

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) e.V., Essen¹, Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA), Bochum (Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Brüning)², Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), Hamburg³

„Brain-Doping“ am Arbeitsplatz

Eine unterschätzte Gesundheitsgefahr?

A. Weber¹, H.C. Broding², H. Rebscher³

(eingegangen am 02.02.2010, angenommen am 11.03.2010)

Herrn Prof. Dr. Dr. Gerhard Lehnert zum 80. Geburtstag gewidmet

Abstract/Zusammenfassung

„Brain-doping“ at the workplace An underestimated health risk?

Whereas doping in competitive and popular sport has been the order of the day for years, it is only recently that the DAK Health Report has awakened interest in doping at the workplace in Germany. In line with the definition of the international anti-doping agency (WADA), doping at work may be defined as the attempt to increase occupational performance by taking drugs without a therapeutic indication. Internationally, terms such as “performance enhancement” and “cognitive enhancement” are used in this context. In focus are several prescription drugs with psychotropic and/or neurotropic effects that are registered for the treatment of dementia, depression, attention-deficit or sleep-deficit disorders, and in individual cases it is unclear how to differentiate between so-called “brain doping”, misuse of medicines and addiction. Reliable epidemiological data on the frequency of job performance enhancement is lacking. The few epidemiological studies which have been carried out to date made use of questionnaires (online or by telephone) are very prone to substantial denial bias (socially unacceptable answers) and so probably underestimate the prevalence. The first nationwide representative online survey of 3000 employees between 20 and 50 years of age (performed by the DAK in 2008) showed that 5% of respondents had already used prescription drugs to enhance professional performance without medical indication, and that 1–2% were to be classified as “active dopers” because they took neurotropic and/or psychotropic medicines without a doctor’s prescription frequently and/

or regularly. The most frequently used drugs were methylphenidate (28%) and modafinil (24%). Presently discussed causes of job doping are diverse and include individual predisposition as well as professional and societal circumstances, whereby changes in values and in the economic and social situation of employees is thought to play an important role. Because of the severe physical and especially mental long-term consequences of prescription drug intake by healthy persons without medical indication, this increasingly prevalent doping at the workplace cannot be tolerated. Because of the complexity of the phenomenon, preventive measures ought to be multi-modal and include intervention in individual behaviour (e.g. adequate coping strategies) as well as modifications of workload and workplace organisation.

Keywords: doping at work – performance enhancement – drug consumption in the working environment – high competition society

„Brain-Doping“ am Arbeitsplatz Eine unterschätzte Gesundheitsgefahr?

Während Doping im Leistungs- und Breitensport seit Jahren auf der Tagesordnung steht, hat der DAK-Gesundheitsreport 2009 die längst überfällige politische und wissenschaftliche Diskussion des Themas Doping im Beruf auch in Deutschland angestoßen. In Anlehnung an die internationale Anti-Doping-Agentur (WADA) lässt sich Doping im Beruf als Versuch der beruflichen Leistungssteigerung durch Einnahme körperfremder Substanzen ohne Therapieindikation defi-

nieren. International wird dieser Sachverhalt auch mit den Begriffen „performance enhancement“ oder „cognitive enhancement“ umschrieben. Im Fokus stehen verschreibungspflichtige psycho- und neurotrophe Medikamente („brain doping“), die u. a. zur Therapie von Demenz, Depressionen, Aufmerksamkeits- oder Schlafstörungen zugelassen sind, wobei es im Einzelfall schwierig ist, einen derartigen Dopingbegriff von Medikamentenmissbrauch oder Abhängigkeit (Sucht) abzugrenzen. Belastbare empirische Daten zu Doping im Beruf sind nach wie vor rar. Die wenigen epidemiologischen Studien wurden methodisch zumeist als Befragungen konzipiert (zumeist Online- oder Telefoninterview) und legen aufgrund eines systematischen Bias (sozial erwünschte Antworten) eine Unterschätzung der Häufigkeit nahe. Eine im November 2008 erstmalig durchgeführte bundesweite repräsentative Online-Befragung der DAK unter 3000 Erwerbstätigen zwischen 20 und 50 Jahren ergab, dass 5% der Teilnehmer schon einmal ohne medizinische Notwendigkeit Medikamente zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit oder psychischen Befindlichkeit eingenommen haben. Etwa 1–2% sind als aktive „Doper“ zu klassifizieren, das heißt, sie nehmen häufig und/oder regelmäßig neuro/psychotrope Medikamente ohne ärztliches Rezept. Am meisten verwendete „Dopingmittel“ waren Methylphenidat (28%) und Modafinil (24%). Die derzeit diskutierten Ursachen für Doping am Arbeitsplatz sind vielschichtig und umfassen sowohl individuelle Prädispositionen als auch arbeitsweltliche und gesellschaftliche Risikofaktoren, wobei geänderten Wertvorstellungen und wirtschaftlichen sowie gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Abstract/Zusammenfassung

eine besondere Rolle zukommen dürfte. Aufgrund der negativen gesundheitlichen Langzeitfolgen und akuten Nebenwirkungen eines Konsums von medizinisch nicht indizierten Medikamenten bei primär Gesunden ist eine Tolerierung oder generelle Freigabe vom Doping am Arbeitsplatz nicht wirklich kon-

sensfähig. Maßnahmen zur Intervention und Prävention sollten bei der Komplexität des Phänomens mehrdimensional angelegt sein und sowohl auf individuelles Verhalten (u. a. adäquate Copingstrategien) und Verhältnisse (u. a. menschengerechte Arbeitsorganisation) abstellen.

Schlüsselwörter: Doping im Beruf – Medikamenteneinnahme am Arbeitsplatz - Leistungssteigerung – Wettbewerbsgesellschaft

Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2010; 45: 159–163

► Problemstellung

Während Doping im Leistungs- und Breitensport seit Jahren die Schlagzeilen füllt, wird das Thema performance enhancement im Job (in Deutschland auch als „(Hirn) Doping am Arbeitsplatz“ bezeichnet), in der internationalen scientific community erst in jüngerer Zeit vermehrt diskutiert (Chatterjee 2009; Förstl 2009; Harris 2009). Im April 2008 hatte eine Online-Befragung der Fachzeitschrift „Nature“ für Aufsehen gesorgt. Danach gaben von ca. 1400 teilnehmenden Wissenschaftlern aus 60 Ländern ca. 20 % an, zur Steigerung von Konzentration und Gedächtnis Medikamente (insbesondere Psychopharmaka) ohne medizinische Indikation („brain doping“) eingenommen zu haben (Maher 2008). In 2009 hat der Gesundheitsreport einer großen deutschen Krankenkasse (DAK-Deutsche Angestellten Krankenkasse) die überfällige politische und wissenschaftliche Diskussion des Themas „Doping am Arbeitsplatz“ auch in Deutschland angestoßen (Bruhn 2009; Deutsche Angestellten Krankenkasse 2009; Deutscher Bundestag 2009a,b; Vollmer 2009).

Vor diesem Hintergrund ist es Ziel der vorliegenden Arbeit, den derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu „Doping am Arbeitsplatz“ aus Public Health Perspektive darzustellen und mögliche Handlungsoptionen abzuleiten.

► Begriffsbestimmung

In Anlehnung an die internationale Anti-Doping-Agentur (WADA 2004) lässt sich Doping im Beruf als Versuch der beruflichen Leistungssteigerung durch Einnahme körperfremder Substanzen ohne Therapieindikation definieren. Eingeschlossen sind u. a. Medikamente (insbesondere Psycho- und Neuropharmaka) Alkohol, Nikotin, Koffein oder illegale, insbesondere ergotrope Drogen (wie Kokain oder Ecstasy). Im internationalen Schrifttum wird dieser

Sachverhalt auch mit den Begriffen „performance“, „neuro-“ oder „cognitive enhancement“ umschrieben (Deutsche Angestellten Krankenkasse 2009; Förstl 2009; Reichertz 2008; Robert Koch Institut 2006). Nach der im DAK Gesundheitsreport vorgeschlagenen Definition ist unter Doping am Arbeitsplatz die *systematische, nicht bestimmungsgemäße Anwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch gesunde Arbeitnehmer zur Erreichung einer besseren beruflichen Leistung zu verstehen*. Im Fokus stehen dabei verschreibungspflichtige psycho- und neurotrope Medikamente („brain doping“), die u. a. zur Therapie von Demenz, Depressionen, Aufmerksamkeits- oder Schlafstörungen zugelassen sind. Nikotin, Kaffee oder Alkoholkonsum werden darunter explizit nicht subsummiert. Problematisch ist im Weiteren auch die Abgrenzung zu „Vitaminpillen“ oder Nahrungsergänzungsmitteln.

Unter Bezugnahme auf die internationale Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) kann Doping am Arbeitsplatz unter F10-19 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) eingeordnet werden. In Frage kommen hier u. a. F15 (Stimulanzien), F19 (multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) oder F55 (schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen). Es ist im Einzelfall schwierig, einen derartigen Dopingbegriff von Medikamentenmissbrauch und/oder Abhängigkeit (Sucht) abzugrenzen. Daher wird von Kritikern das „Label“ Doping als medienwirksame Effekthascherei abgelehnt und stattdessen die Bezeichnung Drogenkonsum bzw. Medikamentenmissbrauch am Arbeitsplatz präferiert (Deutsche Angestellten Krankenkasse 2009; Maher 2008; Reichertz 2008; Robert-Koch-Institut 2006). Unter Arzneimittelmisbrauch oder schädlichem Konsum von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen, wird nach EU-Definition die übermäßige, regelmäßige oder sporadische Verwendung eines

Arzneimittels verstanden, das medizinisch nicht erforderlich ist und zu körperlichen, psychischen oder sozialen negativen Folgen führen kann. Abhängigkeit impliziert darüber hinaus ein unausweichliches Verlangen (Craving) mit Abstinenzunfähigkeit, Kontrollverlust, Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzentwicklung) und psychosozialen Folgeschäden bzw. Entzugerscheinungen nach dem Absetzen. Die Übergänge zwischen riskantem bzw. schädlichem Konsum und Abhängigkeit sind fließend.

Differenzialdiagnostisch sind insbesondere eine Suchterkrankung, aber auch (chronische) Krankheiten mit indizierter (Dauer-)Medikation (Psycho- und Neuropharmaka) oder sonstigen, für das Leistungsvermögen relevanten Arzneimitteln zu berücksichtigen (Weber u. Hörmann 2007). Abgrenzungsmerkmale vom „einfachen Medikamentenmissbrauch“ zu „Doping am Arbeitsplatz“ könnten u. a. sein: der primäre Bezug zum Arbeitsleben mit der gezielten Intention der positiven Beeinflussung des beruflichen Leistungsvermögens, die meist fehlende Dosissteigerung und für die Umwelt nicht erkennbare negative Folgen.

Als *Motive* für berufliches Doping werden unter anderem Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Konzentration und Gedächtnis), Bekämpfung von Müdigkeit, Verbesserung der Stimmung und des Wohlbefindens oder das Erreichen einer höheren Belastbarkeit und Stressresistenz genannt (Deutsche Angestellten Krankenkasse 2009).

► Häufigkeit

Aufgrund einer bislang nicht allgemein verbindlichen Definition, der Schwierigkeiten in der Abgrenzung des Tatbestandes sowie methodischer Probleme ist die Gewinnung belastbarer empirischer Daten zu Doping im Beruf schwierig. Der französische Dopingforscher Laure ging im Jahr 2000 davon aus, dass etwa 15 % der Bevölkerung