Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 36 (2010)
Heft: 2

Artikel: Doping am Arbeitsplatz
Autor: Krämer, Katrin
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800200

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Doping am Arbeitsplatz

In Deutschland helfen etwa 540'000 Berufstätige in der Altersgruppe der 20- bis 50-Jährigen gezielt mit aufputschenden, konzentrationssteigernden oder beruhigenden Arzneien nach, um Aufmerksamkeit, Ausdauer und Stressresistenz am Arbeitsplatz zu steigern. Dies zeigt der Gesundheitsreport 2009 der Deutschen Angestellten-Krankenkasse DAK.[1]

Katrin Krämer
Dr. rer. soc., stellv. Bereichsleiterin Arbeit & Gesundheit,
IGES Institut GmbH, Friedrichstrasse 180, D-10117 Berlin,
Tel. +49 (0)30 230 809 37, Katrin.Kraemer@iges.de[2]

Der im Februar 2009 veröffentlichte Gesundheitsreport[3] der Deutschen Angestellten-Krankenkasse DAK[4] knüpft an die im Vorfeld zunehmend aufgekommene Berichterstattung über Phänomene wie «Gehirn-Doping», «Brain Booster» und vor allem das «Neuro-Enhancement» an.

Ungeachtet des Defizits an epidemiologischen Daten suggerierte die aufgekommene Debatte, dass das Phänomen sehr weit verbreitet sei. Speziell das Ergebnis einer Online-Befragung des amerikanischen Wissenschaftsmagazin Nature wurde – ohne entsprechende Gewichtung, Einordnung und Bewertung – vielfach beachtet und gesamtgesellschaftlich übertragen.[5] Von 1'400 WissenschaftlerInnen gab hier etwa jede/r Fünfte an, ohne medizinische Notwendigkeit bereits Medikamente eingenommen zu haben, um Konzentration, Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen anzuregen.

Medikamente, die u. a. die berufliche Belastbarkeit steigern, indem sie gewisse kognitive und emotionale Funktionen über ein normales Mass hinaus verbessern, wecken Begehrlichkeiten. Dies zeigte auch die Online-Befragung der Zeitschrift *Gehirn & Geist* im Herbst 2008: 60% von insgesamt 170 befragten Personen würden Medikamente zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit nehmen, wenn keine Nebenwirkungen zu befürchten und die Medikamente erhältlich wären.[6]

Der Wunsch, Gehirnfunktionen im Sinne einer Steigerung und Veränderung der Wahrnehmung zu beeinflussen, ist nicht neu. Gleichwohl erschien der DAK neu, dass sich offenbar Methoden, Mittel und nicht zuletzt auch Zielsetzungen ändern. Als manipulierende Substanzen rücken zugelassene und verschreibungspflichtige Arzneimittel – neben illegalen Drogen wie Kokain etc. – in den Fokus. Mit dem «Psycho- und Neuro-Enhancement» wird speziell die Verbesserung von Kognition, Emotion und Motivation insbesondere für eine gesteigerte berufliche Performance angestrebt. Vor allem der Bezug zur Arbeitswelt veranlasste die DAK, diese Beobachtungen unter dem Label «Doping am Arbeitsplatz» zu subsumieren.

Was kennzeichnet «Doping am Arbeitsplatz»?

«Doping» wird in erster Linie mit dem Hochleistungssport in Verbindung gebracht, dem nationale und internationale Kontroll- und Regelungswerke entgegenwirken sollen. Für die inhaltliche Eingrenzung von «Doping am Arbeitsplatz» fehlt es hingegen an einer Definition. Daher wurde der Versuch unternommen, die Definition der Welt-Anti-Doping-Agentur WADA[7] auf die Arbeitswelt zu übertragen. Zentraler Gegenstand von «Doping am Arbeitsplatz» wurde damit die systematische Einnahme körperfremder Substanzen wie Arzneimittel, um eine Leistungssteigerung bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit zu erreichen. In diesem Sinne wurde das Augenmerk ausschliesslich auf Medikamentendoping und zwar speziell mit verschreibungspflichtigen psycho- und neurotropen Pharmaka gerichtet. Ein weiteres Kriterium war die Bedingung, dass die Medikamenteneinnahme medizinisch nicht indiziert sein sollte, d.h., dass nicht die Therapie einer diagnostizierten Krankheit im Vordergrund steht.

Mit dieser inhaltlichen Eingrenzung wurden «Doping im Breitensport» oder die Nutzung von Lebensgenussmedikamenten (auch: Lifestyle-Medikamente) für Haarwuchs, Faltenreduktion, Potenz und Gewichtsreduktion (z.B. Botulinumtoxin (kurz: BOTOX), Viagra®, Appetitzügler etc.) im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2009 nicht vertiefend behandelt. Nicht zuletzt aus forschungsökonomischen Gründen wurde auch das so genannte «Alltagsdoping» in Form des allmorgendlichen Muntermachers Kaffee oder des Alkohols am Abend sowie der Konsum freiverkäuflicher Arzneimittel nicht in die Studie mit eingeschlossen. Der Konsum illegaler Drogen wie Kokain, Ecstasy etc. bildete aus den gleichen Gründen keinen Schwerpunkt im DAK-Gesundheitsreport 2009.

Zur Verbreitung von «Doping am Arbeitsplatz» – Ergebnisse der DAK-Bevölkerungsbefragung

Aufgrund der begrenzten epidemiologischen Datenlage wurde für den DAK-Gesundheitsreport 2009 eine eigens entwickelte Online-Befragung im Zeitraum November bis Dezember 2008 durchgeführt. Der repräsentative Querschnitt umfasste 3'000 aktiv Erwerbstätige im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Nachfolgend einige Ergebnisse der Befragung unter 20- bis 50-jährigen Erwerbstätigen:

- Mit rund 44% meinte nahe jede/r Zweite, dass Arzneimittel, die zur Linderung und Behandlung von z.B. alters- und krankheitsbedingten Gedächtniseinbussen oder Depressionen entwickelt wurden, auch bei Gesunden wirken. Nahezu jede fünfte Person (18,5%) kannte auch persönlich mindestens eine Person, die bereits derartige Arzneimittel ohne medizinisch triftige Gründe eingenommen hat bzw. einnimmt.
- Ausserdem hat mehr als jede fünfte Person (21,4%) persönlich bereits die Erfahrung gemacht, vorrangig im direkten sozialen Umfeld wie Familie oder Kollegen, dass ihr/ihm ohne Therapienotwendigkeit derartige Medikamente empfohlen wurden (vgl. Abbildung 1). Gut ein Viertel der Befragten gab zudem an, dass die Empfehlung nicht nur von KollegInnen, FreundInnen oder von ÄrztInnen stammte, sondern – allgemein gefragt – *von anderen Quellen*.[8] Bei diesem Personenkreis kann nicht ausgeschlossen werden, dass u.a. die Darstellungen in den Medien als Empfehlung aufgefasst wurden. Zugleich sind hier die vielfältigen Optionen des Internets, speziell das Angebot an einschlägigen Diskussionsforen zu nennen.

5% der Befragten haben Dopingerfahrung

Rund 5% der aktiv Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren konnten nach eigenen Angaben als «DoperIn» bezeichnet werden. Dabei «dopen» mehr berufstätige Frauen als Männer. Weitere beachtenswerte Geschlechterunterscheide zeigten sich beispielsweise dahingehend, dass Männer häufiger Medikamente, die gegen Gedächtniseinbussen, Müdigkeit, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen wirken, einnahmen. Frauen tendierten stärker zu Arzneimitteln gegen depressive Verstimmungen und nahmen potente Medikamente im Vergleich zu den Männern häufiger täglich ein. Ein beachtlicher Teil der Befragten macht die Häufigkeit der Einnahme hingegen vom Präparat bzw. Wirkstoff oder der persönlichen Verfassung abhängig (vgl. Abbildung 2).

Wie und woher werden die Präparate bezogen?

Die Gruppe der selbstbenannten «DoperInnen» sollte jedoch entsprechend der Arbeitsdefinition weiter eingrenzt werden. Speziell die Art des Bezugs der Arzneien stellte ein wesentliches Einschlusskriterium dar (vgl. Abbildung 3).

Als Bezugsquelle dominierte die Standortapotheke. Hierher hatten insgesamt 44,5% (Frauen: 48,4%; Männer: 39,3%) die jeweiligen Präparate ohne Rezept bezogen. Da es sich hier nur um freiverkäufliche und auch apothekenpflichtige und damit entsprechend der inhaltlichen Eingrenzung nicht um «dopingrelevante» Arzneien handeln konnte, wurde dieser Personenkreis im Weiteren nicht mehr zu den «DoperInnen» gezählt.

Hinsichtlich der Frage nach dem Bezug der Arzneien wurden neben der Standortapotheke sehr häufig, insbesondere in der Gruppe der Frauen, wieder KollegInnen, FreundInnen oder die Familie genannt. Auch hatten 14,1% die Präparate über Arztrezepte bezogen. Da angenommen wurde, dass so genannte Enhancement-Mittel auch über Privatrezept verbreitet werden, überraschte der Befund, dass diese in der Gruppe «mit Rezept» jedoch nur eine untergeordnete Rolle spielten.[9] Internetapotheken stehen bei den Bezugsquellen mit insgesamt 12,2% an dritter Stelle der Nennungen. Mehr als jede/r Zehnte gibt an, dass die Enhancement-Mittel ebenfalls ohne Rezept von anderen Versandquellen bezogen wurden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Bezugsquellen vielfältig sind und ein nicht unerheblicher Teil die Enhancement-Mittel abseits geregelter Formen der Arzneimittelversorgung bezog - eine Beschaffungspraxis, die gemäss jüngster Studien von Internetangeboten zunehmend unterstützt wird:

- Nach einer Studie der Organisation European Alliance for Access to Safe Medicines EAASM in 2008 boten 102 von 116 Anbietern im Internet den Versand verschreibungspflichtiger Medikamente ohne Rezept an. Dies entspricht einem Anteil von nahezu 90%. Testweise bestellt wurden Arzneimittel gegen Demenz und Lifestylemedikamente.[10]
- Zu ähnlichen Ergebnisse kam auch eine Studie des US-amerikanischen National Center of Addiction and Substance Abuse CASA, die ebenfalls 2008 veröffentlicht wurde. Es wurden 85% von 159 Internetanbietern ermittelt, die nicht die Einreichung bzw. Übersendung eines Rezepts forderten und damit die Rezeptpflicht ignorierten.[11]

Wie weit verbreitet ist «Doping am Arbeitsplatz» nun wirklich?

Basierend auf den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung und den hier zugrunde gelegten Ein- und Ausschlusskriterien, d.h. speziell nach Häufigkeit der Einnahme und der Bezugsquelle bzw. Beschaffungspraxis, ist von 1,0% bis 1,9% «DoperInnen« in der Gruppe der aktiv Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren auszugehen:

- Etwa ein Prozent «dopte« nach eigenen Angaben regelmässig bis täglich und beschaffte sich zugleich die Präparate abseits geregelter Formen der Abgabe von Arzneimitteln.
- Etwa ein weiteres Prozent nahm potente Arzneimittel teils gezielt ein – in Abhängigkeit vom Präparat und der persönlichen Verfassung – und teils auch auf (Privat-) Rezept trotz fehlender medizinischer Notwendigkeit.[12]

Nach diesen Ergebnissen und den hier zugrunde gelegten Ein- und Ausschlusskriterien gruppierte der DAK-Gesundheitsreport 2009 etwa 2,0% aller Befragten als «DoperIn« ein. Dies entspricht – bezogen auf die Erwerbstätigenpopulation im Alter von 20 bis 50 Jahren des Jahres 2008 – rund 540'000 Berufstätigen in Deutschland, die gezielt mit Arzneimitteln nachhelfen. Auch wenn diese Zahl von über 500'000 Betroffenen quantitativ eine beachtliche Dimension darstellt, stützten die Ergebnisse u.E. nicht die Annahme, dass «Doping am Arbeitsplatz» bzw. «Enhancement» ein (bereits) weit verbreitetes, gesamtgesellschaftliches Phänomen sei. Vielmehr verstärkte sich der Eindruck, dass in der Öffentlichkeit ein verzerrtes Bild gezeichnet wurde.

Eine ganz andere Einfärbung nahm dieser Eindruck jedoch vor dem Hintergrund der Frage nach denkbaren Nebenwirkungen derart potenter Arzneimittel an:

- Bezogen auf alle Befragten waren 3,4% der Meinung, dass mit der Einnahme potenter Arzneimittel keine oder nur

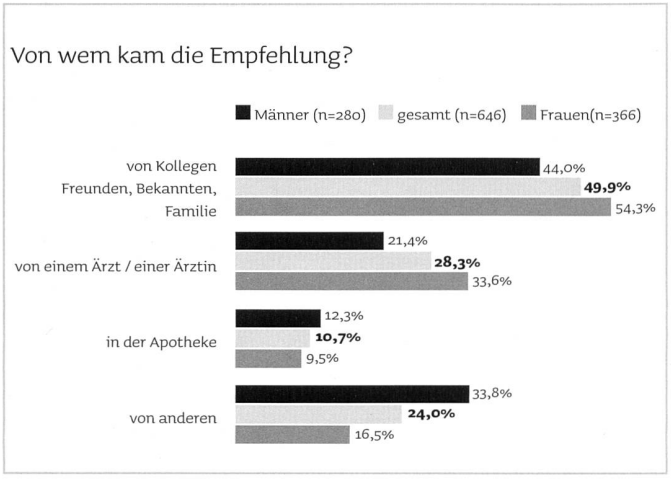


Abb. 1: **Befragte, differenziert nach Quelle der Empfehlung insgesamt und differenziert nach Geschlecht (Mehrfachantworten möglich; Basis: nur Befragte, die bereits eine Empfehlung erhalten haben (n = 646))**
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2009

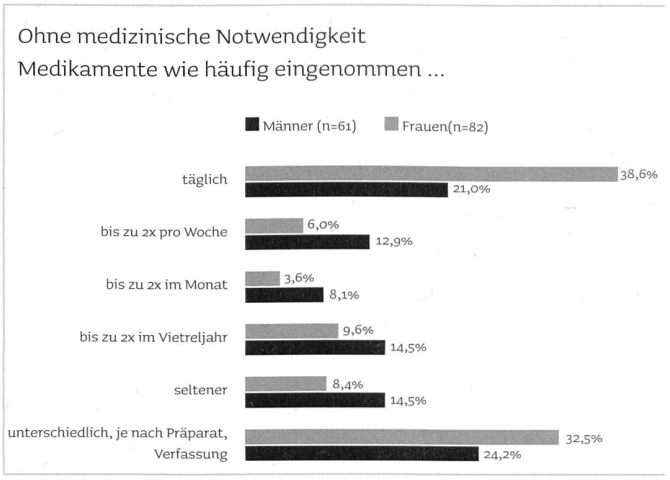


Abb. 2: **Befragte, differenziert nach Häufigkeit der Medikamenteneinnahme, insgesamt und differenziert nach Geschlecht (Mehrfachantworten möglich; Basis: nur Befragte, die die potenten Medikamente ohne medizinisch triftige Gründe einnehmen bzw. bereits eingenommen haben (n = 143))**
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2009

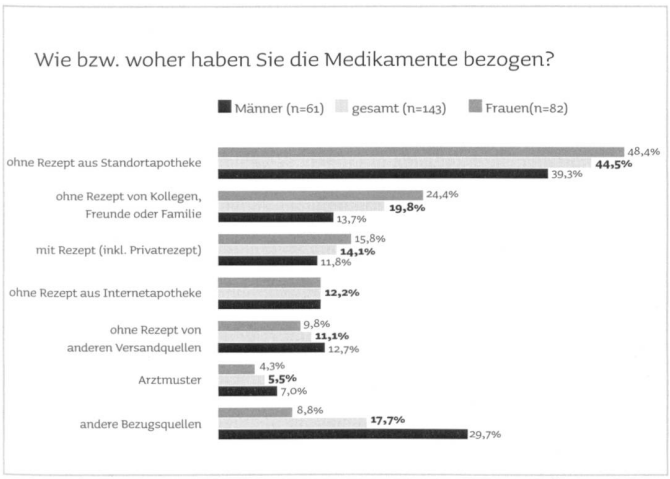


Abb. 3: **Befragte, differenziert nach Bezug der Arzneien, insgesamt und differenziert nach Geschlecht (Mehrfachantworten möglich; Basis: nur Befragte, die potente Medikamente ohne medizinisch triftige Gründe einnehmen bzw. bereits eingenommen haben (n = 143))**
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2009

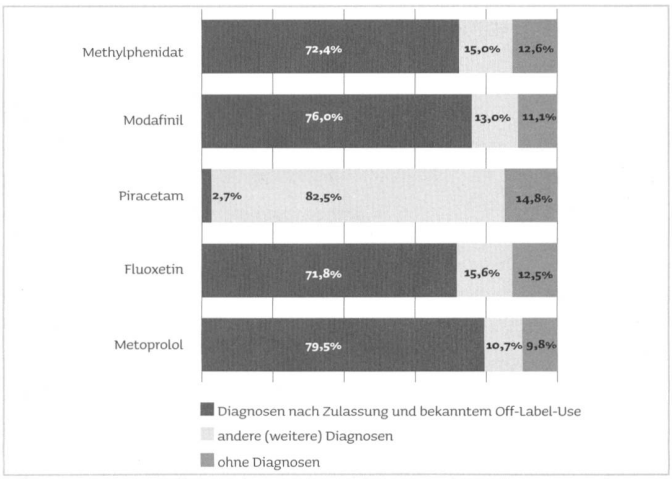


Abb. 4: **Versicherte mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2007 differenziert nach Wirkstoffen und Diagnoseangaben**
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2009

sehr geringe Risiken verbunden seien. Mit 20,3% meinte ein beachtlicher Teil, dass die Risiken im Vergleich zum Nutzen vertretbar seien. Jedoch gut die Hälfte gab an, dass die Einnahme mit gesundheitlichen Risiken verbunden sei, die die intendierte Wirkung bzw. den Nutzen konterkarieren könnten.

Diese geringe Risikobereitschaft in Bezug auf eine medizinisch nicht indizierte Medikamenteneinnahme könnte im Umkehrschluss jedoch bedeuten, dass mit der Entwicklung nebenwirkungsarmer Arzneimittel, die auch bei Gesunden Emotion, Motivation und Kognition verbessern, nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich das Phänomen des arbeitsplatz- bzw. berufsbezogenen Dopings in Zukunft ausweiten wird.[13]

Verordnete Psycho- und Neuro-Pharmaka: sinnvolle Therapie oder verordnetes Doping?

Unklar bleibt nach den Befragungsergebnissen, ob und inwieweit ÄrztInnen Gesunden derartige potente Medikamente ohne medizinische Notwendigkeit verordnen. Dieser Frage wurde im Rahmen der Analysen der Arzneiverordnungen der DAK-versicherten Erwerbstätigen des Jahres 2007 im Abgleich mit den Diagnosen der niedergelassenen ÄrzteInnen nachgegangen.[14] Die Analysen basieren auf den Arzneiverordnungen, die seitens der Apotheken bei der DAK - Kassenleistung und Erstattungsfähigkeit vorausgesetzt – zur Erstattung eingereicht wurden. Privatrezepte sind daher von der Analyse ausgeschlossen.

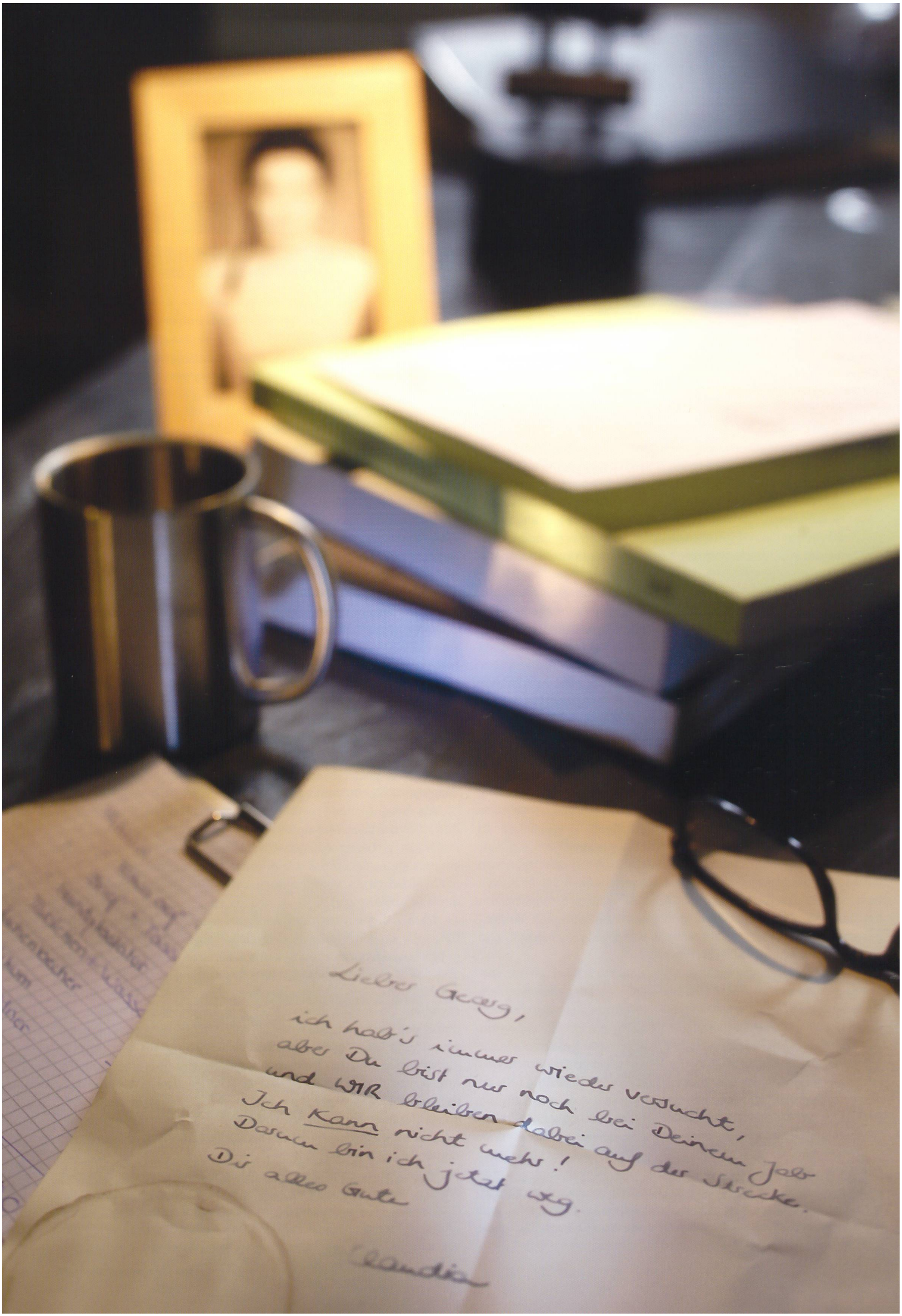
Konkret wurde untersucht, bei wie vielen Versicherten mit Verordnung ausgewählter potenter Wirkstoffe die Diagnosedaten ein Erkrankungs- und Störungsbild dokumentieren, dass dem Anwendungsgebiet gemäss Arzneimittelzulassung entspricht und damit die medizinische Notwendigkeit für das «verordnete» Enhancement belegen. Dem ist hinzuzufügen, dass im deutschen Sozialrecht das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung GKV an den Krankheitsbegriff gebunden ist. Dieser bildet die Basis für die Definition von Leistungsansprüchen an die Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen sind demnach nur zur Übernahme der Behandlungskosten verpflichtet, wenn körperliche Funktionsstörungen vorliegen oder wenn eine Regel-Abweichung so gravierend ist, dass die Teilnahme am sozialen Leben eingeschränkt wird. Die Entscheidung über eine Verordnung eines Arzneimittels liegt damit prinzipiell bei einem Arzt und ist durch entsprechende Indikation in Form von Diagnosen zu begründen.

Die Analyse, ob spezifische Verordnungen zu Lasten der DAK - einbezogen wurden die Wirkstoffe Methylphenidat, Modafinil, Piracetam, Fluoxetin und Metoprolol[15] – den Daten nach medizinisch begründet waren, erfolgte im ersten Schritt durch die Verknüpfung der Verordnung mit den ambulanten ärztlichen Diagnosen der Jahre 2007 und 2006. Blieb dieser Abgleich ohne Ergebnis, wurde in weiteren Schritten nach entsprechenden Diagnosenennungen in den Krankenhaus- und anschliessend in den Arbeitsunfähigkeitsdaten der erwerbstätigen DAK-Versicherten gesucht. Eine Verordnung wurde praktisch als begründet angesehen, wenn eine spezifische Diagnose im Verordnungsquartal oder zwei Quartale vor bzw. nach der Verordnung codiert wurde. Diesem «therapeutischen Enhancement»[16] wurden Versicherte mit Verordnungen gegenübergestellt, bei denen die Leistungsdaten weitere und damit zulassungsüberschreitende sowie ggf. auch keine Diagnosen aufwiesen. Teils wissenschaftlich anerkannter Einsatz von Arzneien ausserhalb des zugelassenen Anwendungsgebietes, sogenannter Off-Label-Use, wurde der zulassungsgemässen Anwendung gleichgestellt.[17]

Als wesentliches Ergebnis des Vergleichs bleibt festzuhalten, dass sich bei allen hier untersuchten Wirkstoffen gewisse Inkonsistenzen in Bezug auf die Arzneiverordnungen und Diagnosen zeigten. Besonders gross war diese «Lücke» der medizinisch nicht nachvollziehbaren Verordnungen beim Antidementivum Piracetam (vgl. Abbildung 4).

Dass z.B. auch bei dem Wirkstoff Methylphenidat die Daten für mehr als ein Viertel der Versicherten mit mindestens einer entsprechenden Verordnung keine adäquate Diagnose aufwiesen und damit nicht die erforderliche Begründung enthielten, deutet auf mögliche Fehl- und Überversorgungen hin. Der Wirkstoff Methylphenidat unterliegt dem Betäubungsmittelgesetzt BtMG und damit den Bestimmungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung BtMVV, was mit Auflagen in Bezug auf Vertrieb, Dokumentation und Höchstmengen der Verschreibung einhergeht. Angesichts dieser Auflagen war es plausibel zu erwarten, dass nahezu alle Versicherten mit mindestens einer Verordnung Diagnosen aufweisen, die einer Anwendung im Sinne der Arzneimittelzulassung entsprechen. Die Daten widersprechen hingen dieser Annahme.

Ungeachtet fehlender Vergleichsstudien und der Tatsache, dass nur wenige Versicherte, die im Jahr 2007 durchgängig bei der DAK versichert waren, eine derartige Verordnung erhielten – beim Wirkstoff Methylphenidat zählt die DAK nur 0,35 Betroffene je 1'000 Versicherte, wurde durch den Vergleich von Verordnungen und Dia-


Lieber Georg,
ich hab's immer wieder versucht,
aber Du bist nur noch bei Deinem Job
und WIR bleiben dabei auf der Strecke.
Ich kann nicht mehr!
Darum bin ich jetzt weg.
Dir alles Gute
Claudia

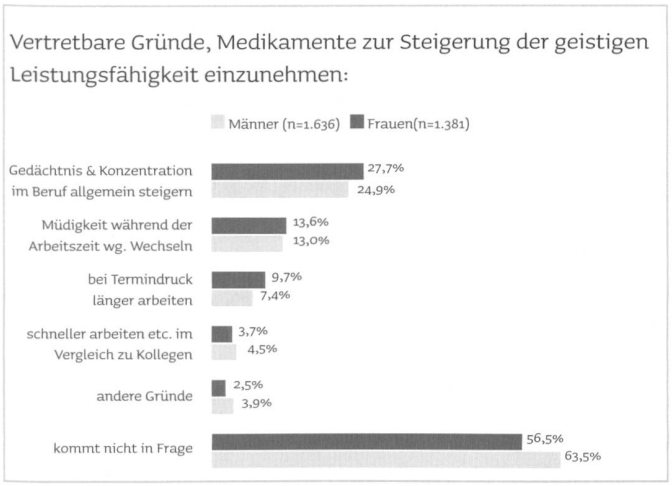


Abb. 5: **Wenn Sie einmal Ihre persönliche Situation betrachten, was wären für Sie persönlich vertretbare Gründe, ohne medizinische Notwendigkeit Medikamente zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit einzunehmen? (Mehrfachantworten möglich (N = 3.017))**
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2009

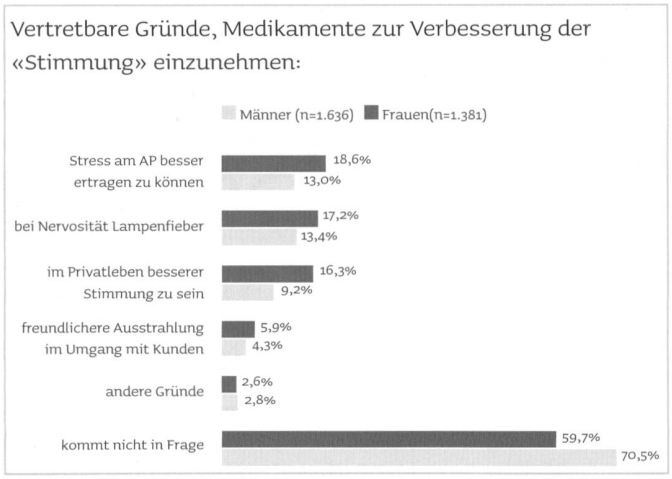


Abb. 6: **Was wären für Sie persönlich vertretbare Gründe, Medikamente zur Verbesserung der psychischen Befindlichkeiten ohne medizinische Notwendigkeit einzunehmen? (Mehrfachantworten möglich; (N = 3.017))**
Quelle: DAK-Gesundheitsreport 2009

gnosen eine Anwendung verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Sinne von «Doping am Arbeitsplatz» nicht widerlegt. Nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Bevölkerungsbefragung schliesst die DAK nicht aus, dass Versicherte Arzneimittel zum Zwecke der Wunscherfüllung für eine verbesserte kognitive Leistungsfähigkeit und/oder höhere psychische Belastbarkeit verordnet bekommen.

Auslöser und verstärkende Faktoren von Doping am Arbeitsplatz

Die im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports diskutierten Auslöser und Ursachen für «Doping am Arbeitsplatz» sind mehrschichtig und umfassen neben individuellen und arbeitsweltlichen Faktoren auch wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen.

Die Klärung, was Ursachen, Auslöser und verstärkende Faktoren von «Doping am Arbeitsplatz» sein könnten, war auch Gegenstand der Bevölkerungsbefragung. Auch hier zeigten sich einige Auffälligkeiten, die u.a. Ansätze zur Prävention und Intervention im betrieblichen Handlungsfeld aufzeigen. Die Frage wurde den Erwerbstätigen differenziert nach zwei Wirkrichtungen gestellt. Abbildung 5 zeigt das Ergebnis bezüglich Arzneimittel zur Steigerung von z.B. Kognition und Vigilanz (Daueraufmerksamkeit):

- Rund 28% der Frauen und gut 25% der Männer erachteten das Bedürfnis, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen im Beruf generell steigern zu wollen, als vertretbaren Grund für die Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Notwendigkeit. Dass der Anteil der Männer, die dieses Argument als vertretbar beurteilten, geringer ausfiel als der der Frauen, überraschte. In Bezug auf die bewusste Wirkrichtung der Medikamentenanwendung ohne medizinische Notwendigkeit hatten in der Gruppe der aktiven «DoperInnen» mehr Männer als Frauen Gedächtniseinbussen oder Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen angegeben.
- Mit bereits deutlichen Abständen auf den Beweggrund «Steigerung der Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen» folgte das Ziel der Kompensation von Müdigkeit während der Arbeitszeit bei dauernder Tätigkeit im Tag-Nachtschicht-Wechsel sowie auch das Motiv, mit Hilfe der Medikamenteneinnahme bei Termindruck länger arbeiten zu können.

Und welche Gründe wurden als vertretbar bewertet in Bezug auf Medikamente zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens? Aus Sicht der Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren zählten hierzu insbesondere häufiger Stress am Arbeitsplatz und andere berufliche Probleme mit dem Ziel der besseren Bewältigung. Nahezu gleichauf lag die Erwartung, Nervosität, Lampenfieber oder ähnliche Probleme in beruflichen Situationen besser meistern zu können (vgl. Abbildung 6).

Bemerkenswert war bei nahezu allen abgefragten Gründen der Geschlechtsunterschied. Auch fiel auf, dass Frauen nahezu alle abgefragten Gründe als vertretbarer einschätzten als die befragten Männer. Lediglich was die Konkurrenzsituation am Arbeitsplatz anbetraf, schätzten etwas mehr Männer als Frauen die Einnahme von Medikamenten zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit als vertretbarer ein (vgl. Abbildung 3).

Für beide Zielrichtungen ist jedoch nachzutragen, dass für die Mehrheit der befragten Männer und Frauen die Einnahme potenter Medikamente ohne medizinische Notwendigkeit grundsätzlich nicht in Frage kam. Auch hier galt, dass jeweils nennenswert mehr Männer als Frauen eine derartige Medikamenteneinnahme als nicht vertretbar beurteilten. Besonders ausgeprägt war diese Differenz bei der Zielperspektive «Verbesserung des psychischen Wohlbefindens».

Wie ist dieses Ergebnis zu interpretieren? Neigen Frauen eher zum «Doping am Arbeitsplatz» oder spiegeln die Zahlen lediglich eine vermeintlich positivere Einstellung von Frauen gegenüber Medikamenten «an sich» wider? Eng verknüpft mit diesem Argument sind Erkenntnisse dahingehend, dass stets mehr Frauen als Männer zur Gruppe der regelmässigen ArzneimittelanwenderInnen zu zählen sind. Zudem bekommen Frauen häufig mehr Medikamente verordnet als Männer und entwickeln häufiger eine Medikamentenabhängigkeit.

Zur Prävention von «Doping am Arbeitsplatz»

Die Befragungsergebnisse weisen zum einen darauf hin, dass die berufliche Leistungsfähigkeit heutzutage zunehmend mehr von den individuellen kognitiven und psychischen Ressourcen abhängig ist. Wichtige Ressourcen dergestalt können z.B. schnelle Auffassungsgabe, gutes Erinnerungsvermögen, lebhafte Kreativität und fokussierte Aufmerksamkeit neben Ausdauer und Stressresistenz sein. Der vielfach beschriebene Wandel der Arbeitswelt scheint dabei nicht nur in Form von konkreten Anforderungen zu wirken, sondern vermag Beschäftigte auch in Form von impliziten Normen und Wunschbildern zu beeinflussen: Schlauer, schneller, effektiver sein als andere – und das ggf. mit Hilfsmitteln.

Zum anderen geben die Befragungsergebnisse zu erkennen, dass eine verstärkte Prävention von in der Organisation begründeten psychischen Belastungen wie z.B. Zeit- und Termindruck sowie auch ein berufsbezogenes Coaching, insbesondere im Sinne einer problemorientierten Stressbewältigung, für die Reduktion auslösender Belastungssituationen und damit für die Prävention von «Doping am Arbeitsplatz» zielführend sein könnte. Beispielsweise wurden die diversen Motive für «Doping am Arbeitsplatz» von den Befragten als vertretbarer eingeschätzt, wenn die eigene Arbeitssituation mit hohem Stress, Arbeitsplatzunsicherheit und Konkurrenz charakterisiert wurde, im Vergleich zu denjenigen, die ihre Arbeitssituation als zumeist angenehm und vom Pensum her als gut zu schaffen beurteilten.

Hinzu kommt, dass betriebliche Rahmenbedingungen (z.B. indirekte Steuerung von Prozessen, direkte Markt- und Kundennähe) gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen scheinbar zunehmend weniger Zeit und Raum für eine ausreichende Genesung lassen. In Folge dessen ist nicht auszuschliessen, dass die Einnahme von Medikamenten anstelle von umfassenden, nicht-pharmakologischen Therapien und/oder einer temporären Arbeitsunfähigkeit den Vorzug erhält. Verstärkt wird dieser Eindruck dadurch, dass bei Schmerzen, Unwohlsein, Leistungsdruck, Stress etc. die Einnahme von Arzneien ein gesellschaftlich akzeptiertes Bewältigungsverhalten in Alltag und Beruf zu sein scheint, weil schneller und unkomplizierter als das Durchführen manifester Änderungen.

Alles in allem stellt aus Sicht der DAK «Doping am Arbeitsplatz» für mehr Motivation, Emotion, Kognition und damit einhergehend für eine höhere Stressresistenz jedoch nur eine Scheinlösung dar im Gegensatz zu betrieblichen Ansätzen wie der Optimierung der Arbeitsorganisation, des Führungsverhaltens etc. Das Kernproblem – der alltägliche Umgang mit stetigen Leistungsanforderungen und die Entstehung dysfunktionaler Bewältigungsstrategien – würde auf die Weise zudem nur auf die individuelle Ebene verlagert werden.

Auch weist die DAK darauf hin, dass die in der Diskussion stehenden Psycho- und Neuro-Pharmaka und die Verfestigung derart pathologischer Verhaltensweisen auf lange Sicht nicht unerhebliche Gesundheitsrisiken und ein Suchtpotenzial in sich bergen. In diesem Kontext richtet die DAK ihre präventiven Strategien langfristig auf einen gesundheitsbewussten Lebensstil anstelle eines leichtfertigen Umgangs mit Medikamenten aus, auf individuelles Wohlbefinden und eine ausgewogene Work-Life-Balance für Motivation und berufliche Leistungsfähigkeit. Betriebliche Angebote der Suchtprävention werden künftig auch «Doping am Arbeitsplatz» einbeziehen müssen.

Wirkungsvolles Doping ohne Risiken und Nebenwirkungen ist Utopie

Da die realistisch anmutenden Visionen von Psycho- und Neuro-Pharmaka in Bezug auf Emotion, Kognition und Motivation in der öffentlichen Darstellung eher überschätzt sowie die Risiken unterschätzt werden, spricht sich der DAK-Gesundheitsreport für flankierende Massnahmen aus. Medikamente bekommen immer mehr das Image von relativ unproblematischen Konsumgütern, was sich z.B. auch am Konsum von Lifestyle-Medikamenten zur persönlichen Optimierung und zum Ausgleich von Defiziten (z.B. Haarausfall, Haut, Potenz) zeigt. Übertriebene positive Darstellungen der Wirkung von Gehirndoping etc. – nicht zuletzt auch aufgrund mangelnder belastbarer empirischer Befunde – sollten kritisch hinterfragt und entsprechend gewichtet werden. Eine zurückhaltende Berichterstattung in den Medien in Bezug auf vermeintliche pharmakologische «Wundermittel» wäre zudem wünschenswert. In diesem Zusammenhang bleibt – auch ein Jahr nach Veröffentlichung des DAK-Gesundheitsreports 2009 – die Frage berechtigt, warum die in den Medien publizierten Möglichkeiten eines pharmakologischen Enhancement in Verbindung mit aus dem Dopingkontext gleichzusetzenden Zielstellungen nicht unter dem Label «Medikamentenmissbrauch» diskutiert werden.●

Literatur

DAK (Deutsche Angestellten-Krankenkasse) (2009): Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2009.pdf, Zugriff 18.03.2010.

Maher, B. (2008): Poll results: look who's doping. Nature 452: 674-675.

Schleim, S. (2008): Mehrheit für IQ-Doping. www.brainlogs.de/blogs/blog/menschen-bilder/2008-11-18/mehrheit-f-r-iq-doping2, Zugriff 27.11.2008.

Nationale Anti-Doping-Agentur Deutschland NADA (2004): Welt Anti Doping Code. Inoffizielle Übersetzung der Welt-Anti-Doping-Agentur WADA. Bonn. www.wada-ama.org/static/PDF/OtherLanguages/Code_deutsch.pdf, Zugriff 26.06.2008.

Endnoten

1 Das Thema «Doping am Arbeitsplatz» wurde 2009 nach Veröffentlichung des DAK-Gesundheitsreports im Bundstag im Rahmen einer Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 16/12490) notiert. Die Bundesregierung bekundete in ihrer Antwort (Drucksache 16/12624), der Problematik in Zukunft Beachtung zu schenken.

2 Das IGES Institut steht für Forschung, Entwicklung und Beratung in den Bereichen Infrastruktur und Gesundheit. Zu den wichtigsten Arbeitsfeldern des Berliner Instituts zählen die Versorgungsforschung und die Gesundheitsberichterstattung. Seit mehr als zehn Jahren erstellt IGES für die DAK den Gesundheitsreport inklusive der jährlich wechselnden Schwerpunktthemen.

3 Vgl. DAK (2009). Dort sind auch weiterführende Literaturangaben erhältlich.

4 Die DAK ist mit rund 6,3 Millionen Versicherten die drittgrösste gesetzliche Krankenversicherung. In Deutschland sind ca. 87% der Wohnbevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung GKV vollversichert. Die GKV schliesst andere gesetzliche Krankenversicher mit ein. Neben dem System der GKV existiert in Deutschland die Private Krankenversicherung PKV. In der PKV sind diejenigen versichert, die von der gesetzlichen Versicherungspflicht der GKV befreit sind. Dies sind vornehmlich Selbständige, FreiberuflerInnen, BeamtInnen sowie ArbeiterInnen und Angestellte, deren Bruttogehalt regelmässig oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt (2010: 49´950€).

5 Vgl. Maher 2008. Vgl. auch den Artikel von Hildt in dieser Ausgabe.

6 Vgl. Schleim 2008.

7 Vgl. Nationale Anti-Doping-Agentur Deutschland NADA 2004.

8 Im Rahmen der Befragung wurde die Antwortkategorie «von anderen» nicht näher spezifiziert.

9 Versicherten in der GKV werden erstattungsfähige Arzneimittel auf Kassenrezept verordnet. Stellt die Verordnung hingegen keine Kassenleistung dar, können auch Versicherte in der GKV ein Privatrezept erhalten. Hierbei handelt es dann um eine Eigenleistung des Versicherten.

10 Vgl. http://v35.pixelcms.com/ams/assets/312296678531/455_EAASM_counterfeiting%20report_020608.pdf (Zugriff: 09. Januar 2009).

11 Vgl. www.casacolumbia.org/articlefiles/531-2008%20You've%20Got%20Drugs%20V.pdf (Zugriff: 09. Januar 2009).

12 Speziell über Privatrezepte kann die über die Verschreibungspflicht bestehende Beschaffungshürde überwunden werden.

13 Einen Ausblick darauf gibt bspw. Biedermann in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.

14 Dies setzt in der Praxis eine hohe Qualität bei der Dokumentation von Diagnosen voraus.

15 Hierbei handelt es sich um eine Auswahl an Wirkstoffen, die hinsichtlich ihres «Dopingpotentials» in der Literatur und im Rahmen von ExpertInnenbefragungen Erwähnung fanden. Zudem stellte diese Auswahl die Schnittmenge zweier zentraler «Dopingziele» dar: 1.) Wirkstoffe zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten und 2.) Wirkstoffe zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens. Zur Pharmakologie der einzelnen Wirkstoffe vgl. den Artikel von Fatke und Förstl in dieser Ausgabe des SuchtMagazin.

16 Beispielsweise Methylphenidat wird zulassungskonform zur Behandlung von bestimmten Formen der Schlafstörung (Narkolepsie) und bei hyperkinetischen Störungen bzw. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS bei Kindern ab sechs Jahren und im Rahmen einer Weiterführung der Therapie bei Jugendlichen im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie verwendet.

17 Die Anwendung des Wirkstoffs Methylphenidat zur Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter, Depressionen oder Essstörungen stellt beispielsweise einen Off-Labe-Use bzw. eine zulassungsüberschreitende Anwendung dar.