

N° 2/2019

Momentum

Das österreichische Journal für positive Suchttherapie
Herausgegeben vom Anton Proksch Institut



Schwerpunktthema Alltagssüchte

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser!

Wenn über Sucht gesprochen wird, dann meist unter der Prämisse, dass man den Betroffenen ihre Krankheit irgendwie anmerkt: an ihrem Verhalten, an ihrem Äußeren, an der Tatsache, dass sie im Alltag oft nicht so „funktionieren“, wie man das von ihnen erwartet. Auf viele Suchtkranke mag das zutreffen; allerdings erfasst dieser oberflächliche Befund bei Weitem nicht das gesamte Spektrum von Sucht.

Abhängig kann jede und jeder sein. Auch ein Top-Manager, der sein Arbeitspensum nicht trotz, sondern wegen der Substanzen schafft, die er konsumiert. Auch eine

Pensionistin, die von mehreren Ärztinnen und Ärzten Schlafmittel verschrieben bekommen hat und ohne diese nicht mehr zur Ruhe kommt. Auch ein junger Mensch, der zwar ganz normal seinem Alltag nachgeht, aber ohne zwei, drei Pillen am Wochenende nicht in Feierlaune kommt.

Damit sind wir schon mittendrin in der zweiten Ausgabe von „Momentum“, dem Journal für positive Suchttherapie des Anton Proksch Instituts. Wir widmen uns einem heiklen Thema, das wir unter dem Begriff „Alltagssüchte“ subsumiert haben. Ob Medikamente, Amphetamine oder Koffein: Viele verschiedene Substanzen fungieren als Treibstoff für unsere Leistungsgesellschaft. Die Abhängigkeit von diesen Substanzen wird oft jahrzehntelang nicht erkannt, bagatellisiert oder achselzuckend hingenommen.

Im Anton Proksch Institut legen wir großen Wert darauf, ALLEN suchtkranken Menschen zu helfen. Gleichzeitig sehen wir es als unsere Aufgabe, die Bewusstseinsbildung zum Thema Sucht zu forcieren, gerade dort, wo wir blinde Flecken orten. „Momentum“ soll dazu Diskussionsbeiträge und Denkanstöße liefern. Ich denke, das wird uns auch mit dieser Ausgabe gelingen.

Abschließend möchte ich mich noch bedanken bei Ihnen, liebe Leserin, liebe Leser. Wir haben nach unserem Launch zu Jahresbeginn tolles Feedback bekommen, das wir als Motivation und Anregung für die weiteren Ausgaben

nehmen. Sagen Sie uns, wie Sie „Momentum“ finden, empfehlen Sie es weiter, und vor allem: Abonnieren Sie es kostenlos unter abo@api.or.at.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS
Geschäftsführerin



4 Koffein: Die zu wenig beachtete Substanz

Wolfgang Beiglböck

8 „Checkit hat Tote verhindert“

Interview mit
Rainer Schmid

12 Medikamente: Die stille Sucht

Roland Mader

16 Selbstoptimierung als moralischer Imperativ

Doping im Alltag

20 Sucht hat viele Gesichter

Infografik

Koffein: Die *zu wenig* beachtete Substanz

Koffein und Koffeinabhängigkeit werden bei der Diagnostik oft übersehen. Dabei sind die Wechselwirkungen mit Suchtmitteln und Medikamenten nicht zu unterschätzen – im negativen, aber auch im positiven Sinn.

WOLFGANG BEIGLBÖCK

Sechs Uhr früh auf einer Drogenentzugsstation einer psychiatrischen Klinik. Ein etwa 40-jähriger Patient erscheint am Pflegestützpunkt und berichtet über innere Unruhe, massive Übelkeit und starken Kopfschmerz. Der Patient hatte über viele Jahre Heroin in hohen Dosen konsumiert, hat seinen körperlichen Entzug aber vor mehr als einer Woche abgeschlossen. Er wies zuvor keinerlei Entzugssymptome mehr auf. Es beginnt also das übliche Prozedere mit der Überprüfung der Vitalfunktionen. Außer etwas erhöhtem Blutdruck und Herzfrequenz können keine besonderen Symptome festgestellt werden.

Es taucht der Verdacht auf, dass der Patient vielleicht heimlich Drogen auf die Station gebracht hatte. Nach einigen Untersuchungen fragt er dann, ob denn in der Klinik keine Koffeintabletten vorrätig seien. Er hatte bis gestern an die 30 Tassen Kaffee pro Tag getrunken, das sei er von seiner Arbeit an einem Imbissstand schon seit Jahren gewohnt. Allerdings sei ihm in den letzten Tagen das Kleingeld für den Kaffeeautomaten ausgegangen, und außerdem sei dieser diese Nacht defekt gewesen, sodass er schon seit zehn Stunden keinen Kaffee mehr getrunken habe – er hätte wohl einen Koffeinentzug. Weder beim medizinischen, psychologischen oder pflegerischen Aufnahmegespräch war er nach seinem Koffeinkonsum gefragt worden ...

Dass Koffein als die wohl mit Abstand am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz (noch weit vor Nikotin und Alkohol) in der Wahrnehmung diverser Gesundheitsberufe kaum eine Rolle spielt, mag auf den ersten Blick Verwunderung auslösen. Eine Erklärung liegt vielleicht in dem Umstand, dass sich z.B. bei Pflegepersonal (die Studien

zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen laufen noch, dürften aber diesen Ergebnissen entsprechen) eine doppelt so hohe Anzahl an Koffeinabhängigkeiten findet wie in der österreichischen Bevölkerung insgesamt. Es könnte also sein, dass die „relative Unterschiedschwelle“ so gering ist, dass ein eventueller Koffeinabusus bei Patientinnen und Patienten nicht gesehen werden kann (bzw. will), um nicht das eigene Verhalten zu gefährden.

Wie Koffein wirkt

Koffein ist ein Purinalkaloid, das in seiner Struktur dem Adenosin gleicht. Werden Körperzellen stark beansprucht, dann wird Adenosintriphosphat (ATP), der zelleneigene und universelle Energieträger, unter anderem zu Adenosin ($C_{10}H_{13}N_5O_4$) abgebaut. Adenosin dockt an nachfolgende Zellen an und hemmt die Ausschüttung einiger Transmittersubstanzen wie z.B. Noradrenalin, Dopamin oder Acetylcholin. Durch seine ähnliche Struktur ($C_8H_{10}N_4O_2$) kann Koffein an die Adenosinrezeptoren andocken und somit die gleichsam „dämpfende“ Wirkung von Adenosin aufheben. Koffein ist also ein kompetitiver Adenosinantagonist und wirkt daher nicht selbst aufputschend, sondern verhindert nur die Wirkung von Adenosin, da dieses an den besetzten Rezeptoren nicht mehr wirksam werden kann. Da ATP in nahezu allen Körperzellen aktiv ist, finden sich Adenosinrezeptoren also nicht nur im Gehirn (dort entsteht die aktivierende, einem milden Psychostimulanzium ähnliche Wirkung), sondern auch in vielen anderen Bereichen, wodurch die mannigfaltige Wirkung von Koffein erklärt werden kann. So wirkt es u.a. auf den Wasserhaushalt, den Kalziumhaushalt, Phosphodiesterasen und die Natrium-Kalium-Pumpe der



UNIV. LEKTOR DR. WOLFGANG BEIGLBÖCK

ist Klinischer und Gesundheitspsychologe sowie Psychotherapeut mit jahrzehntelanger Erfahrung in der Behandlung von Suchterkrankungen. Er arbeitet am Anton Proksch Institut und unterrichtet an mehreren Universitäten psychologische Diagnostik und klinisch-psychologische Interventionstechniken.



Zellwand. Dadurch werden verschiedenste Körperfunktionen in positiver, aber auch negativer Weise beeinflusst.

Koffein wird innerhalb von 20 Minuten von Magen und Darm resorbiert und befindet sich innerhalb von 30 bis 45 Minuten im Blut und in allen anderen Körperflüssigkeiten wie Sperma und Muttermilch. Da es die Blut-Hirn-Schranke durchdringen kann, beginnt auch ab diesem Zeitpunkt die psychostimulierende Wirkung. Bei der oft erlebten unmittelbaren Wirkung eines „starken“ Espressos handelt es sich im Regelfall um eine reine Placebowirkung.

Die unmittelbare Wirkung eines „starken“ Espressos ist ein Placeboeffekt.

In weiterer Folge wird Koffein nahezu vollständig (nur 1 - 5 Prozent werden über den Harn ausgeschieden) über das Enzym CYP450 1A2 metabolisiert. Dies erfolgt beim gesunden Erwachsenen innerhalb von ca. 3,5 Stunden. Allerdings ist die Halbwertszeit stark von Alter (bei Säuglingen bis zu 100 Stunden), Geschlecht (bei Frauen um 20 - 30 Prozent schneller) sowie anderen genetischen Faktoren abhängig. Deswegen können manche Personen noch vor dem Schlafengehen Koffein konsumieren, während andere bereits einige Stunden vorher damit aufhören sollten, um Schlafstörungen zu vermeiden. Über dieses Enzym wird eine ganze Reihe weiterer Pharmaka bzw. anderer psychoaktiver Substanzen abgebaut. So beschleunigt z.B. Nikotin den Koffeinabbau, weswegen einerseits mehr konsumiert wird, bei einem Nikotinentzug jedoch bei gleichbleibendem Koffeinkonsum schneller Anzeichen einer Koffeinüberdosierung (Unruhe, Nervosität, „Magenkribbeln“ etc.) auftauchen können, die dann dem Nikotinentzug zugeschrieben werden, während eine Anpassung der Koffeinzufuhr diese Symptome jedoch verhindern könnte.

Der umgekehrte Effekt gilt z.B. für bestimmte Gichtmedikamente, Antibiotika, Medikamente für Pilzkrankungen, Magensäurehemmer, bestimmte Verhütungsmittel oder Präparate zur Behandlung von Schuppenflechte (vgl. Carillo & Benitez, 2000). Die Auswirkungen eines verminderten Koffeinabbaus werden dann als Nebenwirkungen dieser Präparate gesehen. Im klinisch-psychologischen Bereich ist dieser Effekt insofern von Bedeutung, als z.B. Fluvoxamin, ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), den Koffeinabbau um bis zu 80 Prozent vermindert. Manche Autorinnen und Autoren spekulieren daher, dass die bei manchen Antidepressiva auftretenden Nebenwirkungen vielleicht gar keine Nebenwirkungen des Präparates, sondern des verminderten Koffeinabbaus sind. Der Koffeinkonsum bzw. der Beginn einer Behandlung eines möglicherweise erhöhten Koffeinkonsums sollte daher immer unter Berücksichtigung der laufenden (nicht nur psychiatrischen) Medikation und nach einer ärztlichen Untersuchung erfolgen.

Gesteigertes „Craving“

Eine besondere Bedeutung kommt der Wechselwirkung von Koffein mit anderen missbräuchlich verwendbaren psychoaktiven Substanzen zu. Vor allem für Kokain liegen Befunde vor, nach denen das Verlangen - das so genannte Craving - durch Koffein gesteigert werden kann, was vielleicht auch daran liegt, dass Kokain aufgrund der äußerlichen Ähnlichkeit im Straßenhandel oftmals mit Koffein gestreckt wird. Weiters kann Koffein die toxischen Wirkungen von Amphetaminen verstärken.

In Zusammenhang mit Alkohol bewirkt die stimulierende Wirkung von Koffein eine verminderte Wahrnehmung der mit dem Rausch einhergehenden kognitiven Beeinträchtigungen, was zu einem riskanteren Verhalten führt. Dies ist im Hinblick auf den vor allem unter Jugendlichen verbreiteten Trend, Alkohol mit Koffein (z.B. in Form von Energy Drinks) zu konsumieren, bedenklich. Insbesondere weil Koffein auch dazu führt, dass mehr Alkohol konsumiert wird als ohne Beikonsum koffeinhaltiger Getränke. Somit wird die

Die Dosis macht das Gift: Während moderater Koffeinkonsum leistungssteigernd sein kann, schlägt die Wirkung bereits ab 500 mg ins Gegenteil um und löst Unruhe und Herzrasen aus und kann bei extremer Dosierung sogar zum Tod führen.

Wirkung und Nebenwirkung von Koffein



Alkoholtoleranz gesteigert, was wiederum zu einer erhöhten Gefährdung führt, ein Alkoholproblem zu entwickeln. Es verwundert daher nicht, dass sich unter Alkoholkranken ein signifikant höherer Anteil an Koffeinabhängigen findet als in der Durchschnittsbevölkerung. Koffein steigert auch bei Nikotin den psychostimulierenden Effekt der Substanz. Es erhöht folglich den Nikotinkonsum.

Der Koffeinkonsum wird also mit hoher Wahrscheinlichkeit den Behandlungserfolg einer Alkohol- oder Nikotinentwöhnung beeinflussen. Ganz verzichten sollten Alkoholabhängige auf Kaffee aber eher nicht, da er einen Leber-stärkenden Effekt haben dürfte. Auch die bei Opiatabhängigen oft zu beobachtende Hepatitis C kann dadurch positiv beeinflusst werden.

Angst durch Koffein

Der Koffeinkonsum sollte nicht nur in Zusammenhang mit der Therapie stoffgebundener Suchterkrankungen beachtet werden, sondern auch bei der Behandlung anderer psychiatrischer Erkrankungen, etwa bei Angststörungen. Dem Autor sind sowohl aus Literatur als auch eigener Erfahrung eindeutig koffeininduzierte Angsterkrankungen bekannt. Eine Koffeinanamnese sollte immer vorgenommen werden, um den angstverstärkenden Effekt von Koffein ausschließen zu können und eine eventuelle Koffeinentwöhnungsbehandlung einzuleiten.

Andererseits kommen neueste Metaanalysen zum Ergebnis, dass ein Konsum von 70 bis 550 mg Koffein pro Tag einen nachweisbaren Schutzeffekt vor der Entwicklung einer klinisch bedeutsamen Depression bewirkt. Dieser Effekt verschwindet jedoch, wenn das koffeinhaltige Getränk mit künstlichem Süßstoff konsumiert wird. Beim überhöhten Koffeinkonsum scheint es sich also eher um den Versuch einer Selbstmedikation zu handeln. Auch die Wahrscheinlichkeit eines Suizides sinkt bei einem täglichen Koffeinkonsum von ca. 2 bis 3 Tassen Kaffee um ca. 45 Prozent, bei einem Konsum von acht Tassen steigt sie allerdings wieder. Der protektive Effekt könnte dadurch verursacht sein, dass Koffein einerseits den Serotoninspiegel ansteigen lässt, aber andererseits auch den Adenosin A2A-Rezeptor blockiert. Eine Blockade dieses Rezeptors verbessert – zumindest bei Ratten – die „depressive“ Starre nach extremer Stressbelastung deutlich. Außerdem wird der über die erhöhte Cortisolausschüttung verursachten Schädigung des Hippocampus entgegengewirkt. Der Tasse Kaffee bei Stress scheint daher ebenfalls der Charakter einer Selbstmedikation zuzukommen.

Auch der überhöhte Koffeinkonsum von Patientinnen und Patienten mit ADHS könnte als Selbstmedikation verstanden werden (ebenso wie der überhöhte Amphetaminkonsum). Bereits in den 1970er-Jahren gab es erste Versuche, Koffein – auch bei Schulkindern – als Medikament einzusetzen. Obwohl damit erste Erfolge hinsichtlich Verbesserung

der Hyperaktivität und der Konzentrationsfähigkeit erreicht werden konnten, wurde dies wohl aufgrund neuerer, besser wirksamer und besser dosierbarer (und vielleicht auch finanziell attraktiverer) Medikamente wieder aufgegeben.

Hinsichtlich manifomer Erkrankungen existieren keine befriedigenden wissenschaftlichen Studien. In Einzelfällen wird jedoch davon berichtet, dass hohe Dosen an Koffein manische Episoden auslösen können. Daher wird zu- meist geraten, den Koffeinkonsum aufgrund einer möglichen angstverstärkenden Wirkung zu reduzieren.

Süchtig nach Kaffee

Wie sieht es aber mit Koffein selbst aus – kann eine Abhängigkeitsstörung von Koffein entstehen? Überspitzt formuliert hängt es derzeit davon ab, ob man in Europa oder den USA lebt, ob man die Diagnose „Koffeinabhängigkeit“ erhalten kann oder nicht. Während die ICD-10 (Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, Anm.) ein Abhängigkeitsyndrom diagnostisch zulässt, sind im DSM-V (Diagnostischer Leitfaden psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, der in den USA fast ausschließlich angewendet wird, Anm.) Koffeinkonsumstörungen nur im Kapitel „Klinische Störungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf“ aufgeführt. Koffeinentzug und -intoxikation bzw. koffeininduzierte Störungen (wie Angststörungen oder Schlafstörungen) dürfen allerdings diagnostiziert werden.

Während Kriterien wie „Toleranzentwicklung“, „Entzugserscheinungen“ und „anhaltender Konsum trotz eindeutig schädlicher Folgen“ im Wesentlichen unumstritten sind – drei oder mehr Kriterien reichen für die Stellung einer Sucht-Diagnose im ICD-10 schon –, lassen sich Symptome wie „ein starker Wunsch oder Zwang“ (Craving) oder vor allem ein Kontrollverlust nur bei Menschen mit stark überhöhtem Koffeinkonsum feststellen. Dies dürfte vor allem daran liegen, dass alle Drogen mit Abhängigkeitspotential vor allem die Dopaminausschüttung im Nucleus Accumbens (NACC) fördern, womit unter anderem die beiden letztgenannten Symptome in Zusammenhang gebracht werden. Koffein fördert in den durchschnittlich konsumierten Dosen lediglich die Ausschüttung von Dopamin im präfrontalen Cortex. Erst ein deutlich überhöhter Konsum betrifft auch den NACC.

Zusammenfassend sollte dem Thema Koffeinkonsum nicht nur bei der Behandlung von Suchterkrankungen und allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen, sondern auch aus generalpräventiven Überlegungen im Gesundheitswesen größere Bedeutung zukommen. ■



Eine ausführliche Darstellung, sowie die entsprechende wissenschaftliche Quellenliteratur findet sich in Beiglböck, Wolfgang (2016). Koffein – Genussmittel oder Suchtmittel? Heidelberg: Springer Verlag.

„Checkit hat Tote verhindert“

Vom Labor im AKH auf die Techno-Party: Der Toxikologe Rainer Schmid war maßgeblich an der Gründung der Wiener Drogenberatungs- und Informationsstelle „Checkit“ beteiligt und ist einer der führenden Experten auf dem Gebiet der (Neuen) Psychoaktiven Substanzen. Ein Gespräch über die Gratwanderung zwischen lebenswichtiger Information und Panikmache.

INTERVIEW: ANDREA HEIGL

„Checkit“ testet seit 20 Jahren Drogen auf Partys, Musik-Festivals etc. Woher kam die Initiative für dieses - anfangs sehr umstrittene - Präventionskonzept?

Anfang der 1990er-Jahre sind im Zuge des Entstehens einer europäischen Techno-Musik-Szene auch in Österreich so genannte Lifestyle-Drogen, insbesondere Ecstasy, aufgetaucht. Die haben sich so gesellschaftlich etabliert und wurden anfangs als harmlose Partydrogen angepriesen, nach dem Motto: Das gehört dazu, es kann keinen Schaden anrichten, es macht gute Laune. Die Gefahren, etwa wenn das Ecstasy mit anderen Substanzen gemischt wurde oder mögliche Langzeitschäden, wurden dabei unter den Tisch gekehrt. Man muss sagen: Der Aspekt mit der guten Laune ist inhaltlich sogar richtig, Ecstasy wirkt in Richtung Empathie und Kommunikation. Es ändert die Stimmungslage, die subjektive Empfindung in Bezug auf andere und auf der Erleben der Musik. Das passte zur Technomusik,

die sich damals etabliert hat. Ecstasy ist ja ein Verwandter von Amphetamin und im weitesten Sinne von Kokain, es wirkt aufputschend. Bei Techno-Events wurde interessanterweise kaum Alkohol getrunken. Das passt nicht zusammen, denn die Konsumentinnen und Konsumenten wollen wach und aufmerksam sein, aber mit einer Veränderung der Bewusstseinslage, der Wahrnehmungslage.

Die Stadt Wien hat mit „Checkit“ also auf die neuen Suchtmittel reagiert.

Der heutige Stadtrat Peter Hacker (er war damals Sucht- und Drogenkoordinator der Stadt Wien, Anm.) hat die Initiative gestartet und auch die Finanzierung ermöglicht. Die Szene war neu und für die Drogenkoordination, aber auch für die damaligen Drogenberatungs-Einrichtungen ziemlich unbekannt und nicht greifbar. Die klassischen Ecstasy-Konsumentinnen und -Konsumenten waren für die Suchthilfe nicht sichtbar, in keiner





Fotos: Christoph Liebentritt

Rainer Schmid

Univ.-Prof. Dr. Rainer Schmid (Jahrgang 1949) ist Chemiker und Toxikologe. Er habilitierte auf dem Gebiet der Klinischen Chemie und war bis 2014 assoziierter Professor am Institut für Labordiagnostik der Medizinischen Universität Wien am AKH. Dort leitete er den Bereich Medikamentenanalytik und Toxikologie. Ab 1997 konzipierte und gestaltete er das Wiener Drogen-Beratungs- und Informationsprojekt „Checkit“ maßgeblich mit und fungierte als wissenschaftlicher Koordinator.

Beratungsstelle, nirgendwo. Man wusste nichts über ihren Konsum und über das Risiko. Also hat man gesagt: Wenn die nicht zu uns kommen, müssen wir zu ihnen gehen. Und: Sie werden nicht an unserer Beratung interessiert sein, wenn wir nicht irgendeinen Service anbieten - was sich übrigens später als richtig herausgestellt hat. Da kam das Testen ins Spiel und damit ich. Ich war damals im AKH als Toxikologe, im Bereich Labordiagnostik tätig.

Und dann haben Sie begonnen, auf Techno-Partys zu gehen?

(Lacht) Ja, das war dann sozusagen ein Nebenjob. Da war viel Neugierde dabei und es war natürlich sehr gewagt damals. Der wesentliche Punkt bei „Checkit“ ist ja - und war immer - die Drogenberatung in Kombination mit dem Testen. Man kann das nicht trennen, denn wenn man kein Drug-Checking anbietet, dann haben die Leute auch an der Beratung kein Interesse. Wir haben den

Beratungsbereich mitten im Event aufgebaut, möglichst sichtbar, und daneben war ein Bereich, wo die Leute anonym ihre Proben abgeben können. Das Labor war immer im Hintergrund, die Infrastruktur ist ziemlich komplex. Da geht es um die Effizienz, man muss möglichst genaue Informationen geben können, möglichst schnell, und möglichst vermeiden, dass etwas falsch ist. Das ist technisch ziemlich aufwändig.

Wie werden die Partygäste informiert?

Es ist eine heikle Gratwanderung. Sie müssen überlegen: Wie weit gehen Sie mit Warnungen, mit Panik-Informationen hinaus, wie weit halten Sie sich zurück? Wir haben uns zu einer Art Ampel-System entschlossen. Ist das Ecstasy z.B. okay, in einer Dosis, in der keine Probleme zu erwarten sind - dann gibt es einen (unkommentierten) weißen Ergebnis-Zettel. Sind die Drogen verunreinigt, vielleicht mit anderen Substanzen kombiniert, sehr



hochdosiert, also nicht besonders gefährlich, aber problematisch – dann gibt es einen gelben Ergebnis-Zettel. Und dann gibt es die roten Zettel, wenn es als wirklich riskant erkannt wurde, eine Substanz zu nehmen, und wir davon abraten. Es gab zum Beispiel kurze Zeit in Europa Ecstasy-Tabletten, die Atropin enthielten, ein Gift. Oder synthetische Varianten der Ecstasy-Struktur, die ähnlich wirken, aber wesentlich toxischer sind.

Gab es in Wien jemals Todesfälle bei diesen Partys?

Nicht im Rahmen von Events, bei denen „Checkit“ dabei war, aber öfter bei internationalen Veranstaltungen. Das war und ist weiterhin natürlich ein wichtiges Argument für „Checkit“, dass wir Drogen-Todesfälle in der Musikszene verhindern konnten.

Was haben Sie gelernt über die Szene?

Mich hat das fasziniert. Ich habe gelernt, dass das, was man immer als Bild verbreitet hat über die Drogenszene, nicht zusammenpasst mit der so genannten Freizeit-Drogenszene. Das waren ganz normale, junge Erwachsene, die Spaß hatten. Sie hatten ja auch ein Interesse daran, dass sie am Montag wieder „funktionieren“ können. Die meisten wachsen außerdem irgendwann aus der Party-Szene wieder heraus, wenn sich ihre Lebensinteressen

ändern und sich ihre Prioritäten verschieben – wenn sie etwa nicht mehr regelmäßig auf Partys gehen, weil sie eine Familie gründen. Dank „Checkit“ wissen wir heute, dass nur ein kleiner Prozentsatz der Menschen in der Freizeit-Drogenszene einen hochriskanten Konsum aufweist. Genauso wie nicht jeder, der Alkohol trinkt, einen problematischen Alkoholkonsum entwickelt.

Wie haben sich die Substanzen über die vergangenen 20, 30 Jahre verändert?

Sie haben sich massiv verändert. Das hat auch etwas mit der Regulierung bzw. mit Gesetzen zu tun. Ecstasy – korrekt heißt die Droge MDMA (Anm.: Abkürzung für Methylendioxy-Meth-Amphetamin) – war immer schon eine illegale Substanz. Sie wurde nur einfach locker gehandhabt und als harmloser Spaßverstärker dargestellt. Später wurde das von der Polizei schärfer verfolgt. Das hat dazu geführt, dass ab dem Jahr 2000 Ecstasy schwieriger zu bekommen war, weil man international versucht hat, illegale Labors zu schließen und die so genannten „Vorläufersubstanzen“, also die synthetischen Verbindungen, die man braucht, um Ecstasy herzustellen, die selbst aber nicht illegal sind, zu beschlagnahmen. Der Schwarzmarkt hat sich darauf eingestellt, man hat andere Synthesewege gefunden. Da gibt es immer Aktion und Reaktion.

Also eine Art Hase-und-Igel-Spiel zwischen den Produzenten und dem Gesetzgeber?

Genau. Sie können eine Substanz verbieten, aber nicht eine Klasse von Substanzen. Sie können Ecstasy bzw. MDMA verbieten, aber nicht prinzipiell dessen chemische Derivate – die müssen dann erst

„Das waren ganz normale, junge Erwachsene, die Spaß hatten und am Montag wieder ‚funktionieren‘ wollten.“



Der Toxikologe Rainer Schmid war maßgeblich an der Gründung der Wiener Drogenberatungs- und Informationsstelle „Checkit“ beteiligt und ist einer der führenden Experten auf dem Gebiet der (Neuen) Psychoaktiven Substanzen.

wieder explizit verboten werden. Mit dem Internet hat sich natürlich nochmal alles massiv verändert, sowohl in Bezug auf den Handel als auch beim Wissenstransfer. Und dann kam das Zeitalter der NPS, der „Neuen Psychoaktiven Substanzen“. Das sind Substanzgruppen, über die davor wenige Menschen etwas gewusst haben. Die wurden dann ab Mitte der Nullerjahre primär über das Internet verkauft. Das können extrem potente Substanzen sein, und sie sind dann in einer großen Zahl im Umlauf. Das war für uns bei „Checkit“ eine neue Herausforderung. Plötzlich mussten wir akut nicht nur eine kleine Zahl Drogen analysieren, sondern viele dutzende.

Welches Suchpotenzial haben NPS?

Darüber wissen wir nichts, weil die meisten erst relativ kurz existieren. Es gibt keine Langzeitstudien und die Substanzen sind oft nur begrenzt am (grauen) Markt. Ihr Wirkprofil entspricht oft nicht dem, was die Leute kennen. Das wird dann in Internet-Foren diskutiert! Wenn Leute zum Beispiel an so etwas sterben, verbreitet sich die Information rasend schnell. Inzwischen wurde europaweit von der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle in Lissabon ein „Early Warning System“ etabliert. Viele der Informationen darin kommen auch von „Checkit“, weil wir neue Substanzen oft als erste sehen. Man muss bei den NPS aber auch aufpassen, dass man sie nicht zu sehr mystifiziert. Es gibt unter den vielen Substanzen – das sind inzwischen mehr als 700, die über die Jahre in Europa neu aufgetaucht sind – eine kleine Gruppe, die gefährlicher ist als der Rest. Es ist wichtig, die herauszufiltern und schnell Informationen darüber zu bekommen und zeitnah weiterzugeben. ■

Stichwort: Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) sind meist synthetische Stoffe, die gelegentlich auch als „Designerdrogen“, „Research Chemicals“ oder auch – obwohl illegal – als „Legal Highs“ bezeichnet werden. In den letzten Jahren ist eine hohe Anzahl derartiger Stoffe aufgetaucht: Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) hat im Rahmen des europäischen Frühwarnsystems bis zum Jahresende 2017 mehr als 670 NPS ermittelt. In der Regel wurde bei NPS die chemische Struktur von Stoffen, die den jeweiligen Suchtgesetzen der EU-Mitgliedstaaten bereits unterstellt sind, gezielt so verändert, dass die neue Substanz nicht mehr verboten ist. Im europäischen Frühwarnsystem werden hauptsächlich synthetische Cannabinoide, Phenethylamine und Cathinone gemeldet.

Der Konsum von NPS kann schwere Folgen nach sich ziehen: Die Symptome reichen von Übelkeit, heftigem Erbrechen, Herzrasen und Orientierungsverlust über Kreislaufversagen, Ohnmacht, Lähmungserscheinungen und Wahnvorstellungen bis hin zum Versagen der Vitalfunktionen.

Zwei Faktoren machen es der Produktion und dem Handel leicht, die internationalen und nationalen Suchtmittelbestimmungen immer wieder zu umgehen: einerseits die überaus große Anzahl solcher Chemikalien, und andererseits die Möglichkeit, durch Veränderungen an der Molekularstruktur immer wieder neue chemische Verbindungen zu schaffen. In Österreich ist als Reaktion auf diese komplexe Situation seit 1.1.2012 das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) und die Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung (NPSV) in Kraft.

Das NPSG und die NPSV sollen einerseits Konsumentinnen und Konsumenten vor uneinschätzbaren Gesundheitsrisiken schützen und andererseits Produzenten und Händler abschrecken bzw. eine Strafverfolgung ermöglichen. Zusätzlich ist ein Monitoring des einschlägigen Marktes und, soweit möglich, die Risikobewertung neu auftauchender Substanzen vorgesehen.

(Quellen: BMASGK/Österreich, Bundesgesundheitsministerium/Deutschland)



Foto: Getty Images

Die *stille* Sucht

Medikamentenabhängigkeit, auch „die stille Sucht“ genannt, ist eine schwer zu erkennende Suchtform. Der Konsum findet meist im Verborgenen statt – und schon kleine Dosen können abhängig machen.

ROLAND MADER

Abhängige von Medikamenten bleiben oft über Jahre oder auch Jahrzehnte unentdeckt. Sie fallen nicht auf, sie werden selten kriminell und es gibt kaum mediale Berichterstattung über Medikamentenabhängige. Deshalb wird diese Suchterkrankung gerne als die „stille Sucht“ bezeichnet, obwohl die Zahl der davon Betroffenen wahrscheinlich fast im Bereich der Alkoholabhängigen liegt. Wenn man bedenkt, dass vor allem eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen eine massive körperliche Abhängigkeit mit lebensgefährlichen Entzugssymptomen verursachen kann, ist es außerordentlich wichtig, künftig diesem Thema mehr Bedeutung zu widmen. So sollten genügend Forschungsmittel bereitgestellt sowie spezifische Behandlungseinrichtungen gefördert werden.

Bei der Medikamentenabhängigkeit sind Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer, im Gegensatz zu anderen Suchtformen steigt hier die Gefährdung mit dem Alter. Jede zehnte Frau über 70 Jahre konsumiert regelmäßig Benzodiazepine. Da rund 10 Prozent aller Arzneimittel über ein gewisses Suchtpotential verfügen – also die Fähigkeit besitzen, mehr oder weniger rasch abhängig zu machen –, sollte die Medikation von verschreibenden Ärztinnen und Ärzten bzw. abgebenden Apothekerinnen und Apothekern stets geprüft und die Indikation kontrolliert werden.

Fehlende Daten

Zur Zahl von Medikamentenabhängigen liegen deutlich weniger Daten vor als bei Alkohol- oder Drogenabhängigen. Da diese Suchterkrankung sich sehr häufig in einer Niedrigdosisabhängigkeit zeigt (wo also Betroffene lediglich eine geringe



PRIM. DR. ROLAND MADER studierte Medizin an der Universität Wien und ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie bzw. für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Seit 1991 ist er am Anton Proksch Institut tätig, zusätzlich absolvierte er seine Ausbildung in unterschiedlichen Kliniken in Wien und Graz. Mader ist Koordinator des Schwerpunktbereiches Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit am Anton Proksch Institut und seit 2011 Primarius der Abteilung III.





Dosis von z.B. Benzodiazepinen einnehmen, häufig ohne Dosissteigerung, aber oft über Jahrzehnte hinweg), werden diese Personen in epidemiologischen Untersuchungen kaum erfasst. So bleiben die angeführten Zahlen oft Schätzungen oder beziehen sich auf die Häufigkeit von Verschreibungen oder von Krankenhausaufenthalten in Folge von Medikamentenzwischenfällen.

In Österreich finden wir 340.000 Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, 30.000 Menschen sind drogenabhängig und geschätzte 150.000 Österreicherinnen und Österreicher sind arzneimittelabhängig. Möglicherweise liegt hier die Dunkelziffer weit höher, Schätzungen gehen bis zu 300.000 Personen. Eine genaue Angabe ist schwer möglich, da die Medikamentenabhängigkeit - wie keine andere Suchterkrankung - heimlich im Verborgenen stattfindet und die Betroffenen sehr lange sozial unauffällig bleiben. Auch Aufnahmen in Krankenhäusern weisen auf ein häufiges Medikamentenproblem hin. Pro Jahr gibt es in Österreich 30.000 stationäre Aufnahmen wegen Medikamentenzwischenfällen (meist Intoxikationen). Hinzu kommen 1.600 bis 2.400 medikamentenassoziierte Todesfälle pro Jahr.

Ursachen und Verlauf

Die Ursachen einer Medikamentenabhängigkeit sind sehr mannigfaltig und zumeist multifaktoriell. Die soziale Entwicklung eines Menschen ist hier sicherlich von Bedeutung. Vorbildwirkung der Eltern im Umgang mit Medikamenten, familiäre Krisen oder fehlende „Ich-Stärkung“ können entscheidend sein. Auch ein fehlender psychosozialer Ausgleich bei hoher Arbeitsbelastung oder familiärer Belastung kann



Michael Soyka: „Medikamentenabhängigkeit“
Entstehungsbedingungen
– Klinik – Therapie
Verlag: Schattauer

den Griff zur scheinbar helfenden Tablette beschleunigen. Bei älteren Menschen ist oft eine Multimorbidität der Grund, warum sie viele Medikamente verordnet bekommen. Bei fehlender Kontrolle kann eine Sucht entstehen. Medikamente erfüllen auch den Wunsch nach der „jederzeit steuerbaren Befindlichkeit“. So können zum Beispiel bei Unruhe Beruhigungsmittel und bei Abgeschlagenheit aufputschende Mittel genommen werden. Dieser verführende Effekt kann schließlich zu Missbrauch oder auch zu einer Abhängigkeit führen. Oft werden die konsumierten Medikamente direkt ohne Rezept in der Apotheke besorgt oder bei Online-Apothe-

ken bestellt. Da viele – später missbrauchte – Medikamente zu Beginn ärztlich verordnet wurden, wird die Medikamentenabhängigkeit auch gerne als „weiße Sucht“ bezeichnet.

Tablettensucht = Frauensucht?

Frauen sind doppelt so häufig von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen wie Männer. Dies mag zum einen mit dem immer noch weit verbreiteten Rollenbild der Frau zu tun haben: Die Frau kümmert sich um Kinder und Haushalt und versucht etwaige Belastungen mit Medikamenten zu be-

kämpfen, um eine Fassade der Normalität länger aufrechterhalten zu können. Zum anderen gehen Frauen einfach häufiger bei Beschwerden zum Arzt oder zur Ärztin und bekommen häufiger ein Medikament verschrieben. 78 Prozent aller Arztbesuche entfallen auf Frauen (Bühren et al. 2007). Auch finden wir bei Frauen meist „sekundäre Abhängigkeiten“, da Frauen öfter unter Depressionen, Unruhe und Angst leiden und Psychopharmaka weitaus häufiger einnehmen als Männer.

Sucht im Alter

Einen sehr großen Anteil der medikamentenabhängigen Menschen finden wir bei den alten Personen. Ein Drittel der über 70-Jährigen erhält psychotrope Substanzen, diese werden oft über längere Zeit ohne weitere Indikationsprüfung verordnet. Da ältere Menschen oft mehrere unterschiedliche Medikamente verordnet bekommen, ist auch die Gefahr einer Medikamenteninteraktion vorhanden. Hier kann es dann zu einer Beeinträchtigung der Vigilanz, Blutdrucksenkung und Koordinationstörungen kommen. Auch ist die muskelrelaxierende Wirkung von Benzodiazepinen nicht zu unterschätzen, die zu Stürzen und z.B. Schenkelhalsfrakturen führen kann. Ältere Menschen verlieren oft den Überblick über die Medikamente und sind gefährdet, diese unkontrolliert oder in falscher Dosierung einzunehmen. Eine Entzugsbehandlung kann auch bei älteren Menschen indiziert sein und sollte immer angedacht werden.

Häufig missbrauchte Medikamente

Analgetika (Schmerzmittel)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) teilt Schmerzmittel in drei Gruppen ein: Nichtopioidanalgetika wie Paracetamol, Acetylsalicylsäure oder Diclofenac, niederpotente Opioide wie Codein oder Tramadol und stark wirksame Opioide mit Morphin als Leitsubstanz. Nichtopioidanalgetika sind die am häufigsten verkauften Medikamente in Apotheken, wobei zwei Drittel davon ohne vorhergehenden Arztbesuch erworben werden. 85 Prozent des Schmerzmittelgebrauchs erfolgen wegen Kopfschmerzen.

Opioide

In den USA haben der Missbrauch und die Abhängigkeit von Opioiden in den letzten Jahren dramatisch zugenommen (Martins et al 2010). Interessant ist, dass die Gabe von Opioiden als reine Schmerzmedikation, z.B. bei malignen Erkrankungen, selten eine Abhängigkeit hervorruft (Cherny et al 1994). Opioide sollten nicht als Schmerzmedikation gegeben werden, wenn ein Missbrauch anderer Substanzen wie Alkohol, Drogen oder anderer Medikamente vorliegt, oder auch bei somatoformen Schmerzen (Schmerzen, für die keine körperliche

Ursache gefunden werden kann) oder bei mangelnder Compliance (Freye 2010).

Nichtsteroidale Analgetika

Viele Medikamente aus dieser Gruppe werden ohne Rezept als sogenannte „Over the Counter“-Medikamente in der Apotheke abgegeben. Der Verkauf wird zusätzlich durch aktive Werbung in Apotheken und Medien gefördert. Auf Grund der leichten Verfügbarkeit, des Werbeeffektes und natürlich auch wegen der guten analgetischen Wirksamkeit gehören Ibuprofen, Paracetamol, Diclofenac und Acetylsalicylsäure zu den am häufigsten verkauften Medikamenten. Bei chronischer Einnahme können diese Medikamente einen Gewöhnungseffekt erzeugen, sodass immer höhere Dosen notwendig werden, um eine Schmerzlinderung zu erreichen. Schließlich kann ein Missbrauch von Analgetika auch Schmerzen unterhalten und zu verminderter Leistungsfähigkeit, Depressionen und häufigen Arbeitsausfällen führen (Jage 2001). Besonders gefährdet sind Patientinnen und Patienten mit einer Missbrauchsanamnese, chronischen Kopfschmerzen und schon langer Schmerzdauer (Berndt et al 1993).

Entzugsbehandlung von Analgetika

Bis zum Beginn des Entzuges soll das Analgetikum weiter verordnet und die Einnahme (Frequenz und Dosis) protokolliert werden. Vor der Behandlung muss die Patientin oder der Patient über die Behandlung und vor allem über die zu erwartenden Schmerzen aufgeklärt werden. Für viele Patienten ist ein stationärer Entzug, am besten in einer spezifischen Suchteinrichtung, die sicherste und aussichtsreichste Behandlung. Neben der medizinischen Entzugsbehandlung ist eine begleitende psychologisch-psychotherapeutische Behandlung unabdingbar. Hierbei steht zu Beginn die ausführliche Information, dann werden gemeinsam individuelle Ziele bezüglich des Umgangs mit Medikamenten festgelegt.

In der Folge sollen äußere Einflüsse für den Gebrauch wie die Verfügbarkeit von Schmerzmitteln bewusst gemacht werden. Innere Einflüsse werden beleuchtet wie etwa die gelernte Unbedenklichkeit gegenüber der Einnahme. Außerdem sollen Risikofaktoren wie „Doctor-Hopping“ thematisiert werden. Dies kann und soll sowohl im Einzel-, als auch im Gruppensetting erfolgen. Die Gruppe bildet hier ein ideales Reflexionsfeld, um auch von den Erfahrungen anderer Betroffener zu lernen. Eine Behandlung muss natürlich eingebettet sein in ein therapeutisches Setting, wo neben medizinischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen auch eine Phase der Lebensneugestaltung wichtig ist, wo alte oder auch neue Lebensinteressen (wieder) entdeckt werden können, um so der Verlockung des Suchtmittels zukünftig besser entgegenwirken zu können.

Psychopharmaka

Psychische Störungen sind häufige Ursachen für einen Arztbesuch. Weltweit leidet jeder vierte Arztbesucher bzw. jede vierte Arztbesucherin an einer psychischen Störung. Viele psychische Störungen können jedoch auch erfolgreich mit psychotherapeutischen Maßnahmen oder Entspannungstechniken behandelt werden. Psychopharmaka sollten am besten unter fachärztlicher Diagnostik und Beratung in einem umfassenden Behandlungskonzept eingesetzt werden. Benzodiazepine sind die am häufigsten missbrauchten Psychopharmaka. Weltweit sind diese Mittel die mit Abstand am meisten verordneten Schlaf- und Beruhigungsmittel. Sie wirken rasch und effektiv bei der Behandlung von Unruhe, Angst und Schlafstörungen. Diese positiven Wirkungen verleiten jedoch zur Dauereinnahme und führen zu einer raschen Gewöhnung und ausgeprägten Entzugssymptomen beim Absetzen. Benzodiazepine werden generell nicht zu häufig, sondern oft nur zu lange verordnet.

Benzodiazepine

1960 wurde Chlordiatepoxid (Librium®) als erstes Benzodiazepin auf den Markt gebracht. Die ab-

hängig machende Wirkung wurde aber erst in den 1970er-Jahren bekannt. Einer Abhängigkeitsentwicklung kann durch eine strenge Indikationsstellung, eine möglichst niedrige Dosierung und eine begrenzte Verschreibungsdauer von nicht länger als vier Wochen vorgebeugt werden (Benkert u. Hippus 2015). Als gefährdet für eine Abhängigkeitsentwicklung gelten Abhängige anderer Substanzen wie Alkohol oder Drogen, körperlich chronisch kranke Menschen vor allem mit einer Schmerzsymptomatik, Patientinnen und Patienten mit einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung oder Angststörung und Patientinnen und Patienten mit chronischen Schlafstörungen.

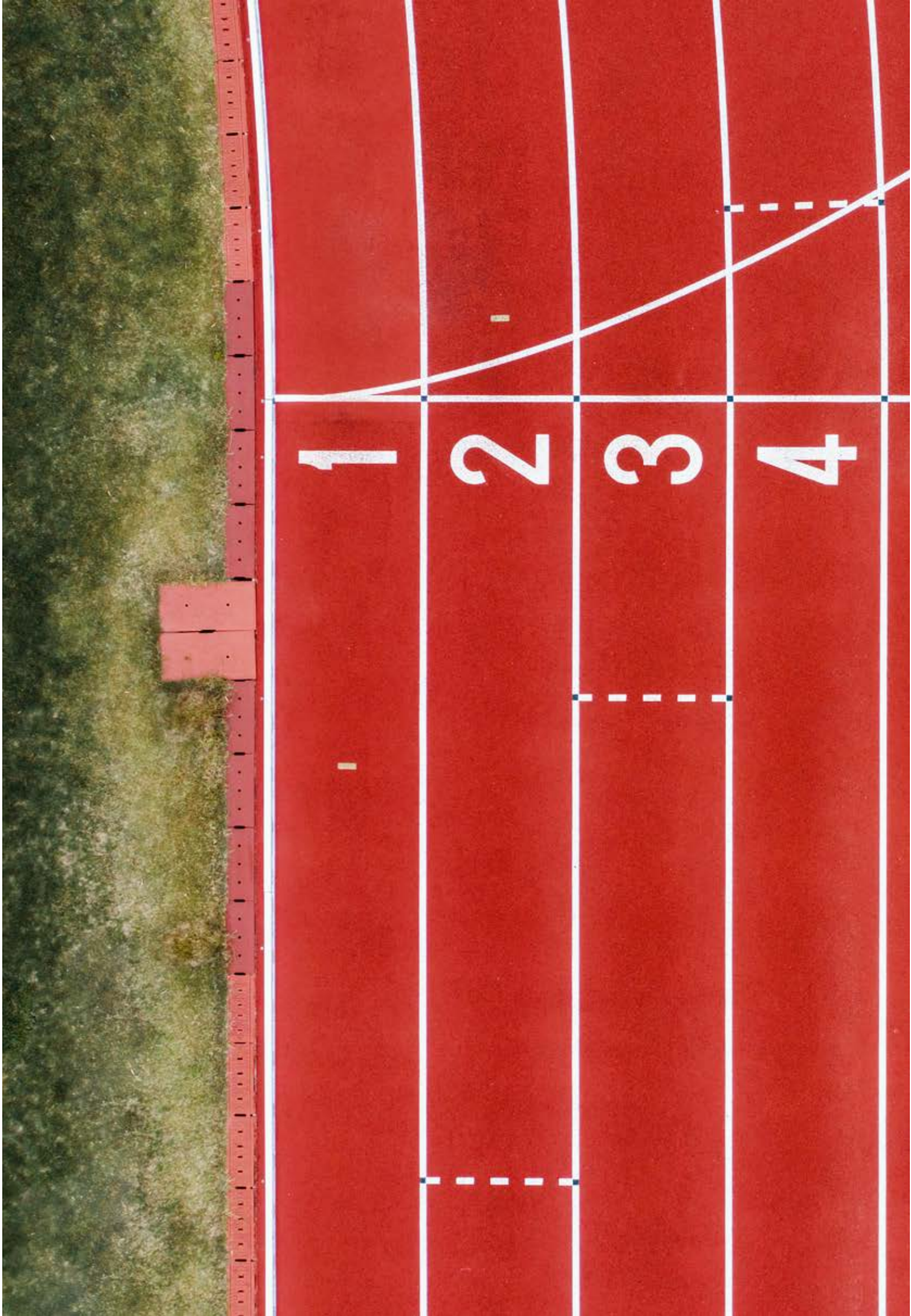
Die „low-dose-dependence“ oder Niedrigdosisabhängigkeit ist eine Besonderheit der Benzodiazepine. Hier kommt es auch bei der längeren Gabe von Dosen, die sich im therapeutischen Normbereich befinden, zur Abhängigkeit und zu Entzugssymptomen beim Absetzen. Häufig findet man diese bei älteren Menschen. Die Verordnung erfolgt meist durch die Ärztin oder den Arzt, oft ohne weitere Indikationsprüfung. So kommt es dann zur Einnahme über Monate oder auch Jahre. Eine „high-dose-dependence“ oder Hochdosisabhängigkeit ist viel seltener und findet sich häufig bei Mehrfachabhängigen. Hier entsteht über eine Toleranzentwicklung eine rasche Dosissteigerung und schließlich eine massive psychische und körperliche Abhängigkeit mit schweren Entzugssymptomen beim Absetzen.

Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen

Alle Benzodiazepine können bei längerfristiger Anwendung zu körperlicher und psychischer Abhängigkeit führen. Entzugssymptome beim Absetzen sind meist sehr ausgeprägt und können über Wochen bis Monate andauern. Typische Entzugssymptome sind Unruhezustände, Schlafstörungen, Muskelschmerzen, Zittern, Schwitzen, delirante Zustandsbilder und epileptische Entzugsanfälle. Auch treten häufig Angstzustände und depressive Verstimmungen während der Entzugsphase auf. Aufgrund der Schwere der Entzugssymptomatik sollte ein Benzodiazepinentzug unter stationären Bedingungen, vorzugsweise in einer spezifischen Suchteinrichtung, durchgeführt werden. ■

Zusammenfassung

Die Medikamentenabhängigkeit ist eine äußerst komplexe und häufige Suchterkrankung, die meist lange unerkannt bleibt. Oft finden wir hier eine Niedrigdosisabhängigkeit. Vor allem bei älteren PatientInnen ist eine wiederholte Indikationsprüfung angezeigt, um der Entwicklung einer möglichen Abhängigkeit vorzubeugen.



Selbstopoptimierung als *moralischer Imperativ*

Die psychischen und kognitiven Anforderungen, die die Arbeitswelt an uns stellt, haben einen historischen Höchststand erreicht. Selbstopoptimierung liegt so sehr im Trend, dass ihr auch Ernährung oder Sport untergeordnet werden. Doch wie gelingt ein Alltag ohne Alltagsdoping? Die Rezepte dafür liegen auf der Hand.

RECHERCHE: ANDREA HEIGL, KRISTINA SCHUBERT-ZSILAVECZ

Der Tag beginnt. Der erste Griff geht zum Handy, der zweite zur Kaffeemaschine – der erste von vielen Espressi muss her. Gefrühstückt wird zwar im Büro – man will ja keine Zeit verlieren in der Früh –, aber immerhin steht ein unterwegs gekaufter Smoothie am Ernährungsplan. Zwischen durch meldet sich der quälende Nackenschmerz und erinnert einen daran, dass die letzte Yogastunde auch schon eine Weile her ist. Statt ins Yoga-studio geht’s in die Apotheke, ein Kombi-Präparat erleichtert die Nacken- und die damit einhergehenden Kopfschmerzen. Und wenn man schon einmal dort ist, wandern auch noch ein paar Vitamin- und Koffeinpillen in die Handtasche. Man will ja fit sein für das nächste wichtige Meeting, das Abendessen mit Freundinnen und Freunden, den Ausflug mit den Kindern, für den man sich einige Stunden Arbeitszeit abgeknipst hat. Müdigkeit hat da keinen Platz, und erst recht keine Erkältung. Schließlich ist alles erledigt für den Tag, nur die Ruhe mag sich nicht so recht einstellen, zumal das Handy ständig aufleuchtet. Mit einem Glas Wein gelingt’s leichter. Hoffentlich stellt sich der Schlaf bald ein, am nächsten Morgen startet die Routine von Neuem.

Alltagsdoping per Ernährung

Zweifellos fordert der Alltag immer mehr von uns. Alles muss optimiert werden – bis hin zum eigenen Körper. Aber was macht Alltagsdoping langfristig mit uns?

„Gesundheit ist in unserer effizienz- und leistungsorientierten Gesellschaft zum moralischen Imperativ geworden“, sagt etwa Marlies Gruber. Die Ernährungswissenschaftlerin leitet das „forum.

ernährung heute“, einen Wiener Verein zur Förderung von Ernährungsinformation. „Wer schlank und fit ist, gilt als leistungsfähig. Dafür brauchen Kopf und Bauch ausreichend und die richtige Nahrung. Brain-Food, Superfood, Protein-Shakes, Detox, Paleo, Low Carb oder Low Fat, Clean Eating, 16:8 – all die Trends folgen dem Wunsch, sich geistig oder körperlich zu verbessern, abzunehmen oder schlank zu bleiben, Muskeln zu erhalten, sich besser konzentrieren zu können, effizienter zu arbeiten, möglichst langsam zu altern, gesund zu bleiben und lange zu leben“, so Gruber.

Gesundes Essen als Obsession

Wer sich vermeintlich etwas Gutes tut, landet dabei oft in einer Obsession. Orthoretikerinnen bzw. Orthoretiker nennt man jene Menschen, die zwanghaft gesund essen. „Die 24/7-Leistungsgesellschaft macht aber noch mehr mit unserem Essverhalten“, betont Gruber. „Die Rundum-Verfügbarkeit durch die digitalen Medien und die verschwimmenden Grenzen von Beruf und Freizeit führen bei vielen zu einem Mangel an Mußzeiten. Dadurch lösen sich Mahlzeiten zunehmend auf oder verschieben sich, zum Beispiel vom Mittag eher auf den Abend. Untertags wird immer öfter nebenher gesnackt. Bei der Mehrheit bleibt der Genuss häufig auf der Strecke.“

Dass man sich mit seiner Ernährung auseinandersetze, das sei natürlich grundsätzlich zu begrüßen, sagt die Ernährungswissenschaftlerin. Kritisch werde es aber, „wenn nur noch das eigene Essverhalten als korrekt angesehen wird, wenn das Einhalten der selbst auferlegten Regeln mit

Gefühlen von Überlegenheit und Kontrolle und das Brechen der Regeln mit Gefühlen von Schuld und Versagen verbunden ist, wenn viele Lebensmittel

Übermäßig gesundes Essen soll dem Gefühl eines *Kontrollverlustes* entgegensteuern.

als ‚ungesund‘ bewertet und sich selbst verboten werden, kurz: wenn Genuss nicht mehr möglich ist.“ Die Erforschung dieses krankhaften Gesundessens steckt noch in den Kinderschuhen, eine Klassifikation im ICD-10 (dem Katalog der Krankheiten der WHO) bzw. dem DSM-5 (dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft) gibt es bisher nicht.

Man wisse aber, so Ernährungswissenschaftlerin Gruber, dass Orthorexie oft ein Nebensymptom von Depressionen, einer Angststörung oder von Perfektionismus sei. „Das übermäßig gesunde Essverhalten soll dem Gefühl eines Kontrollverlustes oder der Sinnentleerung entgegensteuern. Dabei kreisen die Gedanken weniger ums Abnehmen oder ums Kalorienzählen als um den Gesundheits- und Nährwert der Lebensmittel und deren Erhaltung durch die Zubereitung.“

Ernährung kann auch zur körperlichen Leistungssteigerung dienen. Detaillierte Ernährungspläne sind längst nicht mehr nur bei Profi-Sportlerinnen und -Sportlern verbreitet, sie finden auch im Hobbybereich Anwendung. Und nicht nur das: Auch vor leistungssteigernden Substanzen, seien sie nun legal oder illegal, schrecken viele Hobby-Läuferinnen und -Läufer oder Fitnessstudio-Besucherinnen und -Besucher nicht zurück. „Seriose Schätzungen und anonyme Umfragen lassen vermuten, dass etwa

„Viele suchen die vermeintlich schnelle Lösung“

Wo begegnet Ihnen in der Apotheke das Thema Alltagsdoping?

Besonders bei Schmerzpräparaten für Kopf, Nacken und Schultern. Diese Arzneimittel werden auch intensiv beworben. Beliebt sind Kombinationspräparate, in denen auch Koffein enthalten ist. Viel nachgefragt sind außerdem Mittel gegen grippale Infekte. Die Betroffenen versuchen, die Symptome zu bekämpfen, damit sie sich nicht krankmelden müssen – obwohl sie dem Körper eine Ruhepause gönnen sollten.

Das ist ja auch gesellschaftlich akzeptiert oder sogar erwünscht.

Ja sicher, in unserer Leistungsgesellschaft definiert man sich auch darüber, wie wenig Krankenstand man in Anspruch nimmt. Statt die Gesundheit nachhaltig zu verbessern, suchen viele die vermeintlich schnelle Lösung. Darum sind zum Beispiel auch Protonenpumpenhemmer, die bei Magenproblemen und Sodbrennen eingenommen werden. Aber damit kommt man rasch in einen Teufelskreis, denn die Präparate reduzieren die Magensäure. Sobald man dann aufhört, sie zu nehmen, produziert die Magenschleimhaut wieder vermehrt Magensäure und die Beschwerden werden schlimmer als zuvor. Zudem

schwächt man damit auch die körpereigene Abwehr.

Das heißt, statt der vermeintlich schnellen Lösungen verschlimmern sich die Gesundheitsprobleme.

Ja. Man spricht etwa auch von arzneimittelinduziertem Kopfschmerz, der entstehen kann, wenn man 15 Tage pro Monat oder mehr entsprechende Schmerzmittel einnimmt.

Wie reagieren Sie als Apothekerin, wenn Sie bemerken, dass sich jemand immer und immer wieder dasselbe Präparat holt?

Auf alle Fälle suche ich das Gespräch und versuche, auf mögliche Probleme aufmerksam zu machen. Aber das ist oft eine Gratwanderung, denn jeder kann sich Medikamente im Internet bestellen – ohne Beratung, und das kann gefährlich werden. Mir ist wichtig, die Kundinnen und Kunden immer wieder darauf hinzuweisen, dass man gesundheitliche Probleme an der Wurzel packen soll. Wir Apothekerinnen und Apotheker unterstützen sie gerne dabei. Dafür sind wir da.

Foto: privat



Catherine Bader ist Apothekerin in Kindberg und engagiert sich in der Ständesvertretung.

in Fitnesscentern 5 bis 20 Prozent der Sportlerinnen und Sportler Erfahrung mit ‚echtem‘ Doping haben. Bei Frauen ist die Tendenz steigend“, sagt Wilhelm Lilge. Er gilt als einer der führenden Experten für Ausdauertraining in Österreich und engagiert sich leidenschaftlich gegen Doping.

Es handle sich dabei freilich nicht um „medizinisch kontrolliertes Doping“, also etwa Blutmanipulation, die erst Anfang des Jahres anlässlich einer Razzia im Zuge der nordischen Ski-WM in Tirol großes Thema war und auch strafrechtlich relevant ist. Alltagsdoping unter Sportlerinnen und Sportlern beginnt mit Medikamentenmissbrauch, etwa wenn Schmerzmittel genommen werden, um trotz des stechenden Knies beim Zehn-Kilometer-Lauf am Wochenende teilnehmen zu können. Dies komme besonders häufig vor, schätzt Lilge. Grund dafür sei nicht immer der Wunsch nach Ruhm und Ehre, sondern oft schlicht Unwissenheit.

Doping-Mittel aus dem Internet

Dennoch bleibe es nicht bei vermeintlich harmlosen Medikamenten. „Gedopt wird auch im Hobby-Bereich durchaus mit EPO (Anm.: Erythropoetin, ein Glykoprotein-Hormon, das als Wachstumsfaktor die Bildung roter Blutkörperchen fördert), mit anabolen Steroiden und Aufputzmitteln, die den natürlichen Schmerz-Schutzmechanismus ausschalten und lebensgefährlich sind“, sagt Lilge. Wie kommt man als Hobbysportlerin oder -sportler überhaupt an diese Mittel? Lilge: „Offensichtlich gibt’s im Internet fast alles.“

Selbst wenn sie nicht wirtschaftlich davon abhängig sind, sind Menschen also bereit, ihre Gesundheit aufs Spiel zu setzen, um körperlich leistungsfähiger zu sein. Lilge sieht dahinter „ein medizinisch-psychologisches Problem: falscher Ehrgeiz und Körper-Perfektionierungswahn“. Sehr schnell könne eine psychische Abhängigkeit entstehen: „Sobald die Menschen merken, dass sie mit einem ‚besseren‘ oder vermeintlich ‚schöneren‘ Körper mehr positive Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen, beginnt sich die Spirale weiter zu drehen, befeuert durch soziale Medien und Selbstdarstellung. Beim wettkampforientierten Sport merken die Menschen vielleicht wirklich plötzlich bessere Leistungen und das motiviert sie, weiter zu dopen und zu ‚wirksameren‘ Mitteln zu greifen. Hart trainieren müssen sie ja trotzdem, aber mit Doping geht’s deutlich einfacher, die Belastungsverträglichkeit ist höher und beschränktes Talent kann zum Teil kompensiert werden.“ So führt Sport also nicht zur Entschleunigung und Entlastung im Alltag, sondern kreist nur um die Selbstoptimierung – und erzeugt damit zusätzlichen Stress.

Auch für die Optimierung der Alltags-Performance sind mehr und mehr Menschen bereit, zu Medikamenten zu greifen, die sie eigentlich nicht brauchen. Unter „Neuro-Enhancement“ versteht man Maßnahmen zur gezielten Verbesserung der

kognitiven Fähigkeiten oder psychischen Befindlichkeiten bei an sich gesunden Menschen. Laut dem „Global Drug Survey“, einer anonymen, webbasierten Befragung, griffen 2017 fast neun Prozent aller Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Europa zu leistungssteigernden Mitteln wie Ritalin oder Modafinil. Als Grund wurden häufig die hohen Anforderungen am Arbeitsplatz genannt.

„Präsentismus“ dank Medikamenten

Gleichzeitig ist „Präsentismus“ weit verbreitet, spricht: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kommen an ihren Arbeitsplatz, obwohl sie krank sind. Mit diesen Menschen hat die steirische Apothekerin Catherine Bader oft zu tun. Sie kaufen Präparate mit Acetylsalicylsäure, Fiebersenker oder Schmerzmittel. „Dafür wird auch gezielt geworben“, so Bader. „Besonders beliebt sind derzeit so genannte Konaschu-Medikamente, also Kombinationspräparate, die gegen Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen wirken.“ Aber auch grippale Infekte werden oft nicht mehr als Grund gesehen, in Krankenstand zu gehen (s. Interview).

Aber was sind die Alternativen? Wie schaffen wir den Alltag ohne legale oder illegale Mittelchen zur Leistungssteigerung, und vor allem: Wie entziehen wir uns dem permanenten Druck? Die Rezepte klingen so einfach und sind doch so schwer umzusetzen: strukturelle Veränderungen am Arbeitsplatz, etwa eine klare Trennung zwischen Arbeit und Freizeit; die gezielte Stärkung der Fähigkeiten der und des Einzelnen; Angebote zur Verbesserung des Stress- und Selbstmanagements; und Aufklärung über den Schaden, den auch vermeintlich harmlose Ernährungsgewohnheiten oder Pillen verursachen können.

Hinter Doping stecken falscher *Ehrgeiz* und Körper-Perfektionierungswahn.

Ein neuer Tag könnte also auch so aussehen: Der Wecker läutet – ein richtiger Wecker, denn das Handy liegt am Wohnzimmertisch, nicht am Nachttisch. Kaffee gibt’s zum Frühstück (das im Übrigen in Ruhe daheim gegessen wird), aber die Tagesdosis geht nicht über zwei oder drei Tassen hinaus. Nackenschmerzen sind kein Thema mehr, seit mehrmals die Woche Zeit für eine halbe Stunde Yoga ist. Und dank des Resilienz-Coachings, das das Unternehmen anbietet, nimmt man sich die Sorgen vom Büro nicht mit heim, sie rauben weder den Schlaf noch stören sie die Aktivitäten mit der Familie oder mit Freundinnen und Freunden. Und wenn es abends hin und wieder mal ein Glas Wein gibt, dann spült man damit nicht den Stress hinunter – sondern genießt. ■

Sucht hat viele Gesichter

Der jugendliche Kiffer, die tablettensüchtige Pensionistin, der alkoholkrankte Spitzenmanager – Sucht ist mannigfaltig. Sie ist auch kein Randphänomen, sondern mitten in der Gesellschaft angesiedelt.

RECHERCHE: DR. UTE ANDORFER, DR. OLIVER SCHEIBENBOGEN

Was haben der obligatorische Morgenkaffee, die Zigarette vor der Arbeit und das Gläschen Wein abends auf der Couch gemeinsam? Sie alle beeinflussen ganz gezielt die Psyche – mit unterschiedlichen Wirkungen. Während das Koffein aufputscht, wirken Nikotin und Alkohol entspannend. Andere Substanzen wiederum – beispielsweise Ecstasy und LSD – helfen dabei, sich emotional zu öffnen oder sich dem Unbewussten hinzugeben. In der Fachsprache bezeichnet man sämtliche Maßnahmen, die gezielt zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten oder psychischen Befindlichkeit bei gesunden Menschen eingesetzt werden, als so genannte „Neuro-Enhancer“. Pharmazeutische Leistungssteigerung und Befindlichkeitsbeeinflussung ist nicht nur ein Verhalten, das im Spitzensport praktiziert wird, „gedopt“ wird auch im Büro, in der Schule und an den Universitäten. Insbesondere diejenigen, die sehr starken intellektuellen, psychischen oder körperlichen Belastungen ausgesetzt sind, versuchen, ihre beruflichen Aufgaben mittels medikamentöser Unterstützung besser, schneller und effektiver zu erledigen. Aber auch in Freizeit und Alltag sind Suchtmittel keine Seltenheit – man denke an sorglos konsumierte Schmerzmittel, Tabletten als Schlafhilfe oder regelmäßig eingesetzte Abführmittel. Nicht zu unterschätzen ist auch der Wirtschaftsfaktor Sucht. ■

Suchtkranke in Österreich



25.000

Drogenabhängige



150.000

Arzneimittelabhängige



340.000

Alkoholabhängige

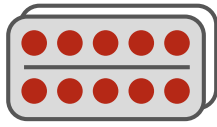


1.600.000

Nikotinabhängige

Verkaufte Schmerzmittel
in Österreich pro Jahr

5,6 Mio.
Packungen



2/3

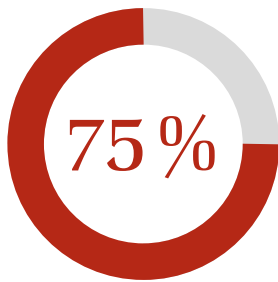
Anteil der Schmerzmittelkäufe
ohne vorherigen Arztbesuch

Umsatz mit Schmerzmitteln
in Österreich pro Jahr

38 Mio.
Euro



Tablettensucht ist weiblich



Frauenanteil bei
Medikamentensucht

Drei Viertel aller *Psychopharmaka* werden an Frauen verschrieben

Frauen gehen häufiger zum Arzt als Männer

Meist „sekundäre“ *Abhängigkeit*, Frauen leiden häufiger unter Depressionen, Unruhe und Angst

Rollenbild der Frau (soziale Abhängigkeiten, Erziehungsarbeit, Anpassungsbereitschaft)

Fassade der *Normalität* kann länger aufrechterhalten werden als bei anderen Süchten

Koffeingehalt in Getränken

Nicht nur in Kaffee, auch in anderen Getränken stecken
signifikante Mengen an Koffein.



Grüner Tee
10 mg



Cola
12 mg



Schwarzer Tee
25 mg

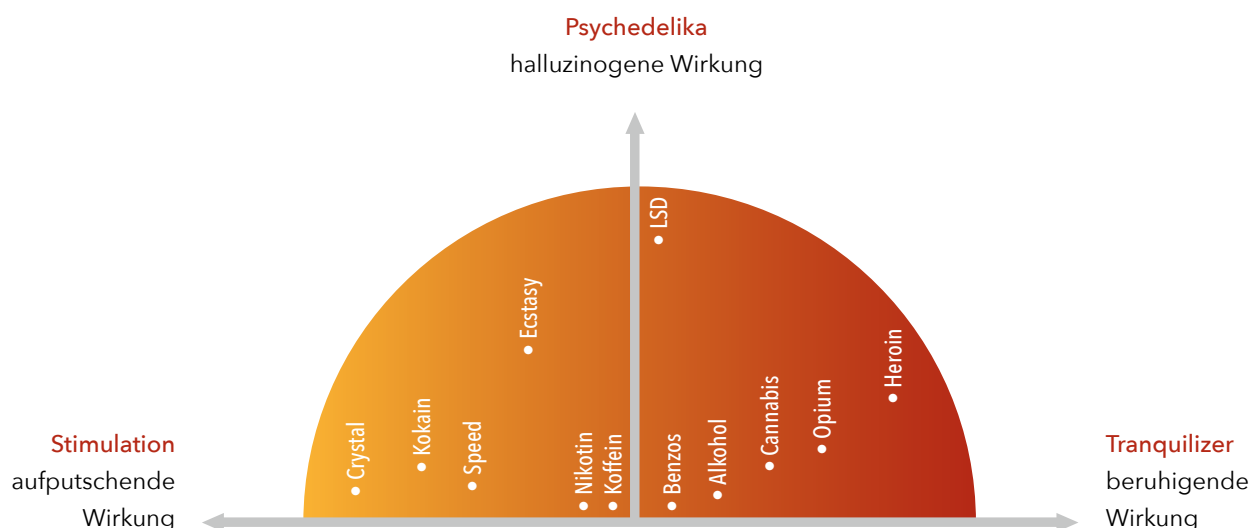


Energy Drink
32 mg



Espresso
110 mg

Wirkung von legalen und illegalen Drogen



Vortrag zu Neuen Psychoaktiven Substanzen

Mag. Karl Schubert-Kociper, Bereichsleiter Suchtprävention und Leiter von „Checkit“ spricht über das Thema „(Neue) Psychoaktive Substanzen – aktuelle Entwicklungen und Trends in Wien“. Dieser Vortrag gibt einen Überblick über aktuelle Entwicklungen und Trends auf unterschiedlichen „Substanzmärkten“. Ziel ist es, eine Orientierungshilfe für diejenigen, die mit KonsumentInnen von (Neuen) Psychoaktiven Substanzen arbeiten, zu geben.

4. September 2019, 16-18.00 Uhr
Sucht- und Drogenkoordination Wien,
Modecenterstrasse 14/Block B/2.OG
Konferenz- und Veranstaltungsräume
1030 Wien



Foto: Marlene Fröhlich

Suchtberatung Neunkirchen neu eröffnet

Bereits vor rund einem Jahr ist die Suchtberatungsstelle Neunkirchen an den neuen Standort in Bahnhofsnähe gezogen. Nun erfolgte die offizielle Eröffnung im Rahmen der österreichweiten Initiative „Dialogwoche Alkohol“ durch Vertreter und Vertreterinnen von Land, Gemeinde und Anton Proksch Institut, das die ambulante Beratungsstelle führt.

Eine von zehn Personen ist suchtgefährdet oder suchtkrank

Aufklärung, Beratung und Information für Betroffene und deren Angehörige sind wesentliche Bausteine der Suchtprävention und -therapie. Genau hier setzt die Suchtberatung Neunkirchen an, deren neue Räumlichkeiten unweit des Bahnhofs am Mittwoch offiziell eröffnet wurden. Beratung können sowohl Menschen mit stoffgebundenen als auch jene mit stoffungebundenen Süchten in Anspruch nehmen.

Soziallandesrätin Christiane Teschl-Hofmeister betonte anlässlich der Eröffnung: „Das Land Niederösterreich legt großen Wert auf eine umfassende Versorgung im Bereich der Suchtprävention und -behandlung. Das Anton Proksch Institut mit seinen vier ambulanten Einrichtungen in Wr. Neustadt, Baden, Mödling und Neunkirchen ist ein wichtiger Partner für uns. Gemeinsam können wir Suchtkranke und ihre Angehörigen dabei unterstützen, wieder in ein erfülltes Leben ohne Suchtmittel zu finden.“

Prim. Dr. Wolfgang Preinsperger, Ärztlicher Leiter der NÖ Suchtberatungsstellen des Anton Proksch Instituts, erklärt: „Es ist uns wichtig, unser ambulantes Angebot niederschwellig zu gestalten. Jede und jeder Betroffene soll es in Anspruch nehmen können, denn aus unserer Erfahrung wissen wir am Anton Proksch Institut, wie schwer es oft ist, den ersten Schritt zu tun. Allein in Neunkirchen haben wir im Vorjahr 1.680 Gespräche geführt, in unseren vier Einrichtungen in Niederösterreich waren es 8.500“

Herbert Osterbauer, Bürgermeister der Stadt Neunkirchen, ergänzt: „Die ambulante Beratungsstelle ist ein wichtiger Teil unserer städtischen Gesundheitsinfrastruktur. Ich freue mich, dass der neue Standort mit viel Platz, hellen und geräumigen Beratungszimmern und einladendem Wartebereich nun einer modernen Gesundheitseinrichtung entspricht.“

Suchtberatungsstellen Wien und Niederösterreich

Die Suchtberatung Neunkirchen ist eine von fünf ambulanten Einrichtungen in Niederösterreich und Wien, die Betroffene und Angehörige zum Thema Sucht berät – kostenlos, vertraulich und schnell. Weitere Standorte gibt es in Baden, Mödling, Wiener Neustadt und im 5. Wiener Gemeindebezirk (Ambulatorium Wiedner Hauptstraße).

Weitere Infos unter: www.api.or.at



Foto: Christoph Janka/Morries Studio

Salon philosophique

2. Oktober 2019, 19.00 Uhr
Michael Musalek – Angewandte Sozialästhetik: Wie ist der Mensch möglich?

13. November 2019, 19.00 Uhr
Guenda Bernegger – Menschliches Zusammenleben als Seiltanz – das Mögliche möglich machen

11. Dezember 2019, 19.00 Uhr
Oliver Scheibenbogen – Künstliche Intelligenz – gibt es sie?

Schleifmühlgasse 6, 1040 Wien
www.gabarage.at

IMPRESSUM

Herausgeber

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

Medieneigentümer

API Betriebs gemeinnützige GmbH
Gräfin Zichy Straße 6
1230 Wien
+43 1/880 10-0
www.api.or.at

Für den Inhalt verantwortlich

Michael Musalek
Gabriele Gottwald-Nathaniel

Wissenschaftlicher Beirat

Ute Andorfer
Roland Mader
Michael Musalek
Wolfgang Preinsperger
Oliver Scheibenbogen

AutorInnen dieser Ausgabe

Wolfgang Beiglböck
Gabriele Gottwald-Nathaniel
Roland Mader

Redaktion & Projektmanagement

Andrea Heigl, Kristina Schubert-Zsilavec
(bettertogether Kommunikationsagentur)

Gestaltung

Markus Zahradnik-Tömpe
(Schrägstrich Kommunikationsdesign)

Coverfoto

Getty Images

Druck

Gedruckt nach der Richtlinie
„Druckerzeugnisse“ des Öster-
reichischen Umweltzeichens.
gugler*print, Melk, UWZ-Nr.
609,
www.gugler.at



S T I F T U N G 
ANTON PROKSCH-INSTITUT WIEN

KLINIKUM
AKADEMIE
FORSCHUNG 
ANTON PROKSCH INSTITUT
API BETRIEBS GEMEINNÜTZIGE GMBH