

2 Jahre Depot-Buprenorphin: Ein echter Gewinn

Seit gut zwei Jahren steht Buprenorphin als Fertigspritze zur wöchentlichen oder monatlichen subkutanen Gabe zur Verfügung (Buvidal®). Wir haben mit Dr. Konrad Isernhagen, Vorstandsmitglied der deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) aus Köln darüber gesprochen, wie sich durch die Einführung die Behandlung von Opioidabhängigen verändert hat und welche Erfahrungen er bisher mit der Depotspritze gemacht hat.

Dr. Isernhagen, seit wann setzen Sie in Ihrer Praxis Depot-Buprenorphin ein?

Wir haben in unserer Praxis relativ rasch nach der Einführung mit Depot-Buprenorphin angefangen, weil ich das für eine interessante Option für einige Patient*innen hielt. Ich bin vom Typ her jemand, der neue Sachen aufnimmt und dann mal schaut. Außerdem begrüße ich schon aus grundsätzlichen Überlegungen eine größere Vielfalt der Substitutionsmedikamente. Und ich habe eben auch bei Patient*innen die Notwendigkeit gesehen. Zum Beispiel bei Berufstätigen. Die haben das vorher auch schon irgendwie hinkommen, aber es war immer schwierig. Da musste dann der Take-Home-Tag wegen einer Frühschicht vorgezogen werden oder es gab andere Probleme. Mit dem Depot war das sehr viel leichter. In der Anfangszeit haben wir deshalb vor allem Berufstätige auf das Depot umgestellt. Es hat sich schnell gezeigt, dass es für einige eine sehr gute Alternative war. Und dann kam das langsam in die Gänge.

Welche Substitutionsmittel haben Sie vor der Einführung hauptsächlich eingesetzt?

Bei zwei Drittel der Patient*innen haben wir Levomethadon eingesetzt. Und dann retardiertes Morphin und Buprenorphin zu gleichen Teilen. Das Verhältnis lag etwa bei 60 zu 20 zu 20. Zunächst mit täglicher Vergabe oder Take Home am Wochenende.

Wie hat sich das bis heute verändert?

Ja, inzwischen haben wir einen Take-Home-Anteil von 60 Prozent. Bei hinreichender Stabilität für einen Zeitraum von sechs Tagen und einem Tag in der Praxis zur Einnahme unter Kontrolle. Dieses Angebot haben wir zu Corona-Zeiten deutlich erweitert auf 14 Tage und bei einigen sogar auf drei Wochen. So etwas hatten wir vorher nur in Ausnahmefällen. Und das hat erstaunlich gut funktioniert. Keine der Patient*innen ist aus dem Ruder gelaufen.

Inzwischen haben wir knapp 10 Prozent Buvidal-Patient*innen. Aber da ist noch Luft nach oben.



Was sind Ihre Erfahrungen aus den zwei Jahren seit der Einführung von Buvidal?

Die Patient*innen, die sich darauf eingelassen haben, sind durch die Bank weg ausgesprochen zufrieden damit. Ein Patient ist damit berufstätig geworden. Ein anderer, beinamputierter Patient, der im 8. Stock wohnt und Angst hatte, dass er es nicht in die Praxis schafft, wenn der Aufzug kaputt ist, ist jetzt seit langen, langen Jahren zum ersten Mal einigermaßen beikonsumfrei. Bei dem funktioniert das jetzt wunderbar mit der Monatspritze.

Die Patient*innen, die für das Depot geeignet sind, können damit sehr viel selbstbestimmter leben. Sie können wieder ihren Alltag gestalten und ihr Wochenende planen, ohne dauernd an die Vergabe denken zu müssen.

Und was waren die Vorbehalte von Seiten der Patient*innen?

Dass eine Spritze eine oder sogar vier Wochen lang halten sollte, das konnten sich die Patient*innen anfangs nicht vorstellen. Dann hieß es, ich muss doch jeden Tag was haben. Die kennen das von der klassischen Substitution und vom Konsum, dass sie mindestens ein Mal am Tag etwas konsumieren. Deswegen war da noch bei einigen Patient*innen eine Zurückhaltung. Sie haben mir bzw. dem Medikament nicht so ganz über den Weg getraut. Und auch bei der ersten Injektion war das noch so. Aber dann hat sich das relativ schnell aufgelöst. Vielen war anfangs überhaupt nicht bewusst, dass es diese Option überhaupt gibt.

Was waren die wichtigsten Fragen und Hürden? Und wie haben Sie diese überwunden?

Am Anfang stand die Frage, ob das mit dem Depot überhaupt funktioniert. Kann das überhaupt klappen, wenn ich die Opioidabhängigen in der Einstellungsphase unter Umständen nur einmal in der Woche sehe? Klappt das mit der Karenz vor der ersten Injektion? Und werden die nicht doch entzügig? Nach dem letzten Heroin-Konsum wird mit der Sublingual-Tablette

getestet und dann erhalten sie die Spritze. Was ist, wenn die Patient*innen dann nach der Nachbeobachtungszeit nach Hause gehen und am nächsten Tag entzückt werden? Von den Studien her ist zwar bekannt, dass das wohl nicht so ist, aber diese Erfahrung mussten wir erstmal selbst machen. Wir mussten unsere eigene Skepsis überwinden. Das habe ich auch von vielen Kolleg*innen gehört. Man muss da einfach mal probieren. Einen Patienten habe ich auch mal wieder zurück umgestellt. Da hat es einfach nicht geklappt.

Meine erste Patientin, die ich auf Depot-Buprenorphin eingestellt habe, das war eine langjährige Buprenorphin-sublingual-Patientin, die aus beruflichen Gründen ein 2-2-3-Schema bekommen hat. Das hat auch gut funktioniert. Doch sie hatte alle ein, zwei Wochen mal Beikonsum. Seitdem sie ihre Monats-spritze bekommt, ist sie völlig stabil ohne Beikonsum. Durch den glatten ausgeglichenen Wirkstoffspiegel ist auch das Craving vollkommen weg. Für die ist das ein echter Gewinn.

Wie hat sich ihr Bild von Depot-Buprenorphin bis heute verändert?

Zu Anfang habe ich immer erst die Patient*innen auf Buprenorphin sublingual umgestellt und sie erst auf das Depot umgestellt, wenn sie stabil waren. Jetzt haben wir die ersten vier bis fünf Patient*innen direkt von Heroin auf Depot-Buprenorphin eingestellt. Und das hat auch erstaunlich gut funktioniert. In dieser Beziehung bin ich mutiger geworden. Nachdem es jetzt für die Depot-Spritze eine Abrechnungsziffer gibt, hat sich die Situation auch in Bezug auf die Vergütung etwas verbessert.

Für welche Patient*innen setzen Sie Depot-Buprenorphin heute ein?

Also zunächst einmal müssen die Patient*innen für Buprenorphin in Frage kommen. Sie müssen mit dieser Klarheit umgehen können und den Nebel vom Methadon eher als störend empfinden. Eventuell kann das bei Methadon-Patient*innen zu einem späteren Zeitpunkt interessant werden. Das kann man ja immer wieder thematisieren. Patient*innen, die zum Beispiel berufstätig sind und schon auf sublinguales Buprenorphin eingestellt sind, könnte man das Depot anbieten. Zurückhaltend wäre ich hier bei Patient*innen, die ein Problem mit Alkohol oder Benzodiazepinen haben. Und dann gibt es die Patient*innen, die bisher keinen Kontakt zum Hilfesystem gefunden haben oder für eine klassische Substitution mit täglichem Erscheinen in der Praxis aus verschiedenen Gründen nicht in Frage kommen. Hier würde ich versuchen, eine Direkteinstellung auf Depot-Buprenorphin zu machen. Bislang habe ich da gute erste Erfahrungen gemacht.

Was würden Sie Kolleg*innen empfehlen, die das Depot-Buprenorphin einsetzen möchten?

Keine Angst davor zu haben, dass die Patient*innen aus dem Ruder laufen könnten. Für die Patient*innen ist das Depot überwiegend ein Gewinn. Grundvoraussetzung ist natürlich, dass die Patient*innen für Buprenorphin geeignet sind.

Für Kolleg*innen, die kein größeres Zentrum haben, sondern konsiliarisch arbeiten oder eine kleinere Substitutionspraxis haben und nicht mehr Patient*innen aufnehmen möchten, kann das Depot durchaus hilfreich sein. Unter Umständen kann das auch ein Argument sein, mehr opioidabhängige Patient*innen zu behandeln. Auch ohne dabei Gefahr zu laufen, eine Substitutionspraxis oder eine Schwerpunkt-Praxis zu werden.

Ich würde den Kolleg*innen empfehlen, sich erst einmal auf das Depot-Buprenorphin einzulassen und erste Erfahrungen zu sammeln. Einzelne Patient*innen, die schon auf Buprenorphin eingestellt sind, darauf anzusprechen, ob das Depot für sie eine Alternative wäre. Von den allermeisten Patient*innen werden sie ein sehr positives Echo bekommen. Beim ersten Mal vielleicht erst mal ungläubiges Staunen und ein bisschen Skepsis, aber nach der zweiten Spritze ist das eigentlich durch.

Welchen Patient*innen raten Sie, über eine Depotbehandlung nachzudenken?

Das erste ist immer die Ansprache durch die behandelnden Ärzt*innen. Soweit ich mich erinnern kann, ist keine Patient*in bislang von sich aus zu mir gekommen. Ich habe das den Patienten immer aktiv angeboten. Einer Patient*in, die schon auf Buprenorphin eingestellt ist, würde ich mitgeben, dass sie/er damit deutlich mehr Bewegungsfreiheit bekommt. Auch bei Berufstätigen könnte man das aktiv ansprechen oder bei Patient*innen, für die eine tägliche Vergabe aus beruflichen oder privaten Gründen nicht in Frage kommt.

Worin sehen Sie den großen Nutzen von Depot-Buprenorphin?

Erstens ist es eine verlässliche Therapie. Auch für Patient*innen, die vorher Take Home erhalten haben, ist es eine sichere Therapie. Das Depot wird direkt injiziert, die Patient*innen bekommen keine Opiate mit nach Hause. Es kann demzufolge auch keine Weitergabe erfolgen. Für mich ist Arzneimittelsicherheit ein weiteres wichtiges Argument, weil bei Patient*innen mit Kindern nicht mehr die Gefahr besteht, dass diese die Tabletten oder den Saft von Vater oder Mutter probieren.

Die Patient*innen haben mit dem Depot wirklich die Möglichkeit, wieder ihren Alltag zu gestalten, ein Familienleben zu haben und so weiter. Es ist ein Schritt in die Freiheit und in die Normalität für die Patienten, die damit zurechtkommen. Ich habe eine Patientin, die habe ich jetzt neu eingestellt. Es ist noch etwas holprig und sie hat noch Rückfälle. Für die ist das geradezu die einzige Möglichkeit Hilfe zu bekommen, auch weil sie in etwas schwierigen familiären Verhältnissen lebt und weder die Eltern noch der Partner wissen dürfen, dass sie konsumiert.

Mit freundlicher Unterstützung von Camurus GmbH

Weitere Informationen für medizinische Fachkreise auch unter www.bwidal.de