

# Buprenorphin – erste Erfahrungen in der qualifizierten Entzugsbehandlung

M. Backmund  
W. Bernhard  
K. Meyer

## *Buprenorphine and the So-Called Qualified Detoxification Treatment – First Experiences*

### Zusammenfassung

Anfang der 90er-Jahre wurde die qualifizierte Entzugsbehandlung entwickelt. Neben dem therapeutischen Setting und dem niedrigschwiligen Zugang wurde die medikamentengestützte Behandlung mit D,L-Methadon oder Levomethadon (für beide: Methadon) zu einem wesentlichen Kriterium. Seit Februar 2000 steht mit Buprenorphin ein weiteres Substitutionsmittel zur Verfügung. In der Arbeit sollen die ersten Erfahrungen aufgezeigt werden, die mit Buprenorphin anstelle von Methadon in einem seit 10 Jahren erprobten, strukturierten qualifizierten Entzugsablauf gemacht worden sind. Von 2001 an wurde allen Patienten, die freiwillig zur qualifizierten Entzugsbehandlung stationär aufgenommen worden sind, alternativ zur etablierten, standardisierten Methadonbehandlung Buprenorphin als entzugslinderndes Medikament angeboten. Im Untersuchungszeitraum Januar 2001 bis Ende Mai 2002 wurden 361 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. 30 Patienten entschieden sich für Buprenorphin. Neun Patienten wurden im Sinne der qualifizierten Entzugsbehandlung regulär entlassen, weitere 10 beendeten den körperlichen Entzug erfolgreich. Buprenorphin kann erfolgreich in der Entzugsbehandlung eingesetzt werden. Es scheinen im Vergleich zu den Heroinkonsumenten Methadonkonsumenten besser von Buprenorphin zu profitieren. Randomisierte, prospektive Studien, die Buprenorphin, Methadon und Heroin in der Entzugsbehandlung vergleichen, wären wünschenswert.

### Schlüsselwörter

Buprenorphin · Methadon · stationäre Entzugsbehandlung · Opioidabhängigkeit

### Abstract

In the beginning of the 90ies the qualified detoxification treatment was developed. In addition to the therapeutical setting and a low threshold access the medication with D,L-methadone or levomethadone (for both: methadone) became an important criterion. Since February 2000, buprenorphine is available as substitution drug. In this article the first experiences will be shown that were made with buprenorphine given instead of methadone in a structured qualified detoxification scheme which has now been used for ten years. Since 2001, all patients admitted for a voluntary qualified in-patient detoxification treatment were offered buprenorphine as an alternative to the established standardised treatment with methadone for the relieve of detoxification symptoms. During the study period from January 2001 until end of May 2002, 361 in-patients were treated. 30 patients decided to take buprenorphine. 9 patients were discharged regularly according to the qualified detoxification treatment, 10 others finished successfully the physical detoxification. Buprenorphine can be used successfully for detoxification treatment. In comparison to heroin users methadone users seem to benefit more from buprenorphine. Randomised, prospective studies comparing buprenorphine, methadone and heroin in the detoxification treatment are desirable.

### Key words

Buprenorphine · Methadone · in-patient detoxification treatment · opioid addiction

### Institutsangaben

Krankenhaus München-Schwabing, Klinik Innere Medizin 3, Bereich Suchtmedizin

### Korrespondenzadresse

Dr. Markus Backmund · Krankenhaus München-Schwabing, Klinik für Innere Medizin 3, Bereich Suchtmedizin · Kölner Platz 1 · 80804 München · E-mail: Markus.Backmund@web.de

### Bibliografie

Suchttherapie 2003; 4: 98–101 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

## Einleitung

Die Drogenentzugsbehandlung gewann innerhalb der Therapieangebote für Drogenabhängige erst Ende der 80er-, Anfang der 90er-Jahre an Bedeutung [1–3]. Angesichts der Probleme in der Behandlung Drogenabhängiger, unter anderem sichtbar an den steigenden Zahlen Drogentoter in der Bundesrepublik Deutschland von 384 Drogentoten im Jahr 1986 auf 2125 Drogentote im Jahr 1991 und der Infektionsgefahr mit dem HI-Virus, jetzt vor allem auch dem Hepatitis-C-Virus mit einer Prävalenz zwischen 36% und 95% [4–10], war die Bereitschaft gewachsen, neue Therapieformen zu erproben. Vor allem so genannte *niedrigschwellige* Angebote, die sowohl den körperlich schlechten Allgemeinzustand vieler Drogenabhängiger als auch deren Angst vor körperlichen Entzugsschmerzen berücksichtigen, wurden konzipiert [11]. Im Rahmen des Bundesmodellprogramms *Kompakttherapie* von 1991 bis 1995 wurde der Begriff der qualifizierten Entzugsbehandlung geprägt und definiert [1, 12].

Die Drogenentzugsstation Villa wurde im April 1991 als erste von anfangs 15 in der Bundesrepublik geplanten Modelleinrichtungen eröffnet. Angeboten wurde, in Bayern erstmalig, auch eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung mit Methadon. Die schrittweise Reduktion von D,L-Methadon war als Standardmedikation propagiert worden [13, 14]. Seit Februar 2000 steht mit Buprenorphin ein weiteres Substitutionsmittel zur Verfügung [15]. Einige Studien berichten über gute Einsatzmöglichkeiten von Buprenorphin in der Entzugsbehandlung [16]. Janiri u. Mitarb. [17] verglichen in einer Doppelblindstudie die Wirkungen von Buprenorphin, Clonidin und Lofetamin, wobei Buprenorphin den beiden anderen Substanzen überlegen war. Cheskin u. Mitarb. [18] fanden keinen signifikanten Unterschied zwischen Clonidin und Buprenorphin. Ghodse u. Mitarb. [19] beurteilten Clonidin als nicht geeignet für die Opiatentzugsbehandlung. Im Folgenden werden die ersten Erfahrungen der Villa, einer qualifizierten Drogenentzugsstation [1, 12, 20] mit Buprenorphin im Jahr 2001 und 2002, dargestellt.

## Methode und Patienten

Seit 2000 wird allen Patienten, bei denen anhand der ICD-10 ein Abhängigkeitssyndrom von Opioiden diagnostiziert worden ist und die freiwillig stationär zur qualifizierten Entzugsbehandlung in die Villa aufgenommen werden, neben dem seit 1991 standardisierten medikamentösen Entzugsregime [20] alternativ eine Opiatentzugsbehandlung mit Buprenorphin angeboten. Retrospektiv wurden diejenigen Patienten ausgewertet, die im Jahre 2001 und 2002 mit Buprenorphin behandelt worden sind. Gefragt und ausgewertet wurden soziale Daten, das Konsummuster, die Dauer des stationären Aufenthaltes, der Plan nach der Entzugsbehandlung, die höchste Dosierung des Buprenorphins und ob die Patienten erfolgreich entgiftet haben oder nicht. Kriterien für eine erfolgreiche Entgiftung waren ein drogenfreier Urin und das Fehlen von Entzugssymptomen. Von der körperlichen Entgiftung unterschieden wurde noch die Variable „regulär beendet“, die bedeutet, dass nach letzter Medikamentengabe noch eine Woche stationär das psychotherapeutische und psychosoziale Programm durchlaufen worden ist. Schließlich wurde

unterschieden, ob vor der Aufnahme täglich Heroin oder Methadon bzw. L-Polamidion konsumiert worden ist.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden von Januar 2000 bis Ende Mai 2002 361 Patienten stationär behandelt. Davon wünschten 30 Patienten Buprenorphin (8,3%). Im Vergleich mit der Grundgesamtheit waren die Patienten, die sich für Buprenorphin entschieden haben, im Durchschnitt etwas älter (32 versus 28 Jahre) und konsumierten 11 Jahre und somit ein Jahr länger Opiode (Tab. 1). Diejenigen, die Buprenorphin als Entzugsmedikament gewählt haben, unterschieden sich vor allem hinsichtlich „fester Partner“ von der Grundgesamtheit (Tab. 1). Sie entgifteten etwas weniger häufig (63% vs. 66%) und beendeten auch das psychosoziale Programm weniger häufig regulär (30% vs. 44%; Tab. 1). 20 Patienten konnten die Villa schon von durchschnittlich zwei früheren Aufenthalten (Spannweite: 1–4 Aufenthalte) bei insgesamt durchschnittlich fünf früheren Entzugsbehandlungen (Spannweite: 1–10). Acht Patienten hatten bei Aufnahme keinen Plan für die Zeit nach der Entzugsbehandlung, vier wollten wieder arbeiten, sechs wollten eine ambulante Entwöhnungstherapie antreten und 12 eine stationäre. 13 Patienten waren an eine Drogenberatungsstelle angebunden. 16 Patienten hatten keine eigene Wohnung. 18 Patienten hatten eine abgeschlossene Schulausbildung, 11 Patienten hatten eine höhere Schulausbildung und 14 eine Berufsausbildung abgeschlossen. Acht konnten einen festen Arbeitsplatz aufweisen. 21 gaben an, in einer festen Partnerschaft zu leben, wobei 15 Partner ebenfalls abhängig waren und 11 Patienten Kinder hatten.

Tab. 1 Konsummuster

	Grundgesamtheit	Patienten, die Buprenorphin wählten
Alter	28 Jahre	32 Jahre
Dauer der Opioidabhängigkeit	10 Jahre	11 Jahre
	%(n = 1070)	%(n = 30)
> 9 Jahre Schule	31	37
feste Arbeit	28	27
Partner	30	70
Kinder	33	37
Plan nach Entzug	68	73
Entzug regulär beendet	44	30
entgiftet	66	63

Bei 13 Patienten wurde nach ICD-10-Kriterien eine Opioidabhängigkeit (F 11.2) diagnostiziert, bei 17 eine Mehrfachabhängigkeit (F 19.2). Tab. 2 zeigt die Konsummuster.

17 (57%) Patienten konsumierten vor Aufnahme täglich Methadon bzw. L-Polamidion (im Folgenden Methadongruppe), 13 (33%) täglich Heroin (im Folgenden Heroingruppe).

Die durchschnittliche Ausgangsdosis lag bei 11 mg Buprenorphin/Tag (Spannweite: 4–24 mg).

Tab. 2 Konsummuster der Mehrfachabhängigen (n = 17)

Alkohol	8
Benzodiazepine	8
Kokain	7
Antidepressiva	3

Insgesamt konnten 19 (63%) von 30 Patienten entgiftet werden, wobei nur neun (30%) nach zusätzlichen sieben medikamentenfreien Tagen regulär entlassen werden konnten.

In der Methadongruppe konnten 13 von 17 entgiftet werden (76%), in der Heroingruppe 6 von 13 (46%; Abb. 1).

Von den Abbrechern beendeten sechs die Behandlung bereits am dritten Tag (vier hatten vorher nur Heroin konsumiert, einer Methadon und Alkohol, einer nur Methadon). Vier Patienten wollten innerhalb der ersten vier Tage auf Methadon umgestellt werden. Davon beendete kein Patient die Behandlung erfolgreich.

Die durchschnittliche Verweildauer betrug in beiden Gruppen 21 Tage.

## Diskussion

Buprenorphin steht seit Februar 2000 in Deutschland als Substitutionsmedikament bei Opioidabhängigkeit zur Verfügung. Dass sich nur 8,3% der Patienten für eine Entzugsbehandlung mit Buprenorphin entschieden haben, könnte einerseits daran liegen, dass Buprenorphin in der Szene Münchens noch nicht sehr bekannt bzw. beliebt ist. Andererseits wurde nicht prospektiv standardisiert gefragt, so dass die traditionelle Substanz Methadon/Polamidon wohl suggestiv bevorzugt worden ist. Statistisch konnten etwa gleich viele Patienten mit Buprenorphin wie mit Methadon/L-Polamidon entgiftet werden (63% vs. 66%), jedoch etwas weniger als in Hamburg (65% vs. 74%) [21]. Allerdings beendeten deutlich weniger mit Buprenorphin behandelte Patienten die Behandlung „regulär“ (30% vs. 44%) mit sieben medikamentenfreien Tagen, wie im Setting der Villa vorgesehen [20]. Dies könnte daran liegen, dass sich die Buprenorphinpatienten

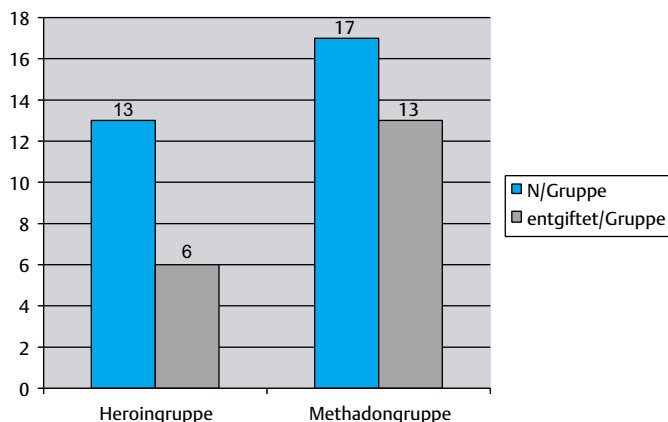


Abb. 1 Erfolgreiche Entgiftung in Abhängigkeit vom Ausgangsopioid.

eher wieder fit gefühlt haben und sie ein längeres stationäres Verbleiben nicht für notwendig erachtet haben. Befunde, die Brack [21] gefunden hatte, dass unter Buprenorphin weniger Entzugssymptome auftreten und die Patienten über ein Gefühl der „Klarheit“ bzw. „Wachheit“ berichteten, würden diese Hypothese unterstützen. Von den 30 hatten 13 vorher Heroin intravenös konsumiert, 17 waren mit Methadon behandelt worden. 13 (76%) von den Methadon- und 6 (46%) der Heroinpatienten entgifteten erfolgreich (Abb. 1). Diejenigen, die vor der Entzugsbehandlung mit Methadon behandelt worden sind, profitierten also anscheinend mehr von einer Entzugsbehandlung mit Buprenorphin als die vorherigen Heroinkonsumenten. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu der Studie von Brack [21], in der 74% der Patienten erfolgreich von Heroin entgiftet worden sind und 70% erfolgreich von Methadon, bestätigt aber teilweise eine frühere Studie mit 1070 Patienten, in der eine Entzugsbehandlung mit Methadon bei den mit Methadon vorbehandelten am besten zum Erfolg führte [20]. Vielleicht könnte eine Entzugsbehandlung mit Heroin für die Heroinkonsumenten die günstigste Entzugsbehandlung sein.

## Schlussfolgerung

Eine Entzugsbehandlung Opioidabhängiger mit Buprenorphin ist möglich. Randomisierte kontrollierte Vergleichsstudien Buprenorphin versus Methadon oder Heroin wären wünschenswert. Besonders sollte in diesen Studien die Frage Berücksichtigung finden, welche Patienten besonders von einer Entzugsbehandlung mit Buprenorphin profitieren und ob sich die stationäre Liegedauer bei vergleichbarer Ausgangsdosis in den Gruppen unterscheidet.

## Literatur

- Backmund M. Qualifizierte Entzugsbehandlung. In: Neubeck-Fischer H. (Hrsg.) Sucht – Ein Versuch zu (über)leben. München: Fachhochschulschriften Sandmann 1994
- Backmund M. Möglichkeiten und Grenzen der Differenzierung im Drogenentzug. In: Behrendt K, Degkwitz P, Trüg E (Hrsg.) Schnittstelle Drogenentzug. Freiburg: Lambertus 1995
- Trüg E. Drogenpolitische Wandlung und der neue Stellenwert von Entzugsbehandlung. In: Behrendt K, Degkwitz P, Trüg E (Hrsg.) Schnittstelle Drogenentzug. Freiburg: Lambertus 1995
- Kelen GD, Green GB, Purcell RH et al. Hepatitis B and hepatitis C in emergency department patients. *N Engl J Med* 1992; 326: 1399 – 1404
- Crofts N, Hooper JL, Bowden DS et al. Hepatitis C virus infection among a cohort of Victorian injecting drug users. *Med J Aust* 1993; 159: 237 – 241
- Coppola RC, Masia G, di Martino ML et al. Sexual behaviour and multiple infections in drug abusers. *Eur J Epidemiol* 1996; 12: 429 – 435
- Diamantis I, Bassetti S, Erb P et al. High prevalence and coinfection rate of hepatitis G and C infections in intravenous drug addicts. *J Hepatol* 1997; 26: 794 – 797
- Garfein RS, Doherty MC, Monterroso ER et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injecting drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 18 (Suppl 1): 11S – 19S
- Patti AM, Santi AL, Pompa MG et al. Viral hepatitis and drugs: a continuing problem. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 135 – 139
- Backmund M, Meyer K, von Zielonka M. Prävalenzdaten zu Hepatitis B und C bei Drogenabhängigen in München. *Suchtmed* 2001; 3: 21 – 24
- Behrendt K, Bonorden-Kleij K, Krausz M et al. Niedrigschwelliger Drogenentzug – Konzept, Erfahrungen, Konsequenzen. *Dt Arztebl* 1993; 90: 147 – 151

- <sup>12</sup> Gørgen W, Möller I, Oliva H. Einschätzung und Ergebnisse einer qualifizierten Entzugsbehandlung für Drogenabhängige aus Patientensicht. *Sucht* 1996; 42 (2): 82–91
- <sup>13</sup> Cami J, De Torres S, San L et al. Efficacy of clonidine and of methadone in the rapid detoxification of patients dependent on heroin. *Clin Pharmacol Ther* 1985; 38: 336–341
- <sup>14</sup> Mirin SM, Batki O, Isbell PG et al. Practice Guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiat* 1991; 152 (Suppl11): 1–80
- <sup>15</sup> Groß A, Soyka M. Buprenorphin – ein neuer Ansatz in der Pharmakotherapie opiatabhängiger Patienten. *Suchtmed* 1999; 1: 5–14
- <sup>16</sup> O'Connor P, Carroll K, Shi J et al. Three methods of opioid detoxification in a primary care setting. A randomized trial. *Ann Int Med* 1997; 127: 526–530
- <sup>17</sup> Janiri L, Manelli P, Persico AM et al. Opiate detoxification of methadone maintenance patients using lefetamine, clonidine and buprenorphine. *Drug Alcohol Depend* 1994; 36 (2): 139–145
- <sup>18</sup> Cheskin LJ, Fudala PJ, Johnson RE. A controlled comparison of buprenorphine and clonidine for acute detoxification from opioids. *Drug Alcohol Depend* 1994; 36 (2): 115–121
- <sup>19</sup> Ghodese H, Myles J, Smith SE. Clonidine is not useful adjunct to methadone gradual detoxification in opioid addiction. *Br J Psychiatry* 1994; 165 (3): 370–374
- <sup>20</sup> Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D et al. Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug Alcohol Depend* 2001; 64: 173–180
- <sup>21</sup> Brack J. Der Einsatz von Buprenorphin in der stationären Entzugsbehandlung. *Suchttherapie* 2002; 3: 205–210