

Behandlung von Alkoholabhängigen mit Dihydrocodein

Der deutsche Allgemeinarzt Dr. Albrecht Ulmer aus Stuttgart setzt seit Jahren Dihydrocodein (DHC) und andere Agonisten in der Behandlung von Alkoholabhängigen ein. Am Suchtkongress diskutierte er mit anderen Suchtmedizinern das Pro und Kontra dieses vielversprechenden therapeutischen Ansatzes.

Psychiatrie & Neurologie: Wie sind Ihre Erfahrungen mit DHC bei Alkoholabhängigkeit?

Dr. Albrecht Ulmer: Die Erfahrungen unserer Praxis mit DHC bei Alkoholabhängigkeit haben wir bisher zweimal in internationalen Zeitschriften publizieren können (1, 2). Auch bei diversen Suchtkongressen finden sich zusammenfassende Abstracts. Die Erfahrungen sind insgesamt hervorragend. DHC ist in der Summe aller Vor- und Nachteile die beste Substanz, die wir in unserer spezialisierten Praxis für Alkoholabhängige einsetzen können. Unsere Fallzahlen sind nicht gross, weil wir in erster Linie eine HIV-Schwerpunktpraxis betreiben und eine angemessene Behandlung der Alkoholabhängigkeit von den Krankenversicherungen nicht bezahlt wird. 110 DHC-Patienten wegen Alkoholabhängigkeit in 15 Jahren, das zeigt auch, dass wir die Indikation für diese völlig neuartige Behandlung sehr vorsichtig gestellt haben – wenn:

- es weder mit noch ohne Alkohol ging
- Alkoholabhängigkeit aus dringenden somatischen Gründen notwendig, aber nicht möglich war
- Alkoholabhängigkeit aus dringenden psychosozialen Gründen notwendig, aber nicht möglich war.

Aber DHC wirkt bei Weitem nicht immer. Etwa ein Viertel der Patienten spürt keine Wirkung, mag die verspürte Wirkung nicht oder muss wegen Nebenwirkungen abbrechen, am häufigsten wegen Juckreizes oder Übelkeit und Obstipation. Bei etwa der Hälfte der Patienten sehen wir eine positive Wirkung, aber es gibt irgendwelche Probleme, wie Rückfälle oder Schwierigkeiten, mit der geforderten Disziplin zurechtzukommen. Bei etwa einem Viertel der Patienten erleben wir aber jetzt schon einen fast revolutionär zu nennenden Durchbruch: Diese Patienten erleben eine heilungsähnliche Verbesserung. Bei den Patienten, die bisher länger als 8 Jahre dabei geblieben sind (n = 9), konnten wir eine Reduktion des Bedarfs an stationären Entzugsbehandlungen um das 80-Fache erreichen! Mit zunehmender Dauer des ausbleibenden Suchtdrucks und ohne Rückfälle gewinnen die Patienten ein Sicherheitsgefühl zurück, das sie jahrelang nicht mehr hatten. Sie können wieder planen und Zusagen machen. Das DHC hat für sie eine ähnliche Bedeutung wie für andere



Albrecht Ulmer

Kranke Mittel gegen die Hypertonie oder Diabetes. Das Leben ist im Übrigen nicht mehr durch die Suchtkrankheit beeinträchtigt, und nur noch sehr wenig durch die Therapie.

Wie kamen Sie auf DHC zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit?

Albrecht Ulmer: Für Opiatabhängige war Methadon in Deutschland lange verboten oder sehr restriktiv zugelassen. Die meisten Ärzte und Patienten mussten auf Dihydrocodein (DHC) ausweichen. Dort, wo das strukturiert geschah, waren die Erfahrungen hervorragend, teilweise deutlich besser als mit Methadon. Vor allem gab es viel weniger Alkoholprobleme. Allerdings wurde DHC auch häufig unstrukturiert eingesetzt, und dabei kam es zu einer Reihe von Todesfällen. Deswegen wurde DHC zur Opiatsubstitution 1998 weitgehend verboten und nur noch als zu begründendes Reserve-medikament zugelassen. Zwei Pioniere der DHC-Substitution konnten schon Anfang der Neunzigerjahre berichten, dass DHC Alkoholabhängigen helfen könne. Meine Skepsis wurde durch eingehende Berichte dieser Kollegen und eigene Behandlungserfahrungen überwunden. Ein Patient war völlig verzweifelt, hatte mehrmals stationär entzogen, wurde immer wieder rückfällig. Da berichtete er (1997), ein Nachbar hätte

ihm am Wochenende drei Schmerztabletten für seine Hüfte gegeben, und als er diese drei Tabletten über den Tag verteilt genommen hätte, hätte er praktisch keinen Alkoholsuchtdruck mehr verspürt. Es handelte sich um ein Kombipräparat aus Paracetamol plus 30 mg Codein. Ich verschrieb ihm daraufhin, nach eingehender, sehr warnender Aufklärung, 120 mg DHC (4 x 30 mg) für zwei Tage. Nach diesen zwei Tagen kam er: «Wenn Sie mich so behandeln könnten, ginge es mir viel besser als mit allem, was wir die letzten Jahre zuvor versucht haben. Mein Alkoholproblem könnte wie weggewischt sein.» Tatsächlich wurde er in den nächsten 11 Jahren bis zu seinem plötzlichen Tod, wahrscheinlich an einem Herzinfarkt, nie wieder alkoholrückfällig!

Warum wirkt DHC?

Albrecht Ulmer: Alkohol wirkt über verschiedene Rezeptoren und Transmitter; ein eigentlicher «Alkohol-Rezeptor» ist nicht bekannt. Dass Alkohol sich teilweise und wohl individuell unterschiedlich der Opiatrezeptoren bedient, ist wiederum wissenschaftlich gesichert. DHC entspricht dem Ansatz, agonistisch am Opiatrezeptor anzusetzen und die notwendige Wirkung, statt durch den toxischen Alkohol, direkt über ein Opioid auszulösen, das bei strukturiertem Gebrauch ungleich weniger toxisch wirkt.

Wird dann nicht eine Sucht durch die nächste ersetzt?

Albrecht Ulmer: Suchtkrankheiten sind chronische, das Leben prägende Krankheiten. Die grosse Mehrheit kommt nicht wirklich gut und dauerhaft mit der Abstinenz zurecht. Es ist dann sinnvoller, diese Abhängigkeit nicht zu negieren, sondern zu akzeptieren und mit geeigneten, agonistischen Substanzen zu behandeln. Das muss nicht DHC sein, aber bisher war DHC die bei Weitem überzeugendste Substanz.

Hat der Langzeitgebrauch von DHC nicht ebenfalls Nebenwirkungen?

Albrecht Ulmer: Im Gegensatz zu Alkohol ist der Gebrauch von DHC gut steuerbar. Es besteht praktisch keine Langzeittoxizität, und DHC verursacht im Gegensatz zu Alkohol auch keine kognitive Einschränkung. Aber DHC macht abhängig; Plötzliches Weglassen, was nicht zum Behandlungskonzept gehört, ist sogar schwieriger, als den Alkoholkonsum plötzlich zu unterbrechen. Will man mit DHC aufhören, ist ein allmähliches Abdosieren zu empfehlen. Die zweite, wichtige Nebenwirkung ist eine höhere Lebensgefahr bei groben Dosierungsfehlern. Todesfälle unter DHC, die in den Neunzigerjahren alle mit unstrukturierter Einnahme zu tun hatten, sind im genauen Mechanismus nicht völlig geklärt. Wir wissen nicht, ob eine Atemlähmung die Todesursache gewesen ist oder eine erhöhte Neigung zu zerebralen Anfällen bei hohen Dosierungen und so weiter. Die Tatsache, dass DHC bei unstrukturierter Einnahme lebensgefährlich sein kann, ist jedenfalls immer zu beachten. Weitere, eher harmlose Nebenwirkungen sind Obstipation und gelegentlich damit verbundene Übelkeit sowie gelegentlicher Juckreiz. Beides führte bei einzelnen Patienten zum Behandlungsabbruch.

Warum hat sich diese Behandlungsempfehlung nicht national/international durchgesetzt?

Albrecht Ulmer: Entdeckungen aus der Praxis haben es immer schwer, sich wissenschaftlich durchzusetzen, und mit der zunehmenden Studienstandardisierung wird es immer schlimmer. Die medizinische Forschung mit Medikamenten liegt weitgehend in der Hand der pharmazeutischen Industrie, die profitorientiert sein muss. Da sind alte Präparate, die quasi nichts kosten, uninteressant. Genau mit denen ergeben sich aber gelegentlich solche neuen Erfahrungen in der Praxis. Solange keine industriellen Gelder in Aussicht stehen, ist auch das Interesse von Universitäten an Studien gering. Die Methode gilt als nicht wissenschaftlich etabliert, damit als nicht präsentabel, wird totgeschwiegen und marginalisiert. Beim DHC kommt der Ruf hinzu, eine Substanz zu sein, die mit einer Reihe von Todesfällen einhergegangen ist. Und ein Ansatz, der abhängig macht oder hält, schreckt ebenfalls primär ab. Es würde am ehesten ein öffentliches Interesse oder ein Engagement von Stiftungen brauchen. Ich habe immerhin über die internationalen Fachgesellschaften Europad und ESBRA lebendige Aufnahme an Konferenzen und die Möglichkeit zur internationalen Publikation gefunden. Prof. Walter von der Uniklinik Wien hat nach meiner Präsentation beim ESBRA-Kongress im September 2011 ins Publikum gesagt, sie würde eine Studie planen. Aber auch dort scheint es wohl schwierig, die erforderlichen Gelder aufzutreiben. Möglicherweise hemmen auch skeptische Diskussionen in psychiatrischen Fachkreisen die Entwicklung. Die Schwierigkeiten, Gelder für angemessene Studien aufzutreiben, zeigen ein Grundproblem medizinischer Forschung. Aber die fast 1500 vorausgegangenen Entzugsbehandlungen und «Therapien» bei unseren 110 Patienten zeigen, welche enormen Finanzmittel schnell eingespart wären.

Versuchen Sie selber, Studien zu diesem Thema aufzulegen?

Albrecht Ulmer: Als Praktiker brauche ich dafür Partner. Ich versuche deshalb, systematisch zu dokumentieren, die Erfahrungen auf Suchtkongressen vorzustellen und zu publizieren. Die wissenschaftliche Resonanz ist aus den genannten Gründen zurückhaltend, nur vereinzelt begeistert. Aber es zählt erst, wenn greifbare, über Ethikkommissionen angemeldete Studien initiiert werden. Eine Ausbreitung über Kollegen, die es einfach auch probieren, ist KEINE Alternative, weil die Gefahr eines wieder unstrukturierten Einsatzes bei dann mangelnder wissenschaftlicher Etablierung viel zu hoch wäre. Das würde Patienten gefährden und im Falle neuer Todesfälle jede weitere Entwicklung dieses hoffnungsvollen Ansatzes blockieren. Meine grösste Hoffnung basiert auf einem Engagement von Stiftungen. Darum konnte ich mich bisher aber noch nicht systematisch kümmern.

Wie sieht es insgesamt in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit aus?

Albrecht Ulmer: Grosse therapeutische Weiterentwicklungen oder Fortschritte hat es nicht gegeben, obwohl die Alkoholsucht enorm verbreitet ist. In der Praxis erleben wir Alkoholabhängigkeit als fürchterliche, uner-

bittlich chronische Krankheit mit absolut unbefriedigenden therapeutischen Möglichkeiten. In unserem Praxisschwerpunkt HIV-Infektionen haben wir in den letzten 20 Jahren phänomenale wissenschaftliche Fortschritte erlebt, die auch auf erheblichen Gewinnspannen der pharmazeutischen Industrie basieren. Sie haben dazu beigetragen, dass die Teilung der Welt in arme Länder, wo es die wirksamen Medikamente nicht gibt, und reiche Länder mit Zugang zu allen Medikamenten schlimmer geworden ist. Aber in unserer gut situierten Region kommen die Patienten heute wie gesund ins Sprechzimmer. Es ist also gelungen, dass sie von Krankheit und Therapie weitgehend unbeeinträchtigt mit ihrer Krankheit leben können. Davon sind wir bei den Suchtkrankheiten noch weit entfernt. Das Gros

der Suchtkranken betritt unsere Sprechzimmer noch immer mit deutlicher Beeinträchtigung durch die Krankheit oder auch durch die Therapie. Wir haben noch grosse Aufgaben vor uns. Aber es zeigt sich, dass diese zu meistern sind. ●

Korrespondenzadresse:

Albrecht Ulmer

Schwabstrasse 26

D-70197 Stuttgart

E-Mail: albrecht.ulmer@gmx.ch

Referenzen:

1. Ulmer A, Müller M, Frietsch B: Dihydrocodeine for the Treatment of Alcohol Dependence. *Heroin Addict Relat Clin Probl* 11, 1 (2009) 15–22.
2. Ulmer A, Müller M, Frietsch B: Dihydrocodeine / agonists for alcohol dependents. *Frontiers in Psychiatry/Addict. Dis* (2012) 3, 21, 1–7.