

# Induktion von Buprenorphin mittels Mikrodosis-Aufbauschema

TOBIAS HILDBRAND<sup>1</sup>, MERITON ABDULLAHU<sup>1</sup>, NORA WELLER<sup>1</sup>, EVA-MARIA PICHLER<sup>1</sup>, MARC WALTER<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PSYCHIATRISCHE DIENSTE AARGAU, WINDISCH, SCHWEIZ

## Ziel

Für die Durchführung einer Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) bei Opioid-Abhängigkeit stehen in der Schweiz verschiedene Substanzen zur Verfügung. Buprenorphin hat dabei ein günstiges Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil mit einem geringen Risiko einer Atemdepression. Im Gegensatz zu anderen Opioiden wirkt Buprenorphin nur als partieller Agonist am  $\mu$ -Opioid-rezeptor, weist aber gleichzeitig eine höhere Rezeptoraffinität auf. Daher wird vor der traditionellen Induktion einer OAT mit Buprenorphin ein Opioid-Entzugssyndrom abgewartet, um einen sogenannten Ultra-Kurz-Entzug zu vermeiden. Unser Ziel ist es, innerhalb unserer Organisation ein geeignetes Mikrodosis-Aufbauschema von Buprenorphin unter laufender Vollagonisten-Therapie zu entwickeln. Dabei soll die Umstellung innert rund zwei Wochen erfolgen, ohne dass signifikante Entzugser-scheinungen beobachtet oder berichtet werden. Exemplarisch wird im Folgenden ein Fallbeispiel aus unserer Klinik erläutert.

## Methode

Wir behandelten eine 55-jährige Patientin bei Opioid-Abhängigkeit mit einer OAT mit Levomethadon 35 mg/d. Auf Wunsch der Patientin erstellten wir den Plan einer überlappenden Induktion von Buprenorphin mittels Mikrodosis-Aufbauschema. Die vorbestehende OAT wurde weitergeführt; derweil Buprenorphin initial mit einer Mikrodosis eingeführt und im Verlauf immer rascher aufdosiert. Schliesslich erfolgte die abrupte Absetzung von Levomethadon. Dabei wurden fortlaufend die verträglichen Dosissteigerungen bestimmt und sowohl subjektive als auch objektive Entzugssymptome erhoben.

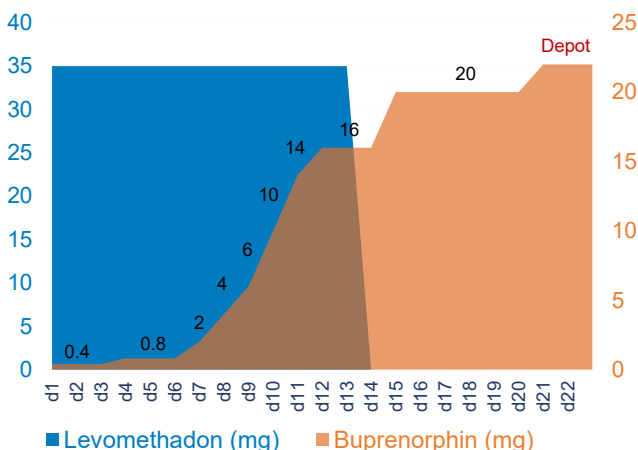


Abb. 1: Überlappende Induktion von Buprenorphin unter laufender Vollagonisten-OAT mit Levomethadon

## Schlussfolgerung

Bei Patienten in einer stabilen OAT mit einem  $\mu$ -Opioid-rezeptor-Vollagonisten stellt die Umstellung auf Buprenorphin mittels Mikrodosis-Aufbauschema eine valable und patientenfreundliche Alternative dar, welche auch im ambulanten Behandlungssetting umsetzbar ist.

## Literaturverzeichnis

- Adams K et al. (2025): Initiating buprenorphine to treat opioid use disorder without prerequisite withdrawal: an updated systematic review. *Addiction Science & Clinical Practice* 2025; 20:19
- Hämmig R et al. (2016): Use of microdoses for induction of buprenorphine treatment with overlapping full opioid agonist use: the Bernese method. *Substance Abuse and Rehabilitation* 2016;7, 99–105
- Tremonti C et al. (2024): Methadone-buprenorphine transfers using low dosing of Buprenorphine: An open-label, nonrandomized clinical trial. *J Addict Med* 2024;00, 00–00

Die Autorenschaft hat keine relevanten finanziellen oder nicht-finanziellen Interessen zu deklarieren.

## Resultate

- Erfolgreiche Umstellung der OAT mit Levomethadon 35 mg/d auf Buprenorphin 16 mg/d innert 2 Wochen
- Woche 1: Einführung einer Mikrodosis Buprenorphin von 0.4 mg/d mit langsamer Steigerung auf 2 mg/d unter laufender OAT mit Levomethadon
- Woche 2: Dosisaugmentation von Buprenorphin auf 16 mg/d; schliesslich abruptes Absetzen von Levomethadon
- Keine objektivierbare Entzugssymptomatik mittels Objektiver Opioid-Entzugsskala (OOWS) während beider Wochen
- Subjektiv berichtete Unruhe an 2 Tagen in Woche 1; ausserdem leicht bis moderat ausgeprägte Entzugssymptome im Sinne von vermehrtem Schwitzen und Suchtdruck nach Opioiden und Kokain an 3 Tagen in Woche 2
- Keine berichtete Verstärkung der Symptomatik durch das abrupte Absetzen von Levomethadon
- Im weiteren Verlauf Steigerung der Erhaltungsdosis von Buprenorphin auf 20 mg/d; darunter weder persistierender Suchtdruck noch subjektive Entzugssymptomatik
- Schliesslich erfolgreiche Einführung eines Buprenorphin-Depotpräparats nach Erreichen der optimalen Erhaltungsdosis

## Diskussion

Hämmig et al. beschrieben 2016 die überlappende Induktion von Buprenorphin mittels Mikrodosen bei laufender Vollagonisten-Therapie ("Bernese Methode"). Seither bestätigten mehrere Fallserien die Machbarkeit dieses Ansatzes (Adams et al. 2025). Bei unserem Vorgehen orientierten wir uns insbesondere an den publizierten Erfahrungswerten von Tremonti et al. (2024), welche die Aufdosierungsphase von Buprenorphin massgeblich verkürzten. Individuelle Faktoren wie das Präparat und die Dosis der bestehenden OAT beeinflussen womöglich die Outcomes. Die Generalisierbarkeit dieses Einzelfallberichts ist daher eingeschränkt. Kontrollierte Studien zur weiteren Absicherung sind wünschenswert.