Spital Thurgau
PSYCHIATRISCHE DIENSTE

Praxis Suchtmedizin Schweiz
Praticien Addiction Suisse
Medico e Dipendenze Svizzera

Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS

Opioidabhängigkeit und OAT (**O**pioid-**A**gonisten-**T**herapie)

«State of the Art»-Vortragsreihe by FOSUMOS
12.11.2026

Dr. med. Antje Monstein

Opioidabhängigkeit

- F11.2 (ICD-10)
- chronische Erkrankung
- ca. 25.000 Betroffene, ca. 16.000 in OAT, ca. 1.600 in HeGeBe (Heroingestützter Behandlung) (Schweiz, Stand 2022)

Begriffsklärung

- **Opioide** = alle natürlichen und synthetischen Substanzen, die am Opioidrezeptor wirken
- **Opiate** = Stoffe, die im Schlafmohn vorkommen (Morphin, Codein)
- **OAT** = **O**pioid-**A**gonisten-**T**herapie
  - früher: SGB = Substitutionsgestützte Behandlung
  - noch früher: «Methadonprogramm»

- Natürlich: Wirkstoff wird direkt aus dem Schlafmohn gewonnen → Morphin und Codein
- Halbsynthetisch: man nimmt Morphin als Ausgangsstoff und verändert seine chemische Struktur → Heroin (Diamorphin), Oxycodon oder Hydromorphon
- Synthetisch: Wirkstoff wird vollständig chemisch hergestellt, ohne dass ein natürlicher Opiumalkaloid-Ausgangsstoff verwendet wird → Fentanyl oder Methadon

Wording

- aktuell: Mehrfachsubstanzabhängigkeit oder Polysubstanzgebrauch
- früher: „politox“ oder „Politoxikomanie“

OAT

- ….was ist das…?

Indikation

- Die OAT ist **Therapie der ersten Wahl** bei Opioidabhängigkeit.

Therapieform	Behandlungserfolg Behandlungsverbleib und/oder Reduktion oder Sistierung des illegalen Opioidgebrauchs nach 52 Wochen
Entzug allein	5-20%
Abstinenzorientierte Psychosoziale Ansätze	5-30%
Agonistenbehandlung	
OAT mit Methadon	50-80%
OAT mit Slow-release Morphin	88%[1]
OAT mit Buprenorphin	40-60%
OAT mit Buprenorphin Depot	56-69%[1]
OAT mit Diacetylmorphin	67-82%[2]
Antagonistenbehandlung	
Naltrexon oral	10-30%
Naltrexon Depot	45%[3]

[1]nach 22-24 Wochen
[2] bei therapierefraktären Patient*innen
[3]russische Studie

Beck et al., 2014; Hser et al, 2013; Kreek et al. 1996, 2001, 2004, 2006; Krupitsky et al., 2013; Mattick et al., 2014; SAMHSA 2005; Vogel et al., 2016

OAT

- ….was ist das…?
- ….warum macht man das…?

Wirkung der OAT

- Reduktion der Mortalität
- Verbesserung der Lebensqualität
- Längeres Verbleiben in der Behandlung (Retention, Haltequote) verglichen mit anderen (abstinenzorientierten, nicht pharmakologisch gestützten) Therapieverfahren; hierbei zeigen die verfügbaren Substanzen vergleichbare Effekte
- Reduktion von illegalem Opioid- und Kokainkonsum
- Reduktion der Morbidität (z.B. Reduktion der HIV-Inzidenz, Therapie von HCV-Infektionen), vor allem durch die Reduktion des illegalen Opioid- und Kokainkonsums und der damit verbundenen Risiken sowie aufgrund der zusätzlichen Behandlungsoptionen zur OAT
- Senkung der Kriminalitätsrate
- Senkung der volkswirtschaftlichen Kosten um ein Mehrfaches der Behandlungskosten (Strafverfolgung/-vollzug, Gesundheitskosten, Sozialkosten)
- Vorteil auf den Verlauf einer Schwangerschaft und die fetale Entwicklung

Ziele der OAT

- **instabile dekompensierte Abhängigkeit → stabile kompensierte Abhängigkeit**
- nicht kurativ, jedoch kann die Behandlung von Begleiterkrankungen kurativ sein

OAT

- ….was ist das…?
- ….warum macht man das…?
- ….wie geht das…?

Rahmenbedingungen

- kantonal bewilligungspflichtig
- psychotrope Stoffe (z.B. Benzodiazepine, Stimulanzien) sind den BM gleichgestellt und bedürfen – wenn sie zur Suchtbehandlung eingesetzt werden – auch einer Bewilligung
- Verschreibung über BM-Rezept, resp. über Bewilligung
- www.oat-online.ch



Untersuchungen zu Beginn

- Substanzanamnese (und allenfalls Motivations- und Zielklärung betreffend weiterer psychotroper Substanzen)
- somatische und psychiatrische Anamnese inkl. Familienanamnese, Biographische Anamnese
- Urinprobe auf Opioide (Objektivierung der Opioidabhängigkeit)
- somatische Grunduntersuchung: Basislabor inkl. Virologie, EKG, körperliche Untersuchung (Einstichstellen?), ggfs. Spirometrie

verfügbare Präparate

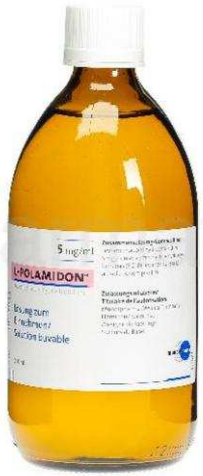
Es stehen heute in der Schweiz mehrere Medikamente für die OAT zur Verfügung:

• Methadon	seit 1976
• Diacetylmorphin	seit 1994
• Buprenorphin	seit 2000
• Retard. Morphin (SROM)	seit 2013
• Levomethadon	seit 2015
• Buprenorphin/Naloxon	2017 - 2024
• Buprenorphin Depot	seit 2025

Präparate für die OAT



















Methadon



- Vollagonist an μ-Opioid-Rezeptoren, Racemat
- Wirkungspeak nach ca. 3h, HWZ ca. 24h (**Akkumulation** bei täglicher Einnahme mit Steady-state nach ca. 5 Tagen)
- Verstoffwechslung über die Leber (Cave: **Rapid metabolizer**)
- Methadon stellt in den meisten Ländern in der OAT auch heute noch den Goldstandard dar, da effektiv und bewährt
- Methadon ist mit Abstand am besten erforscht und kostengünstig
- Nebenwirkungen: Atemdepression, verlangsamte Magen-Darm-Passage, Obstipation, chronische Übelkeit, Schwitzen, **QTc-Zeit-Verlängerung**
- Langzeitgebrauch: endokrin bedingte Störungen (z.B. Gynäkomastie, Amenorrhoe, Impotenz, Osteoporose, Anhedonie, Dysphorie; auch kognitive und psychomotorische Einschränkungen werden beschrieben; Hyperalgesie



Methadoneindosierung

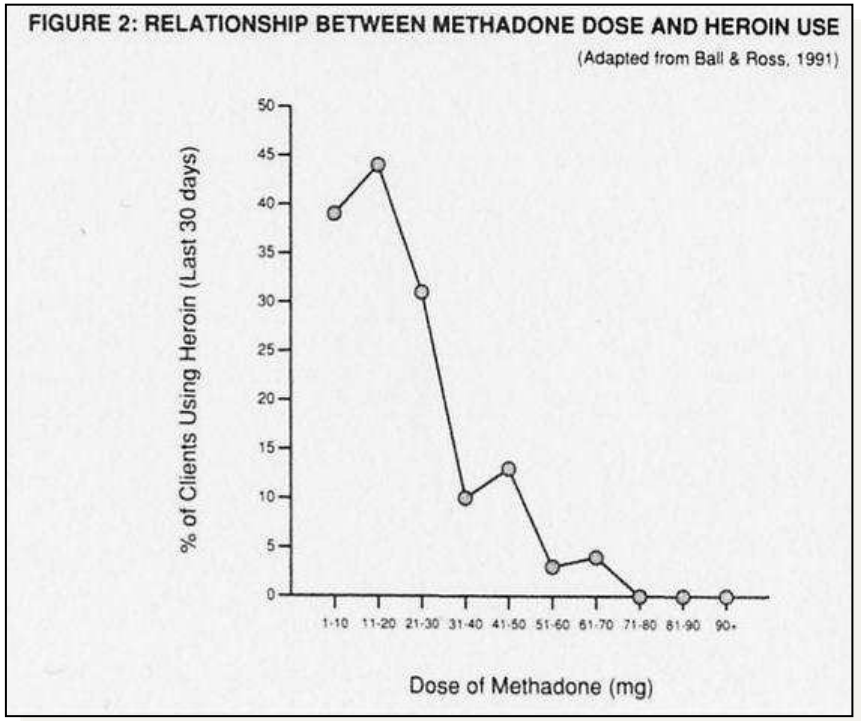
- Dosis ^{max} in den ersten 24h: 50 mg
  - 20-30 mg Startdosis
  - plus 10 mg nach 4h
  - plus 10 mg nach 4h
- Dosissteigerung um max. 10 mg tgl. in den Folgetagen

- → siehe auch **nächste Folie**

Methadoneindosierung im Detail

- Wenn die Abklärungen, die Sie zu Beginn getätigt haben (inkl. positiver UP!), die Notwendigkeit einer Installation einer OAT mit Methadon ergeben, gehen Sie folgendermassen vor:
- Erstdosis von 20 – 30 mg Methadon. Wenn keine Intoxikationserscheinungen (Sedation!) auftreten kann das Methadon langsam gesteigert werden. So kann nach 4 h eine zweite Dosis von maximal 10 mg und nach weiteren 4h erneut 10 mg abgegeben werden. Die Maximaldosis am ersten Tag beträgt 50 mg. Nun kann tgl. um 10 mg aufdosiert werden bis keine Entzugssymptome mehr vorhanden sind und der/die Pat. klinisches Wohlbefinden und keinen Suchtdruck mehr angibt.
- Mit dieser vorsichtigen Einleitung einer Methadonbehandlung darf nicht erwartet werden, dass Patient:innen ab der ersten Dosis vollständig auf den Konsum von Strassenheroin verzichten werden, da sie anfänglich und vor allem bis zum Erreichen des Steady-state tendenziell aus Sicherheitsgründen unterdosiert sind. Der weiter bestehende Restkonsum kann dann klinisch für die adäquate Dosisfindung beigezogen werden. Ziel ist es, dass die Patient:innen den Strassenheroinkonsum vollständig aufgeben, was in der Regel bei einer adäquaten Dosis möglich ist.
- Aufgrund der Akkumulation mit dem Erreichen des Steady-state erst nach ca. 5 Tagen ist ein Abweichen von dieser Empfehlung kritisch. Gerade wenn zu rasch aufdosiert wird in den ersten Tagen, kann dies eine Atemdepression nach ca. 2-3 Tagen zur Folge haben, die zu „klassischen“ iatrogenen Todesfällen führen kann und zwingend zu vermeiden ist. Auch bei Aufdosierung nach Standard muss aufgrund des häufig stattfindenden Beikonsums anderer sedierender, atemdepressiver Substanzen der Pat./die Pat. hochfrequent gesehen werden.
- Eine adäquate Dosierung ist für den Therapieerfolg entscheidend. In der Regel benötigen Sie mind. 60 mg Methadon Tagesdosis. Aufgrund der hohen interindividuellen Variabilität bei der Wirksamkeit kann keine allgemeingültige Zieldosis angegeben werden. Gerade Pat. mit ultra-rapid-metabolizing-Status können deutlich höhere Dosen benötigen.
- Die meisten Patient:innen kommen mit dem Wunsch, möglichst geringe Dosen einzunehmen, meist aufgrund von Nebenwirkungen oder dem mittelfristigen Wunsch, gänzlich substanzfrei zu leben. Hier ist die ärztliche Aufklärung über die Abnahme der Toleranz essenziell.

Eine adäquate Dosierung ist für den Therapieerfolg entscheidend



Levomethadon

- Levomethadon wirkt klinisch gleich wie Methadon, zeigt aber ein günstigeres Nebenwirkungsprofil
- Unter Levomethadon wird die Hälfte des bisher verschriebenen Methadons benötigt; Umrechnungsfaktor 2:1
- Eindosierung wie Methadon mit halb so hoher Dosierung
- Nach erfolgter Umstellung kann eine Fein-Justierung der Dosis notwendig werden.
- **KK-Limitatio in der Schweiz**: Zugelassen beim Vorliegen eines erhöhten Risikos für durch QTc-Verlängerung induzierte Herzrhythmusstörungen oder aufgrund der Substanzbelastung bei Hochdosierung von Methadon-Razemat (> 100 mg pro Tag) oder starken Nebenwirkungen unter Methadon-Razemat.
- Leider steht in der Schweiz bis dato nur eine Trinklösung zur Verfügung, keine Tbl.; in D sind Tabletten in 5 mg, 20 mg und 30 mg erhältlich



slow-release oral morphin (SROM)

- vollständiger MOR-Agonist („Vollagonist“)
- Metabolisierung in der Leber in inaktives Morphin-3-Glukuronid und das aktive Morphin-6-Glukuronid (Ausscheidung innert 24h über Urin)
- kurze HWZ von ca. 2-4h (→ geringe Gefahr der Akkumulation)
- kaum Arzneimittelinteraktionen, da Abbau über hepatische Glukuronidierung
- gute Alternative zum Methadon mit ggfs. etwas günstigerem NW-Profil und aufgrund geringerer Akkumulationsgefahr etwas sicherere Eindosierung
- Ein- und Umstellung auf SROM ist unkompliziert (eine Ausnahme können Rapid Metabolizer mit extrem hohen Methadondosen darstellen)





Ersteinstellung oder Umstellung auf SROM

Ersteinstellung

- Tagesdosis ^{max} in den ersten 24h: 400 mg
  - Startdosis von 200 mg, nach 6h erneut 200 mg möglich
- tgl. Steigerung um 100-120 mg bis subjektives Wohlbefinden und kein Suchtdruck mehr
- durchschnittliche Tagesdosis ca. 600 – 800 mg/Tag, Abweichungen nach unten oder oben sind möglich

Umstellung

- Umrechnung von Methadon auf SROM im **Verhältnis 1:6 - 1:8**
- Nach erfolgter Umstellung ist oftmals eine **Feinjustierung der Dosis** notwendig.
- Sevre-Long: 30, 60, 120 und 200 mg
- Kapanol (10/21: Zulassung für Indikation OAT): 10, 20, 50,100 und 200 mg

Buprenorphin (BUP)

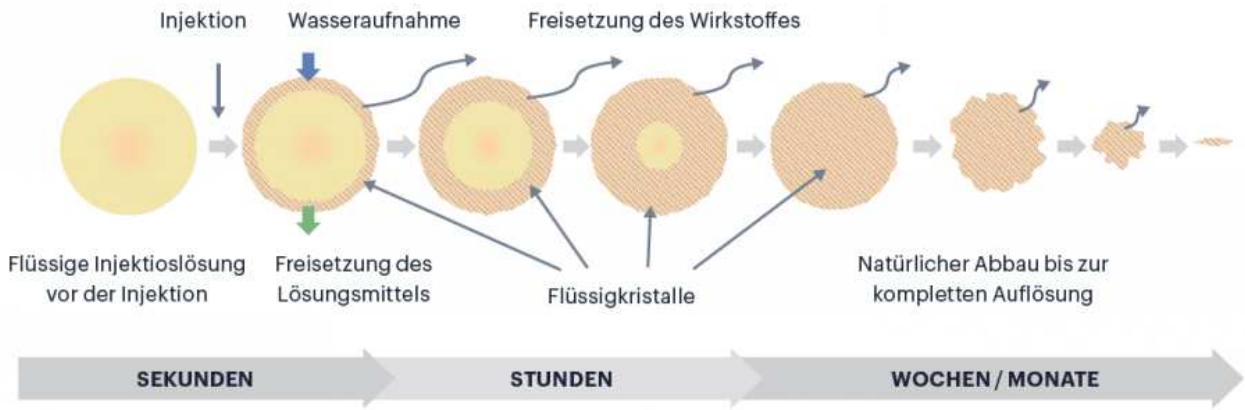


- partieller Agonist am μ-Opioid-Rezeptor (MOR), Antagonist am κ-Opioid-Rezeptor
- bezüglich Sicherheit und Nebenwirkungsprofil ist BUP den anderen Opioidagonisten überlegen
- **hoher first-pass-Metabolismus**: nur sublingual wirksam
- lange Rezeptorbindungs-HWZ, prinzipiell ist auch ein Gabe alle 2 oder 3 Tage möglich (dann Dosis verdoppeln)
- höchste Rezeptorbindungsaffinität aller Opioide, verdrängt daher alle anderen Opioide vom MOR (und kann damit Entzugssymptome auslösen: Achtung Turboentzug!!), zusätzlich eingenommene Opioide sind „wirkungslos“
- **ceiling-effect**: keine Atemdepression bei hohen Dosen, schnelle Induktion ist vertretbar
- günstiges NW-Profil bezügl. psychomotorischen, kognitiven, affektiven und sexuellen Einschränkungen
- günstiges Profil in Bezug auf Arzneimittelinteraktionen
- **natürlicher Tagesgang, spürbare Affektivität, geringe Sedation** (Achtung: kein „Mantel-Effekt“!!)
- Patient*innen müssen prinzipiell gut und wenn immer möglich mehrfach über die Eigenheiten des Buprenorphins informiert werden

Buprenorphin Depot: seit 01.01.2025 in der Schweiz zugelassen

FluidCrystal® Technologie – ein Depot zur subkutanen Injektion[1,2]

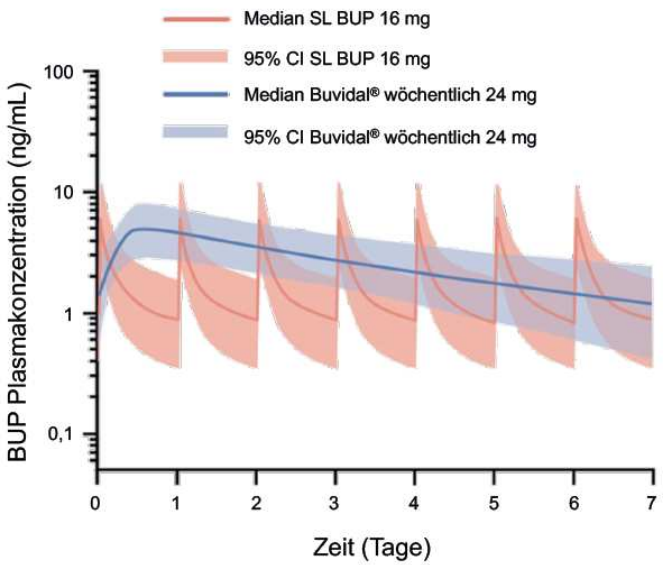
- ✓ Schneller Wirkeintritt und lang anhaltende Freisetzung des Wirkstoffs
- ✓ Die Struktur aus natürlichen und endogenen Lipiden wird biologisch abgebaut
- ✓ Die Wirkstofffreisetzung wird durch Lipidverhältnis und Gel-Nanostruktur bestimmt



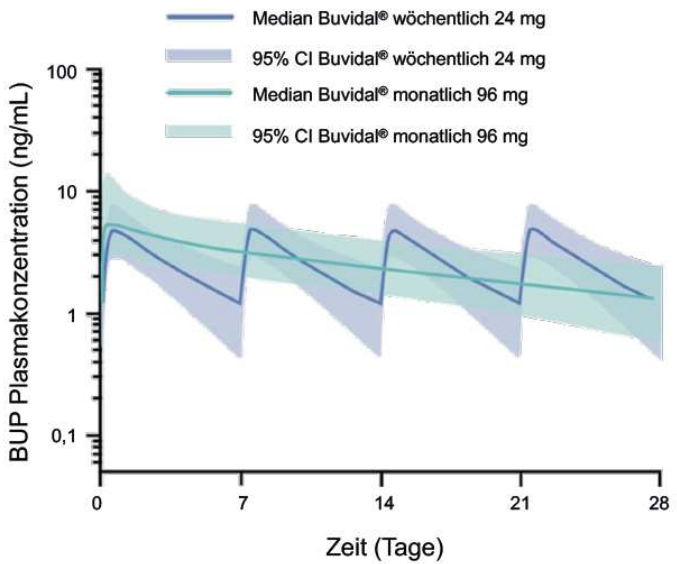
Buvidal® ermöglicht eine lang anhaltende Freisetzung von Buprenorphin[5,6]

Illustration der pharmakokinetischen Populationsprofile für Buvidal® und sublingualem Buprenorphin

Wöchentlich Buvidal® – Täglich SL BUP



Monatlich Buvidal® – Wöchentlich Buvidal®



Das Populations-PK-Modell basiert auf den Daten von 4 klinischen Studien (n=236). Die diagnostische Testung zeigte vorhersehbare BUP-Plasmaspiegel und eine gute Übereinstimmung zwischen beobachteten und erwarteten Perzentilen. Steady state Daten.

BUP, Buprenorphin; CI, Konfidenzintervall; PK, Pharmacokinetik; SL, sublingual.

Produktübersicht Buvidal

- Wechsel von täglicher Einnahme hin zu wöchentlicher oder monatlicher Injektion
- Es gibt 4 wöchentliche Dosierungen: 8, 16, 24 oder 32 mg
- Es gibt 3 monatliche Dosierungen: 64, 96 oder 128 mg

tgl. Dosis sublinguales BUP	Wöchentliches Depot BUP	Monatliches Depot BUP
2-6 mg	8 mg	-
8-10 mg	16 mg	64 mg
12-16 mg	24 mg	96 mg
18-24 mg	32 mg	128 mg

Ein-/Umstellung auf Buprenorphin oral

- Eindosierung (Cave: nur sublingual wirksam!):
  - **Umstellung von «Strassenheroin»:** mind 4h nach letztem Opiatgebrauch und bei Auftreten erster Entzugserscheinungen
  - **Umstellung von Methadon (< 30-40 mg):** mind. 24h nach letzter Methadondosis und nach Auftreten erster Entzugssymptome
  - **Umstellung von Methadon (> 30-40 mg):** mind. 36 h nach letzter Methadondosis und nach Auftreten erster Entzugssymptome
  - → dann jeweils Initialdosis 2 mg, nach 30-60 min. bei guter Verträglichkeit zweite Dosis von 4-8 mg, nach ca. 2-4h erneute Gabe von 4-8mg, bis zu 34 mg am ersten Tag, am Folgetag mit einer tieferen Dosis beginnen und sich während der folgenden Tage an die notwendige Dosis titrieren
- Umstellung von Buprenorphin auf Methadon: 24 h nach letzter Buprenorphingabe kann Methadon verabreicht werden (nicht mehr als 30 mg/d initial)
- optimale Erhaltungsdosis **individuell,** meist zw. 8 – 24 mg / Tag
- Alternative: Berner Methode (überlappende Eindosierung)

Einstellung auf Buprenorphin Depot

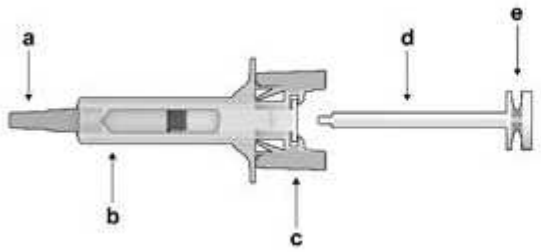
Therapieeinleitung bei Patient:innen, die noch kein Buprenorphin erhalten

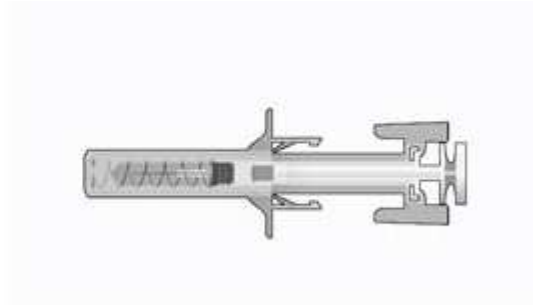
- ggfs. Vollagonisten (Methadon, SROM, Heroin usw.) absetzen und einige Stunden warten, bis Entzugssymptome auftreten
- 4 mg Buprenorphin sublingual verabreichen und eine Stunde lang beobachten, um die Verträglichkeit von Buprenorphin zu bestätigen
- **Einstellung auf wöchentliches Depot**: Die empfohlene Startdosis von Buvidal ist individuell und kann um eine oder zwei zusätzliche 8 mg Dosen im Abstand von mindestens 1 Tag ergänzt werden, um eine Zieldosis von 24 mg oder 32 mg während der ersten Behandlungswoche zu erreichen.
- Die empfohlene Dosis für die zweite Behandlungswoche ist die Gesamtdosis, die während der Woche der Behandlungseinleitung angewendet wurde.
- **Einstellung auf monatliches Depot**: Die Behandlung mit monatlichem Buvidal kann nach Einleitung der Behandlung mit wöchentlichem Buvidal oder direkt nach der oralen Testdosis erfolgen (ebenfalls individuelle Dosisfindung).

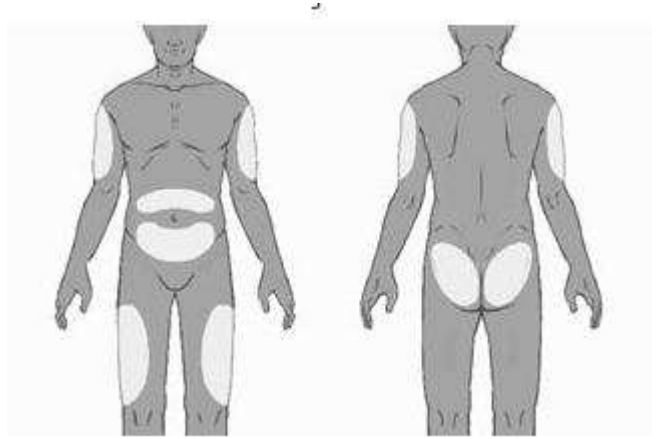
Einstellung auf Buprenorphin Depot

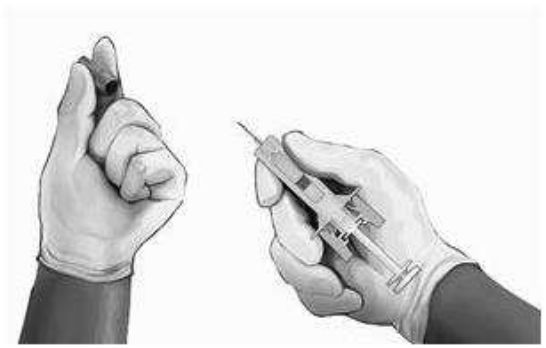
Therapieeinleitung bei Patient:innen, die bereits orales Buprenorphin erhalten

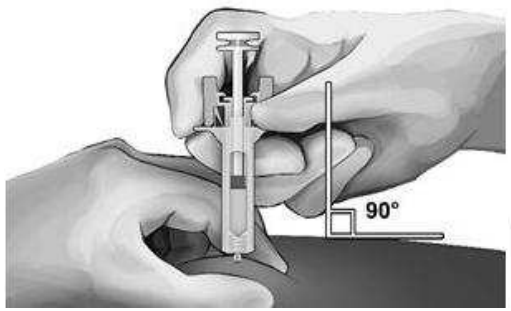
- An Tag 0 das letzte Mal sublinguales BUP einnehmen
- An Tag 1 je nach Dosis die erste wöchentliche oder monatliche Depotinjektion


a
b
c
d
e








90°



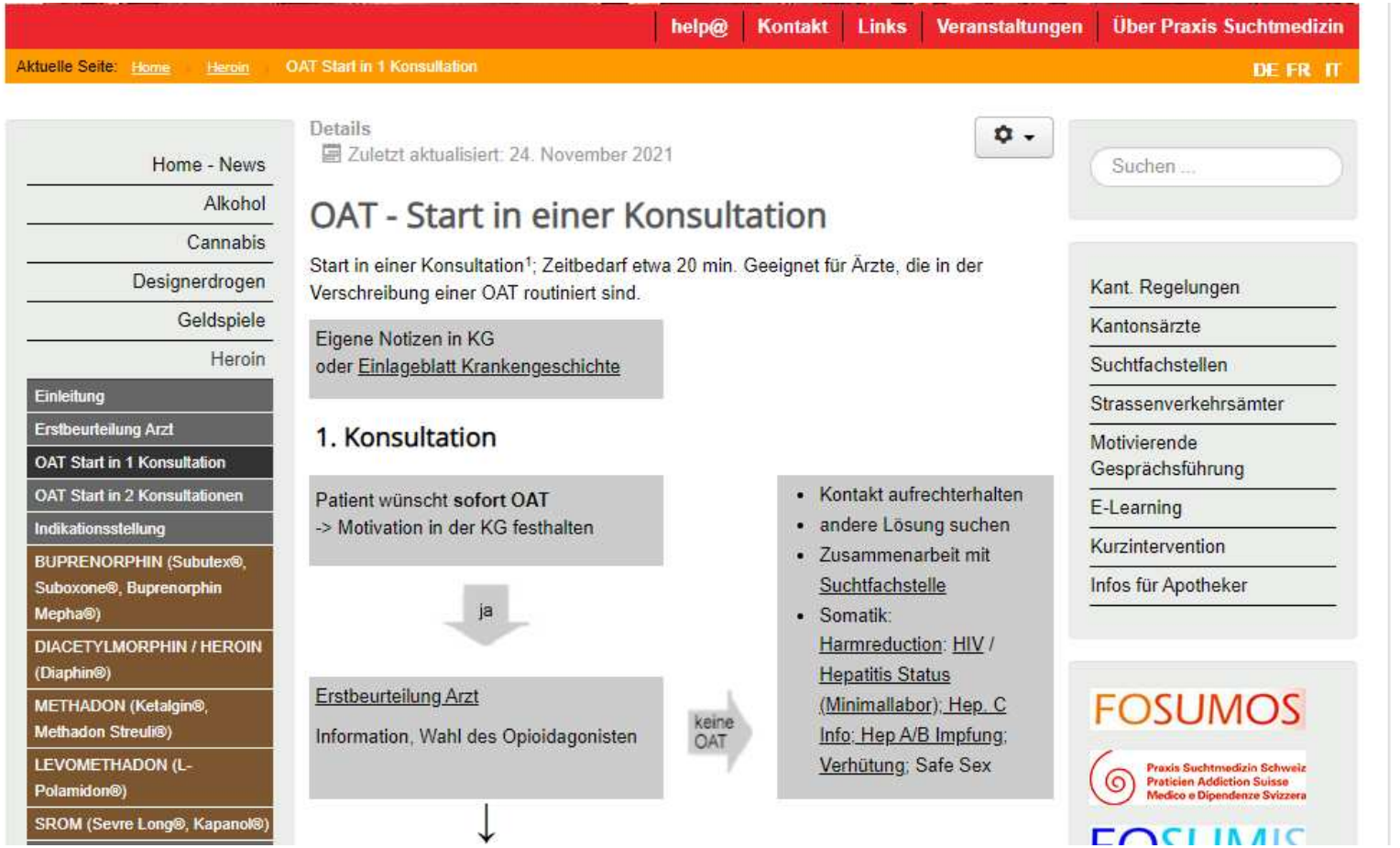




Differentielle Indikation

- Wahl des Präparates ist gemeinschaftlicher Prozess
- Entscheidung über die OAT und welches Präparat gewählt wird liegt beim Patienten/bei der Patientin
- Pat. müssen daher gut über Wirkung und Nebenwirkung aufgeklärt werden.
- Diversifikation hinsichtlich
  - Wirkung / Wirksamkeit
  - Nebenwirkungen
  - Behandlungsfaktoren

https://www.praxis-suchtmedizin.ch/



Differentielle Indikation der zugelassenen Substanzen in der Opioid-Agonisten-Therapie

	Methadon-Racemat	Levomethadon	Morphin 24h retardiert	Buprenorphin	Suboxone	Diacetylmorphin
Wirkung						
Wirkung auf Konsum von Strassenheroin	– Bei adäquater Dosierung ausreichend[1–3]	– Bei adäquater Dosierung ausreichend[1]	– Bei adäquater Dosierung ausreichend[1,4]	– Bei adäquater Dosierung (>16mg) ausreichend[5] – falls volle agonistische μ-Rezeptor Wirkung benötigt wird, möglicherweise ungenügend[5]	– Bei adäquater Dosierung ausreichend[1] – falls volle agonistische μ-Rezeptor Wirkung benötigt wird, möglicherweise ungenügend[5]	– Bei adäquater Dosierung ausreichend[6] – möglicherweise den anderen Substanzen überlegen
Retention	– Bei adäquater Dosierung ausreichend[1–3]	– Bei adäquater Dosierung ausreichend[1]	– Bei adäquater Dosierung ausreichend[1,4]	– Bei adäquater Dosierung (>16mg) ausreichend[5] – möglicherweise etwas geringer in der Eindosierungsphase[5]	– Bei adäquater Dosierung (>16mg) ausreichend[5] – möglicherweise etwas geringer in der Eindosierungsphase[5]	– Bei adäquater Dosierung ausreichend[6] – möglicherweise den anderen Substanzen überlegen
Therapieresistente Patienten	– Keine Vorteile beschrieben	– Keine Vorteile beschrieben	– Keine Vorteile beschrieben	– Keine Vorteile beschrieben	– Keine Vorteile beschrieben	– Effektiv bei Patienten mit anhaltendem Beikonsum unter Behandlung mit anderen Substanzen oder abgebrochenen Therapien[6]
Antidepressive / Anxiolytische Wirkung	– Möglicherweise Nachteile gegenüber Morphin, Diacetylmorphin und Buprenorphin – möglicherweise Vorteile gegen Levomethadon, Mechanismus unklar[7–10]	– Möglicherweise nachteilig, assoziiert mit geringeren BDNF-Spiegeln[7,11]	– evtl. Vorteile gegenüber Methadon, Mechanismus unklar[8,9,12]	– evtl. Vorteile gegenüber Methadon[10], Mechanismus unklar, Kappa-Rezeptor-Antagonismus diskutiert[13]	– evtl. Vorteile gegenüber Methadon[10], Mechanismus unklar, Kappa-Rezeptor-Antagonismus diskutiert[13]	– Vermutlich Vorteile gegenüber Methadon und Levomethadon[11]
Behandlung						
Galenik	– p.o. (Trinklösung / Tabletten)[3]	– p.o. (in der CH nur Trinklösung)[1,4]	– Kapseln[4]	– Sublingualtabletten[5]	– Sublingualtabletten[7]	– Ampullen, Tabletten IR/SR[6]
Einnahmefrequenz	– Mind. einmal täglich	– Mind. einmal täglich	– Mind. einmal täglich	– Einmal täglich bis alle drei Tage	– Einmal täglich bis alle drei Tage	– Bei Monotherapie mind. zwei- bis dreimal täglich
Preis	– Sehr günstig (Tagestherapiekosten bei 100 mg/d Tbl. 6 CHF, bei flüssiger Form ca. 2 CHF)	– Sehr günstig (Tagestherapiekosten bei 50 mg/d ca. 2 CHF)	– Teuer (Tagestherapiekosten bei 1000 mg/d ca. 14 CHF)	– Teuer (Tagestherapiekosten bei 24 mg/d ca. 13 CHF	– Teuer (Tagestherapiekosten bei 24/6 mg/d ca. 13 CHF	– Teuer (Tagestherapiekosten bei IR Tbl. 800 mg/d ca. 12 CHF), insb. auch Setting
Eindosierung	– Problemlos: dauert ca. 1 Woche[1,4] – CAVE: Kumulationsgefahr => **"start low – go slow"**: interindividuelle Pharmakokinetik und –dynamik[1,4]	– Problemlos: dauert ca. 1 Woche[1,4] – CAVE: Kumulationsgefahr => **"start low – go slow"**: interindividuelle Pharmakokinetik und –dynamik[1,4]	– Problemlos: dauert ca. 1 Woche[4]	– Komplex: nach 3-4 Tagen abgeschlossen – Umstellung von anderem Vollagonisten dauert länger und beinhaltet dessen Abdosierung – Berner Methode evtl. Vorteilen[14,15]	– Komplex: nach 3-4 Tagen abgeschlossen – Umstellung von anderem Vollagonisten dauert länger und beinhaltet dessen Abdosierung	– Komplex – spezialisierten Zentren vorbehalten

[Strasser, Hämmig, Beck und Vogel 2018]

Günstig | Neutral, evtl. erhöhte Aufmerksamkeit notwendig | CAVE: Nachteilig, evtl. Umstellung auf anderen Opioidagonisten indiziert

https://www.ssam-sapp.ch/fachleute/empfehlungen/opioidagonistentherapie-oat

•S•S•A•M•

Swiss Society of Addiction Medicine Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin Société Suisse de Médecine de l'Addiction Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze

Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom 2020

Erstellt durch Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin, SSAM

Verfalldatum: Januar 2025

Take home messages

- Die OAT ist die **Therapie der Wahl** bei Opioidabhängigkeit.
- Die OAT ist ein nicht-kurativer Behandlungsansatz zur **Schadensminderung**.
- Es stehen mehrere Präparate zur Auswahl. Zur Entscheidungsfindung sollten die Vor- und Nachteile der einzelnen Präparate mit den Betroffenen besprochen werden.
- Die Behandlung ist kantonal bewilligungspflichtig: www.oat-online.ch
- Keine Angst vor der OAT, sie ist eine der wirksamsten Behandlungen, die wir kennen und ermöglicht den Betroffenen oft eine hohe Lebensqualität.

Dank an die Sponsoren

camurus®

ipomed
SERVICES TO HEALTH