



Aktuelle Aktivitäten der SGSP

Neues SGSP-Positionspapier sowie ein Rückblick auf den SGPP-Kongress

Die Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie (SGSP) bezweckt die Förderung der Sportpsychiatrie und -psychotherapie über die Lebensspanne in der Schweiz im Leistungssport und in der Allgemeinbevölkerung. In *Leading Opinions Neurologie & Psychiatrie* wird regelmässig über die jüngsten Entwicklungen der Sportpsychiatrie und -psychotherapie (in der Schweiz) und ihre Tätigkeitsfelder – im Breiten-, Gesundheits- und Leistungssport – berichtet.

In diesen 5. SGSP-Gesellschaftsnachrichten sollen körperliche Aktivität und psychische Gesundheit einen Schwerpunkt bilden und das Positionspapier der SGSP zu «Körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit» wird im folgenden Artikel vorgestellt.

Auf Einladung von *Leading Opinions* sollen in dieser Ausgabe zudem die verschiedenen Beiträge zur Sportpsychiatrie und -psychotherapie auf dem diesjährigen Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vorgestellt werden. In der Session «Bewegung, Training, Sport und psychische Gesundheit» wurde auch hier auf den Zusammenhang von körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit eingegangen.

SGSP-Positionspapier: körperliche Aktivität und psychische Gesundheit

In unserer von Bewegungsmangel geprägten Gesellschaft kommt der gesundheitlich relevanten «Erhaltungsdosis an Bewegung» auch in Hinblick auf die psychische Gesundheit und Erkrankungen eine (zunehmend) grosse Bedeutung zu.

Die Evidenz, die Sport und Bewegung mittlerweile in der Prävention und Therapie psychischer Beschwerden und Erkrankungen aufweisen, ist beachtlich und hat beispielsweise dazu geführt, dass körperliche Aktivität Einzug in die S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression Einzug gehalten hat.

Aber nicht nur die Effekte von Sport

und Bewegung auf die psychische Gesundheit und auf psychische Erkrankungen sind es, die körperliche Aktivität zu einem wichtigen Behandlungsbaustein in der Psychiatrie und Psychotherapie machen, sondern auch und insbesondere die Effekte auf die körperliche Gesundheit. Exercise is Medicine®!

In der Struktur der SGSP-Positionspapier wurde im jüngsten Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie hierauf eingegangen und die Ausgangslage, Problemfelder, Ansatzpunkte und Empfehlungen zur körperlichen Aktivität und psychischen Gesundheit herausgearbeitet.¹

SGPP-Jahreskongress 2021

Im State-of-the-Art-Vortrag «Sportpsychiatrie und -psychotherapie: Psychische Gesundheit im Leistungssport» ging der Referent auf die Bedeutung der psychischen Gesundheit im Leistungssport ein. Der Umgang mit der psychischen Gesundheit und mit psychischen Erkrankungen sowie der Zugang zu entsprechenden Gesundheitsdienstleistungen im Leistungssport sollten genauso alltäglich sein wie die übrige medizinische Fürsorge. Idealerweise sollten Leistungssportler*innen Zugang zur bestmöglichen interdisziplinären und interprofessionellen Versorgung haben.

Im Verständnis der Komplexität des Leistungssports, des hohen zeitlichen Aufwandes der Athlet*innen und des bereits beträchtlichen Betreuungsumfangs, bei immer dichter werdenden Zeitplänen,

wurde im Vortrag auch eine Ergänzung der Versorgungsstrukturen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Leistungssport vorgeschlagen.

Bewegung, Training, Sport und psychische Gesundheit

In der gleichnamigen Session ging zuerst Theofanis Ngamsri in seinem Referat «Bewegung, Training und Sport in der Behandlung von psychischen Erkrankungen» auf die Bedeutung von körperlicher Aktivität in der Psychiatrie und Psychotherapie ein. Christian Imboden, der federführend das Positionspapier zur körperlichen Aktivität und psychischen Gesundheit erarbeitete, stellte das SGPP-Positionspapier vor. Robyn Cody präsentierte in ihrem Vortrag Forschungsergebnisse zum «Vergleich der körperlichen Aktivität und deren Determinanten bei körperlich inaktiven, depressiven Patienten und körperlich inaktiven, gesunden Probanden». Und dass ein Mehr an körperlicher Aktivität nicht zwangsläufig ein Mehr an Gesundheit bedeutet, erläuterte Flora Colledge im letzten Referat der Session mit dem Titel «Detaillierte psychische Profile von sportsüchtigen Personen: Depression, Zwangsgedanken und gestörtes Essverhalten».

Körperbildstörungen, IPED und Sportethik

In der Session «Sportpsychiatrie – Körperbildstörungen, Image and Performance Enhancing Drugs (IPEDs) und Sportethik» ging zuerst Robin Halioua mit seinem Referat «Muskeldysmorphie – vom muskulären Ideal zu Körperbildstörung und Krank-

heit» auf Körperbild- und Essstörungen, insbesondere bei Männern und im Bodybuilding, ein. Personen mit einer Muskeldysmorphie und Bodybuilder sind eine Hauptrisikogruppe für den Gebrauch von Anabolika (anabole androgene Steroide, AAS), die zu den wichtigsten Vertretern der Gruppe der IPEDs gehören. Samuel Iff gab in seinem Vortrag «Public Health: IPED im Freizeitsport» einen Überblick zur Epidemiologie des IPED-Gebrauchs im Freizeitsport. Im letzten Referat der Session mit dem Titel «Doping im Sport – Perspektive und Ethik der (Sport-)Medizin» zeigte Roman Gähwiler die somatische und sportmedizinische Perspektive des Gebrauchs leistungssteigernder Substanzen im Leistungssport und Freizeitsport auf.

Die beiden Sessions mit Referent*innen unterschiedlichen fachlichen Hintergrunds sind ein gutes Beispiel für das interdisziplinäre und interprofessionelle Verständnis der Sportpsychiatrie und -psychotherapie (in der Schweiz). Eine Zusammenfassung fast aller Vorträge wird in dieser Ausgabe *Leading Opinions Neurologie & Psychiatrie* wiedergegeben, zu der alle Referent*innen eingeladen waren.

Aktuelle Nachrichten und Informationen zur Schweizerischen Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie wie auch zu weiteren Veranstaltungen finden sich auf der SGSP-Homepage: www.sgsp.ch.

Autor:

Dr. med. **Malte Christian Claussen**
Präsident SGSP
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Privatklinik Wyss AG und
Psychiatrische Dienste Graubünden
E-Mail: malte.claussen@pukzh.ch

■19

Literatur:

1 Imboden C et al.: Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie: Positionspapier – Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* 2021; 172: w03199

INTERNATIONAL CONFERENCE ON SPORTS PSYCHIATRY (ICSP)

Einladung zur ICSP 2022

Die 1st ICSP wird vom 14. bis 15. Januar 2022 in Zürich stattfinden. Sie wird von der Schweizerischen Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie und der Österreichischen Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie durchgeführt. Die als Hybridveranstaltung geplante ICSP mit vielen hochkarätigen Referenten soll sich als regelmässiges Format etablieren und die Vernetzung und den Austausch in der Sportpsychiatrie und -psychotherapie fördern. Zudem ist der Kongress die erste gemeinsame Jahrestagung der beteiligten Fachgesellschaften.

Eine Anmeldung zur ICSP 2022 ist ab sofort möglich und weitere Informationen finden sich auf der Kongress-Homepage: <https://kongress.sgsp.ch/2022/>.



SPORTS PSYCHIATRY – JOURNAL OF SPORTS AND EXERCISE PSYCHIATRY

Call for Papers

We are soliciting manuscripts for inclusion in the following issues of *Sports Psychiatry*. We welcome conceptual or empirical manuscripts with an international focus on the special issue topics. This can include review articles, meta-analyses, consensus statements, full original research reports, or brief communications, in keeping with the usual article types for *Sports Psychiatry*. All manuscripts will be subject to full editorial board and peer review.

Special issue on “Mental health in elite and high-performance sports”

Authors are invited to submit a full manuscript due by January 15th, 2022. An optional letter of intent should be sent to andres.schneeberger@pdgr.ch.

We anticipate that the issue will be published in spring 2022. Find the full call here (PDF): <https://www.hogrefe.com/ch/zeitschrift/sports-psychiatry>

We are looking forward to your submissions!

Alan Currie, Andres Schneeberger, Malte Christian Claussen

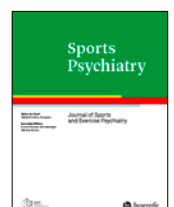
Special issue on “Physical activity and exercise in the prevention and treatment of psychiatric disorders”

Authors are invited to submit a full manuscript due April 15th, 2022. An optional letter of intent should be emailed to markus.gerber@unibas.ch by January 15th, 2022.

We anticipate that the issue will be published in spring 2022. Find the full call here (PDF): <https://www.hogrefe.com/ch/zeitschrift/sports-psychiatry>

We are looking forward to your submissions!

Todd Stull, Markus Gerber, Malte Christian Claussen





Positionspapier der SGSP

Körperliche Aktivität bei psychischen Erkrankungen

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufiger körperlich inaktiv,¹ was zu der erhöhten Morbidität und Mortalität dieser Population² beiträgt.³ Regelmässige körperliche Aktivität reduziert das Risiko für die Entwicklung verschiedener psychischer Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen⁴, Angststörungen⁵ und Demenz⁶. Auch konnte mehrfach gezeigt werden, dass ein strukturiertes Training in der Behandlung von Depressionen (Tab. 1), Schizophrenie⁷ und diversen weiteren Erkrankungen eine positive Wirkung zeigt. Mittlerweile bestehen internationale Empfehlungen zum Einsatz von Trainings in der psychiatrischen Behandlung.⁸ Aufgrund dieses breiten Spektrums an positiven Effekten empfiehlt es sich, die Erhebung und Förderung körperlicher Aktivität stärker in den Fokus der psychiatrischen Behandlung zu bringen. Die Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie hat zu diesem Zweck ein Positionspapier veröffentlicht.⁹

Ausgangslage

Während stationärer psychiatrischer Behandlungen haben die meisten Schweizer Kliniken Therapieelemente mit körperlicher Aktivität etabliert. Gemäss einer Umfrage in 55 Deutschschweizer Kliniken nahmen jedoch nur 25% der Patient*innen an diesen Programmen teil.¹⁰ Die Durchdringung der Bewegungsangebote kann also noch verbessert werden. Ausserhalb der Behandlungsinstitutionen sind solche Strukturen aktuell noch nicht verbreitet vorhanden. Ambulante Bewegungs- und Sportgruppen spezifisch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden in einigen Regionen über die Organisation Behindertensport Schweiz (plusport.ch) angeboten. Die Angebote sind aber oft noch wenig bekannt und sollten weiter ausgebaut werden. Klare Richtlinien für die Erhebung und Verschreibung körperlicher Aktivität in der psychiatrischen Praxis fehlen heute noch weitgehend.

Empfehlungen

Die SGSP empfiehlt, dass in der psychiatrischen Praxis das Bewegungsverhalten

der Patient*innen systematisch evaluiert und gefördert wird. Einfache Fragebogen wie die Kurzversion des International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-sf) eignen sich bereits, um einen groben Überblick über das Bewegungsverhalten zu erhalten. Das Bundesamt für Sport empfiehlt für erwachsene Menschen einen wöchentlichen Bewegungsumfang von 2,5h mittlerer oder 1,25h hoher Intensität oder eine beliebige Kombination davon (hepa.ch). Allerdings ist, ausgehend von Inaktivität, bereits bei geringeren Steigerungen des Bewegungsumfanges mit positiven Effekten zu rechnen. Motivationale und volitionale Techniken eignen sich nebst dem Einbezug des sozialen Umfeldes für das individuelle Bewegungscoaching in der psychiatrischen Praxis. Zudem empfiehlt sich ein interprofessionelles Vorgehen mit Einbezug von psychologischen Psychotherapeut*innen, Pflegefachkräften, Physio-, Bewegungs- und Sporttherapeut*innen. Mittelfristig ist es das Ziel der SGSP, dass sich die Verschreibung evidenzbasierter Trainingsprogramme als Bestandteil der psychiatrischen Versorgung etabliert. Hierzu sollten auch konkrete Empfehlungen zu Umfang und Dauer solcher Programme er-

arbeitet werden. Obwohl manche Patient*innen in stationären oder tagesklinischen Institutionen ein strukturiertes Bewegungsprogramm absolvieren, ist der Transfer in den Alltag oftmals mit verschiedenen Hindernissen verbunden. Spezielle Coaching-Programme zur Steigerung der körperlichen Aktivität durch individuelle Zielsetzung und Unterstützung sollten speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen entwickelt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden. Aktuell läuft in der Schweiz in vier psychiatrischen Kliniken eine solche Multicenterstudie (pacinpat.com¹¹).

Gerade im ambulanten Bereich müssen Bewegungs- und Sportangebote auf- und ausgebaut werden und deren Finanzierung über die Krankenkassen muss gesichert werden. Aus diesem Grund sollte in weiteren Projekten ein Schwerpunkt auf die Kosteneffektivität solcher Programme gelegt werden. Auch empfiehlt es sich, die Möglichkeiten digitaler Trainingsprogramme besser zu nutzen und auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzustimmen. Da über die spezifischen Hindernisse und Barrieren sowie die impliziten Einstellungen zu körperlicher Aktivi-

Autoren	Studienpopulation	Art des Sports	Kontrollen	k	N	Effekte (95% CI)
Schuch et al. (2016) ¹³	Klinische MDD (k = 9) MDD und Dysthymia (k = 2) Gemischt oder nichtklinisch (k = 14)	Jede geplante, repetitive und strukturierte sportliche Aktivität, mit dem Ziel die physische Fitness oder Gesundheit zu verbessern oder zu erhalten	keine Intervention, übliche Betreuung, Warteliste. Aktive Kontrollen (z. B. Stretching) ausgenommen	25	1'487	SMD = -0,98 (-1,28, -0,68) Größere Effekte in MDD und Sport in moderater oder hoher Intensität
Kvam et al. (2016) ¹⁴	Diagnose einer unipolaren Depression, kleiner Anteil mit Minor Depression/Dysthymia	Aerob, Krafttraining, kombiniert	Placebobehandlung, übliche Betreuung, keine Behandlung, Warteliste, Pharmakotherapie, Psychotherapie, alternative Interventionen. Aktive Kontrollen ausgenommen	23	977	g = -0,68 (-0,92, -0,44) vs. Psychotherapie: g = -0,22 (-0,65, 0,21) vs. Antidepressiva: g = -0,08 (-0,33, 0,18) Hochqualitativ vs. Kontrolle: g = -0,26 (-0,61, 0,08)
Nebiker et al. (2018) ¹⁵	Diagnose einer Depression oder Depression Scale über Schwellenwert	Aerob/Ausdauer, Krafttraining/neuromuskulär	Placebobehandlung, übliche Betreuung, keine Behandlung, Pharmakotherapie, kognitive Therapie. Aktive Kontrollen ausgenommen	27	1'452	Ausdauer: SMD = -0,79 (90% CI: -1,10, -0,48); p < 0,00001 Neuromuskulär: SMD = -1,14 (90% CI: -1,50, -0,78); p < 0,00001 Geringes Risiko für Bias: moderate Effektgröße (Ausdauer), hohe Effekte (neuromuskulär)
Morres et al. (2019) ¹⁶	Klinische Population, Diagnose einer MDD	Aerob	Jede Behandlung (z. B. Psychotherapie, Medikation) oder Zustand (Warteliste, keine Behandlung). Aktive Kontrollen ausgenommen	11	455	g = -0,79 (-1,01, -0,57) Geringes Risiko für Bias: g = -0,70 (-0,94, -0,45)
Carneiro et al. (2020) ¹⁷	Klinische Diagnose einer Depression oder Werte über dem Schwellenwert	Krafttraining mit minimalem oder ohne Aufwärmen	Keine zusätzliche physische Aktivität	4	253	Mehrere Kombinationen: 2 primäre Outcomes in 2 Studien (HDRS/BDI und HDRS/GDS; 2 Studien verwendeten HDRS & CES-D); Nur HDRS: g = -0,281 (-1,05, 0,49) BDI/GDS: g = -0,602 (-1,39, 0,18) Hohe Heterogenität der Studien

Tab. 1: Metaanalysen Ausdauer- oder Kraftsport bei Depressionen (nur letzte 5 Jahre) (nach Imboden C et al).¹² **Fett** = signifikante Resultate (p > 0,05)

tät dieser Personengruppe noch wenig bekannt ist, sollten diese Themen klinisch in Kooperation mit den Sportwissenschaften besser erforscht werden. Um den Zugang zum klassischen Vereinssport zu erleichtern, könnte es sich empfehlen, ein Netzwerk von Turn- und weiteren Sportvereinen aufzubauen, welche «mental health friendly» sind, in denen also ein Verständnis für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren besondere Situation vorhanden ist. Idealerweise haben solche Vereine die Möglichkeit, Menschen mit geringem Einkommen zu unterstützen und den Zugang finanziell leichter zu machen.

Neben diesen Bestrebungen im klinischen und wissenschaftlichen Bereich en-

gagiert sich die SGSP mit ihren Partnern dafür, Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung aktiv einzubringen. Zusätzlich ist es wichtig, auch Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, um die breite Bevölkerung für die Bedeutung eines aktiven Lebensstils für die psychische Gesundheit noch besser zu sensibilisieren. ■

Autor:
Dr. med. **Christian Imboden** EMBA
Ärztlicher Direktor &
Vorsitzender der Klinikleitung
Privatklinik Wyss AG
Münchenbuchsee

Vorstandsmitglied SGSP
E-Mail: christian.imboden@pkwyss.ch

■19

Quelle:

SGPP-Jahreskongress, 25.–27. August 2021, virtuell

Literatur:

- 1** Vancampfort D et al.: Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2017; 16: 308-15
2 Walker ER et al.: Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2015; 72: 334-41
3 Gerber M et al.: Cardiovascular disease and excess mortality among people with depression: Meta-analytic evidence and the potential role of physical activity as a game changer. *Dtsch Z Sportmed* 2021; 72 (Accepted)
4 Schuch

FB et al.: Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Psychiatry* 2018; appiajp201817111194 **5** Schuch FB et al.: Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depress Anxiety* 2019; 36: 846-58 **6** Buchman AS et al.: Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults. *Neurology* 2012; 78: 1323-9 **7** Firth J et al.: Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin* 2017; 43: 546-56 **8** Stubbs B et al.: EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psy-*

chiatry 2018; 54: 124-44 **9** Imboden C et al.: Positionspapier – Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* 2021; 172(03) **10** Brand S et al.: The current state of physical activity and exercise programs in German-speaking, Swiss psychiatric hospitals: Results from a brief online survey. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 1309–17 **11** Gerber M et al.: The impact of lifestyle Physical Activity Counselling in IN-PATients with major depressive disorders on physical activity, cardiorespiratory fitness, depression, and cardiovascular health risk markers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2019; 20: 367 **12** Imboden C et al.: Physical activity for the treatment and prevention of depression: A rapid review of meta-analyses. *Dtsch Z Sportmed* 2021; 72 (accepted) **13** Schuch FB et al.: Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for

publication bias. *J Psychiatr Res* 2016; 77: 42-51 **14** Kvam S et al.: Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 202: 67-86 **15** Nebiker L et al.: Moderating effects of exercise duration and intensity in neuromuscular vs. endurance exercise interventions for the treatment of depression: a meta-analytical review. *Front Psychiatry* 2018; 9: 305 **16** Morres ID et al.: Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2019; 36: 39-53 **17** Carneiro L et al.: The effects of exclusively resistance training-based supervised programs in people with depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(18): 6715



© Stockphoto.com/Marinkay

Symposien der SGSP bei der SGPP-Jahrestagung

Die Schweizer Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie (SGSP) war bei der diesjährigen Jahrestagung der SGPP mit einem State-of-the-Art-Symposium und zwei Scientific Sessions vertreten. Auf den Seiten 24–35 finden Sie Kurzzusammenfassungen fast aller Vorträge.

State-of-the-Art-Symposium

- Sportpsychiatrie und -psychotherapie: Psychische Gesundheit im Leistungssport (Malte Christian Claussen)

Session: Bewegung, Training, Sport und psychische Gesundheit

Chair: Malte Christian Claussen

- Bewegung, Training und Sport in der Behandlung von psychischen Erkrankungen (Theofanis Ngamsri)
- SGSP-Positionspapier: Bewegung, Training und Sport in Prävention und

Therapie psychischer Erkrankungen (Christian Imboden)

- Vergleich der körperlichen Aktivität und deren Determinanten bei körperlich inaktiven, depressiven Patienten und körperlich inaktiven, gesunden Probanden (Robyn Cody)
- Detaillierte psychische Profile von sportsüchtigen Personen: Depression, Zwangsgedanken und gestörtes Essverhalten (Flora Colledge)

Session: Sportpsychiatrie – Körperbildstörungen, Image- and

performance-enhancing drugs (IPED) und Sportethik

Chair: Malte Christian Claussen

- Muskeldysmorphie – vom muskulären Ideal zu Körperbildstörung und Krankheit (Robin Halioua)
- Public Health: IPED im Freizeitsport (Samuel Iff)
- Doping im Sport – Perspektive und Ethik der (Sport-)Medizin (Roman Gähwiler) ■



Auch in der Schweiz ein zentrales Thema

«Image- and performance-enhancing drugs» (IPED) im Freizeitsport

Gemäss Literatur benutzen über eine Viertelmillion Schweizerinnen und Schweizer form- und leistungsfördernde Medikamente («image- and performance-enhancing drugs», IPED) und beanspruchen selten medizinische Hilfe, obwohl die Nebenwirkungen und Schäden schwerwiegend und nachhaltig sind.

Die IPED-Anwendung wird in der Regel vor den behandelnden Ärzten verheimlicht, da die Patienten dem Arzt oft kein ausreichendes Wissen zu diesem Thema zutrauen. Zu den Risikogruppen zählen junge Männer, Freizeitathleten und Sportstudiosbesucher, Elite-Athleten und Bodybuilder, wobei die Freizeit-IPED-Benutzer den grössten Anteil ausmachen. Die am häufigsten verwendeten IPED in der «Szene» sind anabol-androgene Steroide (AAS). Obwohl eine steigende Zahl von AAS-Anwendern mit gesundheitlichen Problemen aufgrund der Langzeitanwendung zu erwarten sind, begeben sich nur wenige AAS-Anwender in eine Behandlung.¹

Die Gründe für die Anwendung von IPED sind: den Körper zu verbessern (z. B. besser aussehen, mehr Muskelmasse und -definition), das Aussehen zu verbessern (z. B. jugendliches Aussehen behalten), die Erfolgchancen zu erhöhen (z. B. sportliche Errungenschaften erreichen, Verletzungen schneller heilen lassen) und soziale Chancen zu verbessern (z. B. kulturelle und soziale Erwartungen erfüllen).

Unerwünschte Wirkungen von IPED sind häufig und vielfältig

Die Patienten erleben während der Anwendung zunächst nur die von ihnen gewünschten Wirkungen und nehmen erst dann eine Behandlung in Anspruch, wenn die Nebenwirkungen die gewünschten Wirkungen übersteigen. Die für die Anwender sichtbaren Effekte sind mehr Kraft, mehr Muskelmasse und weniger Fett. Die häufigsten unerwünschten Wirkungen während einer IPED-Anwendung sind Hodenschrumpfung (27–63%), Akne (38–55%), Hypersexualität (51%), Bluthochdruck (43%), Gynäkomastie (26–34%), Stimmungsschwankungen (42%), Haar-

verlust (23%) und Polyglobulie (13%). Die häufigsten Nebenwirkungen nach einer IPED-Anwendung sind Reduktion der Libido (38%) und erektile Dysfunktion (20–33%).^{2, 3} Medikamente, die Patienten typischerweise regelmässig zur Selbstbehandlung von Nebenwirkungen einnehmen, sind Aromatasehemmer, Clomifencitrat, menschliches Choriongonadotropin und Tamoxifen.²

Gemäss mehrfach replizierten Studien entwickeln ca. 30% der IPED-Anwender eine Abhängigkeit. Die Anwendung von anabolen Steroiden kann je nach Einnahmepériode zu einem stimmungsdestabilisierenden Effekt mit depressiven Verläufen und kurz anhaltenden Hypomanien führen. Es zeigen sich auch andere psychiatrische Symptome oder Störungsbilder wie Manien, Psychosen, gesteigerte Aggression (sog. «roid rage»), Depressionen und Angststörungen.⁴ Auch Suizide und Suizidversuche scheinen bei den Betroffenen häufiger als in Vergleichspopulationen aufzutreten. Absetzphänomene umfassen ausgeprägte depressive Verstimmungen, eine gesteigerte Angst, Muskelmasse zu verlieren, Müdigkeit, Unruhe, Appetitverlust, Schlaflosigkeit, reduzierte Libido und ein gesteigertes Verlangen (Craving) nach IPED. Das gefährlichste Absetzphänomen ist die Suizidalität.

Wie man das Abhängigkeitsverhältnis durchbrechen kann

IPED-Konsum ist neben der Substanzabhängigkeit deswegen gefährlich, weil es selten nur bei «einmal» bleibt. Oft werden die Dauer der Anwendung, die Dosis und die Anzahl der verwendeten Substanzen im Verlauf erhöht. Zusätzlich ist die Qualität der verwendeten Produkte meist mangel-

haft und die medizinischen Probleme werden kleingeredet bzw. laienhaft behandelt.

Die Therapieoptionen beinhalten: Aufbau einer Motivation zur und Erhalt der Abstinenz, Hilfestellung bei der Reduktion der Nebenwirkungen und Entzugssymptome, Diskussion, Behandlung und Information über medikamenteninduzierte medizinische und psychiatrische Störungen, Aufbau eines sozialen Supportsystems, das die Abstinenz unterstützt, Verbesserung der Coping-Skills und Stressmanagement, um einem erneuten Missbrauch vorzubeugen, Ausgleich von sportbezogenen Aktivitäten.⁵ ■

Autoren:

Dr. med. **Samuel Iff**

Externer fachlicher Berater Sprechstunde

«Medikamente im Fitness-Sport»

Dr. med. **Ingo Butzke**

Chefarzt

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG

Arbeitsgruppe Image- und

performance-enhancing drugs (IPEDs)

Schweizerische Gesellschaft für

Sportpsychiatrie und -psychotherapie

Korrespondierender Autor:

Dr. med. **Samuel Iff**

E-Mail: samuel.iff@gmail.com

■19

Quelle:

SGPP-Jahreskongress, 25.–27. August 2021, virtuell

Literatur:

1 Zahnow R et al.: *Contemp Drug Probl* 2016; 44: 69–83
2 Bonnacaze AK et al.: *Am J Mens Health* 2020; 14: 1557988320966536
3 Smit DL et al.: *Neth J Med* 2018; 76: 167
4 Giannini AJ et al.: *Clin Pediatr* 1991; 30: 538–42
5 Harvey O et al.: *BMC Public Health* 2019; 19: 1024



Präventive und therapeutische Effekte

Bewegung, Training und Sport in der Behandlung von psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben eine hohe Inzidenz (10–20%) und Lebenszeitprävalenz (18–36%).¹

Das hat relevante volkswirtschaftliche und gesundheitliche Folgen für die Gesellschaft.

Ppsychische Erkrankungen können für das Individuum negative Auswirkungen haben. Es verschlechtern sich das Befinden, die kognitive und soziale Leistungsfähigkeit sowie die Lebensqualität. Die Behandlung dieser Erkrankungen hat deshalb einen hohen Stellenwert. Sport spielt dabei eine wichtige Rolle. Es sind bereits viele Nachweise erbracht worden für den positiven Einfluss von Sport und Bewegung auf diverse psychische Erkrankungen.²

Neuropathologisch und neurophysiologisch wurden die Verhinderung der Atrophie diverser Hirnstrukturen (u. a. Hippocampus) und die Förderung der Neurogenese nachgewiesen.³ Die Erhöhung der BDNF-Spiegel («brain derived neurotrophic factor») durch Sport hat Einflüsse auf die Plastizität, die Genexpression, die Gliafunktion und vieles mehr.⁴

In der Untersuchung von psychischen Erkrankungen haben sich vielfach breite positive Effekte von Bewegung und Sport auf psychische Erkrankungen gezeigt. Bei der Angst führte Sport in Kombination mit Psychotherapie zur Verbesserung von Lebensqualität, Aktivität und Ausdauer.⁵ Insbesondere bei der sozialen Phobie waren sportliche Gruppenaktivitäten mit kognitiver Verhaltenstherapie sehr wirksam.

Bezüglich der Depression ist bekannt, dass Sport einen wichtigen protektiven Effekt hat. Er verzögert und verhindert die Depressionsentstehung. Sport verbessert u. a. die Depressionssymptomatik, die Lebensqualität und die Krankheitsdauer. Er zeigte sich sogar in manchen Fällen ähnlich wirksam wie die Pharmako- und Psychotherapie. Deshalb sollte regelmässiger Sport als Add-on-Therapie wann immer möglich mitangeboten werden.²

Bei Patienten mit Schizophrenie zeigen Sport und Bewegung einen sehr starken positiven Effekt, nicht zuletzt durch die Komorbidität der Schizophrenie mit ande-

ren somatischen und psychischen Erkrankungen. Regelmässiges Ausdauertraining führt bei schizophrenen Patienten u. a. zur Verbesserung der Psychopathologie, des BMI, kardiovaskulärer und metabolischer Parameter und der Lebensqualität.⁶

Sport hat auch einen positiven Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Durch regelmässiges, ausreichendes und konsequent durchgeführtes Ausdauertraining verbessern sich die Aufmerksamkeit, das Arbeitsgedächtnis, exekutive Funktionen, die psychomotorische Geschwindigkeit und die globale Kognition allgemein.⁷

Es sind neben der Verbesserung der Kognition auch zahlreiche Hinweise zur Prävention und zur Behandlung von Demenz durch Sport vorhanden. Die körperliche Inaktivität gilt als einer von mehreren «modifizierbaren Risikofaktoren». Das sind Faktoren, die beeinflusst werden können, um der Krankheitsentstehung entgegenzuwirken. Durch Förderung der regelmässigen Bewegung und Sport kann die Demenzentstehung verzögert werden.⁸

Die Förderung vor allem von Freizeitsport konnte eine gute Wirkung zeigen (insbesondere von Freizeitsport mit sozialer und kognitiver Stimulation). Letztere sind weitere modifizierbare Faktoren für Alzheimer-Demenz.⁹ Wichtig zu erwähnen ist, dass sich in jedem Lebensalter körperliche Aktivität günstig auf die Demenzprävention auswirkt.

Neben der Prävention ist die Förderung der Bewegung auch bei der Behandlung von Demenzkranken ein wichtiges Instrument. Sport zeigte bei Patienten mit Alzheimer und vaskulärer Demenz eine Verbesserung der Kognition und der neuropsychiatrischen Symptome sowie eine Verlangsamung der Unselbstständigkeit.¹⁰

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Sport und Bewegung neben der körperlichen auch die psychische Gesundheit allgemein fördern. Sie fördern die Präven-

tion von psychischen Erkrankungen, aber auch in der Therapie sind sie ein wichtiger Bestandteil. In manchen Fällen zeigen sich sogar ähnliche Effekte wie durch andere etablierte Therapieverfahren. Aus diesem Grund gilt es, Sport und Bewegung bei psychischen Erkrankungen weiter zu fördern und allgemein, wann immer möglich, als Add-on-Therapie mitanzubieten. ■

Autor:

Dr. med. **Theofanis Ngamsri**

Oberarzt

Alters- und Neuropsychiatrie

Psychiatrie St. Gallen Nord

E-Mail: theofanis.ngamsri@psgn.ch

■19

Quelle:

SGPP-Jahreskongress, 25.–27. August 2021, virtuell

Literatur:

- 1 Wimo A et al.: The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dement* 2013; 9: 1-11.e3
- 2 Ngamsri T et al.: Sport als Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen. *Ars Medici* 2020; 7 3
- 3 Erickson KI et al.: Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011; 108: 3017-22
- 4 Seifert T et al.: Endurance training enhances BDNF release from the human brain. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2010; 298: R372-7
- 5 Oeland AM et al.: Impact of exercise on patients with depression and anxiety. *Nord J Psychiatry* 2010; 64: 210-7
- 6 Stubbs B et al.: EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry* 2018; 54: 124-44
- 7 Dauwan M et al.: Physical exercise improves quality of life, depressive symptoms, and cognition across chronic brain disorders: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Neurol* 2021; 268: 1222-46
- 8 Ngamsri T et al.: Physical activity and sports in dementia. *SEMS-Journal* 2019; 31 9
- 9 Verghese J et al.: Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 348: 2508-16
- 10 Cass SP: Alzheimer's disease and exercise: a literature review. *Curr Sports Med Rep* 2017; 16: 19-22



Studie der Universität Basel

Determinanten körperlicher Aktivität bei Personen mit depressiven Störungen

Nebst der momentan herrschenden Covid-19-Pandemie erleben wir auch die Pandemie des Bewegungsmangels.¹ Weltweit erfüllt ca. ein Drittel der Menschen die empfohlenen 150 Minuten moderate bis intensive körperliche Aktivität pro Woche nicht², dies wiederum führt zu erhöhtem Risiko für nicht übertragbare Krankheiten, u. a. auch depressive Störungen³.

Umgekehrt führen auch depressive Symptome und die damit assoziierten Komorbiditäten zu vermehrter körperlicher Inaktivität, obschon regelmässige körperliche Aktivität auf psychischer, neuronaler, hormoneller und kognitiver Ebene mit positiven Effekten verbunden ist.⁴ Ob eine Person regelmässig körperlich aktiv ist, hängt von mehreren Determinanten ab. Mögliche Faktoren, die das Bewegungsverhalten steuern, sind psychologische Personenmerkmale, soziale Einflüsse oder kognitive Entscheidungsprozesse.⁵ Manche dieser Determinanten sind expliziter, andere impliziter Natur. Ob sich Personen mit vs. ohne Depression im Hinblick auf solche expliziten und impliziten Determinanten unterscheiden, wird in einer laufenden randomisierten kontrollierten Studie⁶ untersucht.

Die Studie findet in vier schweizerischen psychiatrischen Kliniken statt. Dort werden erwachsene Patient*innen rekrutiert, die zu Beginn körperlich wenig aktiv sind und laut ICD-10 eine unipolare episodische oder rezidivierende Depression haben. Zudem wird eine Kontrollgruppe mit Personen, die ebenfalls wenig körperlich aktiv sind, jedoch keine Vorgeschichte oder aktuelle depressive Erkrankung aufweisen, rekrutiert. Die objektive körperliche Aktivität wurde während einer Woche via Akzelerometer gemessen, die subjektive körperliche Aktivität sowie die psychosozialen Determinanten wurden mittels Fragebögen erfasst und die impliziten Einstellungen wurden mit computerbasiertem Reaktionstest erhoben.

Die Untersuchungspersonen mit Depression wiesen im Vergleich zu den Pro-



band*innen ohne Depression höhere Werte für objektiv erfasste körperliche Aktivität auf (Gruppe mit Depression: 40,2 ± 18,8 Minuten/Tag, Gruppe ohne Depression: 34,5 ± 17,8 Minuten/Tag; $p=0,017$). Dies traf auch für die selbstberichtete körperliche Aktivität zu; auch hier wiesen die Proband*innen mit Depression höhere Werte auf ($p<0,001$). Proband*innen mit Depression gaben zudem im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe mehr Stress ($p<0,001$), mehr Schlafprobleme ($p<0,001$) und eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität ($p<0,001$) an. Sie hatten umgekehrt eine höhere Intention ($p<0,001$) und intrinsische Motivation ($p=0,001$), körperlich aktiv zu sein, und positivere Erwartungen bezüglich der körperlichen Aktivität ($p<0,001$). Im Bereich der impliziten Einstellungen unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander.

Die Daten der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass ein Klinikaufenthalt möglicherweise einen Wendepunkt darstellt, weshalb die Patient*innen mit Depression im Vergleich zu Kontrollpersonen ohne Depression ein höheres Mass an körperlicher Aktivität aufwiesen. Analog dazu waren in der Patientengruppe auch die expliziten (Intention, Motivation und Er-

wartungen) und impliziten Einstellungen gegenüber körperlicher Aktivität positiv ausgeprägt. Einige psychosoziale Determinanten (Stress, Schlaf und gesundheitsbezogene Lebensqualität) weisen auf die Gefahr potenzieller Bewegungsbarrieren sowie den möglichen Nutzen einer Bewegungsberatungsintervention während des stationären Klinikaufenthalts hin, um bei Patient*innen mit Depression nachhaltig einen körperlich aktiven Lebensstil aufzubauen. ■

Autorin: **Robyn Cody**
Wiss. Assistentin/Doktorandin
Departement für Sport, Bewegung und
Gesundheit (DSBG)
Universität Basel
E-Mail: robyn.cody@unibas.ch

■19

Quelle:

SGPP-Jahreskongress, 25.–27. August 2021, virtuell

Literatur:

1 de Castro RRT et al.: Exercise training: a hero that can fight two pandemics at once. *Int J Cardiovasc Sci* 2020; 33: 284-7 2 Hallal PC et al.: Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380: 247-57 3 Schuch FB et al.: Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 631-48 4 Stubbs B et al.: EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry* 2018; 54: 124-44 5 Bauman AE et al.: Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *Lancet* 2012; 380: 258-71 6 Gerber M et al.: The impact of lifestyle Physical Activity Counselling in IN-PATIENTS with major depressive disorders on physical activity, cardiorespiratory fitness, depression, and cardiovascular health risk markers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2019; 20: 367

Das muskuläre Ideal

Körperbild und Diätverhalten

Seit den 1970er-Jahren wird für Männer als auch für Frauen ein zunehmend muskulöser und gleichzeitig schlanker Körper propagiert, der nur durch regelmässigen Sport und bewusste Ernährung erreicht werden kann.¹ Neben dem medial propagierten Körperideal tragen vor allem wichtige Bezugspersonen aus dem näheren Umfeld zu dessen Internalisierung bei.

Diese Internalisierung stellt zwar einen Risikofaktor dar, führt aber nicht in jedem Fall gleichermassen zu einer Körperunzufriedenheit. Welche Faktoren genau dabei eine Rolle spielen, ist noch nicht abschliessen geklärt. In extremen Fällen jedoch kann das Streben nach einem muskulösen Körper zu einer Störung führen, die erstmals 1993 von Pope et al. als Muskeldysmorphie beschrieben wurde.² Betroffene, die an einer Muskeldysmorphie leiden, befürchten, nicht ausreichend muskulös zu sein, und nehmen sich in der Regel als schwächling wahr.³ Um dieser Befürchtung zu begegnen, praktizieren sie einen Lebensstil, der durch ein rigides Sport- und Diätprogramm gekennzeichnet ist.

Klinisches Erscheinungsbild der Muskeldysmorphie

Klinisch lässt sich die Muskeldysmorphie gut anhand der kognitiven, emotionalen und Verhaltensebene beschreiben: Auf der kognitiven Ebene findet sich eine unablässige gedankliche Beschäftigung mit der Vorstellung, nicht ausreichend muskulös zu sein, die mehrere Stunden am Tag in Anspruch nehmen kann. Auf der emotionalen Ebene dominieren negative Emotionen, die vielfach bei der Konfrontation mit dem eigenen Körper ausgelöst werden. Diese negativen Emotionen führen auf der Verhaltensebene wiederum zu einem Kontroll- und Vermeidungsverhalten. So wird beispielsweise nur noch sehr weite Kleidung getragen, um die Körperform zu verstecken (camouflaging) oder der Körper wird mehrfach täglich in reflektierenden Oberflächen auf Makel hin überprüft (checking). Betroffene weisen einen hohen Leidensdruck auf und sind in ihrer Lebensführung deutlich beeinträchtigt, sodass es mitunter zu beträchtlichen sozialen und funktionellen Einschränkungen kommt.



© iStockphoto.com/KatarzynaBialalawicz

Ess- und Sportverhalten im Zusammenhang mit Muskeldysmorphie

Um mögliche Pathologien zu untersuchen, die mit der Verfolgung des muskulären Schönheitsideals assoziiert sind, sollen auch Diät- und Sportverhaltensweisen berücksichtigt werden, die nicht durch die Muskeldysmorphie abgebildet werden. Dies gelingt in der Umsetzung bisher kaum. Ein wesentliches Problem stellt dabei die Konzeption der Muskeldysmorphie dar, die hauptsächlich als Körperbildstörung verstanden wird und gestörtes Essverhalten nur als Komorbidität zulässt. Das gemeinsame Erfassen und Diskutieren von muskelorientiertem Ess- und Sportverhalten würde dabei von einem transdiagnostischen Verständnis, wie wir es von den Essstörungen her kennen, profitieren.⁴ Hierdurch würden statt der Unterschiede zwischen den Diagnosen deren Gemeinsamkeiten in den Vordergrund rücken, sodass gemeinsame Ursachen und Wirkfaktoren diskutiert werden könnten. Erste Untersuchungen und eine bislang unveröffentlichte Studie der Psychiatrischen Uni-

versitätsklinik Zürich zeigen, dass die Muskeldysmorphie von einer transdiagnostischen Perspektive profitiert und sich dabei das Verständnis für die Symptomatik erweitert.^{5,6} ■

Autor:

Dr. med. **Robin Halioua**

Oberarzt

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie

und Psychosomatik

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

E-Mail: robin.halioua@pukzh.ch

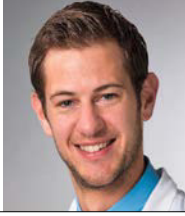
■19

Quelle:

SGPP-Jahreskongress, 25.–27. August 2021, virtuell

Literatur:

- 1 Benton C, Karaszia BT: Body Image 2015; 13: 22-7
- 2 Pope Jr. HG et al.: Comprehensive Psychiatry 1993; 34: 406-9
- 3 Olivardia R et al.: Am J Psychiatry 2000; 157: 1291-6
- 4 Fairburn CG et al.: Behav Res Ther 2003; 41: 509-28
- 5 Murray SB et al.: Body Image 2012; 9: 193-200
- 6 Murray SB et al.: Int J Eat Disord 2010; 43: 483-91



Perspektive und Ethik der (Sport-)Medizin

Doping im Sport

Leider impliziert die Doping-Diskussion mittlerweile weit mehr als unfaires Wettkampfvverhalten einzelner Leistungssportler. Die Expansion des Medikamentenmissbrauches in den Breitensport wird künftig wohl zu einer Thematik von politischer, bioethischer, soziologischer, medizinischer und Public-Health-relevanter Tragweite.

Dabei bezieht sich die geschätzte Doping-Prävalenz im Breitensport-Kollektiv auf rund 8,2–12,5%.¹ Über 50% dieser Anwender applizieren sich anabole androgene Steroide und dies in rund 80% der Fälle ausschliesslich zur Optimierung des körperlichen Erscheinungsbildes.² Hierbei ist zu bedenken, dass sich aufgrund eines positiven Feedback-Mechanismus im Nucleus accumbens (mesolimbisches «Belohnungssystem» im basalen Vorderhirn) bei rund 30% der Konsumenten im Verlauf eine klassische Abhängigkeitssymptomatik entwickelt.³

Was Anabolika für Ästhetik-orientierte Kraftsportler so gefährlich macht, ist deren Effektivität und Dosisabhängigkeit. Bereits eine kurzfristige Einnahme über 6–8 Wochen kann zu einem Kraftzuwachs von bis zu 20% und einer Körpergewichtszunahme um 2,5kg führen.⁴ Durch die Anabolika-bedingte Erhöhung der «fettfreien Körpermasse» und die damit einhergehende Reduktion des Unterhaut-Fettgewebes bedienen sich zunehmend auch Damen derartiger Präparate. Dies, um gewisse Körperpartien zu akzentuieren bzw. im Sinne eines «Tunings» zu definieren. AAS sind grundsätzlich peroral als Tabletten, mittels intramuskulärer Injektionen oder als Pflaster/Creme über die Haut applizierbar. Betrachtet man die herkömmlichen Dosierungen bei Testosteronersatz-Studien (z. B. aufgrund von Testosteronmangel im Alter oder bei Hodenunterfunktion), gelten wöchentliche Mengen von 100mg als sicher.⁵ In einer Umfrage unter 500 männlichen Anabolika-Konsumenten gaben allerdings rund 60% (298/500) der Kraftsportler an, sich wöchentlich mindestens 1000mg Testosteron (oder entsprechende Äquivalente) zu verabreichen.⁶ Aus medizinischer Sicht ist jedoch nicht nur

der Anabolika-Konsum selbst kritisch, sondern auch der damit assoziierte Beikonsum von anderweitigen Substanzen/Medikamenten im Sinne einer «Trainingsoptimierung» sowie «Nebenwirkungskontrolle». Konsekutiv repräsentieren die AAS oft nur die Spitze des Eisberges und lösen nicht selten eine ganze Kaskade von Folgemedikationen aus, welche die Sportler häufig in Eigenregie verwalten (vgl. Abb. 1).

Im Leistungssport gibt es seit Begründung der Weltantidoping-Agentur im Jahr 1999 international anerkannte Richtlinien, wie mit Doping im Spitzensport umgegangen werden soll. Die Basis dieser Antidoping-Politik wird dabei durch eine «Verbotsliste» repräsentiert, welche Substanzen und Methoden definiert, deren Anwendung dem Athleten inner- und ausserhalb des Wettkampfes untersagt ist. Die Gründe für den Medikamentenkonsum im Breiten-/Kraftsport sind jedoch multifaktoriell und tangieren Bereiche wie Entwicklungspsychologie, Soziologie und Psychiatrie. Entsprechend muss eine multifaktorielle Problemstellung auch interdisziplinär angegangen werden. Aus medizinethischer

Sicht wäre es folglich sinnvoll, entsprechende Präventionsmassnahmen sowohl in eine allgemeininternistische als auch in eine sportmedizinische Sprechstunde einbetten zu können. Die Umsetzung hierfür gestaltet sich jedoch schwierig, da die Sportmedizin grundsätzlich kein Interesse hat, ein delikates Thema wie «Doping» oder Medikamentenmissbrauch im Breitensport auch noch aktiv im Rahmen einer Sprechstunde aufzugreifen. Die Schweizerische Gesellschaft für Sport- und Bewegungsmedizin (SEMS, Sport & Exercise Medicine Switzerland) hat sich dieser Problematik dennoch angenommen und im Rahmen ihres Jahreskongresses 2019 eine entsprechende Ethik-Charta verabschiedet.⁷ Diese soll dem klinisch tätigen Sportmediziner als Handlungsempfehlung dienen. Im Sinne der Doping-Prävention ist dies jedoch bei Weitem nicht genug. Ein partieller Lösungsansatz der grassierenden Doping-Problematik im Breitensport sollte deshalb die entsprechende (Kommunikations-)Ausbildung der Allgemein- und Sportmediziner an der Front in den Fokus stellen. ■

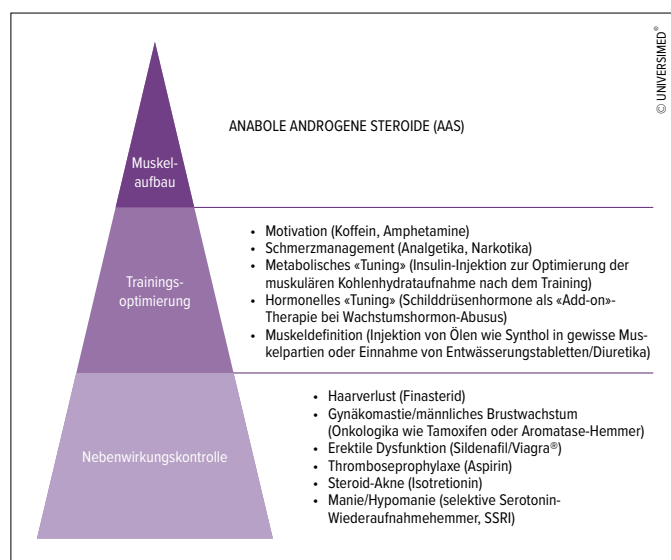


Abb. 1: Medikamentöser Beikonsum (anekdotische Auswahl) bei Konsum von anabolen androgenen Steroiden

Author:

Dr. med. **Roman Gähwiler**, MSc
Co-Leitung Sportmedizinzentrum
Kantonsspital Aarau
E-Mail: roman.gaehwiler@ksa.ch

■19

Quelle:

SGPP-Jahreskongress, 25.–27. August 2021, virtuell

Literatur:

1 Stubbe JH et al.: Drug Test Anal 2014; 6: 434-8 2 <https://www.youtube.com/watch?v=0u0Qo2x1JB8> 3 Kanayama G et al.: Addiction 2009; 104: 1966-78 4 Hartgens F, Kuipers H: Sports Med 2004; 34: 513-54 5 Rhoden EL, Morgentaler A: N Engl J Med 2004; 350: 482-92 6 Parkinson AB, Evans NA: Med Sci Sports Exerc 2006; 38: 644-51 7 Gähwiler R et al.: Swiss Sports & Exercise Medicine 2019; 67: 5-6