

# Synapse

## Schwerpunktthema: Sucht

- 1 Verhaltenssuchte – anders als Heroin!
- 5 «Wir untersuchen LSD in einem sehr kontrollierten Rahmen und mehrheitlich bei psychisch gesunden Personen»
- 8 Sport und Sucht – gesellschaftlich zunehmend relevant
- 11 Die Sucht verursacht jährlich Kosten von 7,7 Milliarden Franken in der Schweiz
- 11 Schlagwörter und andere Ausreden

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Die Synapse finden Sie auch unter:  
[www.synapse-online.ch](http://www.synapse-online.ch)

## Editorial



haltenssuchte sind wohl weniger bekannt oder weniger stigmatisiert: Kaufsucht, Sexsucht, süchtiger Pornokonsum im Internet, Geldspielsucht real und virtuell, Internet-Gaming.

Die jetzige Synapse-Nummer befasst sich mit den Suchtthemen Verhaltenssuchte, «Sport und Sucht» und LSD, wobei LSD heute nur indirekt einen Suchtbezug hat, weil es in den 1970er-Jahren eine problematische Suchtdroge war:

einerseits als bewusstseinerweiternde Substanz, andererseits als Auslöserstoff für Psychosen/Schizophrenie. Als es dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt wurde, verlor es in der Folge den Suchtmittelstatus. Lesen Sie, was LSD heute wieder für die Forschung interessant macht.

Dr. med. Peter Kern,  
Mitglied Redaktion Synapse

Liebe Leserinnen und Leser

Suchtverhalten und Suchtprobleme gehören zum Menschen wie das Amen zur Kirche. Mangel erleben, Schmerzen seelischer, körperlicher oder sozialer Art, das Suchen nach vermisser Anerkennung, Bedeutung und Gratifikation sind leidvolle Zustände, die zu Suchtverhalten verleiten können. Aber auch Neugier kann am Anfang einer Suchtentwicklung stehen. Dabei ist das menschliche Suchtfeld ausserordentlich vielfältig. Ein Wissen über Substanzsuchte gehört heute zum Allgemeingut: Alkohol, Nikotin, Cannabis, Psychopharmaka (von Tranquilizern über Stimulanzien wie Amphetamine oder Kokain zu Schmerzmitteln wie Heroin, Morphin und Psychedelika). Auch klassische Körpersüchte wie Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie) sind allgemein bekannt. Dass auch Bewegung/Sport suchtartig betrieben werden kann, weiss man vielleicht weniger. Auch die heutigen Ver-

Interview Verhaltenssuchte – Fragen an Dipl.-Psych. Renanto Poespodihardjo

## Verhaltenssuchte – anders als Heroin!

**Psychoaktive Substanzen haben Suchtpotenzial. Dies trifft auch auf einige Verhaltensweisen zu, die unter dem Begriff der Verhaltenssuchte zusammengefasst werden. Dazu gehört etwa die Geldspielsucht oder die Internetgame-Sucht, die mit ihren unterschiedlichen Inhalten für viele eine terra incognita ist. Im Kanton Basel-Stadt gibt es ein spezialisiertes Behandlungsangebot für Menschen mit Verhaltenssuchten. Seit 2018 besteht erstmalig in der Schweiz die Möglichkeit, in einem rein auf Verhaltenssuchte ausgelegten Psychotherapiekonzept stationär in den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) behandelt zu werden.**

**Ein Gespräch mit Dipl.-Psych. Renanto Poespodihardjo, Leitender Psychologe im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der UPK Basel.**

### **Synapse: Welches sind die häufigsten Verhaltenssuchten?**

Renanto Poespodihardjo: An erster Stelle liegt die Kaufsucht, die aber trotz der Häufigkeit (mindestens 5% der Bevölke-

rung) die geringste Rate an Inanspruchnahme einer Behandlung aufweist. Dafür gibt es vielfältige Gründe. Neben der Scham, die auch bei anderen psychischen Erkrankungen eine Behandlung oft um

Jahre verzögert, liegt bei der Kaufsucht eine geringe Akzeptanz als Erkrankung vor. Dies betrifft sowohl die Erkrankten selbst als auch die Gesellschaft als Ganzes. Sie wird auch nicht in der ICD-11 Klassifikation enthalten sein. Eine Sensibilisierungskampagne zur dieser Problematik hat es in der Schweiz bis heute nicht gegeben. Weiter gehört der pathologische Internetkonsum (Prävalenz 1–9%) mit der *Internetgaming-Störung* zu den Verhaltenssuchten. Hier spielen vor allem die leichte Verfügbarkeit und die geringen Kosten des Konsums eine Rolle. Der Internet-Pornokonsum als Teilaspekt der *Sexsucht* (Prävalenz 3%) steht hinsichtlich der Häufigkeit noch vor der *Geldspielsucht* (1%). Letztere tritt v.a. in Form von Geldspielen auf. Hier haben die gesetzlich verankerten Sozialkonzepte der Casinos zu einer fachlichen Expertise beigetragen. Nicht zuletzt als Folge von Sensibilisierungskampagnen haben wir beim Geldspiel die höchste Rate an Inanspruchnahme bei der Behandlung.

#### **Gibt es relevante psychiatrische Komorbiditäten bei den Verhaltenssuchten?**

Nur ein geringer Teil der Betroffenen – wir gehen von 10–15% aus – beginnt eine Behandlung, die aber umso wichtiger ist, weil diese oft schwere psychische Begleiterkrankungen aufweisen, wie zum Beispiel Depressionen, Substanzstörungen und Angststörungen. Während bei der Kaufsucht meist keine zusätzliche Substanzproblematik besteht, konsumieren Menschen mit Internetgaming-Störung oft Cannabis, Geldspieler hingegen Alkohol und Kokain, und zwar im Sinne eines schädlichen Gebrauchs, weniger im Sinne einer schweren Abhängigkeit. Menschen mit suchtartigem Internet-Pornokonsum sind oftmals sozial und beruflich nicht integriert.

#### **Hat die Corona-Pandemie Auswirkungen auf die Entstehung von Verhaltenssuchten?**

Ja, die gibt es in vielfältiger Art. Beispielsweise konnten jene Personen, die primär *terrestrisch* Geldspiel betrieben haben, dies während des Lockdowns nicht mehr tun, da die Casinos geschlossen waren. Sportwetten gab es wegen der fehlenden Sportveranstaltungen auch nicht mehr. Ähnliches gilt für das *terrestrisch* Kaufen, da das Einkaufserlebnis durch die Pandemiemaßnahmen beeinträchtigt wurde. Beim Internet-Pornokonsum haben wir bei bereits hohen Ausgangswerten eine

weitere Zunahme während der ersten Pandemiezeit festgestellt.

#### **«Für anfällige Teenager ist Fortnite wie Heroin», schilderte ein Vater seine Einschätzung zum Computerspiel seines Sohnes in der ZEIT<sup>1</sup>. Kann man das so vergleichen?**

Ich verstehe die Panik, weil es sich um ein unbekanntes Feld handelt. Im Gegensatz zu Heroin, Alkohol oder Nikotin entwickeln die allermeisten Computerspieler keine körperliche oder psychische Abhängigkeit. Aber: Wir haben es mit gestaltbaren *psychoaktiven Produkten* zu tun, die auf das Gehirn – den mesolimbischen Teil, unser Belohnungssystem – einwirken. Jedes dieser Produkte ist potenziell in der Lage, einen Kick zu generieren und gleichzeitig eine Betäubung und Gewöhnung zu erreichen. Lust wirkt als maximaler Verstärker und Betäubung führt zu Verlust von Zeitempfinden und von inneren negativen Empfindungen. In Verbindung mit weiteren unspezifischen Faktoren kann sich eine Erkrankung entwickeln. Fortnite ist ein Free-to-play-Game, das in einem Grundmodus kostenlos ist. Einnahmen generiert die Gameindustrie über die sog. «In-Spiel-Käufe». Es ist noch nicht gesichert, ob solche Spiele eine Problematik im Sinne eines Einstiegs in die Verhaltenssucht darstellen. Interessanterweise spielen aber die abhängigen Spieler in der Regel keine Pay-to-win-Games, da diese Produkte aus Spielersicht technisch und inhaltlich schlechter sind und gegen einen Spielerkodex verstossen.

#### **Ein Ehrenkodex?**

Asiatische Gamer geben eher Geld im Spiel aus, um etwas zu sein, was sozial akzeptiert ist. Amerikanische und europäische Spieler geben kein Geld im Spiel aus, sondern legen Wert auf die Leistung im Spiel.

#### **Gibt es typische Problemlagen von Menschen, die eine Behandlung in der Ambulanz und auf der Station für Verhaltenssuchte beginnen?**

Wir sehen hier massive Probleme bei der sozialen Integration, insbesondere bei der Aufnahme von Freundschafts- und Liebesbeziehungen im *terrestrischen* Bereich. Ebenso bestehen grosse Schwierigkeiten bei der Arbeitsintegration, zum Beispiel im Hinblick auf die eingeschränkte Fähigkeit, das eigene Potenzial abzurufen, um Ausbildungsprozesse erfolgreich zu absolvieren, oder im Hinblick



Renanto Poespodihardjo

auf die Gefahr, aus Arbeitsverhältnissen herauszufallen. Es gibt Jugendliche, die u.a. aufgrund Internetgaming die Leistungen der Invalidenversicherung benötigen.

#### **Was kann man zur Motivation bei Behandlungsbeginn sagen?**

Die meisten Jugendlichen ab 15 bis 22 Jahren sind fremdmotiviert. Das Spielen wird als eine Art von Leidenschaft erlebt. Es ist ihre «Lebenswelt» und wird damit grundsätzlich anders wahrgenommen als eine psychoaktive Substanz. Etwas anderes ist für sie gar nicht vorstellbar! Wozu auch? Das Leben erscheint unendlich lang. Ab dem 25. Lebensjahr ist dann mehr Eigenmotivation vorhanden. Beim Geldspiel wiederum besteht oft auch ein starker Druck seitens des persönlichen Umfelds. Im Bereich der Sexsucht sehen wir hauptsächlich fremdmotivierte Männer, die von ihren Partnerinnen gedrängt werden oder Auflagen im Sinne juristischer Massnahmen erfüllen müssen.

#### **Welches sind wesentliche therapeutische Aspekte, beispielsweise bei der Internetgame-Sucht?**

Wenn ein Jugendlicher mit einer Internetgaming-Störung behandelt wird, ist es für uns von hoher Wichtigkeit, zu verstehen, wie er die spezifischen Inhalte des Spiels erlebt. Für die therapeutische Beziehung ist es dann von Relevanz, zu erkennen, inwieweit der Jugendliche im Spiel sozial eingebunden ist. Beispielsweise, wenn er als Abteilungsleiter einer Baugemeinschaft für die Konzeption und den Aufbau von Verteidigungswällen verantwortlich ist und dabei Tätigkeiten lokal und international koordiniert. Dann kann eine therapeutische Arbeit nicht

<sup>1</sup> Gustav Falke, DIE ZEIT Nr. 5/2020

darin bestehen, dem Betroffenen und dem Umfeld erstmal einen klassischen Entzug zu empfehlen oder einfach «den Stöpsel» zu ziehen. Bei den Internet-Spielern arbeiten wir mit verschiedenen therapeutischen Interventionen wie Entzug, Trauerverarbeitung oder auch Abschiednehmen. Aufgrund bestimmter Rahmenbedingungen der Spiele funktioniert ein Entzug zum Beispiel beim Spiel *League of Legends* gut, hingegen beim Spiel *World of Warcraft* nicht, weil dort die soziale Einbindung einen deutlich höheren Stellenwert hat.

### **Welches sind die Ziele der Therapie?**

In der Therapie versuchen wir eine Integration von störungsspezifischen Interventionen und therapeutischen Prozessen zu erreichen. Während die störungsspezifischen Interventionen die verschiedenen Produkte aufgreifen, dienen unspezifische Verfahren dazu, therapeutische Prozesse zu aktualisieren. Dafür nutzen wir die ACT (Acceptance and Commitment Therapy) mit starker Werteorientierung und das Motivational Interviewing aus dem Suchtbereich.

Diese Verfahren haben eine breite Wirkung auf soziale und arbeitsintegrative Ziele. In einer erfolgreichen Therapie geht es schliesslich darum, eine Distanz zum Produkt zu entwickeln und eine Abstinenz zu realisieren, womit nicht der gesamte Internetkonsum gemeint ist. Das abstinente Setting auf der Abteilung führt rasch zu ganz unterschiedlichen Empfindungen: Bei Menschen mit einer Kauf- oder Geldspielsucht macht sich oft Erleichterung breit, die gewonnene Zeit wird angenehm empfunden. Bei den Internet-Spielern tritt die Zeit als negativ bewertete Langeweile in Erscheinung.

### **Wie sieht das Abklärungsangebot für zuweisende Hausärzte aus?**

Dem Kennenlerngespräch folgt eine intensive Diagnostik (störungsspezifisch und störungsübergreifend), dazu kommt noch ein strukturiertes klinisches Interview. Danach erfolgt eine Rückmeldung an den Patienten und Zuweiser, ob eine Behandlung indiziert ist und welche therapeutischen Angebote (Einzel- oder Gruppensetting, ambulantes oder stationäres Setting) sinnvoll sind. Danach er-

folgen dann fakultativ Beratung und Behandlung. Man kann sich auch nur für eine Abklärung ohne Beratung und Behandlung anmelden.

### **Was finden Sie persönlich interessant an der Behandlung von Menschen mit Verhaltensstörungen?**

Bei Menschen mit Verhaltensstörungen erlebe ich viele sehr lebendig-gewitzte Anteile, auch bei Patienten mit chronischen Verläufen. Jemandem die Möglichkeiten zu geben, selbstbestimmte Prozesse neu zu gestalten, erlebe ich als sehr befriedigend. Das Thema der Verhaltensstörung ist in seinen Formen vielfältig und Videogames sind oftmals faszinierend.

*Die Fragen stellte  
Dr. med. Burkhard Gierer,  
Mitglied Redaktion Synapse*

**Renanto Poespodihardjo** ist Leitender Psychologe im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der UPK Basel.

# «Wir untersuchen LSD in einem sehr kontrollierten Rahmen und mehrheitlich bei psychisch gesunden Personen»



Matthias Liechti

## **Synapse: Was ist LSD und wie wirkt es?**

*Prof. Matthias Liechti:* LSD ist ein sehr bekanntes klassisches Halluzinogen oder Psychedelikum. LSD bindet an den Serotonin-2A-Rezeptor und vermittelt über diesen primären Wirkort im Gehirn seine psychischen Effekte. Blockiert man diesen Rezeptor pharmakologisch, lässt sich die sonst imposante Wirkung praktisch vollständig verhindern. Wie genau im Gehirn die durch LSD ausgelösten Änderungen des Wachbewusstseins vermittelt wird, ist noch wenig verstanden. In funktionellen MRI-Studien konnte eine höhere Vernetzung von im Normalzustand weniger funktionell vernetzten Hirnarealen festgestellt werden.

## **Welches sind die therapeutischen Eigenschaften von LSD? Bei welcher Patientengruppe wird LSD vorwiegend eingesetzt? Und bei welchen Krankheiten?**

Die therapeutischen Eigenschaften und die potenziellen Einsatzgebiete sind zurzeit noch Gegenstand der Forschung. In den 1950er- bis 1970er-Jahren wurde LSD therapeutisch bereits eingesetzt vor allem bei Alkoholabhängigkeit, aber auch bei vielen weniger genau spezifizierten psychiatrischen Leiden zur Unterstützung und Ergänzung einer Psychotherapie. Primär entstand so die «LSD-assis-

tierte Psychotherapie». Die Verwendung von LSD erfolgte also in Kombination mit einer Psychotherapie und nicht alleine als Medikament. Zurzeit laufen Studien mit LSD bei Patienten mit Angsterkrankungen, Depression, und Cluster-Kopfschmerzen.

## **Wie laufen klinische Versuche mit LSD konkret ab?**

Heute gibt es vor allem akademische experimentelle Studien z.B. in Basel, Zürich, Maastricht, Chicago, und London. Da wird LSD z.B. verwendet, um «Einblick» ins Bewusstsein zu erhalten und um die Hirnfunktionen unter Einfluss von LSD zu untersuchen. In Basel vergleichen wir auch die akute Wirkung verschiedener Dosierungen von LSD und Psilocybin. An diesen Studien nehmen gesunde Personen teil. Nach einer Screening-Untersuchung wird z.B. an fünf verschiedenen Tagen doppelblind und in zufälliger Reihenfolge LSD oder Psilocybin in je zwei verschiedenen Dosen oder Placebo verabreicht. Die Versuchspersonen bleiben dann 24 Stunden im Spital und wir messen die psychischen und Kreislaufeffekte und nehmen regelmässig Blut ab. Im Blut werden die Konzentrationen der Substanzen bestimmt (Pharmakokinetik) und Biomarker von Interesse wie BDNF oder Hormone. Nach dem letzten Studientag gibt es noch eine Abschlussuntersuchung, bei der wir sicherstellen, dass der Proband gesund ist, und Feedback zur gesamten Studie einholen. Daneben laufen aktuell in der Schweiz die weltweit einzigen Studien mit LSD bei Patienten. Dies bei Patienten mit Angststörung im Rahmen einer lebensbedrohlichen Krankheit, bei Depression und bei Patienten mit Cluster Headache. Bei diesen Studien wird LSD zweimalig oder dreimalig verabreicht und doppelblind mit Placebo oder einer tiefen Dosis LSD (ein sogenanntes aktives Placebo) verglichen. Alle diese Studien laufen noch und es gibt somit noch zu keiner therapeutischen Anwendung solide Daten aus einer randomisierten Studie. Allerdings gibt es in der Schweiz die Möglichkeit einer beschränkten medi-

zischen Anwendung von LSD mittels Einzelausnahmebewilligungen. So werden einige Dutzend Patienten meist durch Psychiater behandelt. Die Einsatzgebiete sind vor allem Angsterkrankungen, Depression und Posttraumatische Belastungsstörung.

## **Welches Risiko birgt die Einnahme von LSD?**

Wir untersuchen LSD in einem sehr kontrollierten Rahmen und mehrheitlich bei psychisch gesunden Personen. Körperlich ist LSD sehr sicher. LSD kann akut Übelkeit auslösen oder Kopfschmerzen über 1–2 Tage. Allerdings kann es sehr selten zu Flashbacks oder dem sogenannten HPPD (Halluzinogen Persisting Perception Disorder) kommen. Letzteres wird als sehr unangenehm beschrieben, da es sich um eine andauernde Wahrnehmungsveränderung handelt (z.B. andauerndes Sehen von Linien an der Wand), dies konnten wir in unseren kontrollierten Studien aber noch nicht beobachten. Es besteht aber ein Risiko relevanter psychologischer unerwünschter Wirkungen, und zwar vor allem für eine akute Angstreaktion oder vorübergehende psychotische Reaktionen. Das wäre im unangenehmsten Fall der «Horrortrip». Mittelstarke Angst sehen wir relativ oft, auch bei Personen, die das LSD Erlebnis insgesamt als sehr angenehm oder positiv beschreiben. Es muss aber immer auch oder phasenweise mit unangenehmen Erlebnissen und Gefühlen gerechnet werden als Teil der Erfahrung. Verschiedene als Set und Setting bekannte Faktoren haben hier einen Einfluss und werden auch untersucht. Anhaltende psychotische Reaktionen sehen wir bei der Anwendung im kontrollierten Rahmen bei Personen ohne eine psychotische Vorerkrankung oder familiäre Belastung nicht. Auch grosse epidemiologische Analysen zeigen keine negative Wirkung von LSD auf die psychische Gesundheit. Eher gibt es Hinweise für positive Effekte. Nichtsdestotrotz legen wir bei der Screening-Untersuchung ein grosses Augenmerk auf die sorgfältige Abklärung der Risikofaktoren.



**Seit über 75 Jahren ist die psychoaktive Wirkung von LSD bekannt. Die Erforschung und medizinische Verwendung war lange ein Tabu. In den letzten Jahren wurde nun die Forschung zu LSD wieder aufgenommen. Wie kam es dazu?**

Die Forschung mit psychedelischen Substanzen war seit den frühen 1970er-Jahren durch den neuen Betäubungsmittelstatus blockiert. Dies hatte politische Gründe. Im Verlauf war es dann auch länderabhängig regulatorisch schwierig oder zumindest sehr aufwändig, mit diesen Betäubungsmitteln zu forschen. Die Schweiz war hier etwas pragmatischer als z.B. die USA. In den 1970er-Jahren begann der Psychiater Franz Vollenweider in Zürich mit Psilocybin in Humanstudien zu forschen. Erst ca. 2008 startete dann der Psychiater Peter Gasser in Solothurn wieder Forschung mit LSD im Menschen bzw. sogar in Patienten. Er untersuchte damit als Erster in der neueren Forschung die Wirkung bei Patienten mit einer Angsterkrankung bei einer lebensbedrohlichen Krankheit. Er wählte also eine schon früher behandelte Patientengruppe. Erst 2012 starteten dann auch die Universitäten in Basel und London mit LSD-Forschung. Später kamen Zürich, Chicago und Maastricht dazu. Unterdessen führen auch kleinere Pharmafirmen Forschung mit LSD im Menschen durch. Die politischen Hürden sind nicht mehr so hoch. Aber wir haben die hohen Qualitätsanforderungen der Humanforschungsgesetze und der Medikamentenentwicklung, was nun die klinische Forschung generell aufwändig und anspruchsvoller macht und natürlich auch teuer.

**Sie sind einer der wenigen Forscher weltweit, die LSD klinisch untersuchen. Woran forschen Sie derzeit genau?**

**Haben Sie schon Studien abgeschlossen?**

Wir haben noch keine klinischen Studien bei Patienten abgeschlossen. Wir wissen also nicht, ob LSD bei irgendeiner Krankheit wirksam ist. Wir haben mehrere Studien in der ersten Phase der Arzneimittelentwicklung abgeschlossen, wo man die Eigenschaften von LSD im Körper und die Verträglichkeit prüft. Hinzu kommen Studien mit unterschiedlichen Dosierungen, zur Wirkung im Gehirn (funktionelle Bildgebung), zum Metabolismus, zum molekularen Wirkmechanismus, Vergleiche mit anderen Substanzen wie MDMA oder Amphetaminen etc.

**In welchen andern Ländern wird klinisch LSD erforscht? Wie sieht die wissenschaftliche Lage international dazu aus?**

In der Schweiz wird mit Abstand am meisten geforscht, vor allem in Basel, aber auch in Zürich und in Solothurn in Zusammenarbeit mit Basel. In London wurden zwei Studien mit LSD in mittleren Dosen durchgeführt. In Chicago gab es zwei Studien mit Microdosing. Ebenfalls gab es eine Studie mit Microdosing in Maastricht. Eine weitere Microdosing-Studie wurde von einer Firma in Grossbritannien durchgeführt. Weltweit sind zahlreiche weitere Studien in verschiedenen Ländern geplant. Die moderne Forschung mit Psychedelika verwendet zurzeit aber mehrheitlich Psilocybin. Dieses wirkt ähnlich wie LSD, aber kürzer, was sich in einem ohnehin zeitintensiven betreuten therapeutischen Rahmen oft als nützlich erweisen kann.

**Wie ist die aktuelle Gesetzeslage in der Schweiz bezüglich des klinischen Einsatzes von LSD? Was ist erlaubt, was nicht?**

In der Schweiz kann mit LSD im Menschen geforscht werden, sofern das Projekt von einer Ethikkommission bewilligt wurde und das BAG eine Ausnahmegenehmigung für die Verwendung von LSD erteilt hat. Wenn man eine Studie macht zur Untersuchung von LSD als möglichem Medikament z.B. in Patienten, dann muss diese auch durch die Swissmedic bewilligt werden. Daneben gibt es die beschränkte Anwendung von LSD in Patienten mit einer Ausnahmegenehmigung des BAG. Dazu braucht es einen patientenspezifischen Antrag beim BAG durch den behandelnden Arzt. Das ist aber keine Forschung, sondern eine sehr regulierte Anwendung bei Patienten, bei denen andere Medikamente nicht wirksam waren. Diese Behandlungsmöglichkeit besteht weltweit nur in wenigen Ländern und die Schweiz hat hier eine Pionierrolle. Kanada hat vor Kurzem ein ähnliches Programm begonnen für Psilocybin. In der Schweiz ist die Behandlung zurzeit mit LSD, MDMA oder Psilocybin möglich.

**Inwiefern spielt das politische und gesellschaftliche Umfeld eine Rolle in der LSD-Forschung?**

Die entsprechenden Forscher müssen primär kompetent sein und die nötigen Forschungsmittel auftreiben können. Da LSD seit einigen Jahren positiver bewertet wird als noch im letzten Jahrhundert, sind die politischen und gesellschaftlichen Hürden geschrumpft. Nun kann

man argumentieren, dass es deshalb auch einfacher ist, Geld für diese Forschung zu erhalten. Relevant ist aber, dass die Forscher fähig sind, aussagekräftige Daten zu generieren, welche dann einen Nutzen zeigen oder allenfalls auch nicht.

### **Wie reagiert das medizinische Umfeld (Wissenschaft/Standesorganisationen) auf Ihre Forschung?**

Heute gibt es praktisch an jedem Psychiatriekongress Symposien oder Vorträge zu Psychedelika. Sehr respektierte Fachleute in der Psychiatrie und Psychopharmakologie forschen heute mit LSD oder verwandten Substanzen oder interessieren sich dafür. Mit Ketamin haben wir neu sogar ein Medikament auf dem Markt mit vermutlich teilweise ähnlichem Wirkmechanismus und ähnlichem Anwendungsgebiet wie LSD. Dennoch ist der Kreis der Personen, die wirklich klinische Studien durchgeführt haben, noch relativ klein. Das wird sich in den nächsten Jahren aber vermutlich schnell ändern.

### **Warum ist gerade die Universität Basel eine der führenden LSD-Forschungsinstanzen? Gibt es allenfalls einen Zusammenhang mit dem Basler Albert Hofmann, der 1943 in Basel das LSD entdeckte?**

Das stimmt, Albert Hofmann hat ja in Basel das LSD entdeckt und das Psilocybin als Wirkstoff in den Zauberpilzen isoliert. Er hat auch viel zu LSD geschrieben. Damit ist die Schweiz und speziell Basel hier schon hervorzuheben als Geburtsstätte des LSD.

Ich wandere mindestens einmal im Jahr zur Rütimatte, wo Albert Hofmann und seine Frau ruhen. Die Schweiz hatte mit Franz Vollenweider und Peter Gasser auch eine weltweite Pionierrolle bei der Weiterführung oder Wiedereinführung von Forschung mit Psychedelika.

Ich kam wegen der guten Forschungsbedingungen nach Basel. Dann habe ich einen Vortrag von Peter Gasser zu seiner LSD-Forschung in Solothurn gehört. Das hat uns als Medikamentenspezialisten animiert, LSD pharmakologisch genauer im Menschen zu untersuchen. Die LSD-Forschung hat also in der Schweiz in Patienten wieder begonnen und in einer Praxis für Psychiatrie, bevor die Akademie sich dieser auch wieder annahm. Dieses Vorgehen ist eigentlich sehr untypisch, da bei fast allen Medikamenten die Sicherheit zuerst in gesunden Personen überprüft wird, bevor man in eine Patientengruppe geht.

### **Was halten Sie vom derzeitigen gesellschaftlichen Trend, die Selbstoptimierung mittels LSD-Mikrodosierungen zu fördern?**

Ich weiss nicht, ob das funktioniert. Es gibt noch zu wenig Forschung dazu. Wir sind aktuell eher an Makrodosen und der klinischen Anwendung interessiert als an sogenannten Selbstoptimierungen.

### **Welche Erfahrungen haben Sie selbst mit LSD gemacht?**

Ich habe an Forschungsstudien anderer teilgenommen und dabei LSD eingenommen. Dabei ging es auch darum, als Forscher diese Zustände zu kennen und z.B.

deren Erfassung mit psychometrischen Techniken zu verbessern.

### **Welche zukünftigen Veränderungen im Einsatz und Umgang mit LSD erwarten Sie in den nächsten Jahren? Haben Sie diesbezüglich Forderungen an die Politik?**

Primär müssen das therapeutische Potenzial von LSD und allfällige unerwünschte Wirkungen in klinischen Studien untersucht werden. Auch das kommerzielle Interesse wird zunehmen. Ich gehe davon aus, dass es in den nächsten Jahren zahlreiche Arzneimittelstudien geben wird. Es geht dabei um LSD als Medikament für Patienten und um eine regulierte Anwendung. Die entsprechenden Rahmenbedingungen und Gesetze sind eigentlich klar und vorhanden.

*Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Mitglied Redaktion Synapse*

**Prof. Matthias Liechti** ist stellvertretender Chefarzt der Abteilung Klinische Pharmakologie und Toxikologie des Universitätsspitals Basel und Leiter der Forschungsgruppe Psychopharmakologie.



Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel (uniham-bb)

## **Wichtige Information 2020**

### **2. hausarztupdate Basel**

Aufgrund der aktuellen Pandemie-Situation wird das 2. hausarztupdate vom 5. November 2020 auf nächstes Jahr,

**Donnerstag, 4. November 2021,**  
verschoben.

## **Wichtige Termine 2020**

### **Dienstagmorgen-Fortbildung im KSBL Liestal, Aula Feldsäge, 7.45–8.30 Uhr**

8. Dezember 2020

Wenn die Stimme versagt – Ein Update

Prof. Claudio Storck, Unispital Basel

# Sport und Sucht – gesellschaftlich zunehmend relevant



Christiane Leupold-Gross

In unserer Praxis sitzt nicht unbedingt ein Jan Ullrich oder ein Marco Pantani im Wartezimmer, aber vielleicht die 27-jährige Ausdauersportlerin, mit einem BMI von 17, die sich wegen Schmerzen im linken Fuss, ohne erinnerliches Trauma, angemeldet hat. Sie trainiert gerade auf den Swiss Alpine Marathon, die MPA hat bereits im Terminkalender notiert, dass es eilt und eine Trainingspause für sie unmöglich sei. In den Jahren zuvor war sie bei den Wettkämpfen im Land immer weit vorne platziert.

Spätestens bei dieser Konstellation sind wir beim Thema Sport und Sucht angekommen und mit den möglichen negativen Auswirkungen von intensivem Training, von einem «Zuviel an Sport» konfrontiert. Mit oder ohne Substanzmissbrauch und mit oder ohne Komorbiditäten aus dem psychiatrischen Formenkreis.

## **Anabolika – die am häufigsten verwendeten Doping-Substanzen**

Sport und Sucht können sich auf ganz unterschiedliche Weise kombinieren und präsentieren. Substanzgebunden finden sich einige Beispiele z.B. im Profiradsport, wie zwei davon bereits eingangs namentlich erwähnt. Die missbräuchliche Einnahme von leistungssteigernden Substanzen mit der Absicht des unlauteren Vorteils, wie dies generell beim Doping geschieht, ist zwar verwerflich, aber per se noch keine Sucht im Sinne der Definition, sondern lediglich der Ver-

such der Leistungssteigerung durch Anwendung von Substanzen der verbotenen Wirkstoffgruppen oder auch durch Anwendung verbotener Methoden, wie z.B. Blutdoping. Die Einnahme von Anabolika oder die Injektion von EPO z.B. führt über die Substanz allein nicht zur Sucht. Es sind zusätzliche externe Faktoren, welche Doping für die Betroffene oder den Betroffenen als unausweichlich erscheinen lassen und sie oder ihn so in eine Abhängigkeit bringen können: Der Leistungsdruck («Nur siegen zählt»), der Konkurrenzkampf, die Gruppendynamik («Alle machen es») oder auch der gesellschaftliche Druck sind Komponenten, mit dem individuell umgegangen werden muss.

Aber nicht nur die skandalgezeichnete Sportart des Radsports, hinter deren Kulissen sich jahrelang gut funktionierende Dopingstrukturen etablieren konnten, auch die Leichtathletik oder der Boxsport und viele andere Disziplinen und verschiedenste Länder sind betroffen. IndividualsportlerInnen sind dabei gefährdeter als Team sportlerInnen. Dr. Margaret Goodman, Gründerin und Präsidentin der VADA (Voluntary Anti-Doping Association) wurde letztes Jahr im deutschen Magazin «Spiegel» mit der Aussage zitiert, dass der Anteil positiver Doping-Tests im Kampfsport bei 6–7% liegt. Dabei sind Anabolika die am häufigsten verwendeten Substanzen. Gemäss Beat Steiner, Vizedirektor bei Antidoping Schweiz, gehen europäische Studien davon aus, dass 10–20% der Menschen, also bis zu jeder Fünfte, insbesondere im Fitness- und Bodybuilder-Bereich Substanzen konsumieren, welche die Leistungsfähigkeit fördern sollen. Übrigens ist der Konsum von anabolen Steroiden in der Schweiz grundsätzlich nicht verboten und fällt, solange jemand nicht an Wettkämpfen teilnimmt, auch nicht unbedingt auf. Hingegen sind Herstellung und Handel mit solchen Substanzen strafbar.

Bei den stimulierenden und aufputschenden Substanzen wird es in Bezug auf Sucht deutlich kritischer: Stimulanzien wie Amphetamin und noch mehr Kokain, chemisch Kokainhydrochlorid, als weisses oder gelbliches Pulver in der

Szene als Koks oder Schnee bekannt, hat bekanntlich ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Stimulanzienmissbrauch, initial wie z.B. Anabolika zur Leistungssteigerung, endet konsekutiv in der Abhängigkeit und macht auch vor verwegenen Namen wie z.B. Diego Maradona nicht halt. Ein mahnendes Beispiel und eine tragische Figur ist der eingangs bereits erwähnte Radsportler «Pirat» Marco Pantani, der in den 90er-Jahren nachweislich mit EPO gedopt den Radsport dominierte, des Dopings überführt wurde und schliesslich 2004 an einer Überdosis Kokain verstarb. Aber es sind nicht nur die wilden Männer, auch braver anmutenden Sportlerinnen wie Martina Hingis wurde einst der Nachweis von Kokain im Urin zum Verhängnis und endete im Rücktritt von der Profikarriere.

## **Wenn aus Lust auf Bewegung Zwang wird**

Ein Schwerpunkt in dieser Ausgabe der *Synapse* sind die Verhaltenssuchte, die substanzungebundenen Süchte. Und obwohl sie keine eigentlichen Süchte im Sinne der ICD-10 sind, ist man aus der Erfahrung im klinischen Alltag versucht, das, was wir als Sportsucht erleben, die «addiction to sport», im Bereich der Verhaltenssuchte einzuordnen, weil dazu durchaus Parallelen bestehen. Bei vielen ambitionierten Hobbysportlern besteht ein mehr oder weniger ausgeprägter Drang und nicht selten gar ein Zwang und eine Art von Abhängigkeit, sich in einem individuell definierten Ausmass bewegen zu können. Ohne diese Möglichkeit entsteht Unruhe, Stressintoleranz oder schlicht ein schlechtes Körpergefühl, ein mehr oder weniger starkes Unbehagen mit sich selbst. Auch wenn zu Beginn die Lust auf Bewegung stand, kann auch ein Muss daraus werden, weil ohne Bewegung das Wohlbefinden im eigenen Körper nicht mehr stimmt. Der positive Effekt einer regelmässigen sportlichen Aktivität auf Körper und Geist für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft ist allgemein anerkannt und wird in der Schweiz u.a. auch vom Bund über das Bundesamt für Sport (BASPO) gefördert. Aus biologischen Studien wissen wir, dass z.B. beim Joggen das dopa-

minerge System aktiviert wird, dass Endorphine und Cannabinoide ausgeschüttet werden und diese Neurotransmitter zu euphorischem Grundgefühl bis hin zum «runner's high» führen können. Viele Menschen profitieren von diesem Mechanismus, um Stress oder Ängste abzubauen und im sozialen System ausgeglichen, zufrieden und leistungsfähig funktionieren zu können. Die Motivation zur regelmässigen Bewegung beruht hier auf positiven Emotionen.

Psychologische Studien legen aber auch nahe, dass es vom rein erholenden, durchaus auch leidenschaftlichen Sportverhalten über den Mechanismus der Neurotransmitter einen Übergang in ein übermässiges und schliesslich addiktives Trainingsverhalten gibt, mit entsprechend negativen körperlichen und u.U. auch sozialen Folgen. Dahinter können, häufig auch verdeckte Komorbiditäten aus dem psychiatrischen Formenkreis stehen, allen voran Essstörungen auf der Grundlage einer Körperbildstörung, aber auch substanzgebundene Süchte wie Alkohol oder Medikamente. In einer Situation eines addiktiven Trainingsverhaltens wird die sportliche Aktivität zunehmend aufgrund negativer Motivation absolviert, Zwanghaftigkeit oder Schuldgefühl stehen dabei im Vordergrund. Warnsignale des Körpers wie Schmerzen, Krankheit oder bei Frauen Zyklusunregelmässigkeiten bleiben weitgehend unbeachtet und eine Anpassung des Trainingsprogramms bleibt aus. Gerade im Ausdauersportbereich lauert Potenzial für addiktives Sportverhalten mit exzessiven, zweckorientierten Trainings in Kombination mit Kalorienrestriktion, um gesellschaftlichen Vorgaben des aktuellen Schönheitsideals oder dem eigenen, eventuell gestörten Körperbild zu entsprechen und täglich vor sich selbst bestehen zu können. Im sozialen Umfeld gelingt es zwar häufig, sich ein ähnlich getaktetes Umfeld zu gestalten, vor allem ausserberuflich, aber auch das kann wegbrechen, wenn der Sport von der Leidenschaft zur Fixierung wird und oberste Priorität einnimmt.

### **Krankheitsbild «Female Athlete Triad» (FAT)**

Im Profisport führen besonders Disziplinen wie Rhythmische Sportgymnastik oder Ballett aufgrund der dort geltenden Schlankheitsideale die Liste der Problemsportarten in Bezug auf exzessives Training und negative körperliche Auswirkungen an. Dabei ist eine negative Energiebilanz trotz anhaltender körper-

licher Dauerbelastung der entscheidende Faktor für das gesundheitliche Risiko. Aus Untersuchungen weiss man, dass sowohl weibliche als auch männliche Sportler gegenüber Nichtsportlern gefährdeter sind, eine Essstörung zu entwickeln. Die Überzeugung, dass Figur und Gewicht die entscheidende Komponente für den Erfolg in der jeweiligen Sportart sind, ist diesbezüglich ein wesentlicher und geschlechtsunabhängiger Risikofaktor. Im Bereich Sportgymnastik, Eiskunstlaufen und Tanzen findet sich gemäss einigen Untersuchungen bei knapp einem Drittel der AthletInnen eine Essstörung. Für die unmittelbaren körperlichen Folgen ist dabei selbstredend nicht relevant, ob das Energiedefizit auf Essstörungen im klassischen Sinn wie der Anorexia nervosa oder Buli-

mia nervosa nach ICD-10 beruht, also der Suchtproblematik zugeordnet werden muss, oder ob der Kalorienrestriktion ein sportspezifisch gestörtes Essverhalten wie bei der Anorexia athletica zugrunde liegt. Wiegen vor dem Training und ständige Ermahnungen an die Essensdisziplin werden insbesondere von jungen Athletinnen als Bedrohung empfunden und sind für die Gesamtentwicklung zur Frau und generell in Hinblick auf die Entwicklung einer Essstörung äusserst kritisch. Die unschönen Schlagzeilen rund um die kürzlich publizierten Vorwürfe von Ex-Athletinnen aus der Rhythmischen Sportgymnastik gegen ihre Trainerinnen machen diese Problematik öffentlich wahrnehmbarer als bisher. Eine anhaltende körperliche Dauerbelastung bedeutet für die hypothalamisch-



hypophysäre Achse Stress und gilt, unabhängig von der Grundlage des Antriebs für diese sportliche Belastung, als Hauptrisikofaktor für negative Auswirkungen auf die Gesundheit, im Speziellen bei jungen Frauen. Stress führt zur GnRH-Suppression und zu einer Kaskade von Hormonveränderungen. Mit «Female Athlete Triad», kurz FAT, wird ein Krankheitsbild beschrieben, welches die Komponenten Zyklusstörungen, verminderte Knochendichte und negative Energiebilanz beinhaltet. Dabei müssen nicht unbedingt alle 3 Problemkreise im Vordergrund stehen. Eine zu tiefe Kalorienaufnahme in Kombination mit einer Dauerbelastung führt, nebst einer allfälligen Mangelernährung im Bereich der Mikronährstoffe wie Calcium, Eisen, Zink und Vitamin-B-Komplex zu einer GnRH-Suppression im Hypothalamus und dadurch zu einer verminderten FSH-LH-Ausschüttung auf hypophysärer Ebene. Die konsekutive Ovarialinsuffizienz mündet in einen Oestrogenmangelzustand. Klinisch finden sich Zyklusunregelmässigkeiten, von der späten Menarche bis zur Oligo- oder sekundären Amenorrhoe. Eine Folge des Oestrogenmangels sind eine verminderte *peak-bone-mass* und die Entwicklung einer Osteoporose, auch kann das Wachstum verzögert sein. Rund 50% der Profiathletinnen berichten über Zyklusstörungen, bei

rund 10% der Profiathletinnen kombinieren sich Ess- und Zyklusstörungen. Das Vollbild einer FAT, also Amenorrhoe, Essstörung und Osteoporose, findet sich in rund 1,5% der Athletinnen.

Selbstverständlich gilt das Konzept des FAT auch für den männlichen Athleten, kann als «Male Athlete Triad» beschrieben werden und beinhaltet ebenfalls das gestörte Essverhalten und die osteologischen Auswirkungen. Die dritte Komponente, die Gonadeninsuffizienz mit erniedrigtem Testosteronspiegel, bleibt klinisch dabei häufig unerkannt.

Die Behandlung dieser Triade oder auch nur von Teilen davon ist schwierig und dort schliesst sich der Kreis zum eigentlichen Thema Sport und Sucht: Eine betroffene Athletin oder einen Athleten zu einem geringeren Trainingsumfang zu bewegen und von einer vermehrten Kalorienaufnahme zu überzeugen, ist aus Erfahrung schwierig und gelingt meist nicht durch eine einfache Empfehlung! Meist braucht es ein interdisziplinäres Setting und Zeit. Zeit, um z.B. eine Stressfraktur aufgrund der Osteoporose heilen zu lassen, und auch danach ist ein additives Sportverhalten nicht einfach weg.

### **Sensibilisierung der Gesellschaft notwendig**

Bei unserer Sportlerin aus dem Warte-

zimmer besteht radiologisch eine Fraktur des MT III des linken Fusses. Anamnestisch gibt sie an, ein selbstaufgelegtes Lauftraining von mind. 70 km/Woche zu bewältigen, sie isst aus Gewichtsgründen bewusst wenig. Seit 12 Monaten hat sie keine Mens mehr, was sie nebenbei als praktisch empfindet. Die Abklärungen ergeben anamnestisch, klinisch und labormässig ein «Female Athlete Triad». Bei der Fraktur handelt es sich um Stressfraktur auf dem Boden einer Osteoporose. Die junge Frau muss über die Tragweite ihrer gesundheitlichen Situation aufgrund ihres Trainingsverhaltens aufgeklärt und im Idealfall einer umsichtigen und interdisziplinären Behandlung zugeführt werden.

Das Thema Sport und Sucht ist vielschichtig und vielfältig und beschränkt sich keineswegs nur auf die soeben gestreiften Bereiche oder nur auf den Spitzensport. Wir sind als Gesellschaft unvermindert zunehmend sportlich unterwegs und das ist erfreulich. Aufgrund dieser Entwicklung erscheint es mir aber wichtig, Sportler und Gesundheitsfachleute für die Risiken im Zusammenhang mit Sport und Sucht, nicht nur im Profisportbereich, sondern auch im Breitensport, zu sensibilisieren.

*Dr. med. Christiane Leupold-Gross,  
Mitglied Redaktion Synapse*

#### **Impressum**

##### **Anschrift der Redaktion**

Redaktion Synapse  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
E-Mail: [synapse@emh.ch](mailto:synapse@emh.ch)

##### **Mitglieder der Redaktion**

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH  
Dr. med. Burkhard Gierer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH  
Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg  
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH  
Dr. med. Christiane Leupold-Gross, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH  
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern  
Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer EMH

##### **Verantwortlicher Fortbildungskalender**

Dr. med. Julian Mettler, E-Mail: [julian.mettler@hin.ch](mailto:julian.mettler@hin.ch)  
[www.fortbildungskalender-synapse.ch](http://www.fortbildungskalender-synapse.ch)

##### **Verlag**

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56  
E-Mail: [verlag@emh.ch](mailto:verlag@emh.ch)  
[www.emh.ch](http://www.emh.ch)

© 2020 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.  
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

##### **Layout, Satz, Lithos**

bido-graphic GmbH, Muttenz

##### **Druck**

Vogt-Schild Druck AG, Derendingen

##### **Erscheinungsweise**

erscheint sechsmal jährlich

##### **Abonnementskosten**

Jahresabonnement CHF 50.–

##### **Inserate**

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
Tel. 061 467 85 04, Fax 061 467 85 56  
E-Mail: [info@emh.ch](mailto:info@emh.ch)

«Synapse» im Internet: [www.synapse-online.ch](http://www.synapse-online.ch)

**Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 16.11.2020**

printed in  
**switzerland**



**Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland**  
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach  
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01  
E-Mail: [aeg-bl@hin.ch](mailto:aeg-bl@hin.ch)



**Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel**  
Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald  
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel  
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16  
E-Mail: [info@medges.ch](mailto:info@medges.ch)

# Die Sucht verursacht jährlich Kosten von 7,7 Milliarden Franken in der Schweiz

Gemäss einer neuen Studie («Volkswirtschaftliche Kosten der Sucht»), die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Ende September 2020 veröffentlicht hat, verursacht die Sucht volkswirtschaftliche Kosten von 7,7 Milliarden Franken, wobei der Tabak mit 3,9 Milliarden Franken der weitaus grösste Kostenfaktor ist. An zweiter Stelle folgt der Alkohol mit rund 2,8 Milliarden. Der Restbetrag verteilt sich auf illegale Drogen mit 0,9 Milliarden und Geldspielsucht mit 61 Millionen Franken.

Suchtbedingte Kosten in der Schweiz 2017 in Mio. CHF

n.v.	Alkohol	Tabak	Drogen	übrige Süchte	Total	Anteil
Direkte Kosten	692	3'044	741	3,1	4'480	58%
• Gesundheitswesen	477	3'044	274	3,1	3'799	49%
• Strafverfolgung	215	0	467	0	682	9%
Indirekte Kosten	2'151	833	181	58	3'223	42%
• Produktivitätsverluste Mortalität	29	83	5	n.v.	117	2%
• Produktivitätsverluste Morbidität	614	750	176	0	1'540	20%
• Direkte Produktivitätsverluste	1'508	–	–	58	1'566	20%
<b>Total</b>	<b>2'843</b>	<b>3'877</b>	<b>922</b>	<b>61</b>	<b>7'703</b>	<b>100%</b>

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics

Schlagwörter

## Schlagwörter und andere Ausreden



Karin Hirschi-Schiegg

Schlagwörter dienen meist dazu, etwas zu dramatisieren, was nicht so schlimm wäre. Sie können bei Bedarf aber auch Dinge verharmlosen, die eigentlich alarmierend wären. Jeder Hausarzt weiss, dass sich hinter «ab und zue es Gläsi Wy!» durchaus eine Sucht verbergen kann. Rund um den Alkoholgenuß hält der Volksmund eine grosse Auswahl an Ausdrücken bereit. Wer sich nach Feierabend ein Bier gönnt, geht «eins go

kippe». Interessant ist, dass es immer «eins» ist, nie zwei oder drei; im Bedarfsfall ist es «no eins». Beliebt sind auch Verkleinerungsformen: «es Einerli», «es Schnäppli».

Wenn ein Arzt gerne einige Tassen Kaffee mehr trinkt als empfohlen, betreibt er «Morbus-Parkinson-Prophylaxe», und Rotwein soll gut sein gegen Arterienverkalkung. Auch wenn die Evidenz dazu eher dürftig ist, greift doch jeder gerne zu so einem Spruch, um sein schlechtes Gewissen zu besänftigen.

Wie gut ist es da, dass sich wenigstens Vertreter der Tabakindustrie für eine «Versachlichung der Diskussion» einsetzen! Zwar lassen sie offen, wer oder was vorgängig unsachlich gewesen sei. Auch soll bitte nur die *Diskussion* versachlicht werden, die Sachlage selber wäre eher störend, etwa Zahlen zu Gesundheitsschäden oder -kosten durch Nikotin und ähnliche Einwände, die nichts weiter sind als «Vorwände» zur Einschränkung der Marktfreiheit. Eine «sinnvolle Tabakprävention» reicht da völlig aus! Klingt gut – wenn man nur wüsste, was damit gemeint ist. Nicht rauchen? «Verantwortlich» oder «mündig» rauchen, Verzeihung, «konsumieren»? Oder gar das Aufheben von Werbeverboten? Diese sind nämlich unnötig

geworden durch die «Selbstregulierung». Was für ein (Schlag-)Wort! Ich versuche zu verstehen: Die Tabakindustrie reguliert sich selber. Aber was wird da reguliert und mit welchem Ziel? Man muss schon ein Pedant sein, um eine ganze Tabak-Webseite nach einer Antwort auf diese Frage zu durchkämmen (erfolglos, in diesem Fall). Auch würde sich nur ein Pedant an so etwas Banalem wie an Rechtschreibfehlern aufhalten. Zum Beispiel an diesem: Es wird «eine **M**assvolle und vernünftige Regulierung» angestrebt. Offenbar erfolgte hier auch das Korrekturlesen bezüglich Gross- und Kleinschreibung massvoll. Oder ist es am Ende Absicht? Soll dem aufmerksamen Leser signalisiert werden, dass man sich nicht staatlich vorschreiben lässt, was in der Tabakpolitik gross- oder kleingeschrieben wird?

Wir sehen: Die Schlag- und Beschwichtigungswörter der Genussmittelindustrie stehen den Trinksprüchen an Redegewandtheit und Originalität in nichts nach. Vielleicht wurde ja bei ihrer Reaktion sogar das eine oder andere «gekippt»? Da kann man sich nur noch wünschen: «Gesundheit!»

Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg,  
Mitglied Redaktion Synapse