unterscheiden sich von der Verteilung der Substanzarten bei den Erstaufnahmen (46 % für Methadon und 39 % für retardiertes Morphin im Jahr 2023, siehe Abbildung 19). Diese Diskrepanz lässt sich durch die Zurückhaltung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Patientinnen und Patienten erklären, die Modalitäten einer laufenden Behandlung zu ändern.

Abbildung 8: Proportion der verschriebenen Substanzen pro Jahr, von 2000 bis 2023



Anmerkung: Kantone nach Jahr: siehe Kolonne "Prävalenz" in Tabelle A1 im Anhang.

3.8 Substanzübergänge

Gegenwärtig stehen in der Schweiz verschiedene Substanzen für die OAT zur Verfügung, was jedoch nicht immer der Fall war. Wie aus Abbildung 8 hervorgeht, ist Methadon nach wie vor die am weitesten verbreitete Substanz, doch retardiertes Morphin gewinnt allmählich an Anteilen, während Buprenorphin und Levomethadon nie mehr als 10% bzw. 5% der Patientinnen und Patienten erreicht haben. Da jede Substanz ihre eigenen Vor- und Nachteile hat (z.B. Wirkungsprinzip, galenische Form, Nebenwirkungen, siehe Vergleichstabelle 3.2.2 in: Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM), 2020), hat ein erheblicher Anteil der OAT-Patienten im Laufe der Behandlung die Substanz gewechselt. In Ergänzung zu den Analysen über den Wechsel zwischen OAT und der Verschreibung von Diacetylmorphin (Amos et al., 2024), werden im diesjährigen Themenmodul die Substanzwechsel innerhalb der OAT seit dem Jahr 2000 untersucht.

Methode

Die Analysen wurden für die Kantone durchgeführt, die das Erfassungs- und Bewilligungssystem OAT online verwenden, das es erlaubt, die Behandlungssequenzen für jedes Trio „Patient - Verschreiber - Substanz“ über mehrere Jahre zu verfolgen. Auf diese Weise können verschiedene Arten von Änderungen der Behandlungsmodalitäten identifiziert werden (Tabelle 2).

Da die historischen Daten in einigen Kantonen vollständiger sind als in anderen, wurden für die Analysen nur die vollständigen Jahre pro Kanton verwendet (siehe Spalte „Prävalenz“ in Tabelle A1 im Anhang). Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 65'114 Behandlungssequenzen für ein Trio „Patient/in - Verschreiber - Substanz“ zusammen, die 23'443 einzelne Patient/innen repräsentieren.

Tabelle 2: Änderungsarten der Behandlungsmodalitäten (Substanz und Verschreibende Instanz)

Szenario	Beginn einer Behandlungssequenz	Änderung der Substanz	Wechsel des Verschreibers
OAT-Beginn in einem Kanton	X		
OAT-Fortsetzung mit demselben Verschreiber und derselben Substanz			
OAT-Fortsetzung mit demselben Verschreiber und einer anderen Substanz	X	X	
OAT-Fortsetzung mit einem anderen Verschreiber und derselben Substanz	X		X
OAT-Fortsetzung mit einem anderen Verschreiber und einer anderen Substanz	X	X	X

Lesebeispiel: Die Verlängerung der Behandlung für dasselbe Trio „Patient/in - Verschreiber/in - Substanz“ führt nicht zur Eröffnung einer neuen Sequenz. Ein/e Patient/in, der/die seit 25 Jahren Methadon von demselben Verschreiber nimmt, hat eine Sequenz. Dagegen hat ein/e Patient/in, der/die einmal den Verschreiber und einmal die Substanz bei demselben Verschreiber gewechselt hat, drei Sequenzen.

Es ist zu beachten, dass die Analysen nur auf den von den kantonalen Behörden ausgestellten und validierten Behandlungsbewilligungen basieren. Kurzfristige Übertritte (z.B. Notfalleinweisung, Inhaftierung, Tests im Hinblick auf einen Übertritt) sind nicht unbedingt enthalten. Die Kantone BL, BS, ZG und ZH, die keine genauen Angaben zu den verschreibenden Ärzten oder Institutionen machen, sind in den Analysen ebenfalls nicht berücksichtigt.

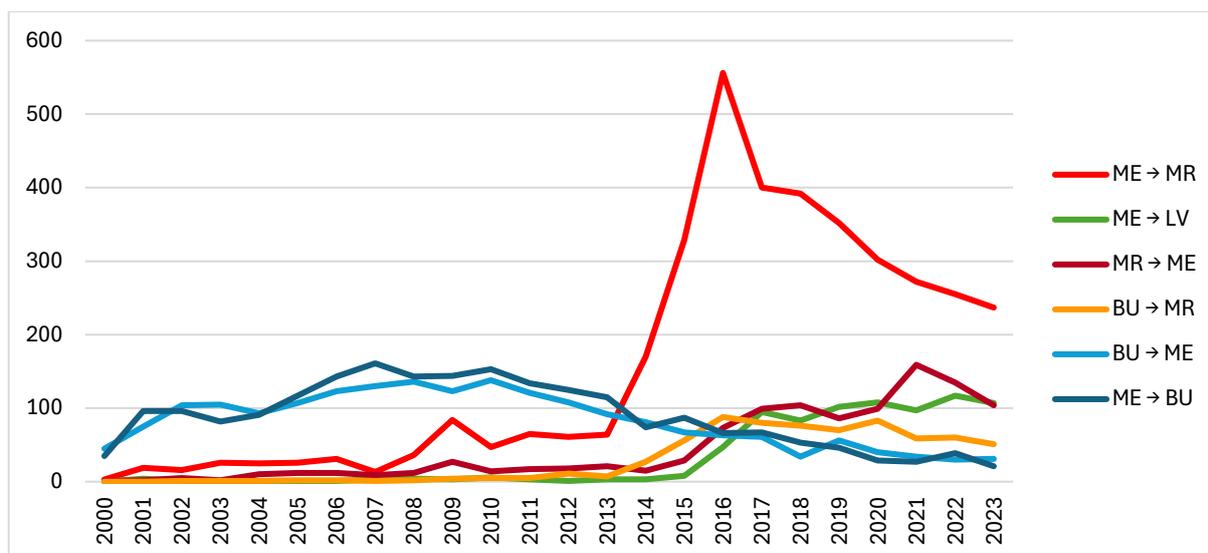
Wir danken Marc Vogel (Chefarzt der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel) herzlich für seine Hilfe bei der Aufbereitung und Interpretation der Ergebnisse dieses Kapitels.

3.8.1 Substanzänderung pro Jahr

Bei den Substanzwechseln pro Jahr lassen sich drei unterschiedliche Phänomene beobachten (Abbildung 9). Erstens ist die Zahl der jährlichen Substitutionswechsel zwischen Methadon und Buprenorphin seit Beginn der 2000er Jahre weitgehend konstant geblieben. Da es sich um Substanzen mit unterschiedlichen Wirkprinzipien handelt (insbesondere ist Buprenorphin ein partieller μ -Opioidrezeptor-Agonist), kann dieser Wechsel zwischen den beiden Substanzen durch Patientinnen und Patienten erklärt werden, die unter starken Nebenwirkungen von Methadon leiden (z.B. Verstopfung, Schwitzen), aber auch mit der Wirkung von Buprenorphin unzufrieden sind. Die Umstellung auf Buprenorphin ist komplex und nicht für alle Patienten und Patientinnen geeignet, da die Wirkung von Buprenorphin schwächer ist als die anderer synthetischer Opioide, was zu Entzugserscheinungen führen kann.

Zweitens stieg ab 2014 die Zahl der Substanzwechsel zu retardiertem Morphin (von Methadon oder Buprenorphin) mit dessen offizieller Marktzulassung sehr deutlich an, um ab 2018 nach einer anfänglichen Sogwirkung wieder zurückzugehen.

Abbildung 9: Anzahl der Substanzwechsel, nach Kombinationstyp und Jahr



Anmerkung: ME = Methadon; BU = Buprenorphin; MR = retardiertes Morphin; LM = Levomethadon; es werden nur die Substanzänderungen dargestellt, bei denen die jährliche Anzahl mindestens einmal 100 Fälle überschritten hat.

Von der Analyse ausgeschlossene Kantone: BL, BS, ZG, ZH; Vertretene Kantone pro Jahr: siehe Spalte „Prävalenz“ in Tabelle A1 im Anhang

Schliesslich ist ab 2016 ein Anstieg bei zwei Arten von Umsteigevorgängen zu verzeichnen, nämlich bei den Umsteigevorgängen von Methadon auf Levomethadon nach dessen Markteinführung und bei den Umsteigevorgängen von retardiertem Morphin auf Methadon. Letztere sind vor allem darauf zurückzuführen, dass viele Patientinnen und Patienten, die seit mehreren Jahren mit Methadon behandelt wurden, ab 2014 auf retardiertes Morphin umgestellt wurden, es aber aus Unzufriedenheit vorzogen, wieder auf Methadon umzusteigen. Die Gründe für diese Unzufriedenheit können vielfältig sein. So wirkt Methadon individuell sehr unterschiedlich und kann antidepressiv wirken, was bei retardiertem Morphin nicht der Fall ist. Zudem können auch die deutlich höheren Kosten von Morphin die Wahl zu einem bestimmten Zeitpunkt beeinflussen (Conti et al., 2017).

3.8.2 Substanzwechsel pro Patientin, bzw. Patient

Von den im Jahr 2023 aktiven Patientinnen und Patienten haben rund zwei Drittel im Laufe ihrer Behandlung die Substanz nicht gewechselt (Tabelle 3). Etwas weniger als 20% der im Jahr 2023 aktiven Patientinnen und Patienten haben noch nie Methadon erhalten. Da Methadon historisch gesehen die erste für die Behandlung zur Verfügung stehende Substanz war und auch heute noch die wissenschaftlich am besten dokumentierte Substanz ist, deutet dieses Ergebnis auf eine Ausweitung der Verschreibungspraxis hin, bei der Methadon nicht mehr systematisch als erste OAT-Substanz vorgeschlagen wird.

Der häufigste Substanzwechsel (2506 Fälle) war der Wechsel von Methadon auf retardiertes Morphin. In 522 Fällen wurde die Behandlung anschliessend wieder auf Methadon umgestellt, was einer „Rückfallquote“ von 20,8% entspricht.

Tabelle 3: Anzahl der Arten des Substanzwechsels während der OAT unter den Patientinnen und Patienten in Behandlung im Jahr 2023

	Total	Letzt verschriebene Substanz in 2023			
		Methadon	Buprenorphin	Retardiertes Morphin	Levomethadon
Total	10'867	5'904	840	3'483	640
Keine Änderung	6'486	4'944	453	1'030	59
Änderungen					
ME → BU	971	246	310	361	54
ME → BU → ME	525 (54.1%)	224 (91.1%)	55 (17.7%)	204 (56.5%)	42 (77.8%)
BU → ME	922	418	88	348	68
BU → ME → BU	252 (27.3%)	56 (13.4%)	72 (81.8%)	104 (29.9%)	20 (29.4%)
ME → MR	2506	372	32	1998	104
ME → MR → ME	522 (20.8%)	283 (76.1%)	6 (18.8%)	194 (9.7%)	39 (37.5%)
MR → ME	739	403	*	269	58
MR → ME → MR	280 (37.9%)	39 (9.7%)	*	224 (83.3%)	14 (24.1%)
ME → LV	627	111	*	70	442
ME → LV → ME	118 (18.8%)	73 (65.8%)	*	10 (14.3%)	35 (7.9%)
LV → ME	166	105	*	18	43
LV → ME → LV	46 (27.7%)	16 (15.2%)	*	3 (16.7%)	27 (62.8%)
BU → MR	480	32	33	396	19
BU → MR → BU	58 (12.1%)	4 (12.5%)	28 (84.8%)	22 (5.6%)	4 (21.1%)
MR → BU	161	16	70	68	*
MR → BU → MR	72 (44.7%)	8 (50%)	7 (10%)	54 (79.4%)	*
MR → LV	218	24	*	62	130
MR → LV → MR	50 (22.9%)	2 (8.3%)	*	40 (64.5%)	8 (6.2%)
LV → MR	151	*	*	102	39
LV → MR → LV	27 (17.9%)	*	*	7 (6.9%)	19 (48.7%)
ME → LV → MR	88	*	*	55	26
ME → MR → LV	119	17	*	34	67

Anmerkung: ME = Methadon; BU = Buprenorphin; MR = retardiertes Morphin; LM = Levomethadon; * n < 10; Angaben in Klammern = „Rückfallquote“ auf die ursprüngliche Substanz; Kantone von der Analyse ausgeschlossen: BL, BS, ZG, ZH. Lesebeispiel: Die ganzzahligen Werte entsprechen der Anzahl Personen, die sich im Jahr 2023 in Behandlung befinden und im Verlauf ihrer OAT einen Substanzwechsel vorgenommen haben. Eine Person kann mehrere Arten von Substanzwechseln vorgenommen haben. Beispielsweise wird eine Person, die vom Typ ME → BU → ME → MR gewechselt hat, in der Spalte „retardiertes Morphin“ aufgeführt und in vier Kategorien gezählt (ME → BU, BU → ME, ME → BU → ME und ME → MR). Daher ist die Summe der Wechseltypen und der Personen ohne Wechsel höher als die Gesamtsumme.

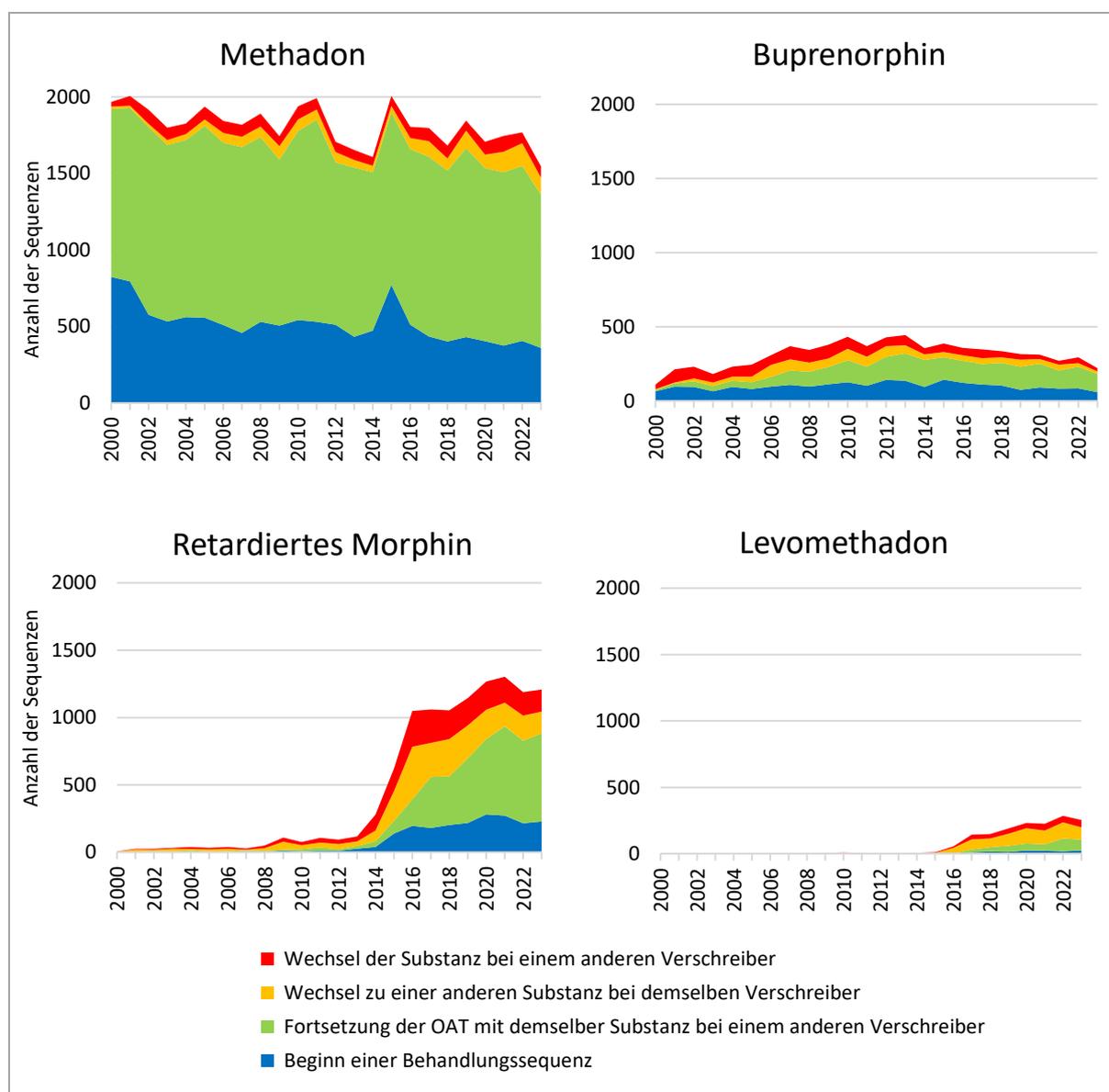
Am zweithäufigsten (971 Fälle) wurde von Methadon auf Buprenorphin gewechselt, allerdings mit einer hohen Rückfallquote (54,1%), was die im vorherigen Kapitel erwähnte Komplexität eines Wechsels auf Buprenorphin unterstreicht. Demgegenüber fällt auf, dass die Rückfallquote nach einem Wechsel zu retardiertem Morphin oder Levomethadon deutlich geringer ist (maximal 20,8%).

Wenig überraschend ist die Rückfallquote in den Fällen gering, in denen die Substanz nach dem Wechsel dieselbe ist wie die im Jahr 2023 noch verschriebene (z.B. kehrten von den OAT-Patienten, die im Jahr 2023 mit retardiertem Morphin behandelt wurden, nur 9,7 % nach einem Wechsel von Methadon → retardiertes Morphin zu Methadon zurück) , was unterstreicht, dass sich die Patientinnen und Patienten an das Behandlungsprotokoll halten, sobald die für sie am besten geeignete Substanz identifiziert wurde.

3.8.3 Umstände zu Beginn einer Behandlungssequenz

Ähnliche Tendenzen sind bei allen Substanzarten zu Beginn einer Behandlungssequenz zu beobachten, unabhängig vom Jahr oder der relativen Bedeutung einer Substanz (Abbildung 10).

Abbildung 10: Umstände zu Beginn einer Behandlungssequenz, nach Substanz und Jahr



Anmerkung: ME = Methadon; BU = Buprenorphin; MR = retardiertes Morphin; LM = Levomethadon; von der Analyse ausgeschlossene Kantone: BL, BS, ZG, ZH; Kantone nach Jahren: siehe Spalte „Prävalenz“ in Anhang, Tabelle A1.

Etwa die Hälfte der Fälle betrifft die Fortsetzung einer Behandlung bei einem anderen Verschreibenden mit der Verschreibung derselben Substanz, während etwa ein Viertel der Fälle den Beginn einer Behandlungssequenz in einem bestimmten Kanton betrifft. Die Anzahl der Substanzwechsel, die mit einem Wechsel der verschreibenden Instanz verbunden sind, entspricht im Grossen und Ganzen der Anzahl der Substanzwechsel beim gleichen Verschreiber.

Es sind jedoch schwache Variationen zu beobachten, wie beispielsweise die Tatsache, dass der Wechsel von einer Substanz zu Methadon nur einen kleinen Teil der neuen Behandlungssequenzen mit dieser Substanz ausmacht. Dieses Phänomen erinnert daran, dass Methadon immer seltener bei der allerersten OAT verschrieben wird (Abbildung 21), obwohl es historisch gesehen die erst verschriebene Substanz ist und im Vergleich zu anderen Betreuungsformen weniger kostet.

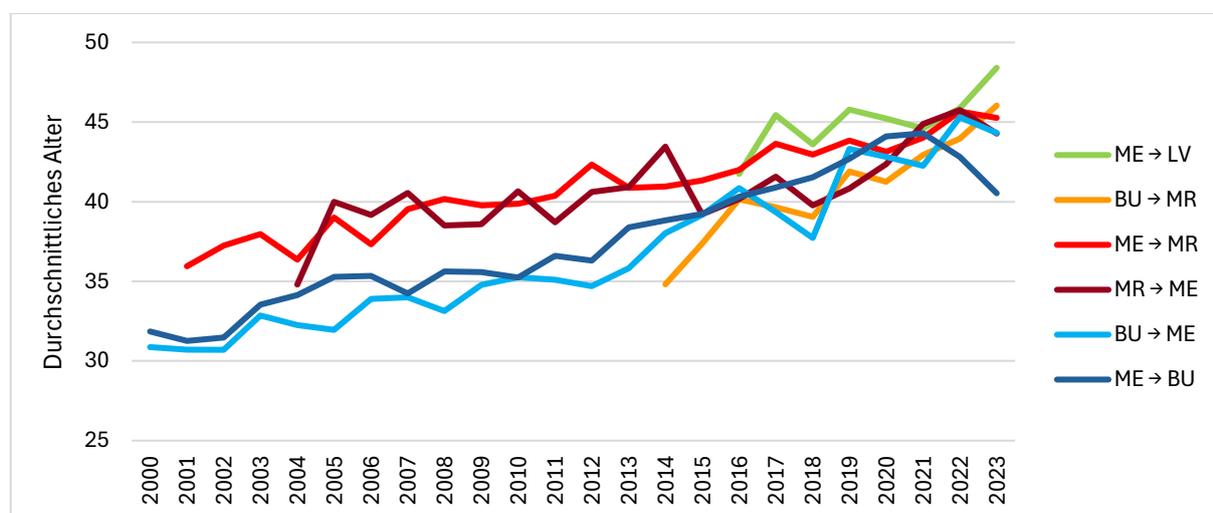
Darüber hinaus ist festzustellen, dass ein Wechsel zu Buprenorphin häufig mit einem Wechsel des Verschreibenden verbunden ist. Wie bereits erwähnt, lässt sich dies durch die Eigenschaften dieser Substanz erklären, die weniger stark ist. Angesichts der Schwierigkeiten bei diesem Übergang ist es wahrscheinlich, dass Privatärzte ihre Patientinnen und Patienten an Spezialisten verweisen, um den Wechsel zu begleiten (Praxis Suchtmedizin Schweiz, 2023; Zullino, 2017).

Letztendlich ist eine Verschreibung von Levomethadon als erste Substanz zu Beginn einer Sequenz gering, was vor allem auf regulatorische Gründe zurückzuführen sein dürfte: Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist an bestimmte Bedingungen geknüpft, insbesondere an das Scheitern der vorherigen Methadonbehandlung.

3.8.4 Durchschnittsalter bei einem Substanzwechsel

In Bezug auf das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten bei einem Substanzwechsel sind mehrere unterschiedliche Phänomene zu beobachten (Abbildung 11). Erstens folgt der Trend derselben Kurve wie das Durchschnittsalter der Personen in Behandlung (Abbildung 4).

Abbildung 11: Durchschnittsalter bei einem Substanzwechsel, pro Jahr



Anmerkungen: ME = Methadon; BU = Buprenorphin; MR = retardiertes Morphin; LM = Levomethadon; Von den Analysen ausgeschlossene Kantone: BL, BS, ZG, ZH; Nach Jahr dargestellte Kantone: siehe Spalte „Prävalenz“ in Tabelle A1 im Anhang.

Zweitens liegen die Kurven der Übertritte von Methadon auf Buprenorphin (und umgekehrt) seit Beginn der Erhebungen sehr nahe beieinander, ebenso die Kurven der Übertritte von Methadon auf retardiertes Morphin (und umgekehrt), was daran erinnert, dass die Patienten nach einem Wechsel zu Buprenorphin häufig zu ihrer ursprünglichen Substanz zurückkehren.

Drittens ist zwischen den Wechseln „Methadon ↔ Buprenorphin“ und „Methadon ↔ retardiertes Morphin“ eine Verzögerung von etwa 5 Jahren bis 2014 zu beobachten. Buprenorphin wurde vor allem jungen Erwachsenen verschrieben, da man davon ausging, dass es eine bessere soziale Integration ermöglicht (Nordt, Vogel, et al., 2015) - ein wichtiger Aspekt für Patientinnen und Patienten, die sozial und beruflich gut integriert sind und eine Substanz mit moderaterer sedierender Wirkung bevorzugen. Der Wechsel von Methadon zu retardiertem Morphin war hingegen ursprünglich durch unangenehme Nebenwirkungen des Methadons (z.B. Verstopfung, Schwitzen etc.) motiviert, die sich mit zunehmendem Alter tendenziell verschlimmern.

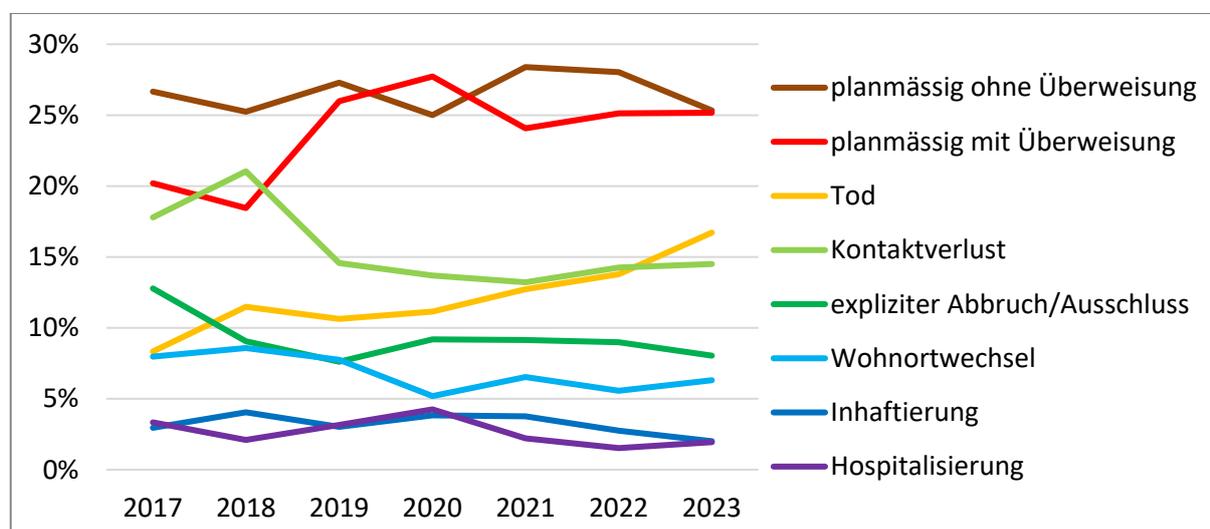
Insgesamt ergaben die Analysen nur sehr geringe Unterschiede nach Geschlecht und Alter. Diese Faktoren scheinen beim Substanzwechsel keine wesentliche Rolle zu spielen, weshalb die Ergebnisse nicht nach Geschlecht und Alter getrennt dargestellt werden.

3.9 Gründe für den Behandlungsabschluss, seit 2017

Bei etwa einem Viertel der Behandlungsabschlüsse handelt es sich - stabil seit 2017 - um eine a priori erfolgreiche Entwöhnung (planmässig ohne Überweisung: Abbildung 12). Ein weiteres Viertel betrifft die Fortsetzung der Behandlung bei einer anderen Instanz (z. B. Wechsel des Arztes, der Einrichtung oder des Typs der Substanzfamilie).

Der Anteil der Todesfälle unter den Austrittsgründen hat sich seit 2017 mehr als verdoppelt (von 8% auf 17% im Jahr 2023). Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der Austritte betreffen die Todesfälle im Jahr 2023 rund 330 Personen, was einer Zunahme von 80 Fällen gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Abbildung 12: Umstände des Behandlungsabschlusses nach Jahr, von 2017 bis 2023



Anmerkung: Kantone nach Jahr: siehe Kolonne "Abschlüsse" in Tabelle A1 im Anhang.

4. Statistik der Behandlungsprävalenz im Jahr 2023

4.1 Anzahl der im Laufe des Jahres in Behandlung gewesenen Personen

Das Monitoring hat 15'707 Personen erfasst, die sich im Jahr 2023 mindestens einen Tag lang in OAT befanden. Tabelle 4 zeigt die Verteilung der Behandlungsprävalenz nach Geschlecht und Kanton. Schweizweit und verhältnismässig stabil zwischen den Kantonen gibt es 2,7 Mal mehr Männer als Frauen in Behandlung. Die bevölkerungsreichsten Kantone, nämlich Zürich, Bern und Waadt, belegen auch die ersten drei Plätze, was die Zahl der sich in Behandlung befindenden Personen betrifft.

Seit 2018 ist es möglich, einen grossen Teil der Personen zu identifizieren, die in den Registern mehrerer Kantone erfasst sind, zum Beispiel aufgrund eines Umzugs oder eines Aufenthalts in einer ausserkantonalen Pflegeeinrichtung im Laufe des Jahres. Dies betrifft etwa 1,7% aller Personen, wobei zu berücksichtigen ist, dass diese Auswertung bei insgesamt 13'106 Personen in 24 Kantonen durchgeführt werden konnte (ohne ZG und ZH).

Tabelle 4: Anzahl der Personen in OAT, nach Geschlecht und Kanton (2023)

Kanton	Männer	Frauen	unbekannt	Total
Total *	11'379	4'228	100	15'707
AG	493	211	0	704
AI	2	1	0	3
AR	95	35	0	130
BE	1'827	692	0	2'519
BL	289	107	0	396
BS	653	290	0	943
FR	425	104	0	529
GE	869	290	0	1'159
GL	47	14	0	61
GR	207	54	0	261
JU	83	37	0	120
LU	581	203	0	784
NE	450	171	0	621
NW	21	9	0	30
OW	29	11	0	40
SG	657	206	0	863
SH	64	23	0	87
SO	437	169	0	606
SZ	45	24	0	69
TG	279	94	0	373
TI	684	231	0	915
UR	10	2	0	12
VD	1'075	432	1 **	1'508
VS	300	73	0	373
ZG	45	16	1	62
ZH	1'882	778	98	2'758
Doppelerfassungen	-170	-49	0	-219

Anmerkung: * Total ohne Doppelerfassungen, ** nicht-binäre Person

4.2 Tagesprävalenz

Tabelle 5 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Personen in OAT an allen Tagen des Jahres. In den meisten Kantonen stellt die durchschnittliche Anzahl von Personen in Behandlung pro Tag etwa 80 bis 90 % der jährlichen Behandlungsprävalenz dar. Im Jahr 2023 liegt die durchschnittliche Tagesprävalenz bei 87,4% der Jahresprävalenz, was einer Anzahl von 14'120 Personen für die gesamte Schweiz entspricht.

Tabelle 5: Tagesprävalenz, nach Kanton (2023)

Kanton	Durchschnittliche Anzahl pro Tag	Anteil an der Jahresprävalenz
AG	607.7	86.3%
AI	2.5	82.7%
AR	109.0	83.8%
BE	2'273.8	90.3%
BL	357.5	90.3%
BS	861.2	91.3%
FR	471.1	89.1%
GE	1'059.4	91.4%
GL	54.0	88.5%
GR	205.4	78.7%
JU	114.7	95.6%
LU	744.6	95.0%
NE	560.0	90.2%
NW	27.0	90.0%
OW	33.2	83.0%
SG	726.1	84.1%
SH	75.4	86.7%
SO	548.3	90.5%
SZ	65.1	94.3%
TG	322.7	86.5%
TI	839.3	91.7%
UR	10.8	90.1%
VD	1'255.2	83.2%
VS	327.5	87.8%
ZG	51.8	83.5%
ZH	2417	87.6%
Gesamtanzahl	14'120.3	87.4%

Anmerkungen: Behandlungen mit einem Abstand von 60 Tagen oder weniger gelten als kontinuierlich (siehe Kapitel 2.3). Die Tagesprävalenz entspricht der durchschnittlichen Anzahl der Personen, die sich an jedem Tag des Jahres in Behandlung befinden.

Kantonale Unterschiede zwischen der Jahresprävalenz und der durchschnittlichen Tagesprävalenz lassen sich dadurch erklären, dass ungefähr ein Viertel der Patientinnen und Patienten die OAT im Laufe des Jahres beginnen, pausieren oder abbrechen (z.B. erfolgreicher Entzug, Wechsel in die Behandlung mit Diacetylmorphin, Kantonswechsel, Tod), und zwar ungleichmässig über die Kantone verteilt (Tabelle 6).

Tabelle 6 zeigt die Verteilung der Patienten nach dem Stadium ihrer Behandlung. In allen Kantonen befanden sich gut drei Viertel (78,3%) der Patienten und Patientinnen in kontinuierlicher Behandlung, d.h. ohne Unterbrechung während des Jahres. Diese Zahlen weisen darauf hin, dass die OAT in erster Linie darauf abzielt, den Konsum illegaler Substanzen zu reduzieren, ohne Entzugserscheinungen zu empfinden und die mit dem Konsum verbundenen Risiken zu verringern. Die Behandlung ist häufig langfristig angelegt (Erhaltungstherapie) und kann manchmal ein Leben lang andauern.

Tabelle 6: Anteil der Patienten nach Behandlungsstadium, nach Kanton (2023)

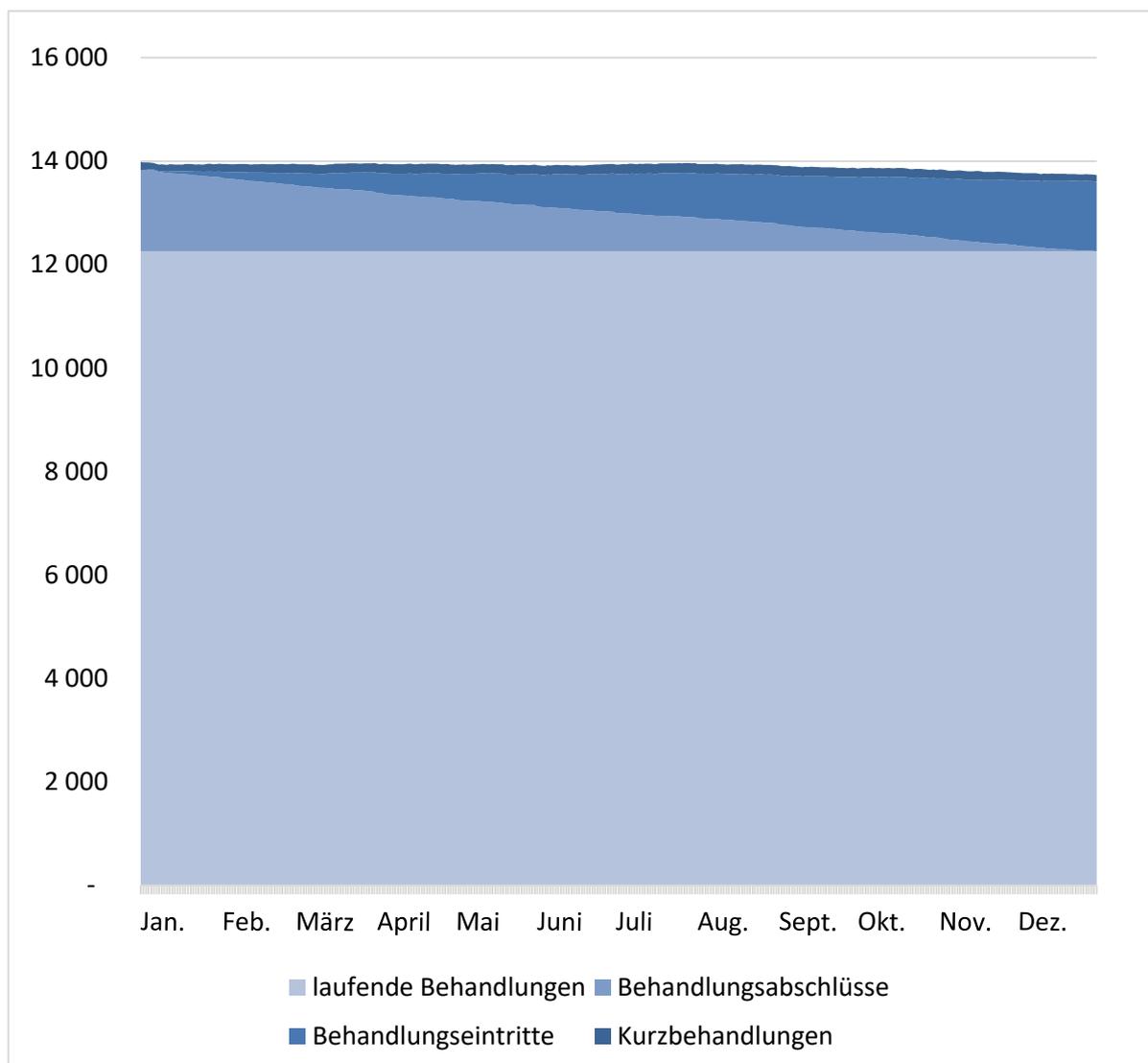
Kanton	laufende Behandlungen	Behandlungseintritte	Behandlungsabschlüsse	Kurzbehandlungen
AG	74.6%	9.8%	10.8%	4.8%
AI	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%
AR	71.5%	6.9%	14.6%	6.9%
BE	80.5%	8.2%	8.5%	2.8%
BL	83.1%	8.1%	6.1%	2.8%
BS	84.1%	8.1%	7.0%	0.8%
FR	80.7%	5.7%	9.5%	4.2%
GE	82.6%	7.6%	7.4%	2.4%
GL	80.3%	13.1%	6.6%	0.0%
GR	68.6%	12.3%	8.4%	10.7%
JU	90.0%	4.2%	5.8%	0.0%
LU	89.4%	3.8%	5.2%	1.5%
NE	81.5%	9.0%	7.7%	1.8%
NW	80.0%	13.3%	3.3%	3.3%
OW	72.5%	10.0%	12.5%	5.0%
SG	71.3%	14.0%	8.7%	6.0%
SH	74.7%	9.2%	13.8%	2.3%
SO	81.5%	7.9%	7.3%	3.3%
SZ	88.4%	5.8%	5.8%	0.0%
TG	76.9%	8.3%	9.4%	5.4%
TI	84.9%	6.1%	6.2%	2.7%
UR	83.3%	8.3%	0.0%	8.3%
VD	62.7%	14.2%	21.7%	1.4%
VS	77.2%	8.0%	10.5%	4.3%
ZG	69.4%	12.9%	14.5%	3.2%
ZH	77.6%	6.2%	11.1%	5.1%
Gesamt	78.3%	8.4%	9.9%	3.4%

Anmerkungen: Die Prozentzahlen in den Spalten Behandlungseintritte und Behandlungsabschlüsse stimmen nicht mit denjenigen in den Tabellen 5 und 11 überein, weil 1) in der obigen Tabelle interkantonal Doppelzählungen nicht berücksichtigt sind und 2) ein Teil der Eintritte und Beendigungen von Behandlungen auch in der Spalte Kurzbehandlungen zu finden ist.

Es wurden etwa 8,4% der Personen für eine Behandlung aufgenommen, die über den 31. Dezember 2023 hinaus andauerte, 9,9% hatten einen Abschluss ohne Wiederaufnahme vor Ende Jahr und 3,4% hatten eine "Kurzbehandlung", die im Laufe

des Jahres begonnen und beendet wurde. Die Zahl der Einweisungen und die Zahl der Behandlungsabschlüsse gleichen sich in der Regel aus, weshalb die Jahresprävalenz im Jahresverlauf insgesamt stabil ist und in den letzten Jahren tendenziell nur leicht abgenommen hat (siehe Abbildung 1). Auch die tägliche Gesamtzahl der Personen in Behandlung ist über das Jahr hinweg stabil (Abbildung 13).

Abbildung 13: Anzahl Personen in OAT pro Tag, nach Behandlungsmodalität (2023)

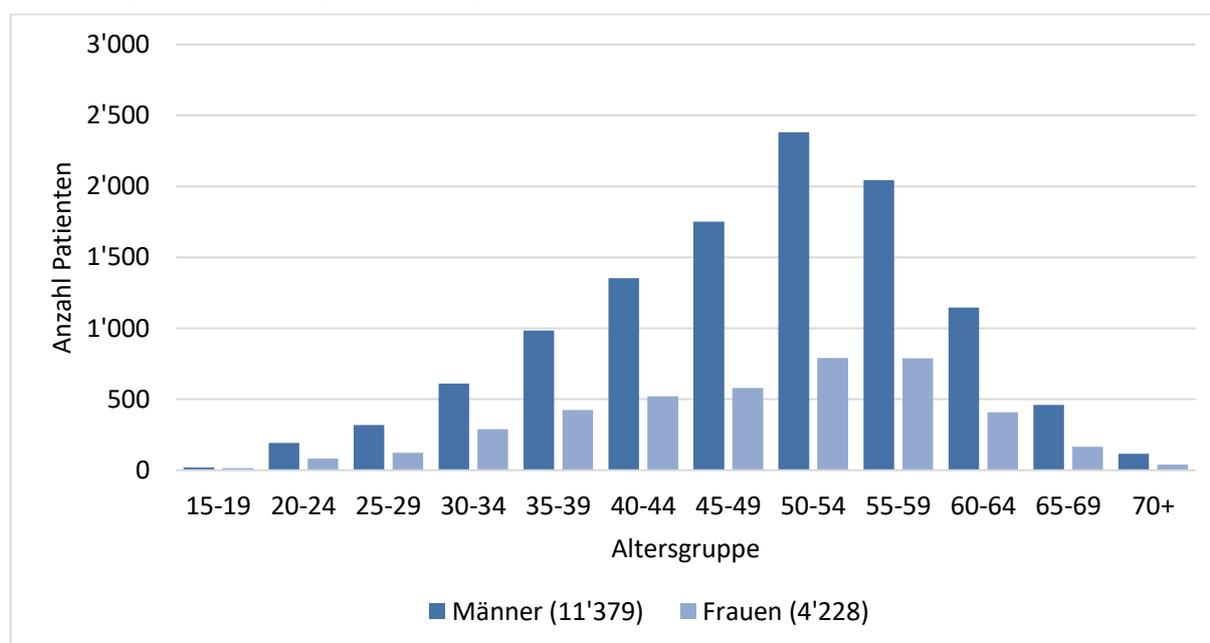


Anmerkung: Alle Kantone vertreten

4.3 Demographisches Profil

Abbildung 14 zeigt die Anzahl der Patientinnen und Patienten in OAT, nach Altersgruppen in Abschnitten von 5 Jahren und nach Geschlecht. Die am stärksten vertretenen Alterskategorien sind 50-54 Jahre, gefolgt von 55-59 und 45-49 Jahren. Wie in Kapitel 3.3 dargestellt, erklärt sich die starke Präsenz dieser Altersgruppen in der OAT-Statistik aus dem historischen Höhepunkt des Auftretens von Heroinkonsumenten in den 1980er und 1990er Jahren (Nordt et al., 2018; Nordt & Stohler, 2006) und aus dem chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit. Während diese Personen damals 15 bis 25 Jahre alt waren, sind sie heute 45 bis 65 Jahre alt. Umgekehrt hat ein Viertel der Patienten, die derzeit unter 40 Jahre alt sind (siehe Tabelle 7), in jüngerer Zeit mit dem Heroinkonsum begonnen. Im Jahr 2023 gibt es über alle Altersgruppen hinweg etwa 2,7 so viele Männer wie Frauen, wobei der Unterschied bei den Personen unter 35 Jahren weniger ausgeprägt ist (2,2 so viele Männer wie Frauen).

Abbildung 14: Verteilung der Altersgruppen, nach Geschlecht (Prävalenz 2023)



Anmerkung: Alter am 31.12.2023.

Das Durchschnittsalter der OAT-Patienten im Jahr 2023 liegt bei 49,1 Jahren für Männer und 48,4 Jahren für Frauen (siehe Tabelle 7). Detaillierte Daten zu Zivilstand und Staatsangehörigkeit für die ganze Schweiz und nach Kantonen können unter www.tao-oat.ch eingesehen werden.

Tabelle 7: Durchschnittsalter der Personen in OAT, nach Geschlecht (2023)

	N	Mittelwert	Perzentile 25	Perzentile 50	Perzentile 75
Männer	11'379	49.1	42	51	56
Frauen	4'228	48.4	41	50	56

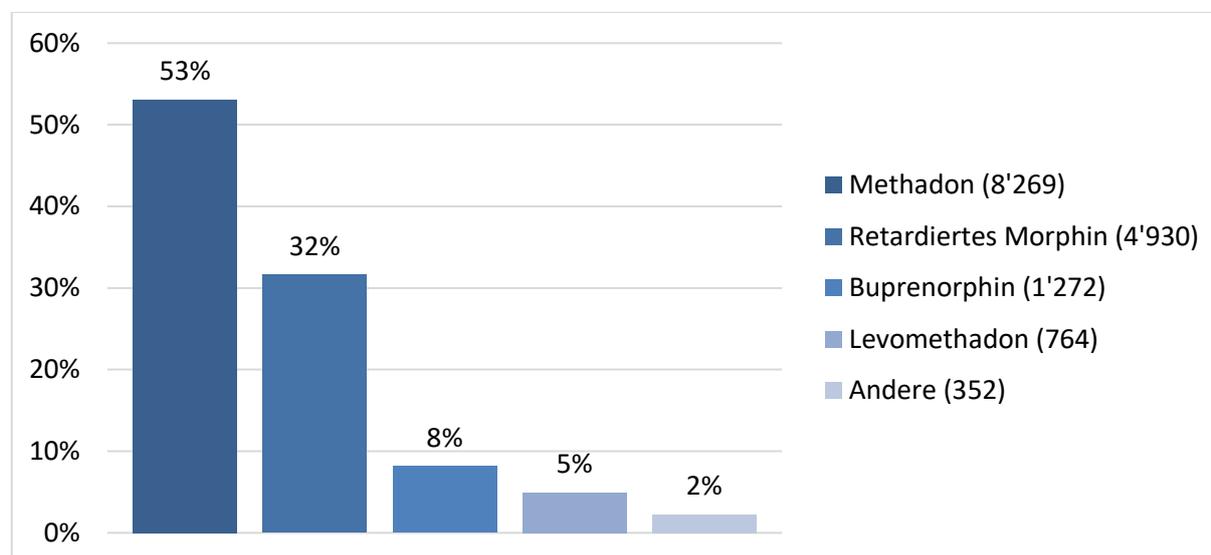
Anmerkung: Alter am 31.12.2023.

4.4 Verschiedene Substanzen

Abbildung 15 zeigt die Verteilung der OAT nach Art der Substanz. Auf nationaler Ebene wurde in 53% der Behandlungen Methadon (z.B. Methadone Streuli®, Ketalgin®) verschrieben, gefolgt von retardiertem Morphin (z.B. Kapanol®, Sevre-Long®, MST® ; 32%) und Buprenorphin (z.B. Temgesic®, Subutex® ; 8%), während Levomethadon (z.B. L-Polamidon® ; 5%) und andere Opiode (z.B. Oxycodon) einen sehr geringen Anteil ausmachten.

Diese Ergebnisse folgen einem Trend zu weniger Methadonbehandlungen (-2 Prozentpunkte im Vergleich zu 2022), der hauptsächlich durch einen Anstieg bei retardiertem Morphin ausgeglichen wird (+3 Prozentpunkte; siehe Abbildung 8 zu langfristigen Trends).

Abbildung 15: Verschriebene Substanzarten (Prävalenz 2023)



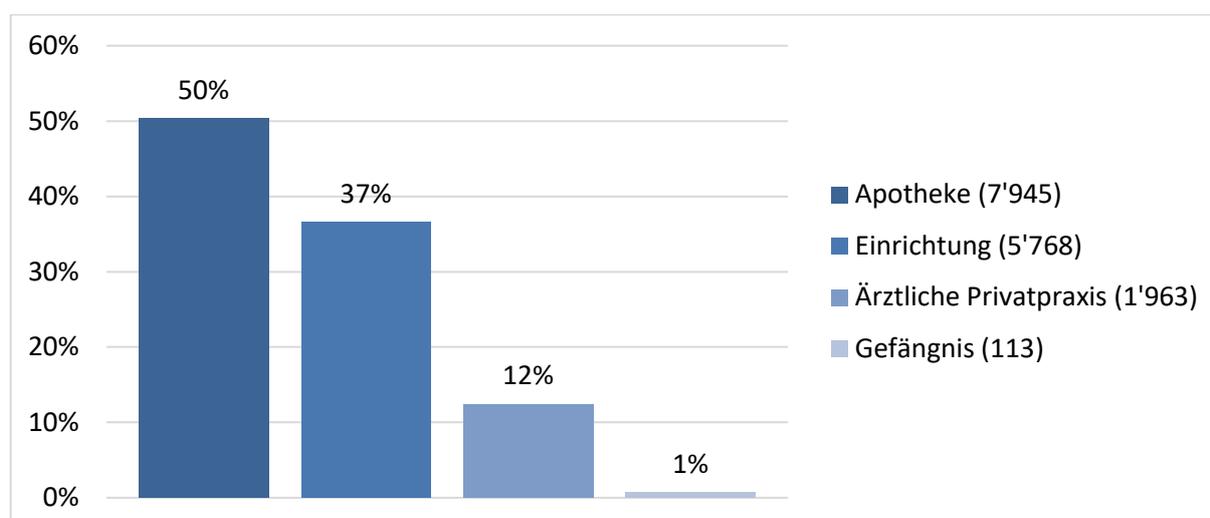
Anmerkung: Alle Kantone vertreten. Die Kategorie "Andere" umfasst Oxycodon und andere Opiode (z.B. Kodein).

Die Daten zur Verteilung der Substanzart auf kantonaler Ebene können unter www.tao-oat.ch eingesehen werden.

4.5 Abgabe des verschriebenen Präparats

Abbildung 16 zeigt die Verteilung der Abgabestellen der Präparaten. Auf nationaler Ebene werden etwa die Hälfte in Apotheken, mehr als ein Drittel in spezialisierten Einrichtungen oder in niederschweligen Anlaufstellen und etwa jeder achte (12%) in Praxen der Hausärzte abgegeben. Die Daten über die Verteilung der Abgabestellen auf kantonaler Ebene können unter www.tao-oat.ch eingesehen werden. Es ist zu beachten, dass nur wenige Kantone Informationen über die Abgabe in Gefängnissen mitteilen (derzeit BE, FR, GL, GR und SG), weshalb diese Art von Abgabeorten auf nationaler Ebene wahrscheinlich unterschätzt wird.

Abbildung 16: Verteilung der OATs, nach Abgabestelle (Prävalenz 2023)



Anmerkung: Alle Kantone vertreten.

Was die Abgabefrequenz der Präparate betrifft, so holt über die Hälfte der Patientinnen und Patienten ihre Medikamente einmal pro Woche (57%), 17% von ihnen 2-3 Mal pro Woche, 6% 4-5 Mal pro Woche und 20% jeden Tag oder fast jeden Tag ab (Daten aus den folgenden Kantonen: AG, AI, FR, GL, GR, JU, LU, NW, OW, TG, VD, VS).

5. Statistik der Behandlungseintritte

5.1 Eintritte pro Jahr

Tabelle 8 zeigt die Anzahl Eintritte in OAT im Laufe des Jahres. Die Identifizierung eines Eintritts ist ein scheinbar einfaches Konzept, aber seine Operationalisierung ist relativ komplex (siehe Kapitel 2.3). Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind vor allem auf die Unterschiede in den statistischen Erfassungssystemen (siehe Tabelle 1), die Dauer der Bewilligungen und die Präsenz bestimmter Institutionen (z.B. Entwöhnungszentren, Gefängnis) zurückzuführen. Der Anteil der Eintritte an der Jahresprävalenz (10,5%) ist sehr nahe an dem von den Vorjahren (2021: 10,5%, 2022: 10,2%).

Tabelle 8: Anzahl der Eintritte für die OAT, nach Kantonen (2023)

	Behandlungseintritte	Anteile an der Jahresprävalenz
AG	94	13.4%
AI	1	33.3%
AR	11	8.5%
BE	289	11.5%
BL	40	10.1%
BS	81	8.6%
FR	55	10.4%
GE	105	9.1%
GL	6	9.8%
GR	52	19.9%
JU	4	3.3%
LU	41	5.2%
NE	64	10.3%
NW	2	6.7%
OW	4	10.0%
SG	152	17.6%
SH	9	10.3%
SO	52	8.6%
SZ	4	5.8%
TG	47	12.6%
TI	80	8.7%
UR	1	8.3%
VD	106	7.0%
VS	39	10.5%
ZG	10	16.1%
ZH	317	11.5%
Total	1'666	10.5%

Wie aus Tabelle 9 hervorgeht, betreffen etwa 30% der Eintritte eine erste OAT und etwa 70% der Eintritte die Wiederaufnahme einer OAT nach einer Unterbrechung (z.B. Entzugsversuch). Wie bei der Behandlungsprävalenz haben im Jahr 2023 etwa 3-mal so viele Männer wie Frauen eine OAT begonnen oder wiederaufgenommen.

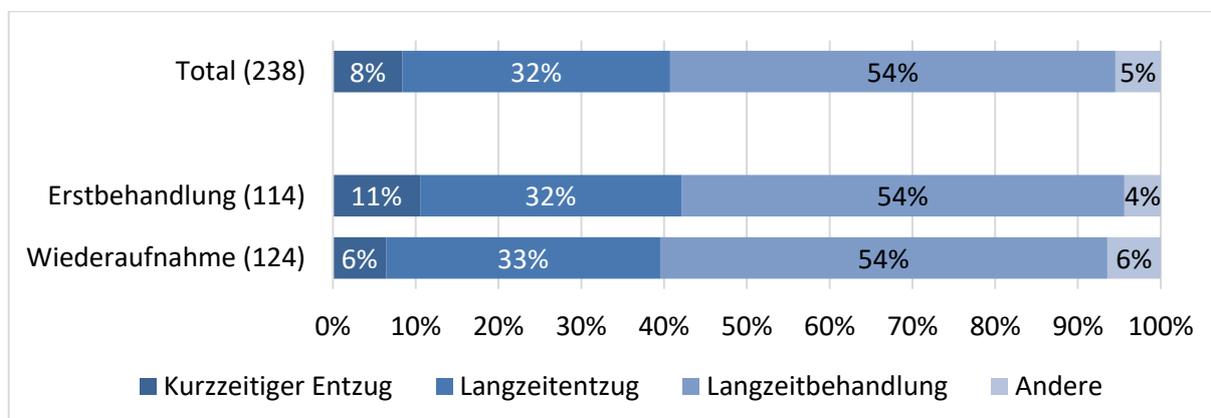
Tabelle 9: Anzahl der Behandlungseintritte, nach Art und Geschlecht (2023)

	Erste OAT	Wiederaufnahme	Total
Männer	380	887	1'267
Frauen	128	270	398
unbekannt	0	1	1
Total	508	1'158	1'666

Anmerkung: Alle Kantone vertreten.

Auf der Grundlage der Angaben von drei Kantonen wird bei einer Minderheit der Einweisungen ein kurzfristiger Entzug angestrebt (Abbildung 17). Die Mehrheit der Eintritte ist auf einen langfristigen Entzug oder auf eine Stabilisierung des Opioidkonsums (Erhaltungstherapie) ausgerichtet, wobei es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Eintritten und den Wiederaufnahmen gibt. Es ist jedoch zu beachten, dass nur einige Kantone diese Frage integriert haben, was die Erkenntnisse auf nationaler Ebene einschränkt.

Abbildung 17: Therapeutisches Ziel bei Behandlungseintritt (2023)



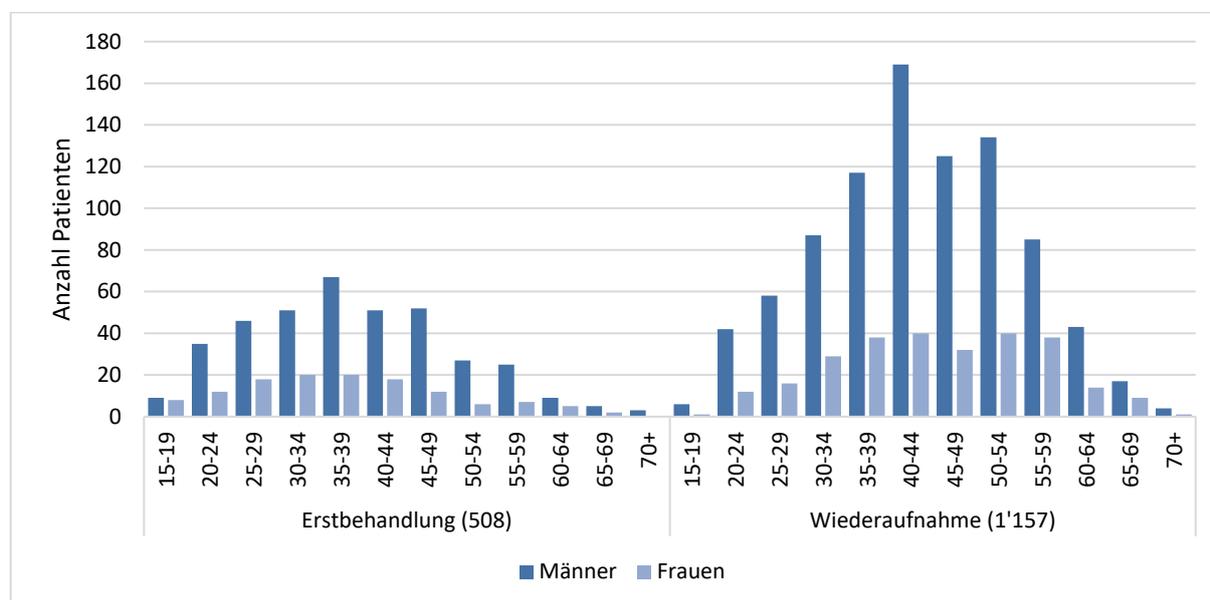
Anmerkung: Vertretene Kantone: AG, FR, VD.

5.2 Demographisches Profil

Abbildung 18 vergleicht die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die erstmalig zu einer Behandlung zugelassen wurden, mit der Anzahl derjenigen, die eine Behandlung nach einer Unterbrechung wieder aufgenommen haben, nach Altersgruppe und Geschlecht. Die häufigste Alterskategorie bei den Erstbehandlungen ist diejenige der 35-39-Jährigen für Männer (N = 67) und der 30-34-Jährigen für Frauen (N = 20). Die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen macht bei beiden Geschlechtern ebenfalls einen grossen Anteil der Behandlungseintritte aus. So entfallen mehr als ein Viertel der Behandlungseintritte auf Personen unter 30 Jahren (Tabelle 10). Es sei darauf hingewiesen, dass Opioid-Agonisten in einigen Fällen zur Behandlung einer Abhängigkeit von einem Schmerzmittel oder als schmerzstillende Behandlung

komplexer krebsbedingter Schmerzen verschrieben werden können, was die Zahl der Erstbehandlungen bei Personen über 50 Jahren teilweise erklären könnte.

Abbildung 18: Altersverteilung der aufgenommenen Personen, nach Eintrittsart und Geschlecht (2023)



Anmerkung: Alter am 31.12. 2023.

Das Durchschnittsalter bei den Erstbehandlungen beträgt 37 Jahre für Frauen und 38,9 Jahre für Männer (Tabelle 10), während das Durchschnittsalter bei Wiederaufnahmen etwas höher liegt (resp. 44,4 und 43,6 Jahre), aber unter dem Durchschnitt aller Personen in Behandlung (resp. 47,4 und 48,1 Jahre; Tabelle 5), deren Eintritt mehrere Jahre zurückliegen kann.

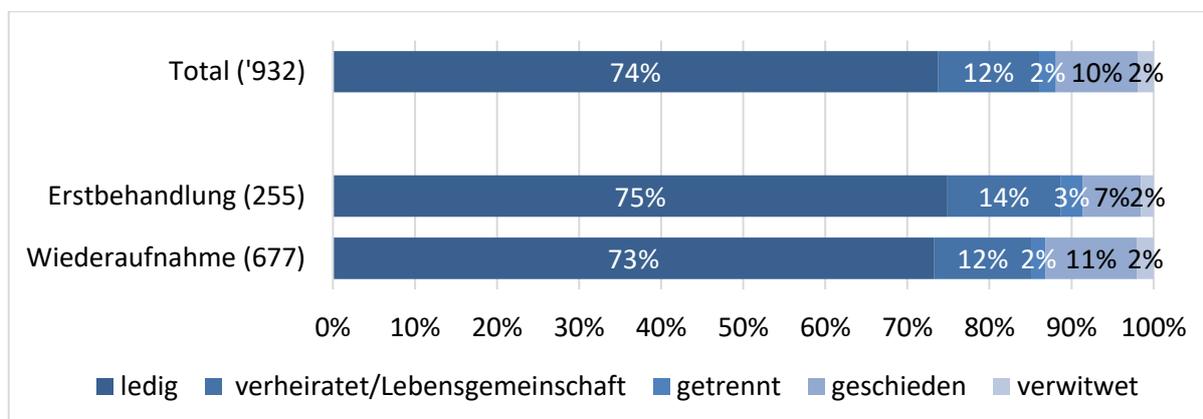
Tabelle 10: Durchschnittsalter bei Behandlungseintritt und Quartile, nach Art des Behandlungseintritts und Geschlecht (2023)

		N	Durchschnitt	Perzentil 25	Perzentil 50	Perzentil 75
Erstbehandlung	Männer	380	38.9	30	39	46
	Frauen	128	37.0	28	36	45
Wiederaufnahme	Männer	887	43.6	36	43	52
	Frauen	270	44.4	36	44	53

Anmerkung: Alter am 31.12.2023.

Abbildung 19 zeigt den Familienstand von Personen, die 2023 eine OAT begonnen bzw. wiederaufgenommen haben. Die Mehrheit der betroffenen Personen war ledig, und es sind nur wenige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sichtbar.

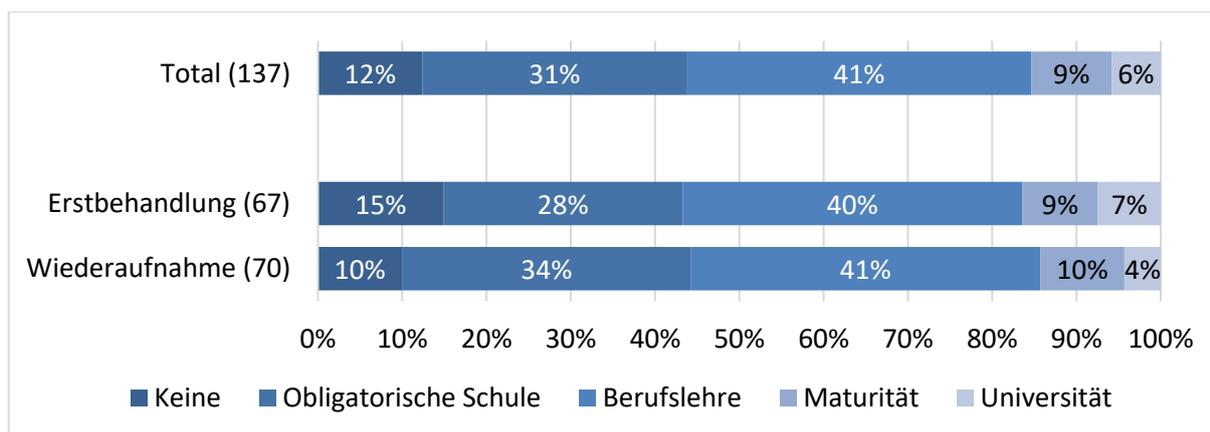
Abbildung 19: Familienstand der zur OAT aufgenommenen Personen, nach Art des Behandlungseintritts (2023)



Anmerkung: Vertretene Kantone: AG, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

Abbildung 20 zeigt das höchste abgeschlossene Ausbildungsniveau bei den Personen, die 2023 eine OAT begonnen oder wiederaufgenommen haben (Daten aus drei Kantonen). Etwa die zwei Drittel der Personen hatten eine Ausbildung, meist eine Lehre (41%), abgeschlossen. Umgekehrt hatten 15% der Personen, die zum ersten Mal eine OAT begonnen haben, keinen Pflichtschulabschluss. Es ist wichtig zu beachten, dass die zu diesem Indikator verfügbaren Informationen derzeit nur aus drei Kantonen stammen und nur bedingt repräsentativ für die Situation in den anderen Kantonen sind.

Abbildung 20: Höchster Ausbildungsabschluss (Eintritte 2023)



Anmerkung: Vertretene Kantone: BL, FR, VD.

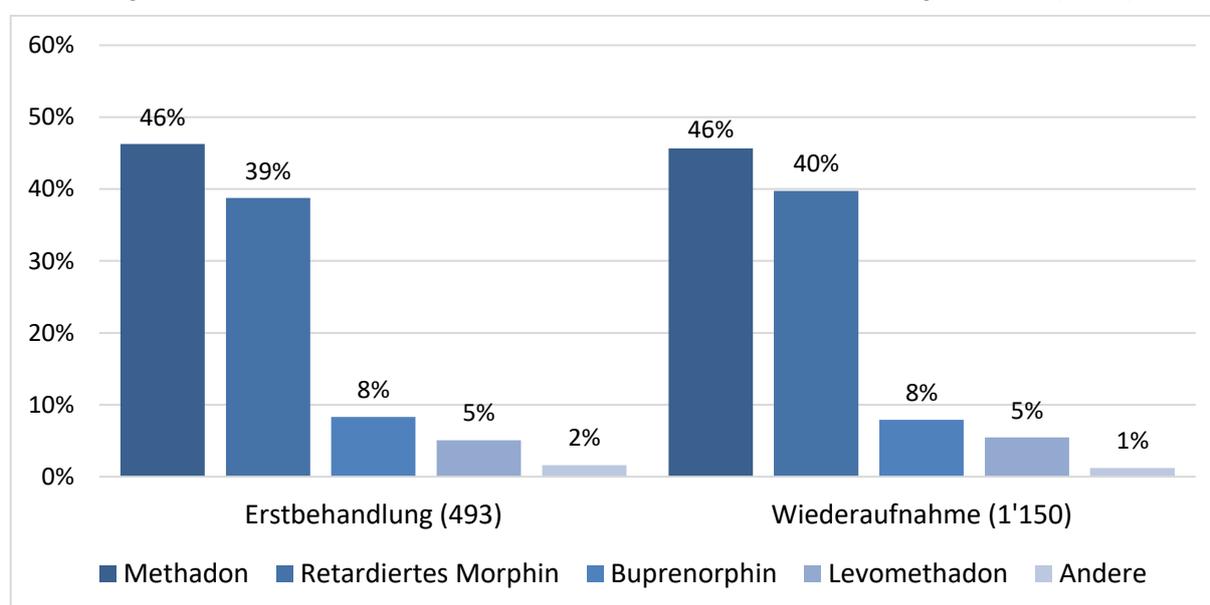
Abbildung A2 (im Anhang) zeigt den Wohnort der Personen, die im Jahr 2023 in zwei Kantonen eine OAT begonnen oder wieder aufgenommen haben. Die am häufigsten vertretene Kategorie sind Personen, die in einer Familie leben. Weitere rund 22% der Personen, die eine Behandlung begonnen haben, wohnten in einem Heim oder Gefängnis. Zwischen den beiden Aufnahmegruppen lassen sich einige Unterschiede feststellen.

5.3 Verschriebene Substanzen

Abbildung 21 zeigt die Verteilung der verschriebenen Substanzart nach Art des Behandlungseintritts. Sowohl bei den Erstbehandlungen als auch bei den Wiederaufnahmen ist Methadon (z. B. Methadon Streuli®, Ketalgin®, 46%) die am häufigsten verschriebene Substanz, gefolgt von retardiertem Morphin (z. B. Kapanol®, Sèvre-Long®, MST®, 39%) und Buprenorphin (z. B. Temgesic®, Subutex®, 8%), während Behandlungen mit Levomethadon (z. B. L-Polamidon®, 5%) oder anderen Opioiden nur einen sehr geringen Anteil ausmachen.

Während in früheren Jahren bei Wiederaufnahme der Behandlung eher retardiertes Morphin verschrieben wurde, gibt es heute kaum noch Unterschiede bei den verwendeten Substanzen, unabhängig davon, ob es sich um eine Erst- oder eine Wiederaufnahme der Behandlung handelt.

Abbildung 21: Verschriebene Substanzarten, nach Art des Behandlungseintritts (2023)

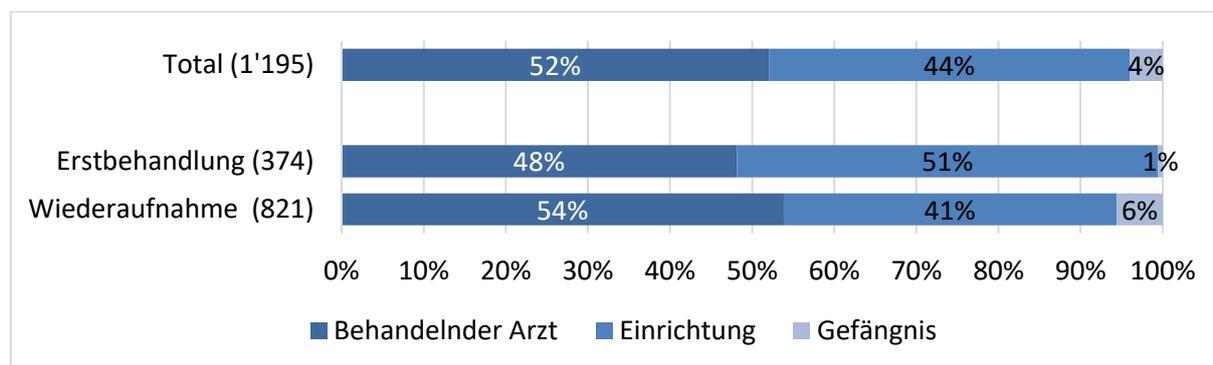


Anmerkung: Die Kategorie « Andere » umfasst Oxycodon und andere Opiode (z.B. Codein). Alle Kantone sind vertreten.

5.4 Verschreibende Ärztinnen, Ärzte und Institutionen

Etwa die Hälfte der OAT-Eintritten wird von Ärzten in Privatpraxen beaufsichtigt, die andere Hälfte von Ärzten in Einrichtungen oder Gefängnissen (Abbildung 22). Es gibt praktisch keine Unterschiede zwischen Ersteintritten und Wiedereintritten der Behandlung. Es fällt auf, dass der Anteil der Einrichtungen und Gefängnisse in der Eintrittsstatistik höher ist als bei allen OAT-Patienten (35 % bzw. 1 %; siehe Kapitel 4.5), was an die besondere Rolle der spezialisierten Einrichtungen erinnert, insbesondere bei Beginn und Ersteintritt (siehe Kapitel 5.5) eines OATs.

Abbildung 22: Ärztinnen, Ärzte und Institutionen, die OAT verschreiben, nach Aufnahmeart (2023)

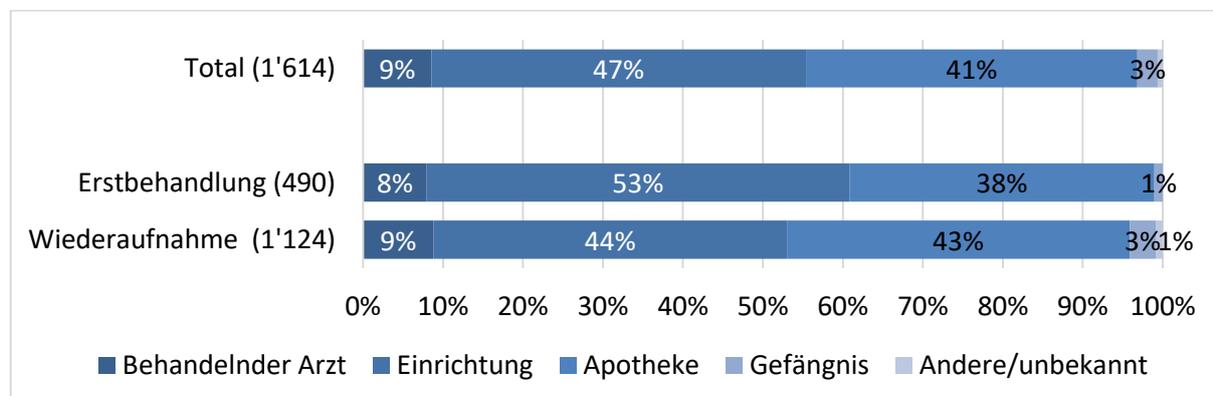


Anmerkung: Vertretene Kantone: AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS

5.5 Abgabe von Präparaten

Abbildung 23 zeigt die Verteilung der Abgabestellen der Präparaten bei den OAT-Eintritten. Im Gegensatz zur Gesamtheit der Personen in OAT (siehe Abbildung 16), von der etwa die Hälfte eine Apotheke aufsucht, geht 53% der Personen, die eine OAT beginnen, in eine Einrichtung. Es gab kaum nennenswerte Unterschiede zwischen Erstaufnahmen und Wiederaufnahmen der Behandlung.

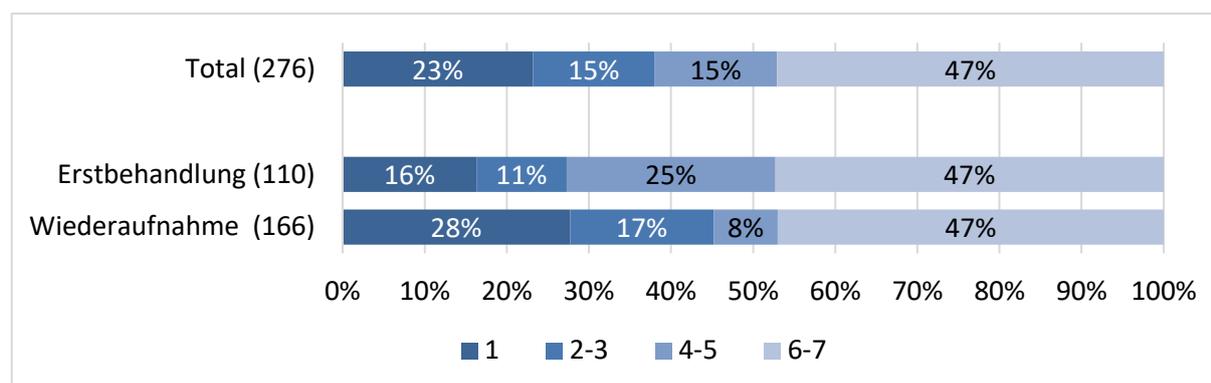
Abbildung 23: Abgabestelle des Präparats nach Art des Eintritts (2023)



Anmerkung: Alle Kantone vertreten.

Was die Häufigkeit der Abgabe von verschriebenen Präparaten betrifft (Abbildung 24), so erhalten etwa zwei Drittel der betreuten Personen ihre Substanz mindestens viermal pro Woche (die Hälfte davon täglich). Umgekehrt erhält eine von fünf Personen die OAT Medikamente wöchentlich. Diese Zahlen sind für die beiden Arten von Eintritten im Grossen und Ganzen ähnlich, wobei die Häufigkeit bei den Personen, die zum ersten Mal eine OAT beginnen, etwas höher ist.

Abbildung 24: Häufigkeit der Abgabe pro Woche, nach Art des Eintritts (2023)



Anmerkung: Vertretene Kantone: AG, AI, FR, GL, GR, NW, OW, VD, VS.

5.6 Zusatzmedikation

Tabelle 11 zeigt den Anteil der Verschreibungen von ergänzenden verschreibungspflichtigen Medikamenten bei dem OAT-Patienten. Es muss dabei berücksichtigt werden, dass Zusatzpräparate weder systematisch noch vollständig dokumentiert werden, so dass die im Folgenden dargestellten Anteile höchstwahrscheinlich unterschätzt werden. Als Vergleich, im Kanton Waadt, wo die Zahl der Patienten, die mit Benzodiazepinen mitbehandelt werden, sorgfältig dokumentiert wird, der entsprechende Anteil 54,5 % beträgt (Stadelmann et al., 2022), während er in der untenstehenden Tabelle 37,6% beträgt. Eine weitere Einschränkung betrifft die Anzahl der dokumentierten Fälle (915), welche nur etwa der Hälfte aller Eintritte entspricht. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die nachstehenden Ergebnisse die Verschreibungstendenzen hinsichtlich der Verhältnisse zwischen den Medikamentengruppen sowie zwischen den Personengruppen widerspiegeln.

Insgesamt besteht die Tendenz, bei Erstbehandlungen weniger häufig zusätzliche Medikamente zu verschreiben als bei Wiederaufnahmen. Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit werden am häufigsten verschrieben, gefolgt von Antidepressiva und Neuroleptika. Über alle Arten von Substanzen hinweg gibt es auch die Tendenz, zusätzliche Medikamente häufiger für Frauen als für Männer zu verschreiben.

Tabelle 11: Anteil der Verschreibungen von Zusatzmedikation, nach Art des Behandlungseintritts und Geschlecht (2023)

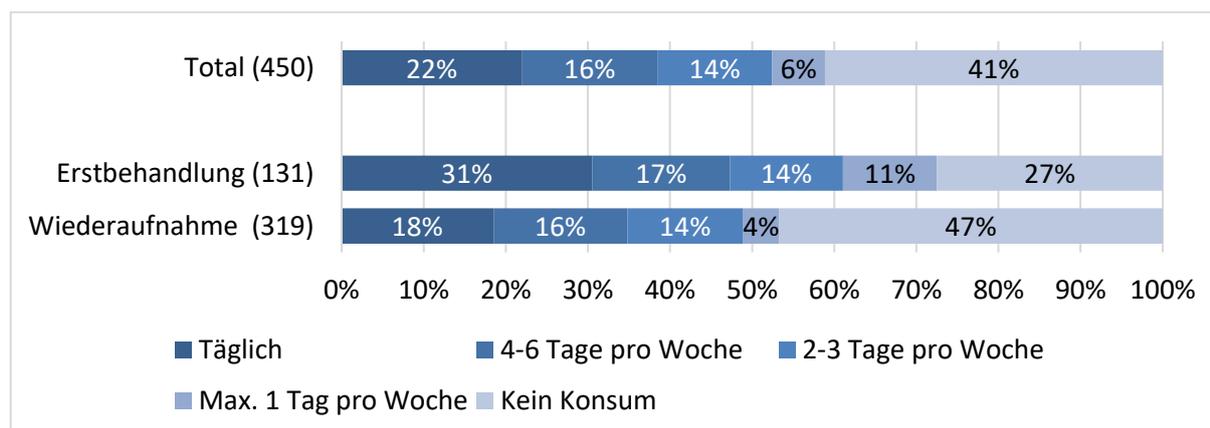
	Total			Erstbehandlung		Wiederaufnahme	
	Total	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
N	915	690	225	187	68	503	157
Keine	37.8%	39.1%	33.8%	49.2%	44.1%	35.4%	29.3%
Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit	26.1%	26.5%	24.9%	24.1%	25.0%	27.4%	24.8%
Antidepressiva	21.4%	19.3%	28.0%	17.1%	26.5%	20.1%	28.7%
Neuroleptika	19.5%	18.7%	21.8%	8.0%	20.6%	22.7%	22.3%
Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit	11.5%	11.0%	12.9%	5.3%	11.8%	13.1%	13.4%
Andere Beruhigungsmittel/ Schlafmittel/ Sedativa	9.6%	8.7%	12.4%	10.2%	11.8%	8.2%	12.7%
Psychostimulanzien (z.B. Ritalin®, Modasomil®)	6.1%	6.2%	5.8%	1.6%	4.4%	8.0%	6.4%
Antiepileptika	5.1%	5.4%	4.4%	5.3%	7.4%	5.4%	3.2%
Opioide Analgetika	2.1%	2.6%	0.4%	2.1%	0.0%	2.8%	0.6%

Anmerkungen: Eine Person kann mehrere Verschreibungen für verschiedene Medikamente haben. Die Auswahl erfolgt nur aus den Fragebögen, die mindestens eine der oben genannten Kategorien angegeben haben; Vertretene Kantone: AG, AI, AR, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

5.7 Heroinkonsum

Von den Personen, die zur erstmaligen OAT zugelassen wurden, gaben ungefähr drei Viertel an, in den letzten 30 Tagen Heroin konsumiert zu haben, davon etwas mehr als ein Drittel täglich (Abbildung 25). Hingegen gaben 47% der Personen an, die eine Behandlung wiederaufnahmen, in den letzten 30 Tagen keinen Heroinkonsum gehabt zu haben.

Abbildung 25: Häufigkeit des Heroinkonsums in den letzten 30 Tage, nach Art des Eintritts (2023)



Anmerkung: Vertretene Kantone: AI, FR, GL, GR, NW, OW, VD, VS, ZG, ZH.

Das Durchschnittsalter des Erstkonsums von Heroin (Tabelle 12) betrug bei Personen, die sich zum ersten Mal in ihrem Leben in eine OAT begeben haben, 23,6 Jahre, und 21,9 Jahre bei Personen, die in die Behandlung zurückkehren. Von letzteren hatte etwa die Hälfte vor einem Alter von 20 Jahren mit dem Konsum begonnen (siehe Perzentil 50), während dies bei etwa einem Drittel der Erstbehandlungen der Fall war.

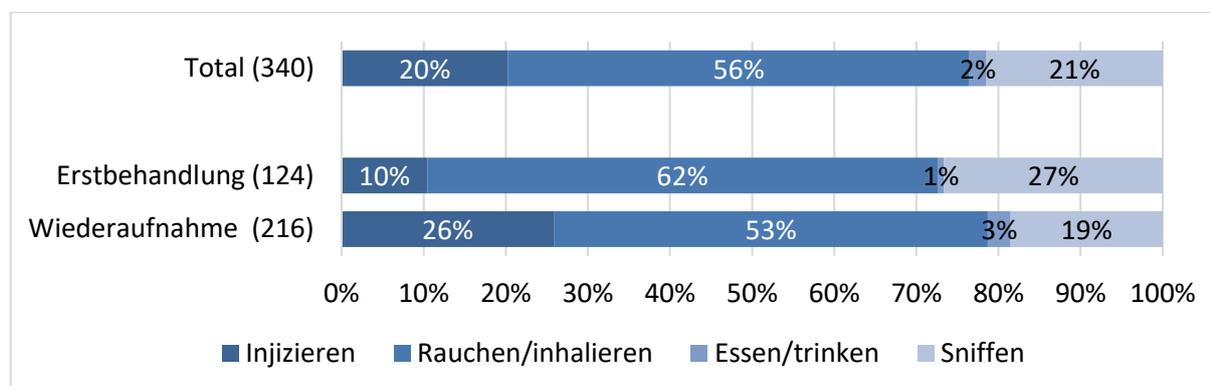
Tabelle 12: Durchschnittsalter beim Erstkonsum von Heroin, nach Art des Behandlungseintritts und Geschlecht (2023)

		N	Mittelwert	Perzentile 25	Perzentile 50	Perzentile 75
Erstbehandlung	Männer	121	23.1	18	20	28
	Frauen	42	25.1	17	22	31.25
Wiederaufnahme	Männer	337	21.8	16	20	25
	Frauen	117	22.5	17	19	27

Anmerkung: Vertretene Kantone: AI, AR, BE, BL, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH.

Unter den Konsumenten in den letzten 30 Tage gab es kaum Unterschiede in der Verabreichungsform von Heroin nach Art des Eintritts (Abbildung 26). Etwas mehr als die Hälfte der Konsumierenden bevorzugte die Inhalation, etwa ein Viertel schnupfte ihr Heroin und ein Fünftel injizierte es.

Abbildung 26: Art des Heroinkonsums in den letzten 30 Tage, nach Art des Eintritts (2023)



Anmerkung: Vertretene Kantone: AR, BE, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VD, VS.

Mehr als die Hälfte der zur Behandlung zugelassenen Personen gab an, sich mindestens einmal im Leben eine oder mehrere illegale Substanzen gespritzt zu haben (Tabelle 13). Bei denjenigen, die sich wieder in Behandlung begeben, liegt der Anteil derjenigen, die Drogen im Leben injiziert haben, höher.

Tabelle 13: Anteil der injizierenden Personen von illegalen Drogen unter den zur OAT zugelassenen Patientinnen und Patienten, nach Art des Behandlungseintritts (2023)

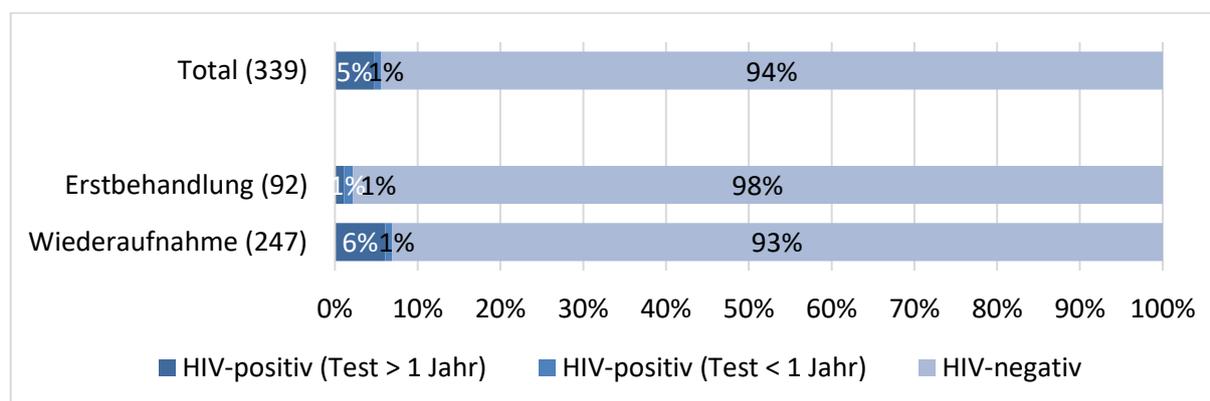
	Total		Erstbehandlung		Wiederaufnahme	
	N	%	N	%	N	%
Im Leben	789	56.8%	216	45.8%	573	60.9%
Letzte 12 Monate	558	16.3%	159	14.5%	399	17.0%
Letzte 30 Tage	554	12.8%	158	12.0%	396	13.1%

Anmerkung: Vertretene Kantone: AI, AR, BE, BL, FR, GE, GL, GR, LU, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH.

5.8 HIV und Hepatitis-C Status

Die überwiegende Mehrheit der zur Behandlung aufgenommenen Personen gibt an, ihren HIV-Status zu kennen und HIV-negativ zu sein (Abbildung 27). Die Rate der Seropositivität scheint bei den Erstbehandelten niedriger zu sein als bei denjenigen, die eine OAT-Behandlung wiederaufnehmen. Des Weiteren ist in der Gruppe, die angibt, HIV-positiv zu sein, die Rate der Personen, die im letzten Jahr von ihrem HIV-Status erfahren haben, relativ niedrig (etwa 1 von 6).

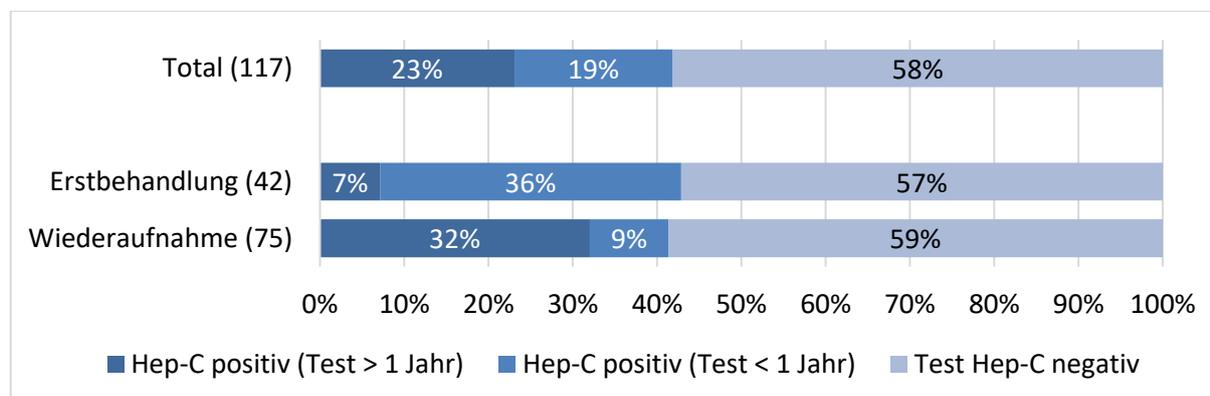
Abbildung 27: Gemeldeter HIV-Status und Datum des Tests, nach Art des Behandlungseintritts (2023)



Anmerkung: Vertretene Kantone: AR, BE, FR, GE, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

Ungefähr 60% der 2023 zur Behandlung aufgenommenen Personen, die ihren Leberstatus kannten, berichteten, kein Träger von Hepatitis C zu sein (Abbildung 28). Die Rate der Hepatitis-C-Infektion ist bei Personen, die sich zum ersten Mal in Behandlung begeben, deutlich niedriger als bei Personen, welche die Behandlung wiederaufnehmen, aber die relative Häufigkeit der Personen, die im vergangenen Jahr erfahren haben, Hepatitis-C-Träger zu sein (etwa 1 von 2), ist relativ hoch. Angesichts der niedrigen Fallzahlen und der geringen Anzahl von Kantonen, die Daten zu diesem Indikator liefern, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

Abbildung 28: Gemeldeter Hepatitisstatus (Hepatitis C) und Testzeitpunkt, nach Art des Behandlungseintritts (2023)



Anmerkung: Vertretene Kantone: FR, GL, GR, OW, VD, VS.

6. Statistik der Behandlungsabschlüsse

6.1 Abschlüsse im Laufe des Jahres

Tabelle 14 zeigt die Anzahl der im Laufe des Jahres 2023 abgeschlossenen OAT. Die Statistik der Behandlungsabschlüsse umfasst alle Behandlungen, die während des Jahres beendet und nicht innerhalb von max. 60 Tagen wieder aufgenommen wurden (siehe Definition der Behandlungsepisode in Kapitel 2.3).

Die durchschnittliche jährliche Rate der Behandlungsbeendigungen beträgt 12,1% im Verhältnis zur Gesamtanzahl der behandelten Personen. Dieser Anteil liegt sehr nahe an dem der Vorjahre (2021: 11,3%, 2022: 11,3%). Die Unterschiede zwischen den Kantonen sind auf die unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Aktualisierung der Behandlungsdaten (Dauer der Bewilligungen, Frist für die Bekanntgabe einer Änderung), auf das Vorhandensein bestimmter Einrichtungen (z.B. Gefängnisse) sowie auf die Datenerfassungssysteme (Tabelle 1) zurückzuführen.

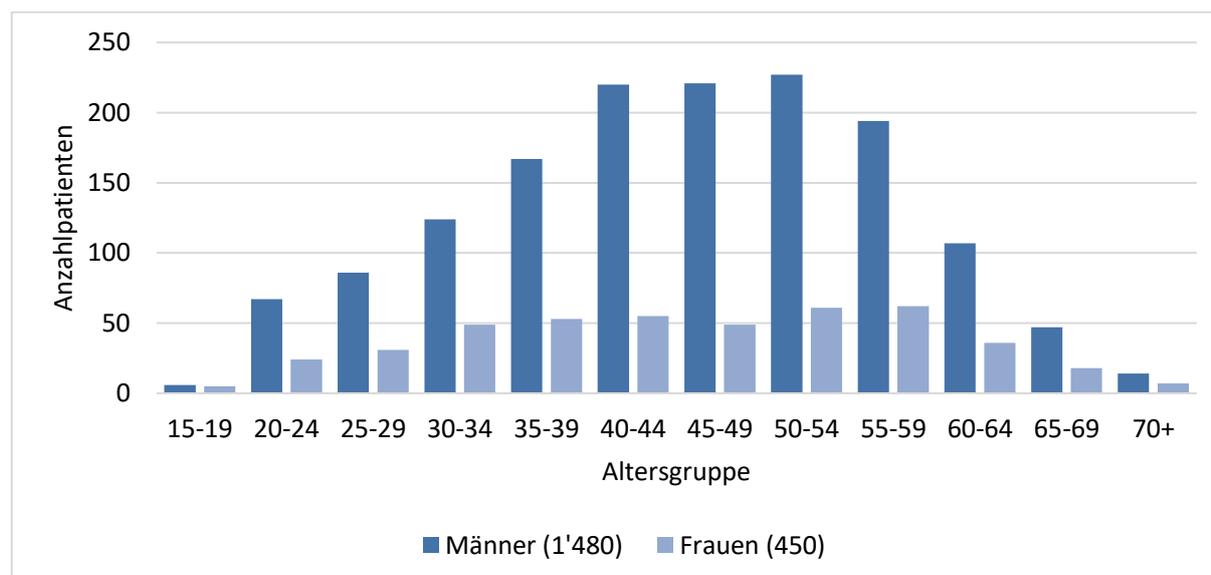
Tabelle 14: Anzahl der Abschlüsse von OAT, nach Kanton (2023)

	Behandlungs- abschlüsse	Anteil an der Jahresprävalenz
AG	105	14.9%
AI	0	0.0%
AR	26	20.0%
BE	334	13.3%
BL	33	8.3%
BS	70	7.4%
FR	72	13.6%
GE	112	9.7%
GL	4	6.6%
GR	47	18.0%
JU	7	5.8%
LU	61	7.8%
NE	58	9.3%
NW	2	6.7%
OW	6	15.0%
SG	123	14.3%
SH	14	16.1%
SO	62	10.2%
SZ	3	4.3%
TG	50	13.4%
TI	87	9.5%
UR	1	8.3%
VD	137	9.1%
VS	53	14.2%
ZG	11	17.7%
ZH	456	16.5%
Gesamtanzahl	1'934	12.1%

6.2 Demographisches Profil bei Behandlungsabschluss

Abbildung 29 zeigt die Verteilung der Patientinnen und Patienten, die die Behandlung im Jahr 2023 abgeschlossen haben, nach Geschlecht und Altersgruppe. Insgesamt ist die jährliche Zahl der Behandlungsbeendigungen nach Altersgruppen zwischen 40 und 54 Jahren bei Männern und zwischen 30 und 59 Jahren bei Frauen relativ stabil. Dieses Ergebnis legt nahe, dass es kein bestimmtes Alter für die OAT zu beenden gibt.

Abbildung 29: Verteilung der Altersgruppen, nach Geschlecht (Abschlüsse 2023)



Anmerkung: Alter am 31.12.2022; Alle vertretene Kantone.

Das Durchschnittsalter beim Behandlungsabschluss beträgt 44,9 Jahre bei Frauen und 45,6 Jahre bei Männern (Tabelle 15) und liegt damit nur geringfügig unter dem Durchschnittsalter aller Personen in Behandlung (Tabelle 7).

Tabelle 15: Durchschnittsalter bei Behandlungsabschluss und Quartile, nach Art des Behandlungseintritts und Geschlecht (Abschlüsse 2023)

	N	Durchschnitt	Perzentile 25	Perzentile 50	Perzentile 75
Männer	1480	45.6	37	46	54
Frauen	450	44.9	35	45	55

Anmerkung: Alter am 31.12.2023; Alle vertretene Kantone.

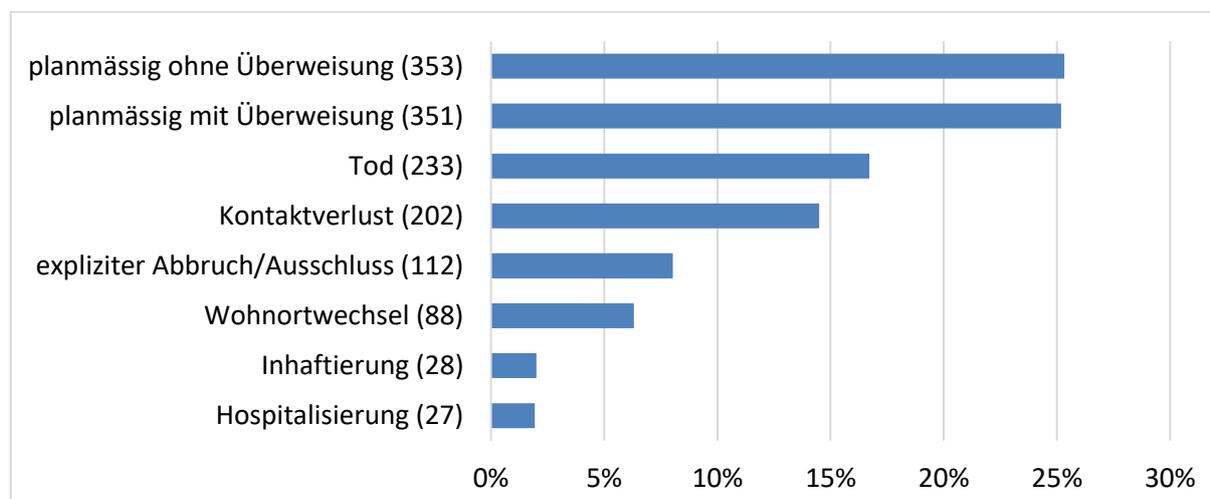
6.3 Umstände der Behandlungsbeendigung

Abbildung 30 zeigt die Umstände für die Beendigung einer Behandlung im Jahr 2023. Bei 25% der Fälle wird ein im Prinzip erfolgreicher Entzug berichtet. Bei 25% der Fälle handelt es sich um eine Überweisung an eine andere Ärztin bzw. Arzt oder an eine andere Einrichtung (z. B. Fortsetzung der Behandlung mit einer anderen Substanz wie Diacetylmorphin oder mit einer anderen Art von Behandlung).

Ansonsten sind 17% der Abschlüsse auf den Tod der behandelten Person zurückzuführen. Bezogen auf die Gesamtzahl der Behandlungsabschlüsse entspricht dies etwa 330 Todesfällen (80 Fälle mehr als im Vorjahr). Die Todesursachen sind nicht dokumentiert, aber es sollte bedacht werden, dass es sich um eine empfindliche Bevölkerungsgruppe mit einem steigenden Durchschnittsalter handelt.

Es ist zu beachten, dass darüber hinaus eine relativ grosse Zahl von Behandlungen aufgrund von Kontaktverlust (14%) oder der Nichteinhaltung von Behandlungsbedingungen (8%) abgebrochen wird. Schliesslich wird eine relativ geringe Anzahl von Behandlungen aufgrund von Veränderungen im Lebensumfeld der OAT behandelten Personen beendet (z.B. Umzug, Krankenhausaufenthalt, Haft). Hier gilt die Fortsetzung der Behandlung an anderer Stelle als wahrscheinlich, ohne dass es vom Monitoringsystem erkannt wird.

Abbildung 30: Umstände der Behandlungsbeendigung (2023)



Anmerkung: Vertretene Kantone: AG, AR, BE, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS.

7. Referenzen

- Amos, J., Gmel, G., & Labhart, F. (2024). Traitements par agonistes opioïdes (TAO) et à la diacétylmorphine (DAM) : Similitudes et différences de ces approches thérapeutiques. Lausanne: Addiction Suisse.
<https://doi.org/10.58758/eclairage.2024>
- Baschirotto, C., Lehmann, K., Kuhn, S., Reimer, J., & Verthein, U. (2020). Switching opioid-dependent patients in substitution treatment from racemic methadone, levomethadone and buprenorphine to slow-release oral morphine : Analysis of the switching process in routine care. *Journal of Pharmacological Sciences*, 144(1), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.jphs.2020.06.004>
- BetmSV. (2011). Verordnung über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen. <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20081102/index.html>
- Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL). (2024, juillet 29). Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung.
<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-101961.html>
- Conti, G., Mer, L., Kardous, G., & Pasche, O. (2017). Traitement de la dépendance aux opioïdes en médecine générale. *Revue Médicale Suisse*, 13, 1896-1900.
- Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF). (2022, mars 7). Pflichtlager wegen schwerer Mangellage bei Schmerzmitteln wird freigegeben.
<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-87339.html>
- EMCDDA. (2012). Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0 : Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries. https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0_en
- Gmel, G., & Labhart, F. (2021). Substitutionsbehandlung und heroingestützte Behandlung (HeGeBe) : Statistik 2019 und Rückblick. *SuchtMagazin*, 47(2), 46-50.
- Gmel, G., & Labhart, F. (2023). Heroingestützte/diacetylmorphingestützte Behandlung in der Schweiz – Resultate der Erhebung 2022 (Forschungsbericht Nr. 157). Lausanne: Sucht Schweiz.
<https://doi.org/10.58758/rech157>
- Krizic, I., Balsiger, N., Gmel, G., Labhart, F., Vorlet, J., & Amos, J. (2023). Act-info Jahresbericht 2022 : Suchtberatung und Suchtbehandlung in der Schweiz. Ergebnisse des Monitoringsystems. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
https://www.suchtschweiz.ch/wp-content/uploads/2023/12/BAG_act-info-2022_D.pdf

- Labhart, F., & Amos, J. (2023). Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes – Résultats 2022 (Rapport de recherche 160a). Lausanne: Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech160a>
- Labhart, F., & Maffli, E. (2021). Nationale Statistik der Substitutionsbehandlungen mit Opioid-Agonisten – Ergebnisse 2020. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Labhart, F., Monnier, E., & Maffli, E. (2022). Nationale Statistik der Substitutionsbehandlungen mit Opioid-Agonisten – Ergebnisse 2021 (Forschungsbericht n° 144b). Lausanne: Sucht Schweiz.
- Lehmann, K., Kuhn, S., Baschiroto, C., Jacobsen, B., Walcher, S., Görne, H., Backmund, M., Scherbaum, N., Reimer, J., & Verthein, U. (2021). Substitution treatment for opioid dependence with slow-release oral morphine : Retention rate, health status, and substance use after switching to morphine. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 127, 108350. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108350>
- Manghi, R., Soullignac, R., & Zullino, D. (2013). Substitution aux opiacés : Programme de la dernière chance ou pari sur la qualité de vie ? *Revue Médicale Suisse*, 9, 1669-1671.
- Nordt, C., Caflisch, C., & Herdener, M. (2015). Morphin in der Substitutionsbehandlung : Verbreitung und Auswirkung auf substitutionsgestützte Behandlungen. *Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich*, 21. <https://www.dppp.uzh.ch/dam/jcr:00000000-287c-7592-0000-000072d6e28e/MethilInfo21.pdf>
- Nordt, C., & Stohler, R. (2006). Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland : A treatment case register analysis. *The Lancet*, 367(9525), 1830-1834. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68804-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68804-1)
- Nordt, C., Vogel, M., Dürsteler, K. M., Stohler, R., & Herdener, M. (2015). A comprehensive model of treatment participation in chronic disease allowed prediction of opioid substitution treatment participation in Zurich, 1992–2012. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(11), 1346-1354. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.05.002>
- Nordt, C., Wiessing, L., Kuijpers, W., Wisselink, J., Espelt, A., Brugal, M. T., Mravčik, V., Nechanská, B., Seifritz, E., & Herdener, M. (2018). Long-Term Opioid Agonist Treatment Participation after First Treatment Entry is Similar across 4 European Regions but Lower in Non-Nationals. *European Addiction Research*, 24(4), 173-183. <https://doi.org/10.1159/000490529>
- Praxis Suchtmedizin Schweiz. (2023, mai 4). Buprenorphin : Ersteinstellung. <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/index.php/de/heroin/buprenorphin-subutex-r-suboxone-r-buprenorphin-mepha-r/ersteinstellung>
- Scholten, W., Simon, O., Maremmanni, I., Wells, C., Kelly, J. F., Hämmig, R., & Radbruch, L. (2017). Access to treatment with controlled medicines rationale

- and recommendations for neutral, precise, and respectful language. *Public Health*, 153, 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.08.021>
- Schwarz, T., Anzenberger, J., Busch, M., Gmel, G., Kraus, L., Krausz, R. M., Labhart, F., Meyer, M., Schaub, M. P., Westenberg, J. N., & Uhl, A. (2023). Opioid agonist treatment in transition : A cross-country comparison between Austria, Germany and Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, 111036. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111036>
- Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM). (2020). Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020. SSAM. https://www.ssam-sapp.ch/fileadmin/SSAM/user_upload/Empfehlungen/OAT_Masterfile_de_16.07.2020_def.pdf
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2023). Drogentote. Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM). <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/drogentote>
- Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L., Ferri, M., & Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment : Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ*, j1550. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1550>
- Stadelmann, S., Amiguet, M., & Samitca, S. (2022). Suivi épidémiologique des traitements agonistes opioïdes dans le canton de Vaud : Profil des patient·es en termes d'état de santé. Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté). <https://doi.org/10.16908/RDS-ESSENTIELS/42>
- Swissmedic. (2022). Amino AG/Dr. Heinz Welti AG: Sistierung Betriebsbewilligungen und Zulassungen. <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/mitteilungen/amino-ag-dr-heinz-welti-ag-sistierung-betriebsbewilligung.html>
- Zullino, D. (2017, mai 11). Passage de la méthadone à la buprénorphine. <https://pro.addictohug.ch/passage-de-la-methadone-a-la-buprenorphine/>

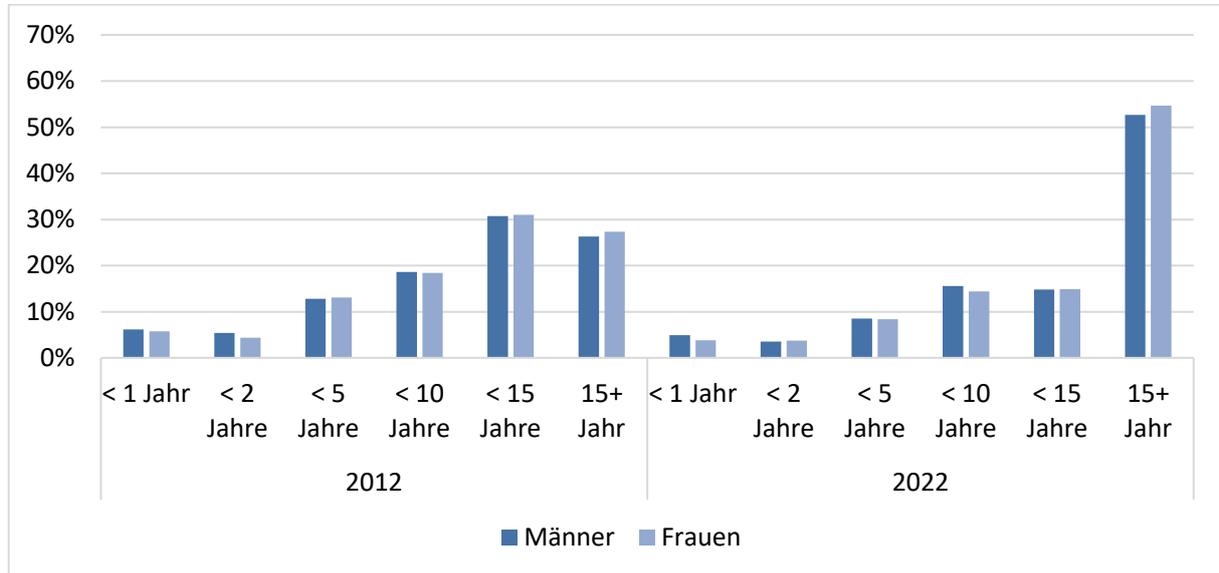
8. Anhang

Tabelle A1: Erstes Jahr des Einbezugs der kantonalen Daten in die Berechnung der Entwicklungen und Trends, nach Kanton und Art der Statistik

Kanton	Prävalenz	Eintritte	Abschlüsse
AG	2019	2020	2019
AI	2017	2016	2019
AR	2017	2018	2017
BE	2000	2000	2017
BL	2014	2016	- *
BS	2013	2012	- *
FR	2000	2000	2017
GE	2000	2000	2019
GL	2000	2000	2017
GR	2002	2004	2017
JU	2005	2006	2017
LU	2008	2010	2017
NE	2017	2019	2018
NW	2004	2003	2017
OW	2016	2018	2017
SG	2013	2016	2019
SH	2016	2017	2017
SO	2000	2000	2019
SZ	2010	2009	2018
TG	2000	2000	2017
TI	2000	2000	2017
UR	2016	2017	2017
VD	2013	2015	2017
VS	2000	2000	2018
ZG	2014	2013	- *
ZH	2012	2012	- *

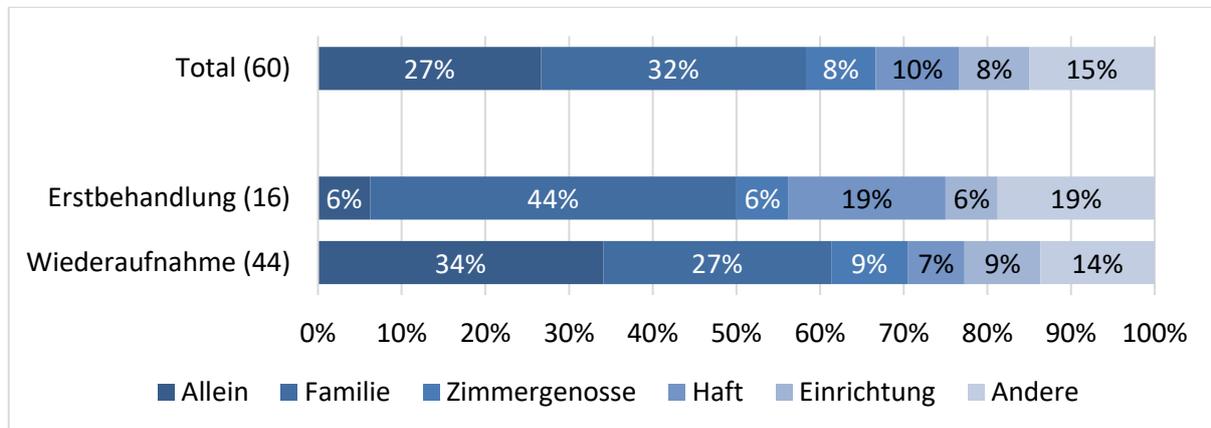
Anmerkung: Das erste Jahr der Einbeziehung wird auf der Grundlage der Anzahl der in den historischen Datenbanken der Kantone vorhandenen Behandlungen bestimmt. Die Anzahl der pro Jahr aufgelisteten Behandlungen hängt insbesondere vom aktuell verwendeten Erfassungssystem, vom vor der Migration zu *Substitution Online* verwendeten Erfassungssystem, vom Jahr der Einführung des früheren kantonsübergreifenden Erfassungssystems "Access", von der Bereitschaft, eine Verlaufsgeschichte der vergangenen Behandlungen zu führen, und von der Zusammenarbeit bei der Übermittlung der historischen Daten ab; * keine Angaben zu den Umständen des Behandlungsabschlusses.

Abbildung A1: Entwicklung der OAT-Dauer zwischen dem Jahr 2012 und 2022, nach Geschlecht



Anmerkung: Vertretene Kantone: BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SO, TG, TI, VS.

Abbildung A2: Wohnsituation in den letzten 30 Tagen (Eintritte 2022)



Anmerkung: Vertretene Kantone: BL, FR