und zu einer Verbesserung der sozialen Funktion. Auf der anderen Seite habe man jedoch auch Befunde von Patienten, bei denen sich die Kognition verschlechterte, die von den Substanzen abhängig geworden seien oder bei denen sogar Psychosen induziert wurden.

Als Antidepressiva ungeeignet!

Nachgewiesenermaßen erfolgreich und zugelassen sind Stimulanzien gegenwärtig nur für die Indikationen ADHS, Narkolepsie und zur Gewichtsreduktion. Gelegentlich würden die Substanzen jedoch auch eingesetzt, um Depressionen zu behandeln. „In der Anfangsphase einer Depression können Stimulanzien möglicherweise hilfreich sein, um eine schwere depressive Episode zu überwinden, bis das Antidepressivum greift“, so Schütz. Dagegen hätten Studien gezeigt, dass sie anstelle von Antidepressiva nicht wirksam seien.

Schizophrenie und Schlaganfall

Wenige, aber immerhin ermutigende Daten gibt es für die Behandlung von Negativsymptomen bei Schizophrenie: Hier zitierte Schütz eine Studie, in der 69 mit Antipsychotika stabilisierte Patienten Lisdexamphetamin erhalten hatten [Las-

ser, 2013]. Die Kombination war offenbar nicht nur sicher, sondern reduzierte auch die Negativsymptomatik und verbesserte darüber hinaus die Kognition der Patienten. Das erhöhte Risiko einer Psychoseinduktion war laut einer anderen Studie allerdings die Kehrseite. Man beuge sich bei einem solchen Therapieversuch, so Schütz, „auf sehr dünnes Eis“.

Plausibel erscheint schließlich das Konzept, Amphetamine in der Rehabilitation nach einem Schlaganfall oder bei Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma einzusetzen. „Beim Eintrainieren neuer Muster, die sehr häufig wiederholt werden müssen, benötigt man einen hohen Motivationsspiegel“, sagte Schütz. Dabei könnten die Substanzen helfen.

Effekte wenig konsistent

Dafür, wie solche unterschiedlichen Wirkungen zustande kommen, gibt es nach Schütz mehrere Erklärungsmodelle. Eines davon postuliert eine lineare Dosisabhängigkeit: Demnach überwiegt in niedrigen Dosisbereichen die kognitive Verstärkung. Bei größeren Stimulanzienmengen kommt es dagegen eher zu Abhängigkeit und kognitiven Defiziten. Von anderen Autoren wird eine umgekehrte U-Kurve für die kognitiven Fä-

higkeiten in Abhängigkeit von der Katecholaminausschüttung postuliert. „Die Effekte sind jedenfalls nicht sehr konsistent“, warnte Schütz. Erschwerend komme hinzu, dass auch die individuelle Prädisposition eine Rolle spiele. Diese sei abhängig von der genetischen Ausstattung, dem Entwicklungsstatus, sogar von kulturellen Aspekten. Alle diese Faktoren können das dopaminerge System beeinflussen. „Amphetamin und Stress können sich gegenseitig sensibilisieren“, erklärte Schütz. Man habe beispielsweise nachgewiesen, dass Patienten mit einem frühkindlichen Trauma unter Amphetamin vermehrt Dopamin ausschütten. Auch Personen, bei denen der soziale Status in hohem Maße mit Stress verbunden sei, könnten stärker auf Amphetamine reagieren, was ein erhöhtes Abhängigkeitsrisiko mit sich brächte.

Als Kliniker sei man auf der Grundlage dieser Ergebnisse gezwungen, auszuprobieren, so Schütz: „Wir müssen mit den Patienten arbeiten, sehen, was man im Einzelfall verbessern kann und wo die Gefahren für Missbrauch und Abhängigkeit liegen.“

Dr. Elke Oberhofer

17. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin, München, 30.6. – 2.7.2016

OST: Retardiertes Morphin schneidet gut ab

Retardiertes Morphin in der Substitutionstherapie ist nicht unumstritten. Doch die langjährigen Erfahrungswerte aus Österreich sprechen für sich.

Österreich nimmt bei der Opioid-Substitutionstherapie (OST) mit retardiertem Morphin eine Vorreiterrolle in Europa ein. Es hat bereits vor 18 Jahren den Wirkstoff für diese Indikation zugelassen. In Deutschland kam die Zulassung erst letztes Jahr. Dabei sprechen Erfahrungen wie auch Studienergebnisse für sich, betonte Hans Haltmayer, Ärztlicher Leiter der Suchthilfe in Wien.

In Österreich sei es in den letzten Jahren erfreulicherweise gelungen, den Anteil der Opiatabhängigen, die an einer OST teilnehmen, kontinuierlich zu steigern. Momentan seien es fast 60 von aktuell 28.000 Menschen. Der Suchtmediziner führte diesen Erfolg unter anderem

auf die Diversifizierung der einsetzbaren Arzneimittel zurück, einschließlich des Morphin retard. Immerhin werden in Österreich mehr als die Hälfte der Patienten in Substitutionstherapie mit retardiertem Morphin behandelt. Der Rest entfalle auf Methadon, Buprenorphin, Levomethadon oder auf Buprenorphin plus Naloxon.

Und auch die Haltequote, die laut einer aktuellen Kohortenanalyse mit 5.165 Patienten bei 79 % nach einem Jahr Behandlung mit Morphin retard liegt, überzeugt, betonte Haltmayer. Im Vergleich dazu schnitt die Methadonverschreibung mit 59 % deutlich schlechter ab. Zu ähnlichen Haltequoten kam man

auch, wenn ausschließlich die Personen (n = 4345) berücksichtigt wurden, die innerhalb von zwei Jahren das Substitutionsmittel nicht gewechselt hatten.

Haltmayers Resümee fiel sehr positiv aus: Es sei gelungen, mehr Patienten in die Behandlung und damit weg von der Kriminalität zu bringen, und das Ausmaß des illegalen Drogenmarktes deutlich zu senken. Der überwiegende Teil der Patienten in Morphin-retard-Behandlung sei stabil, und nur wenige verkauften die Tabletten auf dem Schwarzmarkt weiter. Der Anteil an sichergestellten Substitutionsmedikamenten in Relation zur abgegebenen Menge im Rahmen der OST liegt im Promillebereich. In Wien waren es im Jahr 2014 nur 0,06 %.

Dr. Dagmar Kraus

Haltmayer H. Retardiertes Morphin statt Methadon? 17. Interdisziplinärer Suchtkongress, München, 30.6. – 2.7.2016