

## Stimulanzien bei Suchterkrankungen

Der Einsatz von Stimulanzien bei der Untergruppe von ADHS-Patienten mit Alkohol- und/oder Medikamenten- und Drogenabusus wird kontrovers beurteilt (Wender 1995; Wilens et al. 1995b). Von Interesse sind hierzu die Berichte, wonach bei entsprechenden Patienten durch Gabe von Methylphenidat eine langfristige Abstinenz bezüglich der vorher eingenommenen Suchtmittel erreicht werden konnte (Gawin u. Kleber 1986; Schubiner et al. 1995). Bei Jugendlichen mit ADHS wurde eine Abnahme der Entwicklung einer späteren Drogenabhängigkeit von 85 % beschrieben, wenn frühzeitig eine Behandlung mit Stimulanzien erfolgte (Biederman et al. 1999). In einer offenen Studie bei ADHS-Patienten mit Kokainabusus fanden Levin et al. (1998), dass die Gabe von Methylphenidat nicht nur die Symptome der ADHS besserte, sondern auch den Kokainkonsum reduzierte; einen ähnlichen Befund erhoben die gleichen Autoren bei Gabe von Bupropion (Levin et al. 2002). In einer placebokontrollierten Doppelblindstudie fanden Schubiner et al. (2002) dagegen, dass die Gabe von Methylphenidat bei Erwachsenen mit ADHS und Kokainmissbrauch die ADHS-Symptome besserte, das Suchtverhalten bezüglich Kokain aber nicht änderte. Größere Studien zur weiteren Klärung dieser Frage wären sicher wünschenswert. Bei Concerta<sup>®</sup>, dem in Deutschland nur als Importware verfügbaren Daytrana<sup>®</sup> sowie bei Lisdexamphetamin sind aufgrund der jeweiligen Darreichungsform Missbrauchsmöglichkeiten weitgehend ausgeschlossen. In einer aktuellen Übersicht gehen Perez de Los Cobos et al. (2013) auf das Dilemma bei der Verschreibung von Methylphenidat für Erwachsene mit ADHS und komorbider Suchterkrankung ein. Sie betonen, dass wegen des niedrigen Risikos eines Medikamentenabusus keine gravierenden Sicherheitsprobleme bei Gabe von Methylphenidat beschrieben sind und empfehlen individualisierte Behandlungsmaßnahmen unter sorgfältiger Abwägung der Vor- und Nachteile einer Stimulanziengabe bei diesem Personenkreis. Ähnlich ist die Schlussfolgerung einer Studie aus den USA, bei der Jugendlichen mit Substanzmissbrauch OROS-Methylphenidat verabreicht wurde (Winhusen et al. 2011); die Autoren halten bei gutem Monitoring und Behandlung der Substanzabhängigkeit eine Stimulanziengabe auch dann für gerechtfertigt, wenn die Patienten weiterhin Suchtmittel einnehmen. Aufgrund der betäubungsmittelrechtlichen Voraussetzungen in Deutschland kann allerdings eine entsprechende Therapie nur im Rahmen stationärer Behandlungsmaßnahmen empfohlen werden.

## Stimulanzien und Fahrtauglichkeit

Die Frage, ob Methylphenidat bei Patienten mit ADHS die Fahrtauglichkeit verbessert, wurde in zwei placebokontrollierten Doppelblindstudien eindeutig bejaht: Während die Kontrollpersonen unter Methylphenidat eine Verschlechterung ihrer Leistungen im Fahr Simulator aufwiesen, besserte sich die Fahrleistung bei den ADHS-Patienten eindrucksvoll (Cox et al. 2000). Fahrfehler aufgrund des Aufmerksamkeitsdefizits bei 18-Jährigen mit ADHS besserten sich signifikant nach Verabreichung einer Methylphenidat-Langzeitzubereitung (Cox et al. 2004). In ihrer ausführlichen

Studie zum Fahrverhalten junger Erwachsener mit ADHS, die zum größten Teil nicht medikamentös behandelt wurden, fanden Barkley et al. (2002b) überraschenderweise keine Beeinträchtigung der Leistung am Fahrsimulator im Vergleich zu einem Kontrollkollektiv. Hinsichtlich möglicher vermehrter Unfallgefährdung bei Erwachsenen mit ADHS betonen auch Barkley et al. (2002b) und Fegert (2003) die wichtige Rolle einer Stimulanzengabe. In einer aktuellen Studie mit 27 Erwachsenen mit ADHS sowie 27 Kontrollpersonen fanden Sobanski et al. (2008) bei den Patienten mit ADHS deutlich erhöhte Unfallraten und Verwarnungen wegen zu hoher Geschwindigkeit; allerdings war die durchschnittliche Fahrleistung pro Jahr bei diesen Patienten ca. 2,5-fach höher als beim Kontrollkollektiv. Nach mindestens sechswöchiger Behandlung mit Methylphenidat (n = 9) zeigten die Patienten mit ADHS eine verbesserte visuell-motorische Koordination unter erhöhtem Stress sowie verbesserte visuelle Orientierung und Aufmerksamkeit im Vergleich zum Ausgangswert, während eine Gruppe unbehandelter ADHS-Patienten (n = 10) keine entsprechende Besserung aufwies. Positive Wirkungen auf das Fahrverhalten wurden inzwischen auch für Atomoxetin nachgewiesen (Barkley et al. 2007; Sobanski et al. 2013). Eine eindeutige Besserung des Fahrverhaltens bei 18- bis 26-jährigen Patienten mit ADHS fand sich auch für Lisdexamphetamin (Biederman et al. 2012a).

Ein genereller Zweifel an der Fahreignung von Patienten mit ADHS ist laut Hausotter (2012) nicht begründbar; in der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) sowie in den Begutachtungsleitlinien ist die ADHS bisher überhaupt nicht aufgeführt (Hausotter 2012). Die ärztlicherseits gemäß dem Betäubungsmittelgesetz verordneten Medikamente unterliegen nicht den Bestimmungen des § 24a der Straßenverkehrsordnung: *»Ordnungswidrig handelt, wer unter der Wirkung eines in der Anlage zu dieser Vorschrift genannten berauschenden Mittels im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. Eine solche Wirkung liegt vor, wenn eine in dieser Anlage genannte Substanz im Blut nachgewiesen wird. Satz 1 gilt nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.«*

## Stimulanzien und Sport

In seinem Überblick über ADHS und Sport schreibt Corrigan (2003) zu Recht, dass es eine Diskriminierung bedeutet, wenn Leistungssportler, die unter einer ADHS leiden, die notwendige Dauermedikation mehrere Tage vor Wettkämpfen absetzen müssen; niemand käme auf die Idee, dies etwa von Diabetikern oder Anfallskranken zu verlangen.

Die »Therapeutic Use Exemption Committees (TUECs)« der World Anti-Doping Agency (WADA) haben im Dezember 2011 eine spezielle medizinische Information zum Gebrauch von Stimulanzien bei Sportlern mit ADHS publiziert, die unter [http://www.wada-ama.org/Documents/Science\\_Medicine/Medical\\_info\\_to\\_support\\_TUECs/WADA\\_Medical\\_info\\_ADHD\\_3.0\\_EN.pdf](http://www.wada-ama.org/Documents/Science_Medicine/Medical_info_to_support_TUECs/WADA_Medical_info_ADHD_3.0_EN.pdf) abrufbar ist. Die Stimulanzien-Einnahme durch Sportler ist hier folgendermaßen geregelt: Bei einer Erstdiagnose im Erwachsenenalter ist eine zweite Expertenmeinung einzuholen. Mindes-

tens einmal jährlich, zu Beginn der Behandlung alle drei bis vier Monate, muss man eine Kontrolluntersuchung bei einem Spezialisten durchführen lassen. Die Genehmigung der Stimulanzien-Einnahme soll zunächst auf vier Jahre begrenzt sein. Ausdrücklich wird festgehalten, dass der betroffene Sportler während der Wettkämpfe die verordneten Stimulanzien weiterhin einnehmen sollte.

## Stimulanzien und Auslandsreisen

Grundsätzlich dürfen vom Arzt wegen einer Erkrankung wie ADHS oder Narkolepsie verordnete Stimulanzien vom Patienten in einer für die Dauer der Reise angemessenen Menge als Reisebedarf mitgeführt werden.

Bei Reisen bis zu 30 Tagen in Mitgliedsstaaten des Schengener Abkommens genügt ein vom Arzt ausgefülltes Formular, das von der Internetseite des BfArM unter [www.bfarm.de/SharedDocs/1\\_Downloads/DE/Bundesopiumstelle/BtM/reisen/reise\\_scheng\\_formular.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bfarm.de/SharedDocs/1_Downloads/DE/Bundesopiumstelle/BtM/reisen/reise_scheng_formular.pdf?__blob=publicationFile) heruntergeladen oder bei der Bundesopiumstelle angefordert werden kann. Diese Bescheinigung muss durch die für den Sitz des Arztes zuständige oberste Landesgesundheitsbehörde oder eine von ihr beauftragte Stelle beglaubigt werden. Bei in diesem Zusammenhang auftretenden Fragen ist in Deutschland als zentrale Stelle das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Fürstenwall 25, 40190 Düsseldorf (Tel.: 0211 / 855-3591, Fax: 0221 / 855-3662) zuständig.

Bei Reisen in andere Länder ist eine Klärung der Rechtslage im jeweiligen Land vor Reiseantritt erforderlich. Die diesbezüglichen Empfehlungen der Bundesopiumstelle finden sich im Internet unter [www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/BtM/reisen/reisen-node.html](http://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/BtM/reisen/reisen-node.html). Im Zweifelsfall erteilen die diplomatischen Botschaften der Reiseländer nähere Auskünfte.

## Nebenwirkungen der Stimulanzien

Die Nebenwirkungen der Stimulanzien sind bis auf die mögliche Hepatotoxizität beim Pemolin gering. Typisch sind Appetitminderung, Schlafstörung, Sedation, Agitation, gelegentlich Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Dysphorie und leichte Erhöhung von Blutdruck und Herzfrequenz (Graham u. Coghill 2008; Prince u. Wilens 2000; Wender et al. 1985a), die sich erfahrungsgemäß bei einer Langzeitbehandlung bessern oder verlieren. Unter dem Aspekt der in Deutschland für die meisten Medikamente noch bestehenden Off-Label-Situation bei Behandlungsbeginn im Erwachsenenalter kann vor Einleitung einer Therapie mit Stimulanzien eine kardiologische Untersuchung zum Ausschluss von Herzerkrankungen sinnvoll sein, auch wenn ein Kausalzusammenhang zwischen Stimulanzieneinnahme und schwerwiegenden kardiovaskulären Komplikationen mit Todesfolge nicht belegt ist (Habel et al. 2011; Jacob et al. 2008; Pliszka 2007; Olfson et al. 2012).

Eine leichte Minderung des Längenwachstums unter Methylphenidat ist beschrieben (Swanson et al. 2007a), aber keine signifikant geringere Körpergröße im