

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

- Abteilung Paderborn -

Fachbereich Sozialwesen

Master-Thesis im Studiengang

Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit

Medikamentenmissbrauch bei männlichen Kraftsportlern und Bodybuildern im Breitensport

**Eine qualitative Studie mit Blick
auf die Relevanz für die Gesundheitsförderung**

vorgelegt von

Verena Kopp

Matr.-Nr.: 500473

am: 26. September 2014

Erstleser: Prof. Dr. Dr. Martin Hörning

Zweitleser: Prof. Dr. Gerhard Kilz

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Einleitung	2
2 Doping im Profi-Bodybuilding im Vergleich zum Breitensport.....	6
2.1 Klassisches Bodybuilding.....	7
2.2 Definition: Doping und Medikamentenmissbrauch	8
3 Medikamentenmissbrauch im Kraftsport und Freizeitbodybuilding.....	12
3.1 Entwicklung, Funktion und Verortung des Kraftsportes / Freizeitbodybuilding in Fitness-Studios.....	13
3.2 Substanzen: Wirkung und Gefahrenpotential	16
3.2.1 Substanzen.....	17
3.2.2 Konsum- und Verfahrensweisen (Kur / Stacking).....	22
3.2.3 Suchtpotenzial von Anabolen Androgenen Steroiden (AAS).....	24
3.3 Risikogruppe	25
3.3.1 Usergruppen.....	26
3.3.2 Selbstkonzept und Sport	26
3.3.3 Männliches Selbstkonzept: Kraftsport und „Userpotenzial“	27
3.3.4 Risikogruppe: Jugendliche.....	29
3.3.5 Narzisstische Persönlichkeit.....	31
3.3.6 Zwischenfazit: Primäre Risikogruppe	33
3.4 Missbrauchsspirale.....	33
3.5 Gesetzliche Regelungen innerhalb des AMG.....	36
3.6 Faktor Internet.....	40
3.7 Faktor Mitglieder.....	42
3.8 Faktor Trainerschaft	43
3.9 Vertrieb der Substanzen durch Dealer	46
3.10 Faktor Mediziner.....	47
3.11 Zwischenfazit.....	49
4 Repräsentative Studien	52
4.1 Schweden.....	54
4.2 Dänemark.....	55
4.3 ATLAS-Studie.....	56
4.4 Lübecker-Studie und Multicenter-Studie.....	58
4.5 Studie Süddeutschland.....	58
4.6 Doping im Fitness-Studio 2010	59
4.7 Bewertung der Gesamtstudienlage	59
5 Qualitative Studie: „Medikamentenmissbrauch bei männlichen Kraftsportlern und Freizeit-Bodybuildern in Fitness-Studios“	62
5.1 Zielformulierung und Studienaufbau.....	63
5.1.1 Studiendesign.....	63
5.1.2 Auswahl der Untersuchungsgruppen.....	64
5.1.3 Methodisches Vorgehen.....	65
5.1.4 Hypothesenbildung.....	67
5.1.5 Praktischer Aufbau der Studienblöcke 1 – 3.....	70
5.2 Ergebnispräsentation.....	74

5.2.1	Kurzinterviews	74
5.2.2	Inhaber- und Mitarbeiter-Statements	85
5.2.3	Halbstandardisierte Beobachtung.....	90
5.2.4	Zusammenfassender Abschlussbericht.....	93
6	Reflexive Betrachtung des Forschungsvorhabens	96
6.1	Kurzinterviews	97
6.2	Inhaber- und Mitarbeiter-Statements	98
6.3	Teilnehmende Beobachtung.....	98
6.4	Zeitstruktur	98
7	Aufgaben der Gesundheitsförderung im Bereich des Medikamentenmissbrauchs	99
7.1	Verschiedenheit der Ansätze: Gesundheitsförderung und Prävention	99
7.1.1	Prävention	99
7.1.2	Gesundheitsförderung	101
7.2	Zielgruppe / Bedarfe / Möglichkeitsräume	103
7.3	Empowermentperspektive: Bedeutung im Einzel- und Gruppenkontext..	104
8	Gesundheitsförderung im Setting und im Einzelberatungskontext	111
8.1	Settingansatz / Einzelcoaching / Zielgruppendefinition.....	111
8.2	Arbeit mit Kraftsportlern und Freizeitbodybuildern im Setting Kraftsport- Studio	113
8.3	Veränderung der räumlichen Situation in Fitness-Studios durch Kompetenzteams	115
8.4	Verbesserung der Trainerkompetenz und Kundenorientierung	117
8.5	Ganzheitliche Einzelberatung / Erziehungsbeistand.....	118
8.6	Beratungsangebote im Internet und per Telefonhotline.....	121
8.7	Dachverbände	121
9	Fazit und Ausblick	123
	Abbildungsverzeichnis	127
	Anhang	128
	Abkürzungsverzeichnis	129
	Literaturverzeichnis.....	131

Vorwort

Freizeit-Bodybuilding impliziert nicht nur hartes körperliches Training, es stellt auch einen dominanten Bereich der Identitätsbildung dar. Kein Wunder, dass sich daher im Schatten der Öffentlichkeit in Fitnessstudios ein Milieu etabliert hat, in dem Freizeitsportler auch verbotene Medikamente einsetzen, um ihre Muskelmasse zu steigern und ihren Körperfettanteil zu senken. Aus welchen Gründen sich Studio-Mitglieder entscheiden, das Training medikamentös zu unterstützen und wie sich ein Medikamentenmissbrauch studiointern vollzieht, sind die zentralen Fragestellungen dieser Forschungsarbeit. Sie ist ein Teilprojekt von "No roids inside – Ein Programm zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs in Fitnessstudios", das von der Katholischen Hochschule NRW; Abt. Paderborn, durchgeführt und durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird.

Mit Blick auf diese Arbeit ist ein herzliches Dankeschön für die fachliche und organisatorische Unterstützung an Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Hörning, Herrn Thorsten Dittmar und Herrn Karl-Heinz Miersch gerichtet.

1 Einleitung

„Sport wird vorzugsweise in Verbindung mit Gesundheit behandelt. Bis auf ein paar Ausnahmen gibt es kaum kritische Stimmen, die dem Sport seinen angeblich positiven Effekt auf die Gesundheit streitig machen [...] Allerdings verflüchtigt sich dieses anfängliche Motiv im Verlauf der meisten Kraftsportbiographien zusehens, und das besonders in Bereichen der Körpermodellierung, sofern das Gesundheitsmotiv überhaupt eine tragende Rolle gespielt hatte. An Stelle der Gesundheit als Hauptmotiv rückt unaufhaltsam die rücksichtslose Modellierung der Körperoptik.“¹

Körperästhetik spielt in westlichen Industrienationen eine bedeutsame Rolle. Die Mode wird zunehmend sportlicher designt, Sonnenstudios schüren einen Bräunungskult und das Ideal körperlicher Vollkommenheit und perfekter Proportioniertheit zu erlangen, stellt für nicht wenige ein zu erlangendes Ziel dar.²

„Das äußere Erscheinungsbild, das man umgangssprachlich als Figur bezeichnet, wird überaus zeit- und energieintensiv mit Hilfe neuester Trainingsgerätschaften sowie konspirativer Erkenntnisse aus den Bereichen Ernährungs- und Diätgestaltung, aber auch mit Hilfe neuester Pharmazeutika aufpoliert und neudimensioniert.“³

Das Fitness-Studio stellt heute für knapp acht Millionen Mitglieder in Deutschland das Café für Leute im Sportdress dar.⁴ Das soll nicht heißen, dass die Anwesenden nicht trainieren. Aber über das reguläre Training hinaus werden, wie in nahezu allen sozialen Treffpunkten, Alltagserlebnisse, Erfahrungen sowie Sorgen und Nöte jeglichen Genres, gemäß des Integrationslevel und Zugehörigkeitsgefühl der Sportler zur „Studiogemeinde“, ausgetauscht.⁵

„Gut aussehen – das will doch jeder, und für alles gibt es Mittel, leicht zu haben, aber gefährlich für den Körper: Schmerztabletten für Marathonläufer, Schlankmacher für die Figurbetonten. Doping ist längst Teil des Breitensports. Vielleicht passt es einfach zu gut in die Zeit, um verboten zu werden.“⁶

Diese Arbeit befasst sich mit dem Phänomen „Medikamentenmissbrauch bei männlichen Kraftsportlern und Freizeit-Bodybuildern in Fitness-Studios“. Der Fokus ist primär auf den Anabolika-Konsum bzw. eine optionale Konsumbereitschaft ausgerichtet.

¹ Kläber (2010), 174 (die direkten Zitate in Blockform wurden innerhalb der gesamten Arbeit von der Verfasserin kursiv gesetzt)

² Vgl. Kläber (2013), 7 f

³ Kläber (2013), 8

⁴ Vgl. Stiftung Warentest (2014), 1

⁵ Vgl. Kläber (2013), 162

⁶ Bebbler, van (2013), 1

Das globale Medieninteresse an Doping im Spitzensport wuchs seit den positiven Dopingbefunden der Tour de France 2006 und den Olympischen Sommerspielen 2008 in Peking zunehmend an. Im Bereich des Radsports wurden Fabelweltrekorde erbracht.⁷ Innerhalb des organisierten Leistungssports haben unterschiedliche Größen ein Interesse an der stetigen Steigerung der Leistungen ihrer Favoriten. Die jeweiligen Interessen von Leistungssport, Wirtschaft, Massenmedien und Politik lassen Doping im Spitzensport zu einem systemischen Phänomen werden. Es handelt sich meistens nicht um die Entscheidung des einzelnen Sportlers, gegen die Anti-Doping-Bestimmungen zu verstoßen, um sich einen Leistungsvorteil zu verschaffen, sondern um einen systemisch beeinflussten Entschluss. Bezüglich dieser Missachtung von gesetzlichen Regelungen, welche zugleich einen Verstoß gegen das „Fair Play“ des Sports darstellt, gibt das Kapitel 2 weitere Einblicke.

Im Gegensatz zum Leistungssport findet die Supplementierungsmentalität im Breitensport medial wenig Beachtung. Ob und wann Michael Müller⁸ vor seinem Halbmarathon in die Medikamentenbox greift, um seine Leistung zu verbessern, scheint global zunächst einmal weniger von Interesse zu sein und gesellschaftlich eine eher geringe Relevanz zu besitzen. Michael Müller vertritt keine Mannschaft und besitzt keinen Kult- und Fanstatus. Das Training absolviert er ausschließlich für sich. Auch wenn der Freizeitkraftsportler Martin Meier⁹ seinen Muskelzuwachs nicht ausschließlich seines intensiven Trainings und dem Eiweiß dominierenden Ernährungskonzept zu verdanken hat, sondern gezielt durch die Einnahme von Anabolika das optische Trainingsergebnis beeinflusst, scheint es sich, durch die gesellschaftliche Brille gesehen, um eine individuelle Entscheidung und Situation zu handeln. Das dieses Verhalten aber gerade keine individuelle Entscheidung, sondern ein Problem von gesellschaftlicher Bedeutung darstellt und systemisch, medial und sozial beeinflusst wird, geht aus dem dritten Kapitel hervor. Zudem findet einleitend in das Kapitel 2 und 3 eine definitorische Festlegung von Begrifflichkeiten rund um die thematisierten leistungssteigernden Supplementierungen durch medikamentöse Substanzen statt. Wäh-

⁷ Vgl. Hansmeier (2009), 4

⁸ Dieser Name steht für den Prototyp des Breitensportlers, der Medikamentenmissbrauch betreibt.

⁹ Vgl. ebd.

rend im Spitzen- und Hochleistungssport von Doping gesprochen wird, ist im Bereich des Breitensportes die Verwendung der Bezeichnung Medikamentenmissbrauch üblich.¹⁰ Wie sehr diese zwei Bereiche miteinander verwoben sind, wird bei den näheren Ausführungen deutlich.

Innerhalb des vierten Kapitels wird der aktuelle Forschungsstand zum Thema dieser Arbeit expliziert.

Den empirischen Hauptteil der Master-Thesis stellt das Kapitel 5 dar. Es handelt sich bei der qualitativen Studie um ein Teilprojekts von "*No roids inside - Ein Programm zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs in Fitnessstudios*", das von der Katholischen Hochschule NRW; Abteilung Paderborn, durchgeführt und durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, um den derzeitigen Forschungsstand in Deutschland zu aktualisieren und zu erweitern. Die Leitung des Gesamtprojektes, welches Forschung und Prävention vereint, erfolgt durch Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Hörning. Aus welchen Gründen sich Studio-Mitglieder entscheiden, das Training medikamentös zu unterstützen und wie sich ein Medikamentenmissbrauch studiointern vollzieht, sind die zentralen Fragestellungen der verfassereigenen Studie.

Die vorliegende Forschungsarbeit mit dem Thema „Medikamentenmissbrauch bei männlichen Kraftsportlern und Bodybuildern im Breitensport“ ist in drei Bereiche untergliedert. Im ersten Studiensegment wird durch die Auswertung von zwanzig Kurzinterviews unter anderem ermittelt, inwieweit Medikamentenmissbrauch, bei männlichen Fitness-Studio-Besuchern, die eine Affinität zum Bodybuilding aufweisen, ein gängiges Verhalten darstellt sowie welche Berührungspunkte diese Sportler persönlich mit der Thematik im Rahmen ihres Trainings für sich sehen.

In der Erhebungsphase des zweiten Studiensegmentes wurden elf Angestellte und Inhaber von Fitness-Studios unterschiedlicher Kategorien gebeten, ein Kurzstatement zu dem Thema Medikamentenmissbrauch, mit Blick auf ihr Arbeitsumfeld, zu geben. Aus den Wortbeiträgen der Personen, die ihren berufli-

¹⁰ Vgl. Kläber (2013b), 8

chen Alltag im Gesundheits-, Fitness- und Wellness-Sektor verbringen, können Rückschlüsse auf die gesamte Situation des Medikamentenmissbrauchs im Fitness-Studio gezogen werden. Der dritte Teil der Studie beinhaltet eine halbstandardisierte Beobachtung. Ob und in wie fern die Mitglieder von professioneller Betreuung während des Trainings profitieren können und wie „userfreundlich“ das Trainingsumfeld gestaltet ist, wurde in zweiundzwanzig Studios getestet. Die Ergebnisse der drei Studienteile werden miteinander in Einklang gebracht und mit den Ergebnissen der repräsentativen Vorgängerstudien verglichen.

Auf der Basis der theoretisch und empirisch ermittelten Gesamtsituation findet innerhalb des siebten Kapitels, nach erfolgter Forschungsreflexion (Kapitel 6), die Bedeutung der gewonnenen Erkenntnisse für die Gesundheitsförderung Raum. Es werden methodische Vorgehensweisen, beispielsweise gemäß des Empowerment-Ansatzes im Einzel- und Gruppenkontext beleuchtet, um gemäß dieser Grundhaltung, Konzeptideen für gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwickeln. Diese werden in Kapitel 8 vorgestellt.

Ausblickend erfolgt eine Einschätzung der weiteren Verwertbarkeit, der durch die verfassereigene Studie emergierten Erkenntnisse.

Zur formalen Gestaltung bleibt zu erwähnen, dass diese Arbeit in der männlichen Schreibweise konzipiert ist, jedoch eine weibliche Schreibweise stets impliziert.

2 Doping im Profi-Bodybuilding im Vergleich zum Breitensport

„Spitzensport ist ein fester Bestandteil der zeitgenössischen Freizeit- und Unterhaltungskultur. Die olympischen Sommer- und Winterspiele, die Fußball-Weltmeisterschaften, die Tour de France, die Rennserien der Formel 1, die Grand Slam-Turniere im Tennis oder die Ligaspiele in den diversen Ballsportarten schlagen regelmäßig Millionen in ihren Bann.“¹¹

Die deutsche Bevölkerung geht davon aus, dass 29 % der deutschen Spitzensportler regelmäßig Dopingmittel und 49 % Schmerzmittel konsumieren. 6 % der deutschen Spitzensportler geben an, regelmäßig Dopingmittel einzunehmen. Die Dunkelziffer im Kontext leistungssteigernder Substanzen im Spitzensport darf, insbesondere mit Blick auf den Leistungsdruck und die gesundheitliche Konstitution in der Wettkampfsituation, nicht unterschätzt werden.¹²

„Man muss wohl davon ausgehen, dass ein Großteil der ‚richtigen‘ Hardcore-Bodybuilder anabole Steroide nimmt [...] Wer sich im klassischen Bodybuilding betätigt, muss damit rechnen, dass mehr als in anderen Sportarten, gedopt wird [...] Berühmte ehemalige Bodybuilder und Hollywood-Stars wie Arnold Schwarzenegger und Sylvester Stallone haben zugegeben gedopt zu haben.“¹³

Die Signalwirkung, die solchen Statements anhaftet, ist gefährlich. Schnell kann der Eindruck entstehen, dass die Gefahren des Missbrauchs anaboler Steroide und anderer Präparate niedriger sind, als die Medizin und die repräsentativen Studien bedeutender Institute belegen, da die Stars der Bühne zunächst augenscheinlich keinen Schaden erlitten haben, der in direkter Linie auf den Konsum verweist. Es besteht zudem die Gefahr der Generalisierung des Missbrauchs, aus der Konsumenten des Breitensports ihre Legitimationsgrundlage für ein optionales Konsumverhalten ziehen. „Doping ist ein immanentes Problem des Leistungssports [...] Beim Bodybuilding ist das Doping [...] so offensichtlich“¹⁴, wie in kaum einer anderen Sportart.

Beispiele aus der Dopingszene, die die Gefahr des Medikamentenmissbrauchs verdeutlichen, geraten schnell in Vergessenheit. Profi-Bodybuilder, die in kommerziellen Fitness-Studios trainiert haben, wie beispielsweise Andreas

¹¹ Bette (2011), 15

¹² Vgl. Breuer/Hallmann (2013), 1

¹³ Lubbadek (2013), 1 f

¹⁴ Lubbadek (2013), 2

Münzer (verstorben 1996), Mike Mentzer (verstorben 2001) und Sonny Schmidt (verstorben 2004), erlitten, nachweislich aufgrund ihres Konsumverhaltens, einen vorzeitigen Tod.¹⁵

Der Blick zum Profi-Radsport verdeutlicht, dass auch Mediziner, die sich offen „kontra Doping“ aussprechen, aktiv in Dopingprozesse involviert sind. Die Telekom-Ärzte Lothar Heinrich und Andreas Schmidt haben sich beide öffentlich gegen Doping ausgesprochen und galten als seriös. Jedoch sind diese Namen im Zuge des Radsport-Dopingskandals sofort im Gedächtnis. Sie gaben im Nachhinein an, dem Radsport-Profi Jan Ulrich von 1995 bis 2006 Dopingmittel verabreicht zu haben.¹⁶ Der Olympische Sportbund hat diesbezüglich reagiert und schließt in der Konsequenz eine Zusammenarbeit mit beiden Ärzten bis mindestens Ende 2020 aus.¹⁷

Der ehemalige Profi-Bodybuilder Andreas Münzer konsumierte neben anaboler Steroide nahezu alle Mittel, die der Markt zu bieten hatte, um seinen Körper auf Wettkampflevel zu tunen. Er kämpfte mit den starken Nebenwirkungen, die mit seinem Mischkonsum einhergingen. Er starb an multiplem Organversagen, welches auf das Doping zurückzuführen ist.¹⁸

2.1 Klassisches Bodybuilding

„Zu Beginn des letzten Jahrhunderts wurde Bodybuilding (fast) ausschließlich als Wettkampfsport betrieben. Folglich trainierten in den Kellerstudios der ersten Stunden hauptsächlich Bodybuilder mit Wettkampfabitionen.“¹⁹

Beim Bodybuilding ist es nicht ausreichend, schwere Gewichte zu stemmen und selber viel zu wiegen, vielmehr ist eine Detailverliebtheit ausschlaggebend für den Erfolg. Beispielsweise dient die Hautbräune der Verdeutlichung der Proportionen und Muskelpartien. Der sportliche Erfolg wird primär an der optischen Präsentation des Bodybuilders gemessen.²⁰

¹⁵ Vgl. Kläber (2010), 303

¹⁶ Vgl. Schall (2013), 4 f

¹⁷ Vgl. Spiegel Online (2012)

¹⁸ Vgl. Holzgrabe/Schmitz (2011), 2

¹⁹ Kläber (2010), 33

²⁰ Vgl. Kläber (2010), 42

Den Körper auf den Wettkampf durch Training, strenge Diät und die Einnahme verschiedener Substanzen vorzubereiten, setzt ein hohes Maß an Disziplin, Willenskraft und Zielorientierung voraus. Wettkampf-Bodybuilding musste von Beginn an um Legitimation und der damit verbundenen Anerkennung kämpfen, da ihm der sportliche Charakter laut Kritikern abginge.²¹

„In den siebziger und achtziger Jahren waren es vor allem Bodybuilder, die mit verbotenen Substanzen ihre Muskeln formten. Heute gehört Doping zur Gesellschaft. Die Generation Perfekt optimiert ihren Lebenslauf, ihr Outfit, ihren Körper. Wenn Menschen an Gewichten arbeiten, arbeiten sie oft auch an ihrer Identität.“²²

Die Bodybuilder präsentieren ihren Körper innerhalb der jeweiligen Gewichtsklasse auf der Bühne vor einer Jury. Es besteht ein „detailliertes Punktesystem und eine ‚strenge‘ Zeitvorgabe für die Präsentation, die sich u.a. in einen Pflichtteil und eine Kür unterteilen lassen.“²³

„Bodybuilder sind sich körperlich selbststigmatisierende Normabweicher. Denn durch Bodybuilding soll der naturgegebene und als sozial deformiert wahrgenommene Durchschnittskörper, der schwach, weich, träge und adipös sei, überarbeitet und in einen kräftigeren, harten, austrainierten sowie schlanken Muskelkörper transformiert werden.“²⁴

Die Grenzen zwischen Leistungs- und Breitensport verlaufen an vielen Stellen.²⁵ So trainieren beispielsweise auch Profi-Bodybuilder in öffentlichen Studios und stehen im Kontakt mit anderen Mitgliedern vor Ort.

2.2 Definition: Doping und Medikamentenmissbrauch

Generell ist festzuhalten, dass innerhalb des organisierten Wettkampfsportes der Begriff Doping verwendet wird. Gemäß des Verständnisses des Internationalen Olympischen Komitees (IOC) wird Doping als *die Verwendung von Hilfsmitteln (Substanzen oder Methoden), die potenziell gesundheitsschädigend sind und / oder die körperliche Leistungsfähigkeit steigern können*, definiert. Bei Sportanlässen ist Doping für alle lizenzierten Teilnehmer verboten.²⁶

²¹ Vgl. Sullivan (2012), 1 ff

²² Sullivan (2012), 3

²³ Kläber (2010), 33

²⁴ Kläber (2010), 35

²⁵ Vgl. Siegmund-Schulze (2013), 1422

²⁶ Vgl. Schill (2005), 31

Gemäß Artikel 1 des 2004 eingeführten weltweiten Anti-Doping Codes wird *Doping* als das Vorliegen eines oder mehrerer, der in Artikel 2.1 – 2.10 festgelegten Verstöße, gegen Anti-Doping-Bestimmungen, verstanden.²⁷

Folgendes wird zusammengefasst als Verstoß gewertet:

1. Nachweis verbotener Substanzen oder Methoden
2. Anwendung verbotener Substanzen oder Methoden
3. (Versuchter) Gebrauch verbotener Substanzen oder Methoden
4. Verweigerung oder Versäumnis der Dopingkontrolle
5. Vernachlässigung der Meldepflicht bei Trainingskontrollen seitens der Kontrolleure, Trainer, Mediziner oder Betreuer
6. sonstige Manipulationen
7. Besitz von Dopingmitteln
8. Handel mit Dopingmitteln
9. Dopingbeihilfe
10. Zusammenarbeit mit Trainern, Ärzten oder anderen Trainingsbetreuern, welche aufgrund eines Verstoßes gesperrt oder in einem Straf- oder Disziplinarverfahren, im Zusammenhang mit Doping, verurteilt wurden.²⁸

Jedoch unterliegen nur „die Athleten, die am regulären Wettkampfbetrieb des organisierten Sports teilnehmen“²⁹ diesen Regelungen.

Eine Modifikation und Erweiterung des Codes erfolgte 2009 und 2013. Dieser Version stimmte die Welt-Anti-Doping-Agentur (WADA) am 15. November 2013 in Johannesburg (Südafrika) zu. Sie tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.³⁰

Die WADA gibt jährlich eine Liste der verbotenen Substanzen heraus. Diese ist, wie auch der Anti-Doping-Code, auf der Internetseite der WADA veröffentlicht.³¹ Es findet regelmäßig eine Modifikation und Ergänzung an die Gegebenheiten,

²⁷ WADA (2014), 6

²⁸ Vgl. WADA (2014), 6-11: in Krafttreten 01.01.2015

²⁹ Kläber (2013b), 10

³⁰ Vgl. WADA (2014), 2

³¹ Vgl. www.wada-ama.org

Entwicklungen, in Bezug auf Dopingverfahren und Mittel, innerhalb des Codes und der „Roten Liste“, statt.

Der Gebrauch von Dopingsubstanzen ist in Deutschland in mehrfacher Hinsicht strafbar und sowohl staatlichen als auch berufsrechtlichen Regelungen unterworfen. Auf der Ebene der Strafbarkeit gemäß des staatlichen Rechtes wird auf folgende Gesetzestexte verwiesen:

- Strafgesetzbuch (StGB)
- Betäubungsmittelgesetz (BtMG)
- Arzneimittelgesetz (AMG)³²

Da diese Arbeit sich primär mit dem Phänomen des Medikamentenmissbrauchs im Freizeitsport befasst und um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wird an dieser Stelle auf dezidierte Ausführungen zu gesetzlichen Regelungen durch einzelne Gesetzestexte verzichtet.

Die gesetzlichen Regelungen und Gesetzesänderungen innerhalb des Arzneimittelgesetzes, welche in Bezug auf die Thematik „Medikamentenmissbrauch im Freizeit-Bodybuilding“ Relevanz aufweisen, werden in Kapitel 3.5 expliziert.

Im Leistungssport lassen sich drei wesentliche Ansätze der Dopingbekämpfung benennen:

- Dopingkontrollen
- Sanktionen (Wettkampfsperren und sportrechtliche Sanktionen)
- Aufklärung und Prävention.³³

„Aufgrund dessen, dass im Freizeit und Breitensport keine Dopingkontrollen durchgeführt werden und die Zahl der angewandten Dopingsubstanzen im Vergleich zum Leistungssport eher beschränkt ist, hat das Reglement der WADA auf den ersten Blick keinen direkten Bezug zum Arzneimittelmissbrauch des Freizeitsportlers.“³⁴

In der Wahrnehmung der Öffentlichkeit wird der Medikamentenmissbrauch von Freizeit-Bodybuildern lediglich als „Verfehlung Einzelner gesehen.“³⁵ Die als *User* titulierten Konsumenten können, laut Meinung ihres sozialen Umfeldes,

³² Vgl. Striegel (2008), 33 ff

³³ Vgl. Striegel (2008), 16 f

³⁴ Hansmeier (2009), 8

³⁵ Kläber (2013b), 8

individuell entscheiden, ob sie einen Missbrauch zur Steigerung ihres jeweiligen, wie auch immer gearteten Trainingserfolges (Kraft-, Muskel-, Leistungszuwachs) tätigen.³⁶ Dies entspricht jedoch nicht der Realität. Aus den weiteren Ausführungen geht hervor, dass ein studointerner Medikamentenmissbrauch immer systemisch betrachtet werden muss. Arzneimittel werden entgegen der ärztlichen Verordnung oder ohne medizinische Indikation zweckentfremdet eingenommen.³⁷

Im Rahmen dieser Arbeit werden die Begriffe *Substanzmittelkonsum*, *Arzneimittel- und Medikamentenmissbrauch* sowie *Doping* - auch wenn die semantische Begriffstrennung kapitelintern theoretisch erfolgte - dennoch synonym verwendet, da sich diese Arbeit fortlaufend ausschließlich mit dem Phänomen des Konsumverhaltens innerhalb des *Breitensports* befasst. Probanden, welchen die definitorische Schärfe im Rahmen der Interviewführung nicht bewusst ist, sprechen auch in ihrem individuellen Kontext von Doping.

³⁶ Vgl. Kläber (2013b), 8

³⁷ Vgl. Kläber (2013b), 10

3 Medikamentenmissbrauch im Kraftsport und Freizeitbodybuilding

Bodybuilding definiert sich im Freizeitbereich als Sport mit dem primären Ziel des Muskelaufbaus. Das Primärziel des *Krafttrainings* stellt den Kraftzuwachs dar,³⁸ wobei unterstellt wird, dass die optische Komponente bei der Zieldefinition ebenfalls eine hohe Relevanz aufweist. Aufgrund der Tatsache, dass die Grenze zwischen Bodybuilding und Kraftsport fließend verläuft, beziehen sich die Inhalte und beschriebenen Mechanismen auf beide Rubriken, sofern keine explizite Unterscheidung vorgenommen wird.

Dieses Kapitel hat zum Ziel, die Komplexität des Medikamentenmissbrauchs bei männlichen Kraftsportlern sowie die Entwicklung des Kraftsportes und deren Position innerhalb des Fitness-Sektors, eingängig darzustellen. Die einzelnen Thematiken der jeweiligen Unterkapitel sind miteinander verwoben und stehen in Bezug zueinander.

Es gilt primär, den *sozialen Charakter*, welcher ein Medikamentenmissbrauch aufweist, darzustellen. Es geht innerhalb der Ausführungen nicht darum, andere Faktoren, wie beispielsweise die biochemische Zusammensetzung der einzelnen Substanzen im Detail zu behandeln. Innerhalb des Kapitels 3.5 wird die gesetzliche Lage mit der Fokussierung auf das Arzneimittelgesetz (AMG), aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet, da aus diesem die Strafbarkeit, welche ein User-Status innehat, hervorgeht. Die Strafbarkeit gemäß dem Strafgesetzbuch sowie berufsrechtliche Regelungen für Mediziner werden lediglich am Rande behandelt.

Zudem soll vermittelt werden, wie sich ein Medikamentenmissbrauch vollzieht und welche Auswirkungen dieser auf individueller, systemischer und gesellschaftlicher (volkswirtschaftlicher) Ebene mit sich bringt.

³⁸ Vgl. Striegel (2008), 69

3.1 Entwicklung, Funktion und Verortung des Kraftsportes / Freizeitbodybuilding in Fitness-Studios

„Das [...] Bodybuilding lässt sich als sozialer Uterus der internationalen Fitnessbranche interpretieren. [...] Die körperfixierten Bodybuilder und andere Kraftsportinteressierte (Kraftdreikämpfer, Powerlifter u.a.) zogen sich in die Räumlichkeiten privater Keller zurück.“³⁹

Die Zeiten der engen, dunklen Kellerstudios gehören der Vergangenheit an. Bodybuilding wird hauptsächlich in Fitness-Studios betrieben. Heute bestehen diverse Motivationen, ein Fitness-Studio aufzusuchen. Ungefähr ein Drittel der Mitglieder, hauptsächlich Männer, betreiben Muskelhypertrophietraining. Sie verfolgen das Ziel des Muskelmasseaufbaus. Zu berücksichtigen ist bei Kategorisierungen der Trainingsgestaltung in Rubriken, wie beispielsweise Fitnesssport, Gesundheitstraining und Bodybuilding, dass *fließende Grenzen* zwischen den Kategorien bestehen.⁴⁰ So kann ein Bodybuilder, beispielsweise am Sonntagmorgen, mit der Intention die Natur und Luft zu genießen, joggen gehen, ohne dass die Person direkt im Bereich Cardio- bzw. Gesundheitssport zu verorten ist.

Im Vergleich zu vielen anderen Breitensportarten greift der „Sieg / Niederlage-Code“⁴¹ im Bereich des Kraftsports und Bodybuildings im Freizeitbereich nicht direkt. So lässt sich beispielsweise beim Weitsprung in der Momentaufnahme sofort sehen, welche Person der erfolgreichere Sportler ist. Die Bewertung des Trainingserfolges der Freizeit-Bodybuilder unterliegt wesentlich subjektiveren Einflüssen. Im Rahmen des „Bodystylings“ spielen personale Bewertungskriterien eine große Rolle. Aufgrund der genannten Faktoren ist Freizeit-Bodybuilding als Spezifikum innerhalb des Breitensports anzusehen. Denn es ist nicht davon auszugehen, dass zwei Kraftsportler sich duellieren, indem sie beispielsweise regelmäßig gemeinsam die Körperfettwaage des Fitness-Studios aufsuchen, um einen Sieger benennen zu können. Dass Sieg und Niederlage nicht sofort messbar sind, steht, wie das Kapitel 3.3.3 verdeutlicht, in problembehaftetem Bezug zum männlichen Selbstkonzept.

³⁹ Kläber (2010), 32

⁴⁰ Vgl. Kläber (2010), 29 f

⁴¹ Bette (2011), 22

In Fitness-Studios ist, unabhängig von klimatischen Bedingungen, das selektive Trainieren einzelner Muskelgruppen möglich. Eine „Durchlässigkeit zum Wettkampfsport ist gegeben.“⁴²

Die gesundheitsfördernden Funktionen des Kraftsports werden wie folgt zusammengefasst:

- Kompensation physischer Unterbelastung
- Kompensation psychischer Überbelastung
- Ausgleich körper- und emotionsbezogener und gesellschaftlicher Kontrollzwänge
- Kraftsport und Bodybuilding tragen bei passionierten Athleten im Zuge der Körpermodellierung zur Identitätsbildung und deren Absicherung bei.⁴³

Letzteres ist, wie der weitere Verlauf dieser Arbeit aufzeigt, lediglich bis zu einem gewissen Ausmaß der Gesundheit zuträglich.

Kläber beschreibt zwei Gruppen von Kraftsportlern, welche die Gemeinsamkeit verbindet, dass sie überwiegend aus männlichen Mitgliedern bestehen und das sportliche Interesse der Mitglieder primär auf den Muskelaufbau ausgerichtet ist.

Die Gruppe der *Pumper* wird als preisbewusst und auf das psychische Wohlbefinden bedacht eingestuft, welches es durch sportliche Aktivität zu erhöhen gilt. Für die *Eisenjungs* ist der Gesundheitsaspekt irrelevant.⁴⁴ Verbundenheit und Identifikation der sportlichen Erlebnismgemeinschaft wird durch einen uniformierten Kleidungsstil in Szene gesetzt.⁴⁵ So besteht die „Uniform“ des Freizeitbodybuilders, analog zum Trikot des Mannschaftssportlers, häufig aus langer Trainingshose und Muscle-Shirts.⁴⁶

Somit sind die studiointernen Kraftsportlergruppen als *Subgruppe* der Gesamtgruppe aller Studiomitglieder zu betrachten. Innerhalb der meisten Studios er-

⁴² Siegmund-Schulze (2013), 1424

⁴³ Vgl. Kläber (2010), 124 ff

⁴⁴ Vgl. Kläber (2013b), 16

⁴⁵ Vgl. Bette (2011), 33 f

⁴⁶ Randbeobachtung im Rahmen der verfassereigenen Studie

folgt auch eine räumliche Abspaltung (Kraftraum / Hantelecke)⁴⁷ zu den Fitness- und Cardio-Sportlern. Die Unterscheidung verschiedener Typen von Sportlern theoretisch trennscharf zu formulieren, ist zum Darstellen der einzelnen Orientierungen hilfreich. Jedoch weicht diese Ausdifferenzierung aus Verfassersicht von der Realität deutlich ab, da neben dem Prototypen des Gruppenzugehörigen auch Mischformen berücksichtigt werden müssen. Beispielsweise gibt es innerhalb der Low-Budget-Studios eine Vielzahl nicht gesundheitsbewusster Sportler, die zwar am Mitgliedschaftsbeitrag sparen, jedoch bereit sind, große Summen für den illegalen Erwerb von Arzneien auszugeben. Mit Blick auf die vorgenommene Kategorisierung stellen sowohl die *Pumper*, als auch die *Eisenjungs*, eine Risikogruppe, in Bezug auf die Bereitschaft, medikamentös unterstütztes Körpertuning zu betreiben, dar. Unter Berücksichtigung gruppendynamischer Prozesse kann davon ausgegangen werden, dass die Mitglieder dieser zwei Gruppen, welche Medikamentenmissbrauch betreiben, sich zu einer neuen Form - der Subgruppe der „*User-Gemeinsschaft*“⁴⁸ - konstituieren. Wird berücksichtigt, dass Medikamentenmissbrauch „einen suchtmöglichen Charakter, oft kombiniert mit einem gewissen Narzissmus und einem gestörten Körperbild“⁴⁹ aufweist, so ist dieser Zusammenschluss der User in einem Fitness-Studio, als eine sehr spezifische Gruppe, welche eine spezielle Gruppendynamik innehat, zu interpretieren.

Es ist für einen erfolgreichen Bodybuilder selbstverständlich, die Wechselwirkungen von Training, Ernährung, Supplements und Regenerationszeit für sich zu nutzen und für jeden genannten Teilbereich gemäß bestimmter Ge- und Verbote zu agieren: Ernährungs-, Trainings-, und Supplementierungsmethoden werden stets modifiziert, um zu verhindern, dass weiteres muskuläres Wachstum, der Anpassungsfähigkeit des Körpers zur Folge, verweigert wird.⁵⁰

Oftmals werden Nahrungsergänzungsmittel als Einstieg in das Doping-Milieu tituliert.⁵¹ Die Bereitschaft Medikamentenmissbrauch zu betreiben ist hoch, wie

⁴⁷ Vgl. Auswertung der verfassereigenen Studie 5.2.3

⁴⁸ Diese begriffliche Festlegung ist von der Verfasserin erfolgt.

⁴⁹ Fritz (2013), 1426

⁵⁰ Vgl. www.muscle-sports.de

⁵¹ Vgl. Imenkamp et al. (2007), 5

diese Aussage, entnommen aus der lebenslaufbiografischen Interview-Studie von Kläber, sehr prägnant aufzeigt:

„Mein Körper muss im Training einfach nur funktionieren. Er muss sich meinem Willen beugen, damit ich einen optimalen Trainingsreiz setzen kann. Schwächelt er rum, dann mache ich ihm mit Amphetaminen oder Steroiden Beine, ganz einfach. Der Körper ist für mich immer nur Mittel zum Zweck. Er muss ja nur gut aussehen, der Rest ist mir eigentlich egal. Aber glaube bloß nicht, dass ich mit der Meinung ganz allein dastehe, das sieht in der Doping-szene jeder so!“⁵²

In deutschen Fitness-Studios finden keine Dopingkontrollen statt, da die Voraussetzungen diesbezüglich rechtlich nicht gegeben sind.⁵³ Fitness-Studio-Betreiber schauen aktiv zur Seite, wenn es um die Konsum-Affinität ihrer Mitglieder geht.⁵⁴ Das Konsum-Motiv der Hobbysportler ist hauptsächlich Eitelkeit. Durch medikamentös unterstützten Kraftsport soll der Körper besser aussehen.⁵⁵

3.2 Substanzen: Wirkung und Gefahrenpotential

Jeder Medikamentenmissbrauch bringt von Natur aus ein Gefahrenpotenzial mit sich, was bereits aus dem Gebrauch des Wortes Missbrauch hervorgeht.

Die gesundheitlichen Risiken eines dauerhaften bzw. längerfristigen Medikamentenmissbrauches sind sehr vielseitig,⁵⁶ jedoch birgt bereits das einmalige Experiment im Kontext des Medikamentenmissbrauchs ein nicht zu unterschätzendes Risiko, wie der weitere Verlauf des Kapitels verdeutlicht.

Die aktuelle Fassung der verbotenen Wirkstoffe und Methoden ist unter anderem den Internetportalen der NADA (Nationale Anti Doping Agentur) bzw. der WADA (World Anti-Doping Agency) zu entnehmen.⁵⁷

Die Gesundheitsrisiken, die ein Medikamentenmissbrauch birgt, sind von unterschiedlichen Faktoren abhängig:

⁵² Kläber (2010), 183

⁵³ Vgl. Müller-Platz et al. (2006)

⁵⁴ Vgl. Frasch (2006), 4

⁵⁵ Vgl. Imenkamp et al. (2007), 6

⁵⁶ Vgl. Hansmeier (2009), 8

⁵⁷ www.nada-bonn.de / www.wada-ama.org

- Art der Substanz / des Medikamentes
- Dosierung und Wirkstoffmenge
- Wechselwirkungen verschiedener Substanzen (bei multiplem Konsumverhalten)
- Dauer des Medikamentenmissbrauchs.⁵⁸

3.2.1 Substanzen

Es werden sowohl die von den Usern erhofften Wirkungsweisen, als insbesondere die „potentiellen Risiken und Nebenwirkungen der wesentlichen Doping-substanzen im Fitness-Sport – anabole Steroide und Clenbuterol- [...] Peptidhormone, Stimulanzien“⁵⁹ erläutert.

„Die Arzneimittel oder sonstigen Präparate liegen als Tabletten, aber auch als Ampullen für die parenterale Applikation (Injektion) vor. Einige der Anabolika sind nur als Injektionslösungen zu kaufen.“⁶⁰

Zu berücksichtigen sei, „dass es sich bei den dargestellten Nebenwirkungen teilweise nur um Hinweise aufgrund von Beobachtungen und nicht um wissenschaftliche Nachweise im engeren Sinne (evidence based) handelt.“⁶¹

- Anabolika:

„Zu den anabol androgenen Steroidhormonen gehören alle synthetischen Abkömmlinge des männlichen Geschlechtshormons Testosteron, welche sich in ihrer Struktur lediglich durch die Änderung chemischer Funktionen am Steroidgerüst unterscheiden.“⁶²

Anabol bedeutet aufbauend. Diese Fähigkeit der anabolen androgenen Steroide (AAS) macht sich der User zu nutzen. Der Körperfettanteil verringert sich, die Muskelmasse baut sich auf und die *androgene* Wirkung hat eine Vermännlichung zur Folge. Zu Therapiezwecken eingesetzt werden AAS, die sich in ihrer Struktur und Wirkung vom männlichen Sexualhormon Testosteron ableiten, beispielsweise bei Körperschwäche, Knochenerweichung oder Nierenversagen.⁶³

„Anabole androgene Steroide (AAS) wie Testosteron und seine Derivate gehören immer noch zu den ‚Rennern‘ unter den Leistungsverstärkern: bei den

⁵⁸ Vgl. Striegel (2008), 22

⁵⁹ Striegel (2008), 23

⁶⁰ Müller-Platz et al. (2006), 18

⁶¹ Striegel (2008), 23

⁶² Hansmeier (2009), 12

⁶³ Vgl. Schill (2005), 33

*Ausdauer- und Kraftsportarten ebenso wie im Bodybuilding, häufig in Kombination mit anderen Medikamenten.*⁶⁴

Zum Muskelaufbau werden bevorzugt anabole, androgene Steroide wie Testosteron und Somatotropin mit dem Ziel benutzt, die Skelettmuskelmasse zu erhöhen, ohne den Körperfettanteil zu steigern.⁶⁵ Die Nebenwirkungen des Anabolika-Konsums sind relativ gut, auch in Bezug auf ihre Langzeitnebenwirkungen, erforscht. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Anabolika bereits seit den fünfziger Jahren zu Dopingzwecken im Sport eingesetzt wird.⁶⁶

Die Nebenwirkungen von Anabolika sind vielfältig und gravierend. Häufig treten „Akne, Persönlichkeitsveränderungen, Leberschäden, Vermännlichung von Frauen, Hodenatrophie und Brustdrüsenvergrößerung“⁶⁷ auf. Seltener entstehen aus der Steroidakne heraus blutige Verkrustungen der Haut. Haarausfall, Dehnungsstreifen (aufgrund des schnellen Muskelwachstums), Verkleinerung der Hoden (aufgrund des Abfalls des körpereigenen Testosterons), Zeugungsunfähigkeit und Impotenz sowie die Schädigung innerer Organe (toxische Hepatitis, Leberzysten, Herzinfarkt usw.) stehen in kausaler Verbindung mit dem Anabolikamissbrauch.⁶⁸ Die Gefahr der Schädigung des gesamten Herz-Kreislaufsystems, die Bildung von Tumoren, Stimmungsschwankungen und starke Aggressivität⁶⁹ sowie Gynäkomastie (Feminisierung der männlichen Brust), Blutfettveränderungen, Ödemneigung und psychische Leiden werden deutlich begünstigt. Nicht selten versterben Bodybuilder aufgrund ihres (früheren) Konsumverhaltens.⁷⁰

Anabolika besitzt eine psychotrope Wirkung. Depressionen, Feindseligkeit und Aggressionen treten vermehrt bei Konsumenten auf. Diesbezüglich sei angemerkt, dass die These besteht, dass es mehrerer Faktoren bedarf und strittig ist, dass „Feindseligkeit allein durch Anabolikamissbrauch ausgelöst“⁷¹ wird. In den USA wird die übermäßige rasende und unberechenbare Wut der User als

⁶⁴ Siegmund-Schultze (2013), 1423

⁶⁵ Vgl. Holzgrabe/Schmitz (2011), 2

⁶⁶ Vgl. Striegel (2008), 23

⁶⁷ Sullivan (2012), 3

⁶⁸ Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 17-23

⁶⁹ Vgl. Vogt (2009), 86

⁷⁰ Vgl. Holzgrabe/Schmitz (2011), 1

⁷¹ Müller-Platz et al. (2006), 22

„Roid Rage“⁷² bezeichnet. Die Gefahr, dieser psychotropen Wirkung im Rahmen einer Kur zu unterliegen ergibt sich in besonderem Ausmaß bei Personen, die als vorbelastet oder im Reifungsprozess stehen.⁷³

„Schon in den 1980er-Jahren stellte die Food and Drug Administration (FDA) fest, dass Anabolikapräparate häufig zu wenig, gar keine oder falsche Wirkstoffe enthalten. In den nicht immer antiseptischen Produkten sind pflanzliche Öle und [...] hochgiftige Wirkstoffe zu finden [...] Auch die Gefahren durch Fälschung oder durch die infolge unsteriler Herstellung in Untergrundlabors entstehenden [...] Verunreinigungen sind bekannt.“⁷⁴

Somatotropin, ein Wachstumshormon, das beispielsweise zur therapeutischen Behandlung von kindlichem Minderwuchs eingesetzt wird, ist auf dem Schwarzmarkt, aus China kommend, als Jintropin erhältlich. Das endogene menschliche Wachstumshormon wird blumig als ideales Anti-Aging-Mittel beworben. Es findet in der Bodybuilding-Szene eine missbräuchliche Verwendung zur Steigerung des Muskelaufbaus und zur Mobilisation der Fettsäuren statt. Zu therapeutischen Zwecken genutztes Somatotropin ist ausschließlich als Injektionslösung erhältlich, in der Bodybuildingszene jedoch auch als Tabletten und Kautabletten.⁷⁵

Im Internet wird *Trenbolon* als „das ideale Wettkampf-Steroid“ umworben.⁷⁶ Es macht den Anschein als verfolge beispielsweise die Internetseite www.trenbolon.de das Ziel, den Sportlern zu suggerieren, es befinden sich auf der Plattform seriös vermittelte Informationen zum Thema. Die Erläuterungen zu Wirkungsweisen, Anwendungsmöglichkeiten und Nebenwirkungen sind in einfacher Sprache dargestellt. Im gleichen Zuge werden Kur-Empfehlungen gegeben.

- Pepithormone und analog wirkende Substanzen:

Pepithormone sind körpereigene Eiweiße, die als Botenstoffe die Freisetzung anderer Hormone, insbesondere die der Wachstumshormone, bewirken. Zudem wird die entzündungshemmende Wirkung genutzt. Erythropoetin (EPO) wird in der Medizin unter anderem zur Behandlung von Blutarmut, beispielsweise bei

⁷² Müller-Platz et al. (2006), 22

⁷³ Vgl. Kapitel 3.3

⁷⁴ Holzgrabe/Schmitz (2011), 6

⁷⁵ Vgl. Holzgrabe/Schmitz (2011), 5

⁷⁶ Vgl. www.trenbolon.de

Dialysepatienten, eingesetzt. Die Nebenwirkungen sind vielfältig, wie dieser Auszug verdeutlicht: Erhöhtes Infektionsrisiko, Gefäßverschlüsse (Thrombosen werden begünstigt), Verformung von Körperteilen (Akromegalie), erhöhter Blutdruck, Muskelschwäche und Leistungsminderung (insbesondere bei längerer Anwendung).⁷⁷ Besonderes beliebt ist in der Bodybuilding-Szene das *Pepithormon Insulin*. In Internetforen wird die Kombination von Wachstumshormonen mit Insulin propagiert:

„Es soll die Blutzuckerspitzen kappen, hat einen leicht anabolen Effekt und beschleunigt die Regeneration, indem es den Proteinabbau hemmt und die Glykolyse fördert.“⁷⁸

Die missbräuchliche Anwendung (Überdosierung) von Insulin kann eine Hypoglykämie hervorrufen und zum Tod führen.⁷⁹

- Diuretika (harntreibende Mittel):

Die Einnahme von Diuretika soll den, durch den Anabolika-Konsum verursachten, Einlagerungen von Gewebewasser in der Haut entgegenwirken. Die Urinausscheidung wird erhöht, so dass der prozentuale Wasseranteil im Körper sinkt und die Muskeln definierter und „trockener“ wirken.⁸⁰ Diuretika und Maskierungsmittel werden auch zur Verschleierung des Konsums anderer Substanzen eingenommen.⁸¹ Diuretika wirken direkt auf die Nieren ein und fördern somit die Ausscheidung von Flüssigkeiten und Salzen aus dem Körper. Sie besitzen eine Blutdruck senkende Wirkung und werden in der Medizin zur Behandlung von Ödemen und Bluthochdruck verwendet. Als Nebenwirkungen können beispielsweise Herz-Rhythmus-Störungen, Bluteindickung, Störungen des Wasser- und Salzhaushaltes und der Verlust von Mineralien auftreten.⁸²

- Clenbuterol:

Clenbuterol wird im medizinischen Kontext zur Behandlung von Asthma eingesetzt. Das Beta-2-Sympathomimetika unterliegt der Verschreibungspflicht. Der Hauptgrund für den missbräuchlichen Einsatz von beispielsweise Clenbuterol-

⁷⁷ Vgl. Schill (2005), 34

⁷⁸ Siegmund-Schultze (2013), 1423

⁷⁹ Vgl. Siegmund-Schultze (2013), 1423

⁸⁰ Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 19

⁸¹ Vgl. Striegel (2008), 42

⁸² Vgl. Schill (2005), 35

Tabletten, stellt für Sportler die, je nach Wirkstoffzusammensetzung unterschiedlich intensive, anabole Auswirkung dar.⁸³ Zudem wirkt es antriebssteigernd auf den Organismus.

„Häufige Nebenwirkungen sind Herzrasen, Tremor und Unruhezustände, seltener auch Herzrhythmusstörungen oder Psychosen.“⁸⁴

Die erwünschte Wirkung erzielt der Bodybuilder erst bei einer Überdosierung des Medikamentes. Durch den Gewöhnungseffekt muss die Missbrauchs-Dosis nach gewisser Zeit erhöht werden, wenn der User auf längere Sicht die Fett- und Kohlenhydratverbrennung ankurbeln möchte. Die muskelerhaltene Wirkung des Medikamentes, im Rahmen des stoffgebundenen Bodybuildings, unterliegt ebenfalls dem Gewöhnungseffekt.⁸⁵

- Narkotika (starke Schmerzmittel):

Stark wirksame Schmerzmittel, Opiate, Narkotika und Opioide, wie beispielsweise Codein, Morphin, Methadon oder Pethidin, wirken in den Hirnregionen, wo auch körpereigene schmerzstillende Substanzen arbeiten. Sie wirken nicht ausschließlich schmerzlindernd, sondern je nach Substanz, auch emotionsdämpfend oder euphorisierend. Sie weisen eine starke Gewöhnungs- und Suchtgefahr auf.⁸⁶

Eine hohe Trainingsfrequenz, insbesondere in Kombination mit Überbelastung des Bewegungsapparates, kann Schmerzzustände hervorrufen. Dieses Warnsignal des Körpers wird bei Usern oftmals mit verschiedenen Schmerzmitteln und Narkotika reduziert bzw. ausgeschaltet.⁸⁷ Aufgrund der hohen Suchtgefahr werden Narkotika in der Medizin lediglich dann angewandt, wenn einfache Schmerzmittel, wie beispielsweise Paracetamol, nicht mehr ausreichen. Dies kann zum Beispiel nach einer Operation oder im Rahmen einer Krebsbehandlung der Fall sein.⁸⁸

⁸³ Vgl. Kläber (2013b), 25 und 54

⁸⁴ Striegel (2008), 25

⁸⁵ Vgl. Dubbels (2012), 47

⁸⁶ Vgl. Schill (2005), 32 f

⁸⁷ Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 19

⁸⁸ Vgl. Schill (2005), 32 f

- Analgetika (Schmerzmittel):

Frei verkäufliche oder verschreibungspflichtige, schmerzlindernde Medikamente werden, ohne medizinische Indikation, von den Usern missbräuchlich angewendet. Analgetika sollen die Schmerzschwelle senken, um die körperliche Belastbarkeit zu erhöhen.⁸⁹

Bei der Anwendung von Analgetika fehlt es den Konsumenten oftmals an Problembewusstsein. Diclofenac und Ibuprofen werden deutlich überdosiert eingenommen.⁹⁰ Bei Überdosierungen von Ibuprofen 600 können beispielsweise „zentralnervöse Störungen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit und Bewusstlosigkeit [...] sowie Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen auftreten“.⁹¹

- Tierarzneien:

30% aller User sollen in regelmäßigen Abständen auch zu Medikamenten aus der Veterinärmedizin greifen. Neben dem bereits aufgeführten Risikospektrum, kommt bei dieser Art des Missbrauchs die Gefahr der Fehldosierung, mangelhaften Reinheit und Sterilität hinzu. Die Risikobereitschaft, die ein solches Missbrauchsverhalten birgt, wird oftmals darin begründet, dass Pferde-Astmatika und Anabolika für Rinder einfacher und kostengünstiger für den User zu beschaffen sind.⁹²

3.2.2 Konsum- und Verfahrensweisen (Kur / Stacking)

„Regelmäßiger Konsum von Arzneimitteln (inklusive Tierarzneien) oder Betäubungsmitteln spricht für die Gleichgültigkeit der User gegenüber ihrer Gesundheit.“⁹³

Meist innerhalb eines über wenige Wochen definierten Zeitraumes werden mehrere Gramm Anabolika, bzw. die kombinierte Form verschiedener Substanzen, eingenommen. Diese Form des Medikamentenmissbrauchs wird in der

⁸⁹ Vgl. Siegmund-Schulze (2013), 1422

⁹⁰ Vgl. Siegmund-Schulze (2013), 1424 f

⁹¹ www.apothekenrundschaue.de (Medikamentencheck)

⁹² Vgl. Kläber (2013b), 31

⁹³ Kläber (2013b), 32

Szene als „Kur“ oder auch als „Stacking“ titulierte. In dieser Zeit ist ein deutlicher Muskel- und Gewichtszuwachs, durch die medikamentöse „Unterstützung“, bei gleichbleibendem – oder mit Blick auf die Kur – modifiziertem Trainingspensum die Regel.⁹⁴

Als besonders gefährdend wird die *Polimedikation*, „also die gleichzeitige Einnahme mehrerer Dopingsubstanzen, z.B. von *Anabolika*, *Diuretika*, *Beta-Sympathomimetika* und *Insulin*“⁹⁵ eingestuft.

Das Missbrauchsverhalten des User-Prototyps verläuft in Phasen. Es erfolgt eine stufenförmige Desensibilisierung und Abstumpfung, in Bezug auf die vom User favorisierte Supplementierungsart:

Abstufung tradierter Verfahrens- und Konsumweisen

Stadium	Supplementierungs- und Substitutionsverhalten
Nr. 1	strikte Ablehnung jeglicher Form der Supplementierung oder Substitution; Favorisieren einer sportartdienlichen Ernährungsweise möglich, aber wenn, dann nur »natürliche« Lebensmittel
Nr. 2	regelmäßige Einnahme diverser Nahrungsergänzungspräparate, wie Mineral- und Vitaminpillen, Koffein, Taurin, Creatin, Carnitin, Aminosäuren- und Eiweißprodukte, Prohormone u.Ä., aber generell nur rezeptfrei erhältliche Substanzen
Nr. 3	kurenweiser oder dauerhafter Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten, wie Ephedrin, Clenbuterol, Anabolika u.Ä. (1. Kategorie innerhalb nebenwirkungsreicher Arzneien)
Nr. 4	kurenweise oder kontinuierliche Substitution von Schilddrüsen- und Wachstumshormonen, Diuretika, Insulin und diversen Tierarzneien (2. Kategorie innerhalb nebenwirkungsreicher Arzneien)
Nr. 5	unregelmäßige oder regelmäßige Einnahme von Straßendrogen, wie Marihuana, Speed, Kokain, Ecstasy etc.

- Abbildung 1 -⁹⁶

Die Bereitschaft zur Selbstinjektion weist auf einen hohen Grad der Desensibilisierung hin.⁹⁷ Zu Beginn der User-Karriere werden Substanzen meist oral (in

⁹⁴ Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 18 f

⁹⁵ Müller-Platz et al. (2006), 23

⁹⁶ Kläber (2010), 154

⁹⁷ Vgl. Kläber (2010), 12

Tablettenform) eingenommen.⁹⁸ Nach der ersten Kur entsteht häufig der Wunsch, den Körper weiter zu modifizieren bzw. die Muskelmasse auf dem derzeitigen Stand zu halten. Somit ergibt sich aus dem ersten Medikamentenmissbrauch heraus nicht selten ein verfestigtes Verhalten.⁹⁹ Ob diese Form von Medikamentenmissbrauch das Suchtpotential im klassischen Sinn birgt, wird unter Fachleuten kontrovers diskutiert,¹⁰⁰ wie der weitere Verlauf der Arbeit verdeutlicht.

3.2.3 Suchtpotenzial von Anabolen Androgenen Steroiden (AAS)

„Schon nach einmaliger Durchführung einer [...] Kur (kombinierte Einnahme verschiedener Präparate über mehrere Wochen) kann mitunter ein deutlicher Gewichts- und Muskelzuwachs erreicht werden. Dadurch wird die Bereitschaft zur weiteren Einnahme geweckt. Ob ein Suchtpotential dieser Substanzen besteht, wird diskutiert.“¹⁰¹

Fest steht auf jeden Fall, dass Anabolika eine psychotrope Wirkung besitzt, welche die Bereitschaft zu einem enorm aggressiven Training hervorrufen kann.¹⁰²

„Jörg Börjesson, 39 Jahre, hat als Bodybuilder regelmäßig ‚Kuren‘ gemacht. Heute muss er deswegen mit großen gesundheitlichen Problemen fertig werden.“¹⁰³

Das Institut für Biochemie der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) analysierte vom Zoll beschlagnahmte AAS-Präparate sowie AAS-Proben aus Testkäufen. 40% der untersuchten Proben entsprachen nicht der beschriebenen Dosierung oder die Präparate enthielten komplett andere Inhaltsstoffe, als angegeben wurde. So enthielt eine Probe beispielsweise Methyltestosteron anstelle von Testosteron. Methyltestosteron kann deutlich stärkere Leberschäden hervorrufen.¹⁰⁴

⁹⁸ Vgl. Kläber (2013b), 29

⁹⁹ Vgl. Kläber (2013b), 29 f

¹⁰⁰ Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 19

¹⁰¹ Müller-Platz et al. (2006), 19

¹⁰² Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 19

¹⁰³ Frasch (2006), 1

¹⁰⁴ Vgl. Siegmund-Schultze (2013), 1424

Studiobesucher, die Dopingsubstanzen einnehmen, konsumieren laut Studienergebnissen der Multicenter-Studie,¹⁰⁵ im Vergleich zu Nicht-Usern, doppelt so häufig auch andere illegale Drogen. Zudem ist die Häufigkeit des Alkohol und Nikotinkonsums, im Vergleich zu Nicht-Usern, ebenfalls deutlich erhöht.¹⁰⁶

Bezüglich der Missbrauchsdynamik, welche zumindest einen suchtähnlichen Charakter aufweist, wird auf das Kapitel 3.4 verwiesen.

Generell lässt sich festhalten, dass Alltagsdoping, Drogen- und Suchtproblematiken drei personale Hintergründe gemeinsam aufweisen:

- Die generelle Problematik, schlecht mit Niederlagen und Enttäuschungen umgehen zu können
- Das Verfolgen eines unmenschlichen Ideals und das Scheitern bei der Zielverfolgung
- Ausweichendes und vermeidendes Verhalten in unangenehmen Situationen sowie das künstliche Herstellen angenehmer Situationen.¹⁰⁷

3.3 Risikogruppe

In Fitness-Studios hat sich über die Zeit hinweg ein Sportmilieu gebildet, in dem Jugendliche, Erwachsene und Rentner, gesundheitsorientierter Mahnungen von Experten zum Trotz, ohne medizinische Indikation, auf hohem Niveau Medikamente zur sportlichen Leistungssteigerung missbrauchen.¹⁰⁸

„Man kann tatsächlich Sport treiben und Hanteln wuchten, bis die Muskeln wachsen. Wer keine Zeit hat, setzt auf [...] Dopingmittel.“¹⁰⁹

Wesentlich mehr Männer als Frauen betreiben regelmäßig - mit dem primären Ziel des Muskel- und Masseaufbaus - Kraftsport und Freizeit-Bodybuilding.¹¹⁰ Bereits aus dieser Tatsache heraus lässt sich ableiten, dass die größte Gruppe derer, die potenziell anfällig für den Missbrauch anaboler Steroide sind, über das Geschlecht zu identifizieren ist. Bezüglich der Ausprägung männlicher und weiblicher Konsumaffinität wird auf die repräsentativen Studien des vierten Kapitels verwiesen.

¹⁰⁵ Diese Studie wird in Kapitel 4.4 vorgestellt.

¹⁰⁶ Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 19

¹⁰⁷ Vgl. Marsh (2012), 29

¹⁰⁸ Vgl. Kläber (2011), 2

¹⁰⁹ Vogt (2009), 81 f

¹¹⁰ Vgl. Kapitel 4

Derzeit entspricht der *Prototyp des Durchschnittskonsumenten* einem jungen Mann, der der unteren Mittelschicht zugehörig ist. Laut Einschätzung der Experten sinkt jedoch die Hemmschwelle bei Jugendlichen, Akademikern, Senioren unabhängig von Bildung, Einkommen und Status.¹¹¹

3.3.1 Usergruppen

Die User innerhalb des Breitensports lassen sich grob in drei Segmente unterteilen:

- 15-16-jährige Kaderathleten, deren Leistungen erstmals stagnieren
- 40 bis 50-jährige beruflich erfolgreiche Männer, die Sport auf Amateurlevel betreiben und Leistungseinbußen aufgrund von Verletzungen oder nachlassender Vitalität nicht akzeptieren wollen
- Ambitionierte Neueinsteiger in den Breitensport.¹¹²

3.3.2 Selbstkonzept und Sport

Sport wird als Mittel zur Selbstfindung, Selbstverwirklichung und Persönlichkeitsfindung propagiert.¹¹³ Generell ist festzuhalten, dass sportliches Training zu einer Positivierung des Selbstwertgefühls führen kann. Kleinere bis mittlere positive Effekte, im Rahmen der Beschaffenheit der psychischen Selbstkonstitution, wurden wissenschaftlich bestätigt.¹¹⁴

„Die Zielauswahl und das Ausmaß der Selbstregulation werden aber auch über die Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflusst.“¹¹⁵

Dies gilt vor allem, wenn die sportlichen Ziele gemäß der *subjektiven Zieldefinition* erreicht werden.¹¹⁶ Folgernd können im Umkehrschluss fehlende sportliche Erfolge eine selbstwertbedrohliche Wirkung besitzen. Ein Muskelaufbau, der nicht – oder nicht gemäß der Zielsetzung des Sportlers – verläuft, wird kontextbezogen, als subjektiv empfundener Misserfolg gewertet, erlebt und gefühlt.

¹¹¹ Vgl. Sullivan (2012), 2

¹¹² Vgl. Siegmund-Schultze (2013), 1422

¹¹³ Vgl. Hänsel (2012), 142

¹¹⁴ Vgl. Hänsel (2012), 155

¹¹⁵ Hänsel (2012), 146

¹¹⁶ Vgl. Hänsel (2012), 160

Ob und inwieweit sportliche Misserfolge Auswirkungen auf das Selbstkonzept haben, ist von der von der habituellen Beschaffenheit der Persönlichkeit abhängig.¹¹⁷

Eingebettet in die „somatische Kultur“¹¹⁸ des Fitness-Studios kann sich somit ein subjektiv nicht als ausreichend empfundener Fortschritt, im Bereich des Körpertunings, insbesondere unter der Berücksichtigung der Spezifika, die das männliche Selbstkonzept kontextbezogen ausmacht, negativ auf den Selbstwert auswirken. Diese Dynamik erhöht eine Missbrauchswahrscheinlichkeit.

Körperorientiertes Handeln, in Form von sportlicher Aktivität, wirkt kompensativ bei der „Intellektualisierung und Verkopfung des Alltags“.¹¹⁹ Es ist zu vermuten, dass Sportler, die ein Fitness-Studio als Fluchtopion aus dem Alltag ansehen, ein großes Inklusionsbedürfnis verspüren. Mit Blick auf die folgenden Ausführungen lässt sich festhalten, dass Personen, die eine Identitätsproblematik aufweisen, unabhängig von ihrem Alter, eine größere Missbrauchsbereitschaft aufweisen als psychisch stabile Personen.

3.3.3 Männliches Selbstkonzept: Kraftsport und „Userpotenzial“

Medikamentenmissbrauch im Freizeit-Bodybuilding wird, wie bereits erläutert, als typisch männliches Phänomen wahrgenommen. Worin dies, neben der Tatsache, dass schlichtweg mehr Männer als Frauen Bodybuilding in ihrer Freizeit betreiben, begründet sein könnte, soll dieses Kapitel verdeutlichen.

Männer neigen im Allgemeinen häufiger als Frauen zu risikoreichen Verhaltensweisen und deviantem Verhalten.¹²⁰ Bereits die Raufereien unter Jungen in der Kindheit besitzen anteilig den Charakter von Rivalitätskämpfen. Das Bedürfnis nach einem *Kräfte messen* setzt sich im Erwachsenenalter fort.¹²¹ Das Kräfte messen erfolgt, gemäß der eingangs benannten Zieldefinition, primär

¹¹⁷ Vgl. Nideröst (2007), 30

¹¹⁸ Nideröst (2007), 32

¹¹⁹ Bette (2011), 79

¹²⁰ Vgl. Klingemann (2009), 36

¹²¹ Vgl. Vogt (2009), 78

über die Optik. Männer sind im Vergleich zu Frauen weniger fürsorglich im Umgang mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit.¹²²

Aus der gängigen Literatur ist zu entnehmen, dass sich das männliche Selbstkonzept kontextbezogen primär durch *Selbstbezogenheit*, *Leistungsfähigkeit*, *Machtgefühl* und *Pragmatik* ergibt. Zudem sei, im Vergleich zum weiblichen Geschlecht, beim Mann eine *niedrigere Frustrationstoleranz* und ein Mangel an Geduld ersichtlich.¹²³

Für diejenigen, die Befürworter dieser vereinfacht dargestellten Form männlichen Seins sind, lässt sich, mit Blick auf den Kraftsport im Fitness-Studio, überspitzt die These formulieren, dass Männer gemäß der zugeschriebenen Attribute, beim „Muskeltraining“ zielorientierter (regelmäßigeres Training in höherer Intensität) vorgehen als Frauen.

Sollte der erwünschte Erfolg trotz Trainingsmodifikation und Ernährungsumstellung ausbleiben, scheint letztendlich die pragmatische Entscheidung, medikamentös unterstütztes Training zu betreiben, eine realistische Option für den zielorientierten Mann darzustellen.

Diese Hypothese kann nur dann greifen, wenn die Risiken, die ein Medikamentenmissbrauch birgt, dem potentiellen User nicht bewusst sind oder ausgeblendet werden. Denn ebenso wie der *Mangel an Geduld* ist auch *der Bezug zur Rationalität*¹²⁴ im höheren Maße bei Männern, als bei Frauen, im Selbstkonzept verankert. Diese Erkenntnis, wenn auch abgeleitet aus einer eher eindimensionalen Argumentationssicht, lässt die Chancen der Eindämmung eines breitflächigen Konsumverhaltens, durch angemessene und zielgruppenorientierte gesundheitsfördernde Programme, steigen. Diese sind von Nöten, denn der *schonungslose Umgang mit dem Körper*, bis hin zur Gesundheitsgefährdung, die bis zum Tod führt, stellt ebenfalls ein typisch männliches Attribut dar.¹²⁵

¹²² Vgl. Nideröst (2007), 109

¹²³ Vgl. Hollstein (2007), 128 f

¹²⁴ Vgl. Hollstein, 128

¹²⁵ Vgl. Vogt (2009), 94

Die Vorstellung dessen, was einen attraktiven Männerkörper - aus gesellschaftlicher Perspektive - ausmacht, hat sich im Laufe der Zeit geringfügig gewandelt. Festzuhalten ist, dass *Intelligenz und beruflicher Erfolg* nicht die gesellschaftlichen Ansprüche an das heutige Männlichkeitsbild erfüllen, sondern zudem der Aspekt der Körperbeschaffenheit eine große Rolle spielt. So soll sich der männliche Körper durch Festigkeit und Härte auszeichnen. Es besteht der Eindruck, dass, wenn zwei gleichermaßen intelligente Manager einen Machtkampf austragen, derjenige, welcher keinen trainierten und gestylten Körper besitzt, von vornherein die nachteilige Position belegt.¹²⁶

Zudem soll der moderne Mann jedoch auch *feminine Seiten* und *Emotionalität* in sein Selbstkonzept integrieren.¹²⁷

Es ist unschwer nachzuvollziehen, dass das implizite Streben nach der Erfüllung des männlichen Rollenbildes psychischen Druck erzeugen und Stress auslösen kann.¹²⁸ Wie bereits eingangs behandelt, kann Sport eine stresslindernde Wirkung innehaben. Dies trifft jedoch maximal bedingt zu, wenn dieser Sport nicht die erwartete Zielsetzung erfüllt.

„Prekäre Lebenslagen und Statuspassagen bei Männern sind überaus komplex.“¹²⁹

Ist der Sportler beispielsweise in seinem Beruf nicht erfolgreich oder in seinem Familienleben nicht glücklich, so kann er dies bis zu einem gewissen Maß, durch seinen Erfolg im Sport kompensieren. Erreicht der Sportler jedoch auch in diesem Bereich nicht seine persönlich gesetzten Ziele, so steigt aus Verfassersicht die Wahrscheinlichkeit des Medikamentenmissbrauches an.

3.3.4 Risikogruppe: Jugendliche

Alterstypische Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase Jugend werden wie folgt zusammengefasst dargestellt:

¹²⁶ Vgl. Vogt (2009), 78 f

¹²⁷ Vgl. Klingemann (2009), 38 ff

¹²⁸ Vgl. Klingemann (2009), 40 f

¹²⁹ Klingemann (2009), 51

- *Auseinandersetzung mit der eigenen Person:*
Körperkonzept, Identität, Selbstregulation, Verantwortungsübernahme
- *Gestaltung von Beziehungen:*
Ablösung vom Elternhaus, Veränderung von Freundschaften in der Peergroup, Entwicklung von Partnerschaften
- *Entwicklung von Lebensentwürfen:*
Rollenübernahme, Lebensstil, Erwerb sozialer und beruflicher Kompetenzen.¹³⁰

Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben stellt aus aktueller Sicht ein Konzept dar, dass dem Verständnis von *Selbstgestaltung* sehr nahe kommt.¹³¹ Körperliche Selbstgestaltung ist das Thema, mit dem sich männliche Freizeit-Bodybuilder befassen. Somit ist der jugendliche Kraftsportler *im doppelten Sinne* mit der Bewältigung von Selbstgestaltungsaufgaben konfrontiert. Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben kann bei Überforderungstendenzen zu Spannungszuständen und gesteigertem Stressempfinden führen, welche negative Konsequenzen für die psychische Gesundheit darstellen können.¹³²

Jugendliche und junge Erwachsene müssen den gesundheitsbewussten Umgang mit ihrem Körper und diesbezügliches Verantwortungsbewusstsein noch erlernen. Dieses wird von ihnen in vielen Fällen jedoch zunächst nicht als notwendig erachtet, da sie sich, auf den ersten Blick, als gesund erleben. Die Risiken, welche diese Lebensphase birgt, ergeben sich nicht selten aus der Überforderung, welche sich vielmals aus der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben heraus ergibt. Die Unbestimmtheit der Lebensführung, die sich bis zum 30. Lebensjahr hinzieht, kann belastend erlebt werden,¹³³ woraus sich eine Vulnerabilität ergeben kann.¹³⁴ Es besteht die Gefahr, dass sich der zunächst experimentelle Substanzmittelkonsum im Jugendalter, mit Fortschreiten der User-Karriere, zu einem festen Konsummuster entwickelt.¹³⁵

¹³⁰ Vgl. Dreher (2013), 187

¹³¹ Vgl. Dreher (2013), 189

¹³² Vgl. Kuntz et al. (2013), 2

¹³³ Vgl. Tully/Gadow (2013), 4

¹³⁴ Vgl. Essau et al. (2002), 62

¹³⁵ Vgl. Kuntz et al. (2013), 2 f

Jugendliche sind generell anfälliger für „vermeintlich schnelle Erfolge beim Muskelaufbau“¹³⁶, weshalb diese als besondere Risikogruppe zu benennen sind, gesteht auch der Nahrungsergänzungsmittelhandel ein.

3.3.5 Narzisstische Persönlichkeit

Das Grundgerüst einer narzisstischen Persönlichkeit beinhaltet zwei, sich wechselseitig beeinflussende, Selbstschemata:

„Positives und negatives Schema existieren parallel, sind aber in der Regel nie gleich stark aktiviert.“¹³⁷

- Negatives Selbstschema (Versager):

Aufgrund von Erfahrungen und Enttäuschungen in der Vergangenheit, glauben Personen mit einer ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeit nicht, dass sie liebenswert sind und wertgeschätzt und angenommen werden können, wie sie sind. Je stärker diese Personen um Anerkennung heischen und mit ihrem Können bzw. ihren Erfolgen prahlen, desto größer sind auch immer ihre Selbstzweifel. Es findet eine Selbstabwertung statt, welche das Bedürfnis nach Anerkennung, Liebe und Wertschätzung ansteigen lässt.¹³⁸

- Positives Selbstschema (Held):

Um das negative Selbstschema (Versagensängste und Selbstzweifel) zu übertreffen, versuchen Personen, mit hoher narzisstischer Ausprägung, durch Leistung und zur Schau stellen dieser, Anerkennung zu erlangen. Dieses Verhalten kann bei Personen mit einer *narzisstischen Persönlichkeitsstörung* „Züge von Größenwahn“¹³⁹ annehmen.

Es bedarf keiner wissenschaftlichen Abhandlung, um die Annahme vertreten zu können, dass der Durchschnittsbürger beide Selbstschemata in sich trägt, ohne dass diese einem pathologischen Ausmaß entsprechen.

Das klassische Motiv zum Drogenkonsum stellt bei Personen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung die *Selbstwertstabilisierung* dar.¹⁴⁰ Der Medikamentenmissbrauch selbst wirkt nicht direkt selbstwertstabilisierend, jedoch das durch den Missbrauch angestrebte Ziel des muskulären Wachstums. Wenn das

¹³⁶ Vgl. www.sportnahrung-bodybuilding.com/anabolika (2012), 2

¹³⁷ Sachse (2012), 59

¹³⁸ Vgl. Sachse (2012), 58 ff

¹³⁹ Sachse (2012), 59

¹⁴⁰ Vgl. Dammann (2014), 29

Selbstwertgefühl aufgrund von Misserfolgen beim Krafttraining (Ausbleiben des erhofften Trainingseffektes) oder aufgrund von Selbstwertkränkungen in anderen Lebensbereichen (bspw. beruflicher oder privater Misserfolg) beeinträchtigt ist, sind narzisstische Persönlichkeiten somit anfällig für den Konsum von Substanzen, die sie näher an das angestrebte Trainingsziel zu bringen scheinen.

„Die Spaltungsdynamik des Narzissmus zeigt sich auch in der Besetzung des Körpers: Wechsel zwischen sorgloser Selbstzerstörung und hoch besorgter bis hypochondrisch anmutender Beschäftigung mit dem eigenen Körper.“¹⁴¹

Das Kontrollieren der Blutwerte in sehr kurzen Abständen, während einer Kur, verbunden mit der strikten Einhaltung der Regenerationspausen und der Einnahme von Vitaminpräparaten, spiegelt eine solche Spaltungsdynamik bei Usern wieder.

Narzisstische Persönlichkeitsstörungen sind Beziehungs- und Nächstörungen. Sie müssen kein pathologisches Ausmaß aufweisen. Es handelt sich um normale psychische Prozesse, die aufgrund eines prozessinternen problematischen Interaktionsverhaltens oftmals zu kostenintensiven und dysfunktionalen Lösungen führen.¹⁴²

Zusammenfassend lassen sich folgende Attribute und Schlagworte nennen, die einen Medikamentenmissbrauch im Freizeit-Bodybuilding wahrscheinlicher werden lassen:

1. Übersteigerte Zielstrebigkeit
2. Sorglosigkeit im Umgang mit dem Körper
3. Selbstwertproblematik
4. Drang nach Bestätigung
5. Übersteigertes Geltungsbedürfnis.

Menschen mit negativem Selbstschema nehmen ihre Erfolge oftmals, nach Zielerreichung, selber gar nicht zur Kenntnis. Wie gehetzt erklimmen sie das nächste Ziel, um ihre Leistung zu steigern. Misserfolge und Kritik hingegen werden als persönliche Abwertung empfunden.¹⁴³ Diese Dynamik erschwert die gesundheitsfördernde Arbeit, im Bereich von Aufklärung und Intervention, mit Usern, die dem beschriebenen Persönlichkeitsbild entsprechen.

¹⁴¹ Dammann (2014), 30

¹⁴² Vgl. Sachse (2012), 12 ff

¹⁴³ Vgl. Sachse (2012) 60 f

3.3.6 Zwischenfazit: Primäre Risikogruppe

Substanzmittelmissbrauch im Breitensport beschränkt sich keinesfalls ausschließlich auf Jugendliche und soziale Randgruppen. Auch Manager reiferen Alters, „die es ihren jungen Kollegen [...] mal so richtig zeigen wollten“¹⁴⁴, fragen nach Substanzen.

Jedoch zählen männliche Jugendliche und junge Erwachsene aus Verfassersicht aufgrund ihrer doppelten Risikobehaftetheit (oder dreifachen: maskulines Selbstkonzept, Jugendlicher, narzisstische Persönlichkeit) zur primären Risikogruppe, die es durch Programme der Gesundheitsförderung zu erreichen gilt. Dies ist insbesondere deshalb notwendig, weil sich ein Konsumverhalten über die Jahre hinweg manifestiert. Wird bereits in der Zeit der Jugend Aufklärung und Intervention auf verschiedenen Ebenen betrieben, besteht eine größere Chance, dass der experimentelle Erstkonsum nicht zu einem Dauerkonsum im Erwachsenenalter führt.

Generell geht aus dem Vergleich verschiedener Studien hervor, dass sich „die Wahrscheinlichkeit für eine Dopingeinnahme mit Zunahme der Mitgliedschaftsdauer deutlich erhöht.“¹⁴⁵ Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Medikamentenmissbrauch betrieben wird, mit der Intensität und Länge der jeweiligen Trainingseinheiten.¹⁴⁶

3.4 Missbrauchsspirale

„Wer anfängt, Sport zu treiben, erlebt schnell Erfolge. Doch je fitter er wird, desto intensiver muss er trainieren, um noch besser zu werden. Immer mehr, immer härter. Er fängt an, auf seine Ernährung zu achten, Nahrungsergänzungsmittel zu schlucken. Mit den Ansprüchen an sich selbst, wächst dann die Versuchung.“¹⁴⁷

Es entsteht bei den Freizeit-Bodybuildern, die extrem verbissen an ihrem Trainingsziel arbeiten, ein immenser psychischer Druck. Das Training so zu gestalten und zu praktizieren, dass Bizepse, Deltamuskeln und Glutaueus Maximus

¹⁴⁴ Frasch (2006), 3

¹⁴⁵ Kläber (2010), 15

¹⁴⁶ Vgl. Vogt (2009), 91

¹⁴⁷ Sullivan (2012), 2 f

weiter wachsen bzw. in repräsentativem Zustand verweilen, ist ab einem gewissen Stadium mit einem Spießrutenlauf zu vergleichen.¹⁴⁸ So beschreibt ein Arzt die Problematik des Medikamentenmissbrauches, anhand eines Patientenbeispiels, wie folgt:

„Dopen hat einen suchtähnlichen Charakter, oft kombiniert mit einem gewissen Narzissmus und einem gestörten Körperbild. Einer meiner Patienten macht Bodybuilding, sein Körperbau hat ihm eine berufliche Nische erschlossen. Er wendet Anabolika an und hat Phasen, in denen er die Substanzen wegen unerwünschter Wirkungen reduzieren oder absetzen möchte. Der Patient hat mir von seiner psychischen Abhängigkeit berichtet: von einem Hochgefühl, wenn er merkt, wie der Körper aus einem Trainingstief auf das Spritzen von Anabolika mit Muskelaufbau reagiert.

Es entwickelt sich bei ihm ein Gefühl von Stärke, von Unbesiegbarkeit. Dieser Patient hat aber als Nebenwirkung auch schwere Aggressionszustände entwickelt bis hin zur Notwendigkeit einer Einweisung in die Psychiatrie. Es ist wichtig, die Arzt-Patienten-Beziehung trotz Kenntnis von Doping aufrechtzuerhalten und weiter zu behandeln, ohne sich als Arzt instrumentalisieren zu lassen.“¹⁴⁹

Der Medikamentenmissbrauch in Fitness-Studios ist von der individuellen biographischen Entwicklung geprägt und in soziale Strukturen und Prozesse eingebettet. Bei einem studiointernen User-Netzwerk handelt es sich um eine extrem heterogene Mitglieder-Klientel.¹⁵⁰

Je mehr sich eine Person über ihre sportlichen und optischen Erfolge identifiziert, desto größer ist die Gefahr, im Zuge des Identitätsaufbaus, in eine Spirale des Medikamentenmissbrauchs abzurutschen. Soziale Kontakte außerhalb des Studios werden eingeschränkt, Training und Regeneration besitzen oberste Priorität. Die gesamte Freizeit wird im Fitness-Studio verbracht.¹⁵¹

Auch wenn die Fachmeinungen, ob anabole Steroide Suchtpotential aufweisen, auseinandergehen, so kann zumindest resümiert werden, dass die Beendigung einer User-Karriere im Fitness-Studio, unter Hervorhebung der sozialen Eingebettetheit in ein System, der Beendigung einer klassischen stoffgebundenen Sucht sehr ähnelt. Sollte eine Person den Wunsch verspüren, das User-Dasein

¹⁴⁸ Vgl. Kläber (2013), 235

¹⁴⁹ Fritz (2013), aerzteblatt.de

¹⁵⁰ Vgl. Kläber (2013b), 13 ff

¹⁵¹ Vgl. Kläber (2013b), 18

zu beenden, so wird diese Entscheidung mit einem *Ausschluss aus der User-Gemeinschaft* einhergehen.

Die Beendigung der User-Karriere kann zusammengefasst folgende Konsequenzen implizieren:

- Ausschluss aus der User-Gruppe
- Mangel an sozialen Kontakten (da diese innerhalb der Gleichgesinnten stattfanden)
- Statusverlust aufgrund der Muskelreduktion
- Identitätsverlust (da die personale Identifikation über die Optik erfolgte)
- Fehlende Unterstützung bei der Beendigung des Konsumverhaltens (die sozialen und familiären Ressourcen sind nicht aktiviert, da Kontakte nicht gepflegt wurden bzw. ein Konsumverhalten verheimlicht wurde).¹⁵²

Die Missbrauchsspirale ist somit als mehrdimensionales Konstrukt zu verstehen. Eindimensional betrachtet geht der Missbrauch mit einer Identitätsproblematik einher. Auf den sozialen Ebenen Familie, berufliches und soziales Umfeld (Freundschaften innerhalb und außerhalb der User-Gemeinschaft) sind anteilig und systemübergreifend diverse Spannungen und Problemkonstellationen – während und im Anschluss an die User-Karriere – vorstellbar und wahrscheinlich.

Diese Problemfelder besitzen, je nach vorschreitender Positionierung des Users in der Missbrauchsspirale, unterschiedliche Ausprägung. Ist beispielsweise eine Vollinklusion in die User-Gruppe „gelingen“, so ist eine Abnahme der außersportlichen Kontakte, bis hin zur Exklusion aus dem Bekanntenkreis außerhalb des Sports, da dort ein User sozial nicht geduldet wird, vorstellbar. Unter Berücksichtigung der genannten Faktoren steht fest, dass es starker Motivation seitens des Users bedarf, ein manifestiertes Missbrauchsverhalten zu beenden. Dass der Ausstieg aus der Missbrauchsspirale auch dann erfolgen kann, wenn der User die Annahme vertritt, er befinde sich an dem „Point of no return“, verdeutlicht das achte Kapitel. Hervorzuheben ist an dieser Stelle insbesondere die Option der fachlich ausgereiften Einzelberatung (Kapitel 8.5).

¹⁵² Diese Erkenntnisse wurden bereits in den vorangegangenen Kapiteln spezifisch expliziert.

3.5 Gesetzliche Regelungen innerhalb des AMG

Die Dopingvorschriften der World Anti Doping Agency (WADA) und die Liste der verbotenen Substanzen und Methoden sind für Freizeit-Bodybuilder nicht von Relevanz, da sie innerhalb des Breitensports ihr Betätigungsfeld haben. Im Freizeit- und Fitness-Sport werden keine Dopingkontrollen durchgeführt.¹⁵³

„Auch ist die Zahl der im Fitness-Sport angewandten Dopingsubstanzen im Vergleich zum Leistungssport eher beschränkt und konzentriert sich im Wesentlichen auf anabole Substanzen.“¹⁵⁴

Die Stoffe, auf die sich das Arzneimittelgesetz (AMG) bezieht, befinden sich im Anhang des Gesetzes. Diese Liste wird im Bedarfsfall gem. § 6a Abs. 2a Satz 4 AMG durch das Bundesministerium, nach Anhörung von Sachverständigen, angepasst. Dies ist beispielsweise bei dem Aufkommen neuer Stoffe und Wirkstoffkombinationen der Fall. In Bezug auf die gängigsten Arzneimittelmissbräuche bei Freizeit-Bodybuildern wird auf das Kapitel 3.2 verwiesen.

Die Paragraphen des AMG, welche innerhalb dieses Diskurses Relevanz aufweisen, werden wie folgt benannt:

§ 6 AMG Ermächtigung zum Schutz der Gesundheit

§ 6a AMG Verbote von Arzneimitteln zu Dopingzwecken im Sport, Hinweispflichten, insbesondere § 6a Abs. 2a AMG

§ 95 AMG Strafvorschriften

Zu berücksichtigen ist, dass lediglich die Gesetzestextpassagen Beachtung finden, welche eine Bedeutung für den Medikamentenmissbrauch innerhalb des Freizeit-Bodybuildinggeschehens, aus individueller und systemischer Perspektive, haben:

„Verboten ist in Deutschland nicht die Einnahme von einschlägigen Substanzen – wer sich mit Testosteron, Dinitrophenol oder Stanzol in Form bringen will, den hindert kein Gesetz daran. Verboten ist allein das ‚In-Verkehr-bringen von Arzneimitteln zu Dopingzwecken im Sport‘ und deren Anwendung ‚bei anderen‘. Der Pumper im Fitness-Studio darf dopen, der Amateur-gewichtheber darf es auch - der Wettkampf-Gewichtheber darf es nicht.“¹⁵⁵

¹⁵³ Vgl. Striegel (2008), 32

¹⁵⁴ Striegel (2008), 32

¹⁵⁵ Bebbber, van (2013), 2

Dieses Statement stammt aus Kläbers Studie im Jahr 2010. Im Jahr 2013 fand eine **Gesetzesänderung** innerhalb des **§ 6a (2a) AMG** statt. Dieser Paragraph ist insofern erweitert worden, als dass seit dem auch der *Erwerb* verbotener Substanzen unter Strafe gestellt wurde. In § 6a AMG sind, mit Blick auf die Thematik, folgende Verbote festgehalten:

1. *Verbot des in Verkehrbringen von Arzneimitteln zu Dopingzwecken im Sport (§ 6a Abs.1 AMG)*
2. *Verbot des Erwerbs von Arzneimitteln zu Dopingzwecken im Sport (§ 6a Abs. 2a AMG)*
3. *Verbot des Besitzes von Arzneimitteln zu Dopingzwecken in nicht geringer Menge (§ 6a Abs. 2a AMG)*

„In Deutschland ist der Verkauf und Erwerb von anabolen Steroiden und Somatotropin laut § 6 des Arzneimittelgesetzes verboten beziehungsweise nur mittels Rezept erlaubt. Gemäß § 95 wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer entgegen § 6 Arzneimittel zu Dopingzwecken im Sport in den Verkehr bringt, verschreibt oder bei anderen anwendet.“¹⁵⁶

Als kritisch zu betrachten ist innerhalb der Konkretisierung einer strafbaren Handlung gem. § 6a Abs. 2a AMG der unbestimmte Rechtsbegriff „in nicht geringer Menge“.

*„Das Bundesministerium bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Inneren nach Anhörung von Sachverständigen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die nicht geringe Menge in Satz 1 genannten Stoffe. [...] Die **nicht geringe Menge** wird ebenso durch die Rechtsverordnung bestimmt, nämlich in der Doping-Mengen-Verordnung (DmMV). Die Aufnahme neuer Stoffe in die Liste erfolgt gemäß Abs. 2a S.3 und S.4.“¹⁵⁷*

Kontrollen bei Amateuren sind sehr selten und wenn diese stattfinden haben Konsumenten nicht viel zu befürchten.¹⁵⁸

Laut Heiko Striegel sollte der Besitz von Dopingmitteln unabhängig von der Menge unter Strafe gestellt werden. Er relativiert diese Aussage jedoch wieder, indem er insbesondere auf den Leistungssport, aus dem die Athleten ihre Einkünfte erzielen, verweist. Es geht aus seinen Äußerungen deutlich hervor, dass

¹⁵⁶ Holzgrabe (2011), 6

¹⁵⁷ Rehm/Grewe (2014), 67-69

¹⁵⁸ Vgl. Sullivan (2012), 2

ein effektiver Anti-Dopingkampf unterschiedliche Ebenen beinhaltet: Gesetzliche Schärfe, Extensivierung der Strafverfolgung und die Entwicklung intelligenter Nachweisverfahren. Striegel plädiert zudem in gleichem Ausmaß für eine bessere Ausstattung der Präventionsarbeit. Er gibt an, dass der Staat bereit sein muss, finanziell mehr in den Antidopingkampf zu investieren.¹⁵⁹

Das Verbot des Besitzes von Dopingmitteln, wie es beispielsweise in Italien und den USA besteht, besitzt im Alltag der konsumierenden Freizeit-Bodybuilder keine Relevanz, da Verstößen dieser Art nahezu nicht nachgegangen wird.¹⁶⁰

Laut Kläber stellen die „leichte Erreichbarkeit der Stoffe und die Unkalkulierbarkeit ihrer Nebenwirkungen“¹⁶¹ die große Gefahr dar, der durch eine Verschärfung der gesetzlichen Bestimmungen kein Einhalt geboten werden könne. Die Zusammensetzung der Präparate, welche im Internet problemlos zu erwerben sind, ist lediglich den Produzenten bekannt.¹⁶² Näheres zeigen die folgenden Kapitel auf.

Ansatzpunkt zur Bekämpfung der geschilderten Situation stellt aus Verfassersicht eine Verschärfung der Strafvorschriften gem. § 95 Abs. 3 AMG dar. Dieser besagt, dass „in besonders schweren Fällen“ eine „Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren“ verhängt werden kann. Ein besonders schwerer Fall stellt beispielsweise, gem. § 95 Abs. 3 Satz 2b AMG, die gewerbsmäßige Abgabe verbotener Substanzen sowie das Handeln als Mitglied einer Bande dar.

Die siebte Strafkammer des Nürnberger Landgerichtes verhandelte 2013 den bisher größten Fall im Kontext von Anabolika. Sichergestellt wurden im Jahr 2012 Tabletten und Ampullen im Gesamtwert von 385.000 Euro. Insgesamt fünf Personen, vom Haupttäter über Kleindealer bis hin zum Ankäufer, bei dem es sich um einen Fitness-Studio-Betreiber handelte, wurden zu unterschiedlichen Strafen, gemäß ihrer Beteiligung an der Straftat, verurteilt. Der Haupttäter erhielt eine Freiheitsstrafe von fünf Jahren und neun Monaten.¹⁶³

¹⁵⁹ Vgl. Schall (2013), 2 ff

¹⁶⁰ Vgl. Sullivan (2012), 2

¹⁶¹ Bebber, van (2014), 3

¹⁶² Vgl. Bebber, van (2014), 3

¹⁶³ Vgl. Saber (2013), 1 f

Es besteht die Chance, dass dieses Urteil, welches medial divers kommuniziert wurde, abschreckend auf Kleindealer wirkt. Jedoch ist nicht anzunehmen, dass das organisierte Verbrechen sich durch Urteile dieser Art einschüchtern lässt. Das Kapitel 3.9 verdeutlicht, dass der Handel mit Steroiden strategisch organisiert und in mafiageichen Strukturen verläuft. „Der Drahtzieher, ein 42-jähriger Ungar, verhökerte bereits zwölf Jahre lang Anabolika nach Serbien, in die Ukraine, nach Österreich und nach Deutschland.“¹⁶⁴ Aus Verfassersicht besteht die Vermutung, dass die Position des 42-jährigen Ungarn bereits im Anschluss an die Verhaftung umgehend durch die Köpfe der „Doping-Mafia“ neu besetzt wurde.

Ein weiterer Ansatzpunkt, um dem Medikamentenmissbrauch im Fitness-Studio per Gesetz zu begegnen, ergibt sich aus dem § 95 Abs. 3 Satz 2 AMG. So stellt die Abgabe oder Anwendung von Arzneimitteln „zu Dopingzwecken im Sport an Personen unter 18 Jahren“, einen besonders schweren Fall dar. Es wäre aus Verfassersicht von Bedeutung, Dealern innerhalb der Fitness-Studios, per Gesetz mit mehr Nachdruck und Konsequenz gegenüberzutreten. Um diese gesetzliche Regelung gesundheitsfördernd nutzen zu können, bedarf es Kontrollen (analog zu Jugendschutzkontrollen in der Gastronomie) sowie der Kooperationsbereitschaft von Fitness-Studio-Betreibern.

Wie bereits erwähnt, findet das Sportrecht bei Freizeitsportlern keine Anwendung. Neben den berufsrechtlichen Regelungen und Verordnungen (insbesondere bei Medizinern) kann sich eine Strafbarkeit im Kontext des Medikamentenmissbrauchs, gemäß des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und des Strafgesetzbuches, ergeben.

Die im StGB primär relevanten Paragraphen werden wie folgt benannt:

- § 211 StGB Mord (tödlicher Ausgang des Medikamentenmissbrauches)
- § 212 StGB Todsschlag
- § 222 StGB Fahrlässige Tötung
- §§ 223 ff StGB Körperverletzung

¹⁶⁴ Saber (2013), 2

Da eine eindeutige Nachweisbarkeit der Kausalität zwischen Konsum und langfristiger Gesundheitsschädigung bzw. dem Tod sich äußerst schwierig gestaltet, scheint eine Anwendung dieser Paragraphen primär theoretische Relevanz aufzuweisen.¹⁶⁵

Handelt es sich bei den verabreichten bzw. angewendeten Substanzen um Stoffe, die unter das BtMG fallen, ergibt sich ebenfalls eine Strafbarkeit. Dies ist insbesondere aufgrund der Erkenntnis relevant, dass User im Vergleich zu Nicht-Usern eine deutlich höhere Affinität zu illegalen Drogen aufweisen.¹⁶⁶ Auf die Explikation der einzelnen Paragraphen wird, mit Blick auf das Thema, verzichtet.

3.6 Faktor Internet

660.000 Einträge sind derzeit unter dem Stichwort Anabolika bei der Internet-suchmaschine Google zu finden.¹⁶⁷ Im Jahr 2011 waren es lediglich 220.000 Einträge.¹⁶⁸

Das Internet ist Usern oder Interessierten in vielerlei Hinsicht dienlich: Zum Austausch in themenspezifischen Chats¹⁶⁹, zur Informationsbeschaffung in anonymisierter Form, zum Bestellen von Doping-Präparaten sowie zu Selbstdarstellungszwecken. Der Austausch von Trainings- und Ernährungsplänen, in Foren, stellt die gängige Praxis der User dar. Ebenso zur Normalität ist es geworden, seine Erfahrungen mit verschiedenen Präparaten, als User, in Internet-Portalen auszutauschen. „Kurempfehlungen“ werden dezidiert dargelegt. Rückfragen derer, die sich mit dem Gedanken befassen, eine Kur vorzubereiten, werden von „Kur-Erfahrenen“ sehr detailliert beantwortet.¹⁷⁰ Somit ergeben sich, im Umgang mit dem Internet, vier ganz offensichtliche Gefahren für Personen, die eine Substanzmittelaffinität aufweisen:

¹⁶⁵ Vgl. Striegel (2008), 33-37

¹⁶⁶ Vgl. unter anderem Kapitel 3.2 sowie Kapitel 4

¹⁶⁷ Stand 09/2014

¹⁶⁸ Vgl. Holzgrabe/Schmitz (2011), 1

¹⁶⁹ Vgl. bspw. www.androgen-steroids.com

¹⁷⁰ Vgl. bspw. www.muskelfreaks.de

1. *Es wird der Anschein von Sicherheit durch Beratung und Anleitung selbst ernannter Spezialisten via Chat suggeriert.*
2. *Die Anonymität des Chats steigert die Kommunikation zwischen Usern und Non-Usern. Ein Informationsaustausch kann - ohne persönlichen Kontakt - barrierefrei vollzogen werden.*
3. *Der Unerfahrene erfährt ebenso Wertschätzung, wie der, dessen Wissen erfragt wird. Der offene Austausch über den Konsum lässt Medikamentenmissbrauch normal und risikoarm erscheinen.*
4. *Die Erfolgsberichte überwiegen innerhalb der Foren. Es wird durchaus auch eingestanden, dass eine Kur Nebenwirkungen mit sich gebracht hat. Aber im gleichen Zuge werden Substanzen zum Beikonsum genannt, um die Nebenwirkungen bei der Folge-Kur umgehen zu können.¹⁷¹*

Die Präsenz von Internetforen, in denen sich Bodybuilder Tipps und Ratschläge geben und erfragen, nimmt stetig zu. Zudem „kommt man heute im Internet so einfach an anabole Steroide wie an Reisen bei Neckermann. Sogar an Präparate, die in der Medizin nie zugelassen worden sind.“¹⁷² Anabolika-Präparate sind beispielsweise ohne Komplikationen über eBay zu erwerben. Die nicht legalen Hormone werden zu überhöhten Preisen, häufig in schlechter Qualität angeboten. Sie stammen oft aus China und Thailand.¹⁷³ Lediglich Diejenigen, die das Dopingpräparat gemischt haben, wissen, um welche Inhaltsstoffe es sich genau handelt. Der verunreinigte Stoff aus dem Netz ist noch gesundheitsgefährdender, als der Medikamentenmissbrauch per se.

„Längst findet der Hormonhandel nicht mehr nur in den Umkleidekabinen der Studios statt. Im Internet lassen sich Anabolika und Wachstumshormone für den Muskelaufbau bestellen, ebenso wie Fatburner und Entwässerungsmittel, die die gestählten Partien besser zur Geltung bringen sollen.“¹⁷⁴

Es erfolgt irreführende Werbung. Beispielsweise werden Testosteron-Booster, welche das Ziel haben, den körpereigenen Testosteronspiegel zu erhöhen, als ungefährlich und nebenwirkungsfrei deklariert. Es wird argumentiert, dass kein Testosteron von außen zugeführt wird, wobei es letztendlich keinen Unter-

¹⁷¹ Vgl. www.muskelfreaks.mht

¹⁷² Flasch (2006), 4

¹⁷³ Vgl. Holzgrabe/Schmitz (2011), 1

¹⁷⁴ Hoffritz (2008), 1

schied ausmacht, ob es sich bei dem Testosteron um zugeführtes oder körpereigenes handelt.¹⁷⁵

3.7 Faktor Mitglieder

Innerhalb aller Fitness-Studios existieren abweichend große Bodybuilder-Cliquen. Diese zählen jedoch meist, aufgrund der Gesamtanzahl der Mitglieder, zur Minderheit. Dauermitgliedern dieser Bodybuilder-Cliquen sind meistens männlichen Geschlechts.¹⁷⁶

„Unter den meisten Bodybuildern und Fitness-Sportlern ist es üblich, dass sie einen großen Teil ihrer Freizeit im Fitness-Studio verbringen; was aufgrund des zeitintensiven Trainings kaum zu vermeiden ist.“¹⁷⁷

Der zunächst im Bereich des Kraftsports Unerfahrene benötigt aktive Unterstützung, um Trainingsfortschritte zu erzielen. Er weist einen gewissen Grad studio-interner Orientierungslosigkeit auf, woraus sich eine erhöhte Anfälligkeit des „Neulings“ für die gezielte Beeinflussung durch andere Mitglieder ergibt.¹⁷⁸

„Das Bestreben hochmotivierter Bodybuilder, Individualität durch eine möglichst einzigartige Körperlichkeit zum Ausdruck zu bringen, hat ein unentwegtes Kopieren von (körperoptischen) Vorbildern und ein Kopiert-Werden als Vorbild für andere Bodybuilder zur Folge.“¹⁷⁹

Sportler, die Natural-Training betreiben, entscheiden sich klar gegen medikamentöse Unterstützung. Nahrungsergänzungsmittel werden jedoch von einigen Natural-Sportlern zum Muskelaufbau und zu Regenerationszwecken eingenommen.¹⁸⁰ Das Ziel aller Bodybuilder, egal ob sie Natural-Training oder Hardcore-Bodybuilding mit medikamentöser Unterstützung betreiben, stellt stets dar, für die Einzigartigkeit ihrer Körperhülle, bewundert zu werden.¹⁸¹

Die meisten Impulse „pro Medikamentenmissbrauch“ geben Bodybuilder-Gruppen, die stoffgebundenes Training betreiben. Die User beeinflussen andere Mitglieder aktiv oder geben lediglich vereinzelte Impulse. Sie überzeugen andere Mitglieder auch ohne Worte, einfach durch ihr Erscheinungsbild. User,

¹⁷⁵ Vgl. Holzgrabe/Schmitz (2011), 5

¹⁷⁶ Vgl. Kläber (2010), 35 f

¹⁷⁷ Kläber (2013), 163

¹⁷⁸ Vgl. Kläber (2013), 19 ff

¹⁷⁹ Kläber (2013), 231

¹⁸⁰ Vgl. www.natural-bodybuilding.de

¹⁸¹ Vgl. Kläber (2013), 231

welche den Status des *studiointernen Spezialisten* erlangt haben, betreiben subtile Nachwuchsarbeit.¹⁸² Junge Mitglieder werden von der Wirksamkeit des Konsums überzeugt und die studiointerne User-Gemeinschaft vergrößert sich.

Das Fitness-Studio stellt, „wie beispielsweise die Punker-, Gothic-, Biker-, oder Skaterszene“¹⁸³ eine Art „Sozialverband von Gleichgesinnten dar, wobei sich die Uniformtendenz aus solarium-gebräunten, hypertrophen, teilweise eingeölgten Körpern ergibt und mit einer Re-Archaisierung des Männerkörpers einhergeht.“¹⁸⁴

*„In Internetforen, aber auch in Sportvereinen und Fitnessstudios geben die Wissenden ihre Erfahrungen weiter. In vielen Studios gibt es hierarchisch aufgebaute Dopingnetzwerke, sagt Mischa Kläber. Sie sind eine Art Geheimgesellschaft. Deren Mitglieder helfen sich, leiten andere an, einige sind Kleindealer. Jeder kennt jemanden, der ein bestimmtes Mittel besorgen kann.“*¹⁸⁵

3.8 Faktor Trainerschaft

Stiftung Warentest stellte Fitness-Studio-Ketten unterschiedlicher Preissegmente auf den Prüfstand. Fazit ist, dass die teureren Trainingsclubs besser abschneiden, als die Discountanbieter, wie beispielsweise der derzeitige Segment-Marktführer McFIT. Dieser Anbieter stach vor allem deshalb negativ heraus, weil keinerlei Wert auf die Trainerausbildung bei der Stellenbesetzung gelegt wurde. Eine Ausbildung könnte zwar von Vorteil sein, so der Ausschreibungstext, erwartet wird jedoch primär, dass Bewerber über eine begeisternde Art und gute Laune zu verfügen.¹⁸⁶ Der Test des Anbieters Easysports bewies die mangelhafte Trainer-Kompetenz. Es wurden fünf standardisierte Nachfragen seitens der Testpersonen getätigt. „So gaben die Tester beispielsweise vor, einen Bandscheibenvorfall gehabt zu haben, sie klagten über Schwindel nach dem Ausdauertraining oder über Kribbeln und leichte Taubheitsgefühle in den Beinen.“¹⁸⁷ Anstelle des Hinweises, einen Arzt zu konsultieren, lautete die Di-

¹⁸² Vgl. Kläber (2010), 186

¹⁸³ Kläber (2013), 232

¹⁸⁴ Kläber (2013), 232 f

¹⁸⁵ Sullivan (2012), 3

¹⁸⁶ Vgl. Stiftung Warentest (2014), 1 f

¹⁸⁷ Stiftung Warentest (2014), 3

agnose des Trainers, dass es sich um einen Muskelkater handle, welcher ein Abbrechen des Trainings nicht erforderlich mache.¹⁸⁸ Zudem waren die Trainer bzw. Übungsleiter der Low-Budget-Anbieter deutlich unterrepräsentiert und oftmals mit Reinigungsarbeiten und anderen Erledigungen beschäftigt. Die an dieser Stelle positiv zu erwähnende Ausnahme stellte die Trainingskette Kieser dar.¹⁸⁹

Wird berücksichtigt, dass Jugendliche, die über kein eigenes Einkommen verfügen, sich bestenfalls die Mitgliedschaft eines Low-Budget-Studios leisten können, gewinnt der Artikel im Kontext des Medikamentenmissbrauchs mit Blick auf die vorangegangenen Kapitel 3.4 – 3.9 an Bedeutung.

Lt. Kläber sind Trainer nicht dazu in der Lage, neuen Mitgliedern angemessen bei der Inklusion in das soziale System des Fitness-Studios, zur Seite zu stehen. Er bezeichnet den „Trainerjob“ unter anderem aufgrund fehlender Fach- und Sachkompetenz als „Semi-Profession“.¹⁹⁰ Das Phänomen der fehlenden Inklusionshilfe durch die Trainerschaft wird im Rahmen der verfassereigenen Studie in Kapitel 5 dezidiert behandelt.

Zu Beginn des Bodybuildings stellt der Trainer eine Art Schlüsselrolle für das Mitglied dar. Je länger der Kunde jedoch bereits diesen Sport betreibt, desto unabhängiger wird er von dem Trainingspersonal. Er hat sich bereits Wissen über Ernährung, Supplements (Supps) und Trainingsmodifikationen angeeignet.¹⁹¹ Findet eine kompetente Beratung und Anleitung in der Anfangszeit nicht statt, so kann davon ausgegangen werden, dass diese Aufgabe von anderen Mitgliedern, welche sich auf diesem Gebiet Kompetenzen zuschreiben, bereitwillig übernommen wird. Die Gefahr, von Mitgliedern, die in der Studio-Hierarchie höher angesiedelt sind, Tipps zum Thema Substanzmittelkonsum zu erhalten und diesbezüglich motiviert zu werden, liegt somit klar auf der Hand.

„Es gibt nur wenige ernsthafte Bodybuilder, die jahrelang strikt nach den Anweisungen des Trainingspersonals trainieren. Das eigentliche Ziel bei der Betreuung eines Bodybuilders liegt folglich darin, den Athleten nur so weit zu

¹⁸⁸ Vgl. Stiftung Warentest (2014), 3

¹⁸⁹ Vgl. Stiftung Warentest (2014), 3

¹⁹⁰ Vgl. Kläber (2010), 41 f

¹⁹¹ Vgl. Kläber (2010), 48 ff

begleiten, bis er in der Lage ist, sein Training selbstständig zu planen und auf die feinen Reaktionen seines Körpers angemessen zu reagieren. ‚Jeder kennt seinen Körper selbst am besten‘ lautet eine uralte Bodybuilding-Weisheit.“¹⁹²

Wird ein Mitglied aufgrund mangelnder Selbst- oder Fremdkontrolle von der gesamten Studiomitgliedschaft nicht eingeschlossen, ergeben sich aus Verfassersicht mindestens zwei optionale Folgen:

1. *Das Mitglied wird sich nicht wohl in dem Studio fühlen und seine sportlichen Aktivitäten einschränken, widerwillig und nicht gewinnbringend (mit Blick auf die Funktionen des Kraftsports) ausführen oder diese einstellen.*
2. *Das Mitglied wird nach erfolgter Exklusion aus der Non-User-Gruppe von der Subgruppe der User aufgenommen.*

„So gesund sportliche Betätigung auch ist – falsch ausgeführt, bewirkt sie das Gegenteil. Ein ausführliches Einführungstraining und eine kompetente Betreuung sind besonders wichtig.“¹⁹³

Die anfängliche Offenheit der neuen Mitglieder sollte von dem Trainingsfachpersonal als Ressource genutzt werden. Es gilt zu vermeiden, dass neue Mitglieder auf die Ratschläge der selbsternannten Experten, in Person anderer Mitglieder mit mehr Trainingserfahrung und konsumspezifischem Fachwissen, angewiesen sind.¹⁹⁴ „Medikamentenmissbrauch ist immer in soziale Bedingungen, Netzwerke und Beziehungsfallen eingebettet.“¹⁹⁵ Um diese Beziehungsfallen, welche nicht selten in eine Missbrauchsspirale¹⁹⁶ führen, als Inhaber präventiv vermeiden zu können, stellt die aktive Anwesenheit von Fachpersonal, auf der Trainingsfläche, eine undiskutierbare Notwendigkeit dar. Diese Forderung impliziert nicht, dass der Trainer bei jedem Training aktiv den Kontakt zu den Mitgliedern suchen soll. Vielmehr müssen die Mitglieder genau wissen, wie sie bei Fragen schnell und unkompliziert Rat durch Fachpersonal erhalten können.

¹⁹² Kläber (2010), 49

¹⁹³ Stiftung Warentest, 1

¹⁹⁴ Vgl. Kläber (2013), 20

¹⁹⁵ Kläber (2013a), 7

¹⁹⁶ Vgl. Kläber (2013), 7

3.9 Vertrieb der Substanzen durch Dealer

„Tatsächlich haben die Leute, die die Mittel vertreiben, mit dem Sport oft gar nichts zu tun, sondern sind Dealer, die neben anderen Drogen auch Anabolika verkaufen. Bekannte Bodybuilder dienen oft als Mittelsmänner, zu denen die Jugendlichen aufschauen.“¹⁹⁷

Es wird vom *Bundesministerium für Sportwissenschaft (BISp)* angenommen, dass jährlich, für mehrere 100 Millionen Euro, Dopingmittel über den Schwarzmarkt verkauft werden, von denen 20 Prozent an Studiokundschaft vertrieben werden. Die Schätzungen basieren auf standardisierten Fragebogenerhebungen, welche im Rahmen eines EU-Vergleichs in Belgien, Portugal, Italien und Deutschland durchgeführt wurden.¹⁹⁸ Kritisch zu betrachten ist diese Angabe aus Verfassersicht aufgrund der geringen Stichprobengröße. Die Rücklaufquote lag bei den insgesamt 820 verteilten Fragebögen bei lediglich 27 Prozent.¹⁹⁹

2007 ergaben die Rechercheergebnisse des italienischen Sportwissenschaftlers Donati, welcher einen 107-seitigen Bericht für die WADA unter dem Titel „World Traffic in Doping Substances“ anfertigte, dass der weltweite Dopingmittelhandel zwei Milliarden US-Dollar umfassen soll.²⁰⁰

„Bodybuilder Jörg Börjesson nennt es ‚muskuläre Aufrüstung‘: Wer den dicksten Arm hat, hat am meisten zu sagen. Immer mehr Jugendliche greifen leichtfertig zu Anabolika. Die Dealer-Szene, die in Fitness-Centern gegenwärtig ist, wird gleichzeitig immer brutaler.“²⁰¹

60 Prozent des weltweiten Dopingmittelumsatzes laufen lt. Donati über sechs verschiedene Routen:

„Die erste und wichtigste führe von Russland, von der Ukraine und von Litauen nach Westeuropa, Nordamerika und den Mittleren Osten und soll 20 Prozent des globalen Umsatzes umfassen. Route zwei, mit dem rückgehendem Anteil von derzeit sieben Prozent, habe ihren Ausgangspunkt in Thailand, in geringem Maße auch in Südkorea und Vietnam, mit den Endstationen Westeuropa, USA und Australien. Jede zehnte Dopinglieferung komme schon aus China und habe als Bestimmungsort Westeuropa oder Nordamerika. Ebenfalls zehn Prozent der globalen Produktion werde von Indien in die USA und in den Mittleren Osten befördert.“²⁰²

¹⁹⁷Frasch (2006), 2

¹⁹⁸Vgl. Kläber (2010) 14

¹⁹⁹Vgl. Kläber (2010) 14

²⁰⁰Vgl. DOSB (2007), 2

²⁰¹Frasch (2006), 1

²⁰²DOSB (2007), 1

3.10 Faktor Mediziner

Viele, oftmals junge Patienten, suchen Arztpraxen auf, da sie die Vorstellung haben, dass durch den Konsum der gewünschten Arzneien das Erreichen des gesetzten Trainingsziel zum Erfolg führt.²⁰³

„Die Sportmedizin hat in der Vergangenheit große Schuld auf sich geladen. Es ist offensichtlich, dass da vieles schiefgelaufen ist [...]. Aber das gilt nicht für alle Sportärzte [...] auch wenn ich mir seitens der Ärztekammer mehr Engagement und Aufklärung im Dopingbereich wünsche.“²⁰⁴

Dieses Statement gibt der promovierte Arzt und Rechtsanwalt Heiko Striegel 2013 im Rahmen eines Interviews mit der Stuttgarter Zeitung. Er bezieht sich sowohl auf den Fitness-Sport in seiner Breite, als auch auf den professionellen Leistungssport. Weiter führt er auf, dass Mediziner sich nicht in die wirtschaftliche Abhängigkeit des Leistungssportes begeben dürfen. Lediglich unter dieser Prämisse sei es den Sportmedizinern möglich, standhaft, frei und geradlinig zu arbeiten.²⁰⁵

Wird in dieser Debatte der Bogen vom Leistungssport zum Breitensport gespannt, so kann festgehalten werden, dass Hausärzte von ihren Patienten in ganz besonderem Maße abhängig sind. So ist anzunehmen, dass eine Kooperationsbereitschaft der Hausärzte unter dem Aspekt der finanziellen Abhängigkeit entstehen kann. Denn wenn der Patient keine ärztliche Unterstützung bei der Durchführung seiner Kur oder begleitende Kontrolle zugesichert bekommt, steht ihm der Weg zu einem anderen Mediziner, der sich dem hippokratischen Eid, im Kontext des Medikamentenmissbrauchs, nicht verpflichtet fühlt, offen.

So lässt sich der hohe Anteil an Usern erklären, die unter ärztlicher Aufsicht ihre Kur durchführen. Laut Kläber sollen 60 Prozent der User während ihrer Kur Unterstützung durch einen Mediziner erhalten.²⁰⁶ Er bezieht sich auf seine eigenen Interviewauswertungen und verweist darauf, dass „dieses Ergebnis von anderen Studien gestützt“²⁰⁷ wird. Ein Verweist, dass es sich bei den 60 Prozent

²⁰³ Vgl. Siegmund-Schulze (2013), 1422

²⁰⁴ Schall (2013), 4

²⁰⁵ Vgl. Schall (2013), 3 f

²⁰⁶ Vgl. Kläber (2013b), 22 f

²⁰⁷ Kläber (2013b). 22

ausschließlich um Breitensportler handelt, ist Kläbers Ausführungen nicht klar zu entnehmen. Aus Verfassersicht erscheint diese Angabe sehr hoch.

„Die Ergebnisse der Multicenterstudie deuten darauf hin, dass 19 Prozent der Befragten ihre Dopingsubstanzen von Ärzten, 22 Prozent über die Apotheke, 53 Prozent von Bekannten und 51 Prozent von Mitsportlern (Mehrfachnennungen waren möglich) erhalten haben.“²⁰⁸

Auch diese Angaben werden als frappierend und extrem besorgniserregend zugleich gewertet. Eine „Hilfestellung im Dopingprozess“ erfolgt bei den Ärzten aus unterschiedlichster Intention bzw. Motivation heraus. Es ist zwischen aktiver (Infusionen legen, Injektionen setzten, Rezepte ausstellen usw.) und passiver Dopinghilfe (Beratung und Überwachung der Blutwerte während einer Kur) zu unterscheiden.²⁰⁹

Folgende Motivationen der Mediziner können zusammenfassend benannt werden:

1. *Unsicherheit, da der Patient droht, eine Kur ohne medizinische Betreuung durchzuführen, was letztlich ein noch höheres gesundheitliches Risiko birgt*
2. *Profitsteigerung*
3. *Interesse an der Dopingmaterie.*

Welche Intention auch ausschlaggebend ist - dass ein Mediziner sich bereit erklärt, Konsumenten zu betreuen (Überwachen des Blutbildes, Empfehlen, Verschreiben sowie Beschaffen von Medikamenten) - es handelt sich um eine ethisch nicht vertretbare Entscheidung und einen Verstoß gegen den hippokratischen Eid.²¹⁰

Insbesondere die Mediziner, welche aus der falschen humanistischen Entscheidung heraus handeln, um „schlimmeres zu verhindern“, wenn User bei Hilfeverweigerung drohen, ihre Kur im Alleingang durchzuführen, würden aus Verfassersicht von Aufklärungskampagnen und themenspezifische Fortbildungen profitieren. Denn es ist nicht davon auszugehen, dass die Komplexität, wel-

²⁰⁸ Schindler-Marlow (2007), 28

²⁰⁹ Vgl. Kläber (2010), 207 ff

²¹⁰ Vgl. Kläber (2010), 207-217

che das Thema Medikamentenmissbrauch im Fitness-Studio, auf medizinischer, psychischer und sozialer Ebene mit sich bringt, bei der Einzelfallentscheidung, den Patienten und User zu „unterstützen“, stets präsent ist.

Die Tatsache, dass Ärzte, aber auch Apotheker, ein Teil des Missbrauchssystems darstellen, jedoch das thematische Fachwissen der Akteure sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, wurde in diesem Jahr durch die Auswertung der quantitativen Online-Befragung von Elisabeth Woiton bestätigt.²¹¹ Die Studie mit dem Titel „*Doping im Freizeit- und Breitensport – Ärztinnen und Apothekerinnen als Teil des Systems*“ stellt, genau wie die verfassereigene Studie, ein Teilprojekt von "No roids inside – Ein Programm zur Prävention des Medikamentenmissbrauchs in Fitnessstudios", dar.

3.11 Zwischenfazit

Das Motto der NADA „Alles geben, nichts nehmen“²¹² scheint mit Blick auf die systemische Dynamik und die Eingebettetheit des Konsumverhaltens seitens der User-Gemeinde maximal belächelt zu werden. Bei den Konsumenten liegt mangelhaftes Problembewusstsein vor. Fitness-Studio-Betreiber und Vertreiber verbotener Substanzen profitieren von dem Nachfrageprinzip des Schwarzmarktes.

Die Systeminklusion von Medizinern ist lediglich bedingt monetär zu begründen, wie das Kapitel 3.10 verdeutlicht. Es besteht insgesamt, bei den in das Missbrauchssystem integrierten Fachkräften, ein hoher Aufklärungs- und Schulungsbedarf im Umgang mit dem Thema Medikamentenmissbrauch im Breitensport. Auf gesellschaftlicher Ebene wird diesem Thema weitestgehend mit Ignoranz und Gleichgültigkeit begegnet. Ein Bewusstsein für die volkswirtschaftlichen Auswirkungen, die das Missbrauchsverhalten innehat, scheint nicht zu bestehen.

²¹¹ Vgl. Woiton (2014), 108 - 118

²¹² www.nada.de

Im gesellschaftlichen Bewusstsein ist, mit Blick auf die Berichterstattung durch Medien diverser Form, angekommen, dass Doping im Hochleistungssport durchaus die gängige Praxis darstellt.

Die Problematik des Substanzmittelkonsumverhaltens innerhalb des Freizeit- bzw. Breitensport scheint gesellschaftlich, medial und politisch lediglich eine sehr geringe Relevanz zu besitzen, wie der theoretische Teil dieser Arbeit bereits verdeutlichte.

„Dieser Bereich des modernen Sports ist um ein vielfaches größer und facettenreicher als der des nationalen und internationalen Hochleistungssports.“²¹³

Diese Erkenntnis sollte dazu anregen, sich die Folgen, eines durchaus gängigen Verhaltens im Bereich des Freizeit-Bodybuildings in Fitness-Studios, vor Augen zu führen. Sicherlich erscheint es den meisten Mitgliedern unserer Gesellschaft logisch, dass ein Medikamentenmissbrauch zur Optimierung der Körperoptik individuelle gesundheitliche Risiken birgt.

„In vielen wissenschaftlichen Fachzeitschriften finden sich auch Fachberichte, meist über Bodybuilder, die durch den Missbrauch von Steroiden und weiteren Arzneien sowie ungesunde Ernährung akut erkrankt sind. Die Dunkelziffer dürfte sehr hoch sein. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Anabolikamissbrauch und beobachteten Nebenwirkungen und Schädigungen ist in den meisten Fällen nicht eindeutig zu belegen, da immer eine Reihe anderer Faktoren (z.B. Beikonsum anderer Arzneimittel, falsche Ernährung, Alkohol- und Drogenkonsum) mit berücksichtigt werden müssen.“²¹⁴

Es gilt zu hinterfragen, ob ein gesellschaftliches Bewusstsein für die gesamtgesellschaftlichen Folgen des Medikamentenmissbrauchs besteht. Zu berücksichtigen sind nicht ausschließlich Einzelphänomene und Individualschicksale, die mit einer User-Karriere und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken und Spätfolgen einhergehen, sondern auch die dadurch entstehenden Kosten, die innerhalb des Sozialstaates von den Steuerzahlern getragen werden. Somit sollte die Problematik des Medikamentenmissbrauchs sowohl gesundheitspolitisch, als auch arbeitsmarktspezifisch betrachtet werden und letztendlich für jeden Steuerzahler ein Thema von Interesse sein. „Daraus ist abzuleiten, dass eine finanzielle Belastung des Gesundheitswesens durch die Folgen von Do-

²¹³ Kläber (2010), 8

²¹⁴ Müller-Platz et al. (2006), 34

ping und Arzneimittelmisbrauch“²¹⁵ durch Freizeit-Bodybuilder nicht ausgeschlossen werden kann, geben Müller-Platz et al. lediglich an.

Eine fundierte Schätzung zu den Kosten, die aus volkswirtschaftlicher und gesundheitsökonomischer Betrachtung durch den Medikamentenmissbrauch im Freizeit-Bodybuilding entstehen, ist der Fachliteratur nicht zu entnehmen. Eine realistische Einschätzung der Kosten, die dem Gesundheitssystem entstehen, vorzunehmen, fällt insbesondere aufgrund der Tatsache sehr schwer, als dass das Wertes einer Folgeerkrankung ein Problem darstellt. Der Rückgriff auf die Statistik von Krankenkassen zur Datenerhebung bietet sich nicht an. Der Auslöser für ein Nierenversagen kann beispielsweise ursächlich innerhalb eines Konsumverhaltens begründet sein, es gibt jedoch eine große Anzahl weiterer medizinischer Begründungen. Auch wenn diesbezüglich keine konkreten Zahlen vorliegen, schätzte Heiko Striegel, Mediziner der Universitätsklinik Tübingen, 2008 im Rahmen einer Vorlesung die jährlichen Kosten, die dem Gesundheitssystem durch Medikamentenmissbrauch im Freizeitsportbereich entstehen, auf 200 bis 250 Millionen Euro.²¹⁶

Trotz dieser finanziellen Dimensionen stellt der Medikamentenmissbrauch im Breitensport ein politisch vernachlässigtes Thema dar.

„Die Politik hat zwar mittlerweile das Dopingproblem des Breiten- und Freizeitsports erkannt, fühlt sich aber vornehmlich für den Hochleistungssport verantwortlich [...]. Alle [...] Aktivitäten, die meist als ‚Anti-Doping-Maßnahmen‘ initiiert werden, blieben bis dato ohne nennenswerten Effekt.“²¹⁷

²¹⁵ Müller-Platz et al. (2006), 23

²¹⁶ Vgl. Heidelberger Ringvorlesung über Doping im Fitness- und Breitensport gehalten von Heiko Striegel (2008)

²¹⁷ Kläber (2010), 8

4 Repräsentative Studien

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) lieferte 2006 eine zusammenfassende Dokumentation mit dem Titel „Doping im Freizeit- und Breitensport“. Das Robert Koch Institut veröffentlichte die Erkenntnisse der Autoren Carl Müller-Platz, Carsten Boos und Klaus Müller, welche sich dem Thema Bodybuilding im Freizeitbereich in ihrer Expertise über den Leistungssport theoretisch näherten.

Erhebungen und Analysen im Bodybuildingbereich

	Umfrage	Umfrage	Analysen	Analysen
Zeitraum	1984/85	1989	1988–1993	1995–2000
Land	Großbritannien	Dänemark	Belgien	Deutschland
Missbrauchsrate	20% (8 von 41)	62% (85 von 138)	42% (158 von 379)	39% (79 von 202)
In der Stichprobe angegebene oder analysierte Dopingwirkstoffe	Anabolika Diuretika Thyroxin HCG	Anabolika	Anabolika Diuretika Stimulanzien Beta-2-Agonisten	Anabolika Diuretika Stimulanzien Beta-2-Agonisten

-Abbildung Nr. 2-²¹⁸

Wie die Tabelle aufzeigt, stellte der Konsum von Anabolika, Diuretika und anderen Substanzen bei Wettkampfanlässen, im organisierten Bodybuilding, innerhalb des Zeitraums 1984 – 2000, die übliche Praxis dar. Diese Werte wurden anhand von Urinproben erhoben. Bei nationalen Wettkämpfen konnten bei knapp 40% der Athleten Dopingsubstanzen nachgewiesen werden.²¹⁹

„Aus diesen Ergebnissen ist ein deutlicher Trend zum Doping beim Bodybuilding abzulesen. Es kann vermutet werden, dass dieser Missbrauch von Arzneimitteln in der Bodybuildingszene in den Breiten- und Freizeitsport hineinwirkt, da viele Bodybuilder in Fitnessanlagen trainieren.“²²⁰

Die repräsentativen Studien wurden unter folgenden Aspekten untersucht und durch die Verfasserin bewertet:

- Forschungsdesign und Setting (Art der Studie, qualitativ / quantitativ)
- Untersuchungszeitraum
- Stichprobenmenge und Rücklaufquote
- Medikamentenmissbrauchsquote / prozentuale Angaben bezüglich des Anabolikakonsums

²¹⁸ Müller-Platz et al. (2006), 17

²¹⁹ Vgl. Müller Platz et al. (2006), 17

²²⁰ Müller-Platz et al. (2006), 17

- Kritische Auseinandersetzung mit den Forschungsergebnissen.

Die Entwicklung der forschungsrelevanten Fragestellung für das eigene Forschungsprojekt ergab sich aus den wie folgt explizierten Studienergebnissen zum Thema Medikamentenmissbrauch im Breitensport.

Aus den folgenden repräsentativen Studien werden lediglich die themenrelevanten Erhebungsergebnisse präsentiert. Es gilt innerhalb dieses Kapitels nicht, Studien vollständig darzustellen, sondern vielmehr stellt das Ziel dieses Kapitels dar, einen Überblick über die empirischen Erkenntnisse, im nationalen und internationalen Vergleich, mit Blick auf das Thema aufzustellen.

„Besonders auffällig ist, dass in den westlichen Industrienationen neben der stark zunehmenden Bereitschaft Medikamente einzunehmen, wie etwa Aufputsch- sowie Beruhigungsmittelmisbrauch in Betrieben, Krankenhäusern und Kasernen; Ritalinmissbrauch an Schulen und Universitäten; Hormonersatztherapien zwecks Anti-Aging ect., immer häufiger schon Kinder und Jugendliche zu Dopingmitteln greifen.“²²¹

Bei der Interpretation der Daten muss stets die Tatsache bewusst sein, dass alle Erhebungen auf der Freiwilligkeit der Probanden basieren.²²² Es ist anzunehmen, dass oftmals die Mitglieder, die ein manifestiertes Missbrauchsverhalten an den Tag legen, zunächst eher abgeneigt sind, dieses in Interviews oder Fragebögen offenzulegen. So sollte aus Verfassersicht eine nicht zu unterschätzende *Dunkelzifferquote im Zuge der Studienbetrachtung* stets bedacht werden.

In Bezug auf den Wettkampfsport versteht Striegel den Begriff Dunkelfeld, in Anlehnung an die definitorischen Ansätze aus der Kriminologie, wie folgt:

„Überträgt man den Begriff Dunkelfeld auf den Bereich des Dopings, so würde dieser all diejenigen Fälle umfassen, die nicht durch Dopingkontrollen oder in anderer Weise bekannt werden.“²²³

Mit Blick auf die folgenden Studienergebnisse wird weiterführend die Summe der User, die im Zuge von qualitativen und quantitativen Erhebungen ihren Konsum bewusst verschleierten, als Dunkelfeld bzw. Dunkelziffer bezeichnet.

²²¹Kläber (2010), 12

²²²Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 14

²²³Striegel (2008), 59

4.1 Schweden

Das *Stockholm Centre for Psychiatric Research and Education* führte im Großraum Stockholm eine Studie in den Jahren 2007 bis 2011 durch. Es beteiligten sich 64 Studios an der Studie, welche in unterschiedliche, ineinander übergreifende Segmente, untergliedert ist.

Zunächst wurden Fachleute ausgebildet, welche anhand von zwanzig festgelegten Kriterien, standardisierte Beobachtungen durchführten und die Probanden in drei verschiedene „Wahrscheinlichkeitsgruppen“ in Bezug auf einen möglichen Konsum von AAS klassifizieren sollten:

- User-Gruppe
- Unsichere Gruppe (Konsumverhalten ist vorstellbar, jedoch nicht offensichtlich)
- Nicht-User Gruppe.

Alle wie folgt beschriebenen Fitness-Studios wurden der standardisierten Beobachtung unterzogen, wobei die Beobachter im Vorhinein nicht informiert wurden, welche Studio-Rubrik sie aufsuchten. Es fand eine Kategorisierung der Studios in drei Rubriken statt:

- In 22 Studios wurde *Aufklärung, Prävention und Intervention* betrieben. Zudem wurden Fragebögen zum Konsumverhalten ausgeteilt.
- 14 Studios dienten als *Kontroll-Gruppe*. Es fand ausschließlich die Fragebogenerhebung statt.
- In 30 Studios wurde *lediglich die Standardisierte Beobachtung* durchgeführt.

Die Fragebögen wurden persönlich im Krafttrainingsbereich ausgehändigt und vor Ort ausgefüllt, was auch die hohe Rücklaufquote erklärt. Bei 1.925 ausgehändigten Fragebögen betrug die Rücklaufzahl 1.752. Lediglich 173 Personen gaben ihren Fragebogen nicht ordnungsgemäß ab.

Die Primärerhebung wurde von 2007 bis 2008 durchgeführt. 2010 erfolgte eine sechsmonatige Follow-up-Untersuchung, die dazu diente, die Nachhaltigkeit der Prävention zu überprüfen.

Der Abgleich zwischen den Ergebnissen der Fragebogenerhebung und den Auswertungen der standardisierten Beobachtung wies einen hohen Grad an Übereinstimmung auf. Dieses Ergebnis belegte die Validität der Beobachtungskriterien. *Somit kann festgehalten werden, dass gezielte standardisierte Beobachtung bei der Identifikation von Usern zielführend ist.*

Bei der Interpretation der statistischen Auswertungen muss berücksichtigt werden, dass die *Hardcore-Studios*²²⁴ die Teilnahme an der Studie ablehnten. Zudem wirkt sich der, im Vergleich zu anderen Studien, extrem hohe Anteil weiblicher Probanden, auf das Studienergebnis aus. Bei der Auswertung der Fragebögen konnte ein User-Anteil von 3,9% ermittelt werden. Jedoch schätzten die Beobachter-Teams eine User-Wahrscheinlichkeit im Rahmen ihrer standardisierten Beobachtung innerhalb der Hardcore-Studios auf bis zu 40%.²²⁵

4.2 Dänemark

Die qualitative Studie des *Instituts Anti-Doping Denmark (ADD)* wurde von Anfang 2006 bis Mitte 2007 durchgeführt. Sie hatte zum Ziel Erkenntnisse über den Personenkreis der „User-Gemeinschaft“ zu generieren. Zudem wurde erhoben, welche Ängste User im Zusammenhang mit ihrem Missbrauchsverhalten aufweisen.

Die Erhebungen erfolgten methodisch dreigleisig. Auf einer Internetplattform, welche ein Forum für Bodybuilder darstellte, konnten User Fragen stellen. Es bestand keinerlei Zugangsbeschränkung. Innerhalb des Forums konnte jeder Plattform-Besucher die dort gestellten Fragen beantworten.

Die Plattform war für beide Geschlechter geöffnet, jedoch wurde sie nahezu ausschließlich von Personen männlichen Geschlechts genutzt. Die Seite besuchten überwiegend Jugendliche und Männer im Alter von 15 bis 25 Jahren. In Bezug auf die Altersangabe der Nutzer muss jedoch berücksichtigt werden, dass viele Einträge auf der Plattform keine Altersangabe beinhalteten.

²²⁴ Studios, in denen hauptsächlich männliche Sportler mit hohen Gewichten Kraftsport und Bodybuilding betreiben (Vgl. auch Kapitel 5.1.1)

²²⁵ Vgl. Leifman et al. (2011), 2.656-2.671

Innerhalb der Plattform bestand die Möglichkeit zum Download eines Fragebogens. Zudem wurde eine Info-Telefonhotline installiert.

Die primäre Erkenntnis der Fragebogenerhebung besteht darin, dass User lediglich ein sehr geringes Wissen über die Nebenwirkungen von Anabolika und anderen Substanzen besitzen. Die Auswertungen des Forums und der Telefonhotline bestätigten dieses Ergebnis. Es wurden hauptsächlich Fragen zu den Nebenwirkungen verschiedener Substanzen gestellt.²²⁶

„Hi, I consider going on a steroid cycle. I’ve been on a small one before with Dianabol (Tai pills). I will continue this but also combine with E² and EQ (Ganabol [...]) I can live with the few side effects. [...] But how big is the risk of become sterile. Do you have any documentation on that?“²²⁷

Kritisch anzumerken ist, dass die Präsentation der Studienergebnisse eher exemplarisch verläuft. So werden die Fragen verschiedener Probanden einfach nur benannt. Eine quantitative Gesamtauswertung, beispielsweise wie viele der Jugendlichen sich mit einer speziellen Nebenwirkung, wie der Steroid-Akne, beschäftigen, ist dem Bericht nicht zu entnehmen.

4.3 ATLAS-Studie

Die *Oregon Health Sciences University Portland* führte unter Dr. Goldberg et. al. das ATLAS-Programm (The Adolescents Training and Learning to Avoid Steroids) von 1994 bis 1995 durch. 31 High-School-Football-Teams aus dem Bereich Portland Oregon (USA) nahmen an der Studie teil.

Die ausschließlich männlichen Probanden wurden studienintern in zwei Gruppen untergliedert:

Gruppe 1:

15 Schulen mit insgesamt 702 Schülern stellten die *Experimentiergruppe* dar. Es fand eine breit gefächerte Präventionskampagne, über einen Zeitraum von sieben bis zehn Wochen, im Rahmen des Schulbesuchs, statt. Die Football-Spieler wurden bezüglich des Risikos, welches ASS-Konsum innehat, in Unter-

²²⁶ Vgl. Christiansen/Boisen-Møller (2012), 39-47

²²⁷ Christiansen/Boisen-Møller (2012), 42

richtseinheiten, geschult. Es wurden Alternativen zum Anabolika-Konsum aufgezeigt und Ernährungskennnisse vermittelt. Gezieltes Training fand, zunächst unter professioneller Anleitung, in speziell eingerichteten Krafräumen, statt. Zudem stellte die Ausbildung von Schülern zum Trainer einen Schwerpunkt des Programms dar. Weiter wurde, neben der Abgabe von Informationsmaterial, im Rahmen von Elternarbeit, gezielte Aufklärung betrieben.

Gruppe 2:

16 Schulen mit insgesamt 804 Schülern stellten die *Kontrollgruppe* dar. Diese Gruppe erhielt lediglich standardisiertes Informationsmaterial, mit Hinweisen zu Risiken des AAS-Konsums und dem Verweis auf die Bedeutung von „Fair Play“.

Beide Gruppen nahmen im gleichen Modus an quantitativen Fragebogenerhebungen teil:

- Pree-Test: Mittels Fragebogen (168 Fragen, Multiple-Choice-Verfahren) wurde der Kenntnisstand vor Programmbeginn ermittelt.
- Post-Test: Die gekürzte und modifizierte Version des Pree-Test-Fragebogens sollte die Wirksamkeit der Maßnahmen im Verhältnis zum Pree-Test und der zwei Gruppen im Verhältnis evaluieren.
- Follow-up: Neun bis zwölf Monate nach dem Posttest wurde die Nachhaltigkeit des Programms überprüft.

Die Auswertungen verdeutlichen, dass die Experimentiergruppe von der breiten Präventionskampagne profitierte. Sie zeigte ein besseres Verständnis für die Risiken von AAS und wies nach dem Programm eine erhöhte Abwehrkompetenz, gegenüber Drogen allgemein und AAS im Speziellen, auf. Sie zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger Leichtgläubigkeit in Bezug auf Werbung für AAS. Zudem wurden sowohl das Gesundheitsbewusstsein, als auch die Zuversicht in die Individual- und Teamkompetenz, durch das ATLAS-Programm nachhaltig gesteigert.²²⁸

²²⁸ Vgl. Goldberg et al. (1996), 1.555-1.562

4.4 Lübecker-Studie und Multicenter-Studie

Bei der quantitativen Multicenter-Studie (die Vorgängerstudie ist als Lübecker Studie bekannt) betrug die Rücklaufquote 454 Antworten (35%). Die Studie startete 1997 in Lübeck und wurde 1999 - 2000 auf weitere Regionen ausgedehnt. Die Ergebnisse wurden aus den Auswertungen von 199 Befragungen, welche in Lübeck durchgeführt wurden sowie von 255 Fragebogen-Erhebungen gewonnen. Es nahmen 80,4% männliche Probanden an der Studie teil. Das klassische User-Alter wurde auf 20 - 25 Jahre definiert. Als bedenklich wurde eingestuft, dass der Einstieg in die Missbrauchsszene in den meisten Fällen bereits vor Jahren vollzogen wurde und das Einstiegsalter von 17 Jahren keine Seltenheit darstellte.²²⁹

Bei der Lübecker Studie (1998) konnten 24% männliche und 8% weibliche User gemessen werden.²³⁰ Nach der Auswertung der Folgestudie (Multicenter) emergierte ein Konsumverhalten von 22% bei männlichen und 8% bei den weiblichen Probanden. Die Datenlage der Vorgängerstudie aus dem Jahr 1997 wurde somit, nach deren Ausweitung 1999 – 2000, durch die Erhebungen in den Regionen Altenberg, Augsburg, Hamburg und Köln, bestätigt.

4.5 Studie Süddeutschland

Die 2002 in Süddeutschland durchgeführte Fragebogen-Erhebung, welche dem Design der Multicenter-Studie entspricht, wies eine sehr niedrige Rücklaufquote auf. Bei 1.802 verteilten Fragebögen, in 113 Fitness-Studios, betrug die Rücklaufquote lediglich 621 Antworten (34,5%). 19,2% der männlichen Probanden, welche den Fragebogen ausfüllten, gaben einen Medikamentenmissbrauch zu.²³¹

Bei 81% der Männer und Frauen, die Medikamentenmissbrauch betrieben, stand das Ziel des Muskelmasseaufbaus im Fokus, wobei das Ziel des Kraftaufbaus lediglich bei 70,9% einen zusätzlichen Motivator darstellte (Mehrfach-

²²⁹ Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 16

²³⁰ Vgl. Kläber (2011), 2

²³¹ Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 15

antworten waren möglich). Bei den Nicht-Konsumenten wurde als Grund für ihre Abstinenz die Angst vor Nebenwirkungen in 84% der Antworten benannt.²³²

4.6 Doping im Fitness-Studio 2010

Innerhalb der gesamten theoretischen Arbeit wird der Bezug zu der qualitativen Interview-Studie von Micha Kläber „*Doping im Fitness-Studio*“, welche im Jahr 2010 veröffentlicht wurde, hergestellt.

Die Basis der Studie ergibt sich aus 83 Leitfadeninterviews. Mit 40 Non-Usern und 43 Usern wurden biographische Interviews geführt, um die Phänomene der Usergruppe verifizieren zu können.²³³

Ziel der qualitativen Erhebung stellte dar, das System, in welches ein Medikamentenmissbrauch eingebettet ist, zu definieren. Die aus den User-Interviews gewonnenen Erkenntnisse wurden, durch Interviews mit betreuenden Medizinern, Studiobesitzern und Trainern, validiert.²³⁴ Missbrauchsynamiken und Rollen innerhalb des Missbrauchsprozesses werden durch die Studie nachvollziehbar veranschaulicht.²³⁵

4.7 Bewertung der Gesamtstudienlage

Es wird aus den vorangegangenen Ausführungen ersichtlich, dass ein Vergleich der Studien untereinander, insbesondere aufgrund der unterschiedlichen methodischen Ansätze, mit Blick auf die Ergebnisbetrachtung, schlecht möglich ist.

Die Forschungsergebnisse variieren in ihren prozentualen Angaben, jedoch ist derzeit unter Berücksichtigung der diversen Studien mindestens von einem User-Gesamtanteil (Männer und Frauen) von *13 - 16% innerhalb des Kraft-*

²³² Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 11-17

²³³ Vgl. Kläber (2010), 18-21

²³⁴ Vgl. Kläber (2010a), 215

²³⁵ Vgl. Kapitel 3.4

sports und Freizeit-Bodybuilding auszugehen, wobei eine Dunkelziffer dabei nicht berücksichtigt ist.²³⁶

Generell gilt festzuhalten, dass der Anteil der weiblichen Probanden das Studienergebnis mit Blick auf den Gesamt-User-Anteil, bei quantitativen Erhebungsverfahren, maßgeblich beeinflusst. Zwar ist der Medikamentenmissbrauch im Breitensport beim weiblichen Geschlecht leicht angestiegen, jedoch ist die Konsumaffinität, in Bezug auf AAS, bei Männern definitiv wesentlich stärker ausgeprägt. Laut der Erhebung der Universität Frankfurt aus dem Jahr 2011 beläuft sich die User-Quote bei Frauen auf 14% und bei Männern auf 25%.²³⁷ Diese Werte decken sich mit denen den Ergebnissen der Lübecker- und Multi-center-Studie, wo die Missbrauchsquote bei Männern zwischen 22 – 24% variierte und die Missbrauchsquote der Frauen, in beiden Erhebungen, konstant bei 8% lag. Das Verhältnis von Männern und Frauen, die Medikamentenmissbrauch im Freizeitbodybuilding betreiben, beläuft sich je nach Studie auf 3:1 bis zu 9:1, wodurch Medikamentenmissbrauch in diesem Bereich als „typisch männlich“ zu werten ist.²³⁸

Experten schätzen den User-Gesamtanteil - unter Berücksichtigung der Dunkelziffer - auf mindestens 20%.²³⁹ Hierbei gilt, mit Ausrichtung auf das Thema „Medikamentenmissbrauch bei männlichen Kraftsportlern und Bodybuildern im Breitensport“ zu berücksichtigen, dass der Anteil weiblicher User maximal 14% beträgt, wodurch die Missbrauchsquote bei männlichen Fitness-Studiobesuchern ansteigt und schlussfolgernd bei über 25% liegen muss.

„Häufig hängt die Aussagekraft der Untersuchung auch von der Größe der Stichprobe ab. Dies ist insbesondere dann problematisch, wenn es schwierig ist, genügend Delinquente zu finden.“²⁴⁰

Die Bereitschaft zur Teilnahme an Erhebungsmaßnahmen ist mit Blick auf die Rücklaufquote sehr unterschiedlich ausgefallen. Es wurde im Rahmen des Vergleichs der Studien ersichtlich, dass die Rücklaufquote deutlich ansteigt, wenn die Fragebögen vor Ort auszufüllen sind und den Probanden keine weiteren

²³⁶ Vgl. Kläber (2011), 2

²³⁷ Vgl. nsi/aerzteblatt.de (2011), 1f

²³⁸ Vgl. Vogt (2009), 92

²³⁹ Vgl. Kläber (2011), 2

²⁴⁰ Striegel (2008), 51

Schritte der Nachbereitung (Zusenden des Fragebogens usw.) zugemutet werden.

Sowohl die ATLAS-Studie als auch die Studie aus Schweden belegen, dass *Partizipation der Probanden*, auf verschiedenen Ebenen, eine bedeutsame Komponente bei der Entwicklung von wirksamen und ganzheitlichen gesundheitsfördernden Programmen darstellt.

5 Qualitative Studie: „Medikamentenmissbrauch bei männlichen Kraftsportlern und Freizeit-Bodybuildern in Fitness-Studios“

Das Kapitel 4 verdeutlicht die schlechte Datenlage, zum Thema Medikamentenmissbrauch in Fitness-Studios, innerhalb Deutschlands. Die bestehenden repräsentativen Studien sind aufgrund ihres unterschiedlichen Designs nicht zu vergleichen. Aus den vorangegangenen Kapiteln ist die Bedeutung des systemischen Charakters des Medikamentenmissbrauchs hervorgegangen.

In Anlehnung an die qualitative Studie von Micha Kläber aus dem Jahr 2010 „Doping im Fitness-Studio“ wird im Rahmen dieser aufsuchenden qualitativen Sozialforschung das Missbrauchssystem, mit Fokussierung der Stellgrößen *Mitglieder, Fachpersonal* und *Studio-Räumlichkeit*, beleuchtet.

„Substanzmittelkonsum fällt nicht vom Himmel“²⁴¹, er wird sukzessive erlernt und ist ohne Networking nicht möglich.²⁴² Ein Konsum bedarf genauer Kenntnisse, Vorbereitung, Informationsaustausch und nicht zuletzt einer Person, die die Ware beschafft. Somit stellt der Entschluss eine Anabolika-Kur durchzuführen „keine isolierte, individuelle Entscheidung“²⁴³ dar. Innerhalb der Trainingsgemeinschaft besteht die Gemeinsamkeit der „Körperoptikfixiertheit“.²⁴⁴ Das gemeinsame Ziel der Gemeinschaft ist es, sichtbare Erfolge zu verbuchen, wobei die Optik das Erfolgsbarometer darstellt.²⁴⁵

Um gesundheitsfördernde Maßnahmen zeit- und zielgruppengerecht als partizipative Programme mit Empowermentperspektive, in Bezug auf das Phänomen des Medikamentenmissbrauchs im Breitensport, gestalten zu können, bedarf es multiperspektivischer Forschungsstrategien.

²⁴¹ Kläber (2010), 10

²⁴² Vgl. Kläber (2010), 10 f

²⁴³ Kläber (2010), 10

²⁴⁴ Kläber (2010), 10

²⁴⁵ Vgl. Kläber (2010), 11

5.1 Zielformulierung und Studienaufbau

Die Ziele der qualitativen Studie können, unter Berücksichtigung des theoretischen Teils der Arbeit, wie folgt benannt werden:

- Hervorheben der systemischen Verflechtungen und Bewerten der einzelnen Systemfaktoren
- Ermittlung der Konsummotivation und der Beschaffungswege
- Ermitteln des Stellenwertes des Inhabers sowie des Fachpersonals im Kontext des Medikamentenmissbrauchs.

Letztlich soll erhoben werden, welche *Bedarfe im Rahmen konzeptueller Gesundheitsförderung* bestehen. Die derzeit durchgeführten Präventionsmaßnahmen scheinen, aufgrund der stetig wachsenden Bereitschaft zum Medikamentenmissbrauch, eine zu breite Zielgruppe erreichen zu wollen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Teilnehmer, durch den Verlust der Spezifiziertheit, nicht angesprochen fühlen. Es wird seitens der Verfasserin der Standpunkt vertreten, dass ein siebzehnjähriger Konsument, der seine erste Kur plant, eine andere Maßnahme benötigt, als beispielsweise ein fünfunddreißigjähriger Dauer-User. Diesbezüglich wird auf das Kapitel 7 verwiesen.

5.1.1 Studiendesign

Insgesamt wurden bundesweit²⁴⁶ 22 Fitness-Studios aufgesucht. In 20 Situationen ergab sich die Möglichkeit Kurzgespräche mit Mitgliedern, während bzw. im Anschluss an das Training, zu führen. In 11 Fällen erklärten sich Personal oder Inhaber bereit, ein kurzes Statement, mit Blick auf die Studio-Philosophie, in Bezug auf das Thema Medikamentenmissbrauch, abzugeben. Da die Quote des Missbrauchs sehr studioabhängig ist, wurden zusammengefasst Studios folgender zwei Segmente zu gleichen Teilen aufgesucht, um ein repräsentatives Gesamtergebnis zu generieren:

- **Mixed-Studios²⁴⁷**: Männer und Frauen trainieren gemeinsam. Es gibt diverse Betätigungsfelder, beginnend bei Fitness-Kursen und Reha-Sport-Angeboten, bis hin zu einer Kraftecke, die primär von männlichen Bodybuildern genutzt wird.

²⁴⁶ Es wurden Studios in Großstädten (bspw. Hamburg, Berlin, München) sowie Studios in ländlichen Regionen zu gleichen Anteilen aufgesucht.

²⁴⁷ Vgl. Müller-Platz et al. (2006), 15

- **Hardcore-Studios:**²⁴⁸ Nahezu ausschließlich männliche Mitglieder betreiben Bodybuilding. Sehr vereinzelt trainieren Frauen an freien Gewichten. Die wenigen weiblichen Mitglieder nutzten überwiegend den - im Vergleich zum Gesamtkomplex - eher kleinen Cardio-Bereich.

Die Studie ist in drei Bereiche untergliedert. Um die soziale Wirklichkeit kontextuell erfassen zu können, wurde im Rahmen des Studienaufbaus eine Methoden-Triangulation, bestehend aus Kurzinterviews, Kurzstatements und teilnehmender Beobachtung gewählt.

„Triangulation beinhaltet die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einen untersuchten Gegenstand oder allgemeiner: bei der Beantwortung von Forschungsfragen. [...] Durch die Triangulation (etwa verschiedener Methoden oder Datensorten) sollte ein prinzipieller Erkenntniszuwachs möglich sein, dass also bspw. Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden, die damit weiter reichen, als es mit nur einem Zugang möglich wäre.“²⁴⁹

5.1.2 Auswahl der Untersuchungsgruppen

Ausschlaggebend für die Auswahl der Untersuchungsgruppe sind die Erkenntnisse der bisherigen Studien.

Wenn Männer medikamentös unterstütztes Bodybuilding betreiben, so ist dieses ein Phänomen, welches mit dem Diätwahn junger Frauen zu vergleichen ist.²⁵⁰ Generell nicht zu vernachlässigen ist die Erkenntnis, dass auch Frauen im Fitness-Studio anabole Steroide konsumieren. Vergleicht man jedoch den weiblichen (3,6%) und den männlichen User-Anteil (12,9%) innerhalb Deutschlands Fitness-Studios,²⁵¹ so wird ersichtlich, dass unter dem Aspekt des gesamten gesundheitsfördernden konzeptionellen Aufklärungs- und Handlungsbedarfes, das männliche Geschlecht *zunächst* primär im Fokus qualitativer Sozialforschung stehen sollte.

²⁴⁸ Vgl. ebd.

²⁴⁹ Flick (2011), 12

²⁵⁰ Vgl. Hoffritz (2008), 1

²⁵¹ Vgl. Kläber (2013b), 12 (Die prozentualen Angaben basieren auf den Erhebungen einer Frankfurter Studie aus dem Jahr 2011. Die Prozentangaben divergieren je nach Studie und Erhebungsverfahren. Der weibliche User-Anteil stellt bei jeder Studie eine deutliche Minderheit dar.)

Die Auswahl der Probanden für die Kurzgespräche (Segment 1) erfolgte von optischen Kriterien geleitet. Die Verfasserin sprach innerhalb der von ihr aufgesuchten Studios männliche Sportler an, denen regelmäßiges Krafttraining aufgrund der Ausprägung ihrer Muskulatur anzusehen war.

Nachdem die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus Theorie und Empirie eingehend dargelegt wurden, ist ersichtlich, dass ein isoliertes Forschungsvorgehen, einzig konzentriert auf die Gruppe der potentiellen männlichen User, nicht die Komplexität des systemisch eingebetteten Medikamentenmissbrauchs in Fitness-Studios zum Vorschein bringen kann. Ziel der Studie stellt dar, aus den Erhebungsergebnissen angemessene Vorschläge zum Umgang mit dem Phänomen des studiointernen Medikamentenmissbrauchs, auf unterschiedlichen Ebenen, zu entwickeln.

Die Stellgrößen *Studio* und *Fachpersonal* müssen, neben den *Sportlern*, somit im Forschungskontext Beachtung finden. Die Schlüsselfunktion der Trainerschaft sowie die Bedeutung der Fitness-Studios als Sozialräume ist erläutert worden. Wie sich Trainerschaft und Inhaber in Bezug auf studiointernen Medikamentenmissbrauch positionieren, wird innerhalb des zweiten Studiensegmentes beleuchtet. Die halbstandardisierte Beobachtung, welche innerhalb des dritten Studiensegmentes erfolgt, soll unter anderem Aufschluss bezüglich der User(un-)Freundlichkeit der Studios und der Trainer-Kompetenz bringen.

5.1.3 Methodisches Vorgehen

Um dem wissenschaftlichen Anspruch zu genügen, erfolgt die Auswertung der fixierten Kommunikation (und Beobachtung) *regelgeleitet* und *theoriegeleitet* gemäß der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse.²⁵²

Nachdem die Systematisierung und Präsentation des bisherigen Forschungsstands erfolgt ist, findet eine Hypothesenbildung, mit Blick auf das eigene Forschungsvorhaben, statt. Abgeleitet aus diesen Hypothesen werden der *Leitfa-*

²⁵² Vgl. Mayring (2010), 11-13

den für die Kurzinterviews,²⁵³ optionale Fragestellungen für die Inhaberstatements²⁵⁴ sowie Beobachtungskriterien für die aufsuchende, halbstandardisierte Beobachtung²⁵⁵ in den Studios, erstellt.

Im Vorfeld der Auswertungsarbeiten wurden feststehende Kategorien gebildet, um das Datenmaterial ergebnisorientiert strukturieren zu können.²⁵⁶

Die *Interviews* (Teil 1) stehen in einem gemeinsamen Kontext und werden somit als eine *Gesamtdatenmenge* mit Blick auf die Fragestellung betrachtet. Es sollen keine dialogischen und linguistischen Auswertungen vorgenommen werden. Das Interesse gilt der sprachlichen Rekonstruktion von Realität. Die Datensicherung erfolgt durch Gesprächs- und Gedächtnisprotokolle, welche direkt im Anschluss an die Interview- und Beobachtungssituationen erstellt wurden. Zudem wurden Notizen im Kontakt mit dem Forschungsgegenstand bzw. in der Interviewsituation angefertigt.

Dieses Vorgehen ist dem Forschungsgegenstand angemessen, um gut verwertbares Datenmaterial zu gewinnen.²⁵⁷ Es ist davon auszugehen, dass die Teilnahmebereitschaft der Probanden deutlich gesunken wäre, wenn die Datensicherung beispielsweise durch ein Aufnahmegerät vollzogen worden wäre, da dieses Instrument das informell wirkende Interview-Setting zerstört hätte.

Im Anschluss an die Auswertung findet eine *Gegenüberstellung* mit den Erhebungen aus Teil zwei (Kurzstatements) und drei (halbstandardisierte Beobachtung) statt, um ein *studienspezifisches Gesamtfazit*²⁵⁸ generieren zu können. Gegenstand der Analyse stellt somit die *fixierte Kommunikation* dar. Auch Bilder und Eindrücke, welche im Rahmen der Beobachtung entstehen, sind (in protokollierter Form) als Kommunikation zu werten.²⁵⁹ Es handelt sich bei der Auswertung der Daten im weitesten Sinne um eine *qualitative Inhaltsanalyse*.

²⁵³ Der Interview-Leitfaden ist dem Anhang Nr. 1 zu entnehmen, sowie Kapitel 5.1.5.

²⁵⁴ Vgl. Kapitel 5.1.5 (2.)

²⁵⁵ Die Beobachtungskriterien sind dem Anhang Nr. 2 zu entnehmen (Beobachtungsprotokoll).

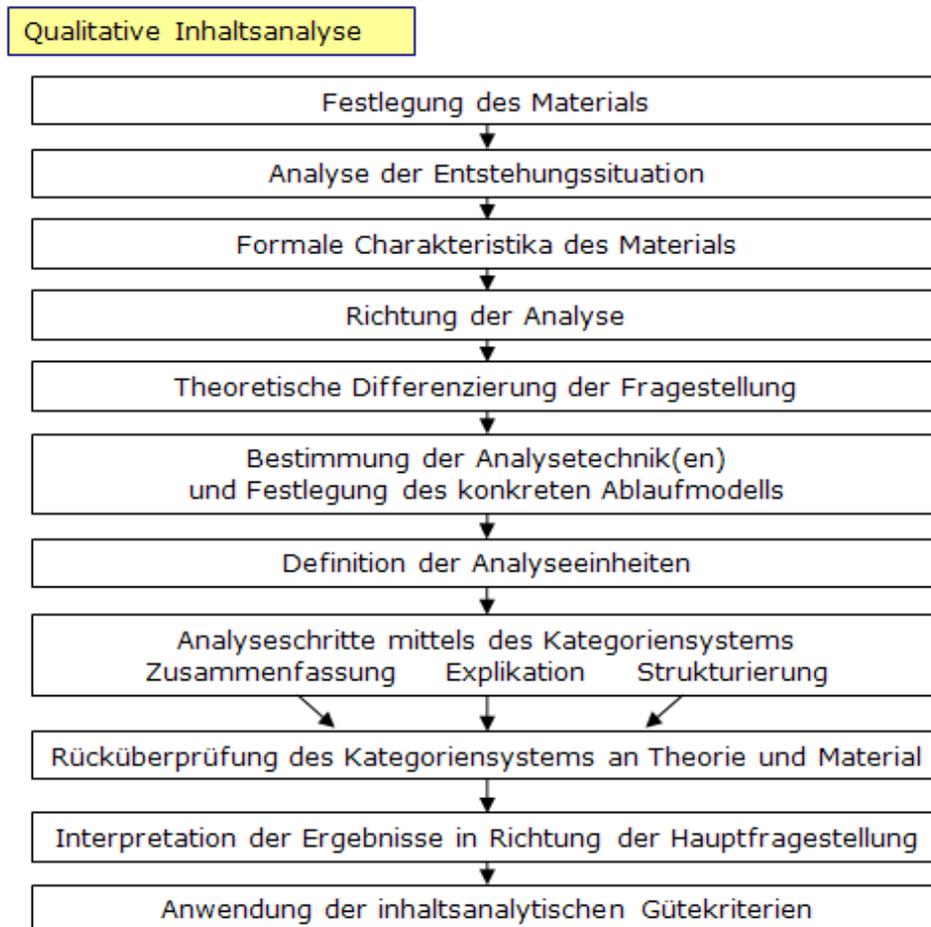
²⁵⁶ Die Kriterien zur Auswertung der einzelnen Studiensegmente sind den kapitelintern gekennzeichneten Anhängen zu entnehmen.

²⁵⁷ Vgl. Flick (2011), 276

²⁵⁸ Vgl. Zusammenfassender Abschlussbericht (Kapitel 5.2.4)

²⁵⁹ Vgl. Mayring (2010), 12

Ziel der teilnehmenden Beobachtung ist, dass der Forscher die größtmögliche Nähe zu seinem Gegenstand erreichen kann, wobei generell maximal halb-standardisiert vorgegangen wird.²⁶⁰



-Abbildung NR 3-²⁶¹

5.1.4 Hypothesenbildung

Die Hypothesen wurden innerhalb der Vorbereitungsphase, vor Beginn der Forschungsaktivität, aufgestellt. Sie beziehen sich auf die zuvor benannte, übergeordnete Fragestellung.

²⁶⁰ Vgl. Mayring (2002), 81

²⁶¹ <http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/764>, Vgl. auch (in ähnlicher Form) Mayring (2010), 60

Mit Blick auf die Durchführung der qualitativen Studie stellen, unter Berücksichtigung der diversen vorgestellten repräsentativen Studien, folgende Hypothesen die Basis der Erhebung dar:

1. Kurzgespräche / Kurzinterviews mit den Kraftsportlern

Übergeordnete Fragestellung:

In wie fern besitzt Medikamentenmissbrauch (insbesondere AAS-Konsum) einen bedeutungsvollen Charakter bei männlichen Kraftsportlern und Freizeit-Bodybuildern?

Bodybuilding definiert sich innerhalb der Studie als Sport, der aus optischen Gründen das Ziel des Muskelaufbaus implementiert. Das Primärziel des Krafttrainings stellt den Kraftzuwachs dar,²⁶² wobei unterstellt wird, dass die optische Komponente, bei der Zieldefinition, ebenfalls hohe Relevanz besitzt. Aufgrund der Tatsache, dass die Grenze zwischen Bodybuilding und Kraftsport fließend verläuft,²⁶³ werden diese beiden Gruppen zusammengefasst.

Die Probanden sind Personen, denen regelmäßiges Muskeltraining deutlich anzusehen ist.

Hypothesen:

- Personen, denen das regelmäßige Krafttraining / Bodybuilding aufgrund ihres Erscheinungsbildes anzusehen ist, weisen ein Bewusstsein für die Gegenwärtigkeit des Phänomens „Medikamentenmissbrauch in Fitness-Studios“ auf.
- Jeder Breitensportler im Kraftsportbereich hat eine persönliche Position zu dem Thema „Doping“ und „Medikamentenmissbrauch“.
- Die aktiven Kraftsportler sind größtenteils bereits mit dem Thema Anabolika konfrontiert worden.
- Der individuelle Entschluss gegen einen Anabolikakonsum beruht nicht auf einem sportethischen Verständnis (Verstoß gegen das „Fair Play“), sondern liegt in der Angst vor Nebenwirkungen begründet.

²⁶² Vgl. Striegel (2008), 69

²⁶³ Vgl. auch Kapitel 2

- Anabolikakonsum im Breitensport wird nicht als Gesellschaftsproblem, sondern als individuelle (risikobehaftete) Entscheidung, gewertet.

2. Statements von Personal und Inhabern zum studiointernen Umgang mit Medikamentenmissbrauch:

Übergeordnete Fragestellung:

Welches Bewusstsein weisen Mitarbeiter und Inhaber von Fitness-Studios für die Problematik des studiointernen Medikamentenmissbrauchs auf?

Hypothesen:

- Das ausgebildete Fachpersonal besitzt ein Bewusstsein für die Gefahr, die Medikamentenmissbrauch im Breitensport birgt.
- Es besteht bei dem Fachpersonal Fortbildungsbedarf bezüglich der aufgeführten Problematik.
- Inhaber von Hardcore-Studios handeln primär aus einem marktwirtschaftlichen Interesse heraus und positionieren sich nicht klar „kontra Anabolika“.
- Gesundheits- und Wellness-Studios führen in ihrem Leitbild häufig die gesundheitsfördernden Aspekte des Sports auf und sind oftmals Sportverbänden angeschlossen. Inhaber von Gesundheits- und Wellness-Studios positionieren sich, aufgrund der gesundheitsschädigenden Wirkungen des Medikamentenmissbrauchs klar „kontra Anabolika“ und vertreten diese Meinung vor ihren Mitgliedern studiointern.
- Besteht bei einem Mitglied aufgrund diverser Indizien, der Verdacht des Medikamentenmissbrauchs bzw. ist der Substanzmittelkonsum offensichtlich, wird seitens des Inhabers bzw. der Trainerschaft aktiv das Gespräch mit dem Mitglied gesucht.

3. Begutachtung der Räumlichkeiten sowie Beobachtung der Unterstützungsbereitschaft und Präsenz des Trainingspersonals:

Übergeordnete Fragestellung:

Bieten Fitness-Studios den Raum für barrierefreien Medikamentenmissbrauch und den Vertrieb von ASS (studiointernes Dealen)?

Hypothesen:

- Nach der ersten Einführung in die Gerätschaften soll sich das neue Mitglied anhand des individuellen Trainingsplans betätigen. Bei Fragen bezüglich der Ausführung von Übungen müssen sich die Mitglieder, außerhalb der regulären Beratungstermine, weitestgehend aus eigener Initiative heraus, um den Kontakt zum Trainer bemühen.
- Die Präsenz von Trainern auf der Trainingsfläche ist innerhalb des Freihantelbereiches nicht ausreichend gegeben.
- Aktive Hilfestellung der Trainerschaft stellt nicht den Regelfall dar.

5.1.5 Praktischer Aufbau der Studienblöcke 1 – 3

1. Kurzinterviews mit Kraftsportlern und Freizeit-Bodybuildern:

Die Kurzgespräche werden gemäß folgender Leitfaden-Struktur während bzw. im Anschluss an das Training geführt. Der Leitfaden ist in drei Bereiche untergliedert. Eingangs wird die Trainingsausprägung und Intensität sowie die motivationale Dimension der Probanden, Kraftsport zu betreiben, erhoben. Block zwei zielt auf den Bereich der Ernährung ab. Der dritte Block soll die persönlichen Einstellungen und Berührungspunkte, die die Probanden im Kontext des Phänomens aufweisen, generieren.

Leitfaden für die Kurzinterviews
(Studiensegment 1)

Studio:
Alter:
Größe:
Körperfettgehalt:

<p>1 Du siehst aus, als ob du viel trainierst!</p> <ul style="list-style-type: none">- Seit wann bist du in diesem Studio? Hast du vorher schon Sport gemacht?- Trainingseinheiten pro Woche? Schwerpunkt und Zieldefinition der Einheiten / des Trainings?	
<p>2 Achtest du auf deine Ernährung?</p> <ul style="list-style-type: none">- Worauf speziell?- Was hast du bereits ausprobiert?- (Ernährungskonzepte)- Ziehst du das immer strikt durch?	
<p>3 Hast du schon einmal etwas zusätzlich / etwas anderes ausprobiert?</p> <ul style="list-style-type: none">- Nur das, was es im Studio zu kaufen gibt?- Nein: Warum nicht? (Einstellung zu Nahrungsergänzungsmitteln erfragen!) (Einstellung und Berührungspunkte bezüglich AAS-Konsum erfragen!)- Hast du Angst vor Nebenwirkungen?- Wie organisierst du dir etwas?	

- Abbildung Nr. 4 -

2. Statements von Personal und Inhabern zum studiointernen Umgang mit Medikamentenmissbrauch:

Aus der Literatur geht hervor, dass durch studiointerne Stellgrößen ein Griff zu „medikamentösen Hilfsmitteln“²⁶⁴ forciert wird. Die Firmenphilosophie sowie der hausinterne Umgang mit dem Thema Medikamentenmissbrauch, im Berufsalltag der Trainer und Inhaber, stellen eine bedeutende Bezugsgröße dar. Die Fragen, welche an Inhaber oder Fachpersonal gerichtet wurden, lauten wie folgt:

- Kannst du dir vorstellen, dass bei euch im Studio Mitglieder Anabolika konsumieren?
- Wie wird mit Mitgliedern im Verdachtsmoment umgegangen?
- Wie wird mit Mitgliedern verfahren, die offensichtlich verbotene Substanzen konsumieren?
- Welche Position bekleidest du studiointern?
- Welche Ausbildung hast du durchlaufen?

3. Begutachtung der Räumlichkeiten sowie Beobachtung der Unterstützungsbereitschaft und Präsenz des Trainingspersonals:

Das Trainingspersonal stellt im Fitness-Studio, insbesondere für neue Mitglieder, eine wichtige Bezugs- und Orientierungsgröße dar. Die Trainerposition weißt im Zuge der Inklusion neuer Mitglieder eine „Leitungsrolle“²⁶⁵ auf, während das neue Mitglied die „Publikumsrolle“²⁶⁶ besetzt. Diesbezüglich wird auf das Kapitel 3.8 verwiesen.

„Gewisse studiointerne Akteure, wie der Studiobesitzer, die Trainer, der Trainingspartner oder vertraute Studiokollegen, agieren aus der Perspektive eines Neulings häufig als Promotoren des Dopings. Aber auch außersportliche Einflussfaktoren aus den Medien, der Medizin und der Wirtschaft sind mitverantwortlich für subtile Mechanismen, die sich hinter den Rücken der Fitness-Studiomitglieder vollziehen.“²⁶⁷

Die Unterstützungsbereitschaft des (Fach-) Personals wird in allen 22 Studios gemäß folgender Kriterien überprüft:

²⁶⁴ Kläber (2010), 11

²⁶⁵ Kläber (2010), 41

²⁶⁶ Ebd.

²⁶⁷ Kläber (2010), 11

Qualitative Studie: „Medikamentenmissbrauch bei männlichen Kraftsportlern und Freizeit-Bodybuildern in Fitness-Studios“

- Bereitschaft zur Einweisung im Umgang mit den Gerätschaften
- Präsenz eines Trainers auf der Trainingsfläche
- Ausbildung und Fachkompetenz
- Beobachtung der Mitglied-Trainer-Interaktion.

Beobachtungsprotokoll der halbstandardisierte Beobachtung
(Studiensegment 3)

Beobachtungskriterien:	gut	mittel	schlecht	sehr schlecht / nicht vorhanden
Räumliche Lage (Integration / Exklusion)				
Gewichte (kg, Anzahl, Aufbau des Sortiments)				
Pflege und Wartung der Räumlichkeiten				
Präsenz von (Fach-) Personal				
Fachliche Hilfestellung: Angebot bei Gast- bzw. Probetraining				
Sonstige Beobachtungen				

- Abbildung Nr. 5 -

5.1.6 Ergebnispräsentation

Nach kurzer Erläuterung des Auswertungsverfahrens erfolgt innerhalb der Kapitel 5.2.1 – 5.2.3, in der Struktur der drei Studiensegmente, die Ergebnispräsentation:

- *Kurzinterviews*
- *Inhaber- und Mitarbeiter-Statements*
- *Teilnehmende halbstandardisierte Beobachtungen.*

5.1.7 Kurzinterviews

Zu Beginn der Analysetätigkeiten werden die Transkripte manuell ausgewertet.²⁶⁸ In einem weiteren Zuge findet die Kategorienbildung gemäß des Vorgehens der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring²⁶⁹ statt. Es ergeben sich folgende Kategorien:

1. Motivation Kraftsport zu betreiben
2. Trainingshäufigkeit pro Woche / Trainingsintensität
3. Anzahl der Studiemitgliedschaften
4. Relevanz von Ernährungskonzepten
5. Bedeutung von Supplements
6. Persönliche Positionierung zum Thema Medikamentenmissbrauch im Kraftsport und Bodybuilding (Breitensport)
7. Konfrontation / Berührungspunkte mit Anabolika
8. Einstellung zum Verstoß gegen das „Fair Play“ durch Substanzmittelkonsum
9. Argumente „kontra Anabolika“ / Begründung des Entschlusses „natural“ zu trainieren
10. Zentrales Element.

Die Interviewauswertung wird durch ein tabellarisches Auswertungsprotokoll vollzogen.²⁷⁰ Diesem sind Detailinformationen zur Gesamtauswertung und die Theoriebildung zu entnehmen.

Es erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der einzelnen Kurzinterviews sowie eine Typisierung der Probanden:

²⁶⁸Vgl. Anhang Nr. 4 (Transkripte der Interviews 1-20: Die Auswertung der Kurzgespräche erfolgte durch Farbmarkierung)

²⁶⁹Vgl. Kapitel 5.1.3

²⁷⁰Vgl. Anhang Nr. 3 + Nr. 5 (Tabellarisches Auswertungsprotokoll)

- P1 (20)²⁷¹ Absoluter Natural-Sportler:

P1 lehnt bereits Nahrungsergänzungsmittel ab. Er beruft sich auf sein Erfolg bringendes, ausgeklügeltes Ernährungs- und Trainingskonzept. Der 20-jährige Sportler betreibt Sport primär, weil es ihm Spaß bereitet, betont jedoch, dass die Optik auch eine relevante Komponente von hoher Bedeutung darstellt. Er bezeichnet bereits die Zufuhr von Nahrungsergänzungsmitteln und Eiweiß-Shakes als Doping, ohne diesbezüglich gefragt worden zu sein. P1 modifiziert sein Training regelmäßig und interessiert sich für Sportarten über den Kraftsport hinaus. P1 wird als nicht gefährdet für Medikamentenmissbrauch eingestuft. Seine strikte Ablehnung gegen alle Präparate, die zusätzlich zur Nahrung eingenommen werden können, verdeutlichte er innerhalb des Interviews eingehend.

- P2 (18) Nahrungsergänzungsmittel-Fan und Internet-Käufer:

P2 ist sehr begeistert von Nahrungsergänzungsmitteln. Er bestellt diese auch über das Internet. Aufgrund der *Angst vor Nebenwirkungen* konsumiert er keine Steroide. Zudem gibt P2 an, nicht extrem „verbissen“ zu trainieren. Mit Blick auf die Bestellung der Nahrungsergänzungsmittel via Internet wird P2 als *gefährdet eingestuft*. Diese Form der Beschaffung der Nahrungsergänzungsmittel birgt auch die Gefahr, unwissentlich unreine Produkte zu erwerben. Zudem werden in vielen Online-Stores sowohl Hormone als auch Nahrungsergänzungsmittel vertrieben, wodurch sich ein erster Kontakt mit AAS ergeben könnte.

- P3 (31) Nahrungsergänzungsmittelkonsument mit AAS-Interesse:

Es wirkt im Gespräch so, als habe der Proband Interesse am Substanzmittelkonsum. Die *„Hemmschwelle Nebenwirkungen“* ist derzeit noch ausschlaggebend für sein Natural Training, jedoch hat sich P3 bereits im Rahmen von Internetrecherchen mit dem Thema Anabolika befasst. Es liegt eine extreme Experimentierfreudigkeit im Umgang mit Nahrungsergänzungsmitteln vor, welche mit mangelnder Disziplin und fehlender Motivation korreliert. Aufgrund des genannten Korrelates wird P3 als gefährdet für AAS-Konsum eingestuft.

²⁷¹(20) = 20 Jahre alt. Aufgrund des Erhaltes der Lesbarkeit wird bei der Altersnennung lediglich eine Zahl in Klammern gesetzt.

- P4 (28) Ernährungsextrem:

P4 stellt ein Ernährungsextrem dar und hebt den gesundheitsförderlichen Aspekt, neben der optischen Komponente, als Motivator hervor. Der achtundzwanzigjährige Sportler hofft, dass sein Ernährungskonzept (Vegetarier, Säure-Basen-Diät) ihm noch lange Zeit hilft, die derzeitige körperliche Fitness aufrecht zu erhalten. Trotz der Tatsache, dass P4 mit Usern in Kontakt steht, wird er derzeit nicht als gefährdet eingestuft.

- P5 (49) User-Verächter:

Erhalt des körperlichen Ist-Zustandes und der kommunikative Aspekt stehen im Vordergrund des Trainings. Die Konfrontation mit Usern ist studiointern gegeben. P5 spricht abwertend über die studiointerne Usergruppe und bezeichnet diese als angeberisch, unordentlich („räumen Gewichte nicht weg“) und sehr offen in Bezug auf die Kommunikation ihres Konsumverhalten. Das laute Stöhnen beim Training und das zur Schau stellen der Muskeln werden von P5 kritisch beäugt.

- P6 (35) Extremer Kraftsportler mit Standardmahlzeiten-Modell:

P6 gibt an, sich an einen festen Ernährungsplan zu halten und nach 18:00 Uhr keine Nahrung mehr zu sich zu nehmen. Auf die Frage *„Würdest du etwas ausprobieren, was illegal ist, wenn du merkst, dass dein Körper nicht mehr wie gewünscht auf das Standardmahlzeitenprogramm reagiert“* antwortet er umgehend, *„Auf jeden Fall“*. Nach ein paar Sekunden relativiert er seine Aussage und ergänzt *„aber nur legale Sachen.“* P 6 steht im Kontakt zu Usern und trainiert extrem erfolgsorientiert. Er definiert sich in sehr extremen Maße über seinen Körper. Im Anschluss an das Gespräch verkündete er in einer anderen Ecke des Studios *„ich fahre jetzt nach Hause und dann esse ich erst mal ein halbes Schwein, [...] was habe ich einen Kohldampf“*. Die Glaubwürdigkeit des Probanden wird, mit Blick auf die Uhr (20:30 Uhr), schwer angezweifelt. Er wird im Rahmen der Auswertungen als gefährdeter Natural-Sportler eingestuft.

- P7 (21) User:

P7 hat *Vertrauen zu seinem Dealer* und ist mit diesem befreundet. Er bagatellisiert die Nebenwirkungen in vollem Umfang. Er durchläuft gerade seine erste Kur und es ist davon auszugehen, dass der Einstieg in die Missbrauchsspirale

bereits fortgeschritten ist. Hervorzuheben ist, dass P7 erst vor einem Jahr mit Kraftsport begonnen hat und einige Stufen der Desensibilisierung übersprungen zu haben scheint.

- P8 (42) Ex-User:

P8 spritzte sich *drei Jahre lang täglich AAS-Präparate*. Es zeigten sich die zentralen Nebenwirkungen Steroidakne, Sekundärbehaarung, extremer Hunger und Impotenz. Er trainierte als User täglich. Nach Beendigung seiner User-Karriere verlor er 10 kg Muskelmasse. P8 sieht die Gefahren des Konsums besonders in den Bereichen Arbeit und Partnerschaft: *„Anabolika ist gefährlich für zwei Bereiche: Arbeit und Sex. Wenn du krank wirst, verlierst du deinen Job. Wenn du jemanden kennen lernst, läuft nichts.“*

- P9 (26) Trainingssüchtiger User mit Wahrnehmungsstörung:

P9 ist sich seiner *Trainingssucht und Selbstwahrnehmungsstörung* bewusst. Letztere kann darin begründet liegen, dass er als Jugendlicher tatsächlich sehr übergewichtig war. Er wirkt innerhalb des Fitness-Studios körperorientiert und selbstbewusst. Er berichtet, dass er aggressiv wird, wenn er nicht trainieren kann. *„An dem Tag meiner Hochzeit konnte ich nicht trainieren. Da ging es mir ganz schön schlecht. Außerdem habe ich angefangen, mir ein Riesen-Tattoo am Oberarm stechen zu lassen. Jetzt lasse ich es nicht weiter stechen, weil ich dann auch keinen Oberkörper mehr trainieren kann.“* *„Wenn ich in den Spiegel schaue, sehe ich selbst einen Fettwanst vor mir. Ich weiß, dass das nicht so ist, aber ich sehe mich halt so. Die Muskeln übersehe ich wohl.“* P9 hat bereits Erfahrungen mit AAS gesammelt. Es ist davon auszugehen, dass P9 erneut eine Kur planen wird. In Bezug auf Nebenwirkungen äußert er lediglich die Bedenken, dass sich die Hormone auf seine Spermienqualität negativ auswirken könnten. Er bewertet den Verlauf seiner ersten Kur sehr positiv und berichtet offen und stolz über die Resultate. Er fühlt sich sicher, wenn er eine Kur durchläuft und erhält Präparate bei Bedarf von Bekannten aus den USA oder bezieht Steroide über das Internet.

- P10 (24) Natural-Sportler:

P10 trainiert in einem Studio, in dem die Leitung auch dann nicht interveniert, wenn Konsumverhalten offensichtlich ist. Er kennt einige, die mit verschiedenen Stoffen *„herumexperimentiert haben“*: *„Bei uns im Studio wird der Konsum von Anabolika sehr diskret behandelt, d. h. einige nehmen was, es wird aber nicht drüber gesprochen. Auch die Studioleitung weiß Bescheid, dass drei oder vier Leute definitiv illegale Sachen machen. Das sieht man auch schon am Gesicht und am Rücken, außerdem kriegen die immer so richtig starke Muskeln, für eine gewisse Zeit.“* Er gibt an, selber kein Interesse an AAS zu haben und mit sich und seinem Körper zufrieden zu sein. Trotz des Kontaktes zu Usern und der Tatsache, dass er in einem user-freundlichen Studio zu trainieren scheint, wird P10 aufgrund der Tatsache, dass er *mit sich und seinem Körper in Einklang* zu stehen scheint, nicht als gefährdet eingestuft.

- P11 (52) Gesetzeskonformer Natural-Sportler:

P11 treibt primär aus Eitelkeit heraus Kraftsport, erwähnt jedoch auch die gesundheitsfördernde Wirkung und den Spaßfaktor. Er ernährt sich bewusst und positioniert sich aufgrund der *Illegalität des AAS-Konsums* gegen diesen. In seiner 25-jährigen Kraftsportkarriere wurde er ständig mit Usern konfrontiert: *„In meinem letzten Studio da habe viele ‚gestofft‘. Hier im Studio wird auch konsumiert. Das sieht man denen auch sofort an und man riecht das auch. Die riechen ganz komisch, zumindest die vier, die ich da jetzt gerade meine.“* P11 wird nicht als risikobehaftet eingestuft.

- P12 (33) Stolzer User ohne Risikobewusstsein:

P12 möchte gar nicht erst über Ernährungskonzepte reden. Er ist stolz darauf, dass er es „geschafft hat“, mit hartem, stoffgebundenem Training seinen Körper zu modellieren. Er sieht die Zusammenstellung einer Kur als Wissenschaft an, welche beherrscht werden muss, um die Nebenwirkungen gering zu halten. P12 geht davon aus, dass es für *jede Nebenwirkung ein Gegenmittel* gibt. Nach ersten negativen Kurerfahrungen änderte er die Zusammensetzung der einzelnen Präparate. Er betreibt Recherchen in Foren und steht mit anderen Usern im Austausch. Er definiert sich über seine optische Erscheinung und geht in seinen Erfolgen auf. Gesundheitsschädigende Aspekte werden im Rahmen des Interviews durch eine abweisende Handbewegung weggewischt. P12 ist stolz, User

zu sein. Er sieht sich als Wissenschaftler, welcher in so hohem Maße Kompetenzen aufweist, dass es, aus seiner Sicht, gar nicht zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommen kann. *„Es ist schon so eine eigene Wissenschaft für sich und es kommt auf die richtige Berechnung an.“*

- P13 (24) Gefährdeter Sportler:

P 13 begann seine sportliche Karriere vor drei Jahren, mit dem Ziel der Gewichtsreduktion. Er nahm zunächst 12 kg ab und ist jetzt primär an dem Aufbau von Muskelmasse interessiert. Er ernährt sich ausgewogen. Dies geschieht jedoch nicht, um sich gesund zu erhalten, sondern mit Blick auf die optische Zielgerade. P13 ist Raucher und trinkt regelmäßig Alkohol. Er könnte sich durch entfernte Bekannte Substanzen beschaffen, lehnt dies jedoch aufgrund der Nebenwirkungen ab: *„Wenn Anabolikakonsum keine langfristigen Folgen hätte, fände ich Steroide auf jeden Fall als Hilfsmittel interessant! Die Nebenwirkungen bewerte ich jedoch als extrem negativ, insbesondere psychische Erkrankungen, Probleme mit der Libido und mit dem Herz-Kreislauf-System.“* P13 ist über die Nebenwirkungen gut informiert, was darauf schließen könnte, dass er diesbezüglich explizite Recherchen angestellt hat. Da er auch über das Suchtpotenzial von Nikotin und Alkohol aufgeklärt ist und trotzdem beide Genussmittel regelmäßig konsumiert und sein sportliches Interesse rein optischer Natur ist, besteht aus Verfassersicht ein großes Risiko, dass P13 seine Einstellung in Bezug auf die Relevanz der Nebenwirkungen ändern könnte.

- P14 (53) Natural-Sportler mit Risikobewusstsein:

P14 hat in der Vergangenheit Dreikampf betrieben. Er selber sei clean geblieben. Seine Kollegen haben AAS konsumiert und leiden an den Spätfolgen. Früher war sein Trainingsziel primär optischer Natur, heute steht die Gesundheit im Vordergrund. Generell vertritt P14 die Meinung, dass die Sportler heute schnelle Ergebnisse, durch geringen Kraftaufwand mittels Medikamente, erzielen wollen und sieht diesbezüglich die Jugend als vordergründige Risikogruppe: *„Und wenn man sich dann vorstellt, dass die jungen Leute mit 18 sowieso schon einen ganz hohen Hormonspiegel haben, insbesondere die Männer, und dann noch hormonell nachhelfen... Wenn die aufhören ist doch klar, dass es da psychische Probleme gibt. Nicht nur rein körperlicher Natur.“*

- P15 (37) Gefährdeter Sportler:

P15 ernährt sich ungesund (ausschließlich Fast Food), ist Raucher und gibt an, dass er nicht auf seine Gesundheit achte. Er konsumiere kein AAS, weil er mit seinem Körper zufrieden sei. Außerdem stehe der Spaßfaktor beim Sport über dem optischen Aspekt. Da er körperlich schwer arbeitet, hat P15, trotz seiner kalorienreichen Ernährung, keine Probleme mit dem Körperfettgehalt. Aufgrund der Tatsache, dass P15 mit Usern befreundet ist und seine Gesundheit nicht angemessen wertschätzt, wird er zumindest als risikobehaftet eingestuft.

- P16 (17) User, gefährdet für den Konsum von Tierarzneien:

P16 ist 17 Jahre jung und durchläuft gerade seine erste Kur. Er schätzt die muskuläre Entwicklung insbesondere, weil sein *sozialer Status*, lt. seiner Einschätzung, bei Gleichaltrigen durch diesen gestiegen ist: *„Erst dachte ich immer, bleib weg mit dem Zeug, das nehmen doch nur Vollpfosten! Aber jetzt hab ich mit meinem Kumpel mal was ausprobiert, für drei Monate. War schon eine Überwindung, aber es hat sich gelohnt. Ich war ein bisschen aggro. Beim nächsten Mal werde ich wohl mal was anderes ausprobieren. Ich höre mich im Moment noch um. Sonst habe ich keine Nebenwirkungen bemerkt, nur mehr Muskeln habe ich gekriegt! Wir haben das Zeug von dem Bruder von meinem Freund, der kennt sich aus! Ja teuer ist das Zeug ja auch, ich bin ja Schüler!“* P16 schreibt es seinen Muskeln zu, dass er studiointern Freundschaften schließen konnte, die auch über die Grenzen des Studios hinausgehen. Ebenso wertet er seinen Erfolg bei Mädchen als Resultat seiner Optik. P16 verfügt lediglich über geringe finanzielle Mittel und plant bereits eine zweite Kur in modifizierter Form. Aufgrund dieser Aussage und dem rasanten Tempo, mit dem er die Missbrauchsspirale durchläuft, stellt dieser User auch eine Risikoperson für den Bereich der Tierarzneien dar.

- P17 (32) Ex-User (jetziger Status bleibt „unklar“):

P17 bekennt sich als Ex-User und möchte seinen heutigen Status nicht benennen: *„Früher haben wir hier alle was ausprobiert. Jetzt weiß ich, was mein Körper braucht und worauf er gut anspricht.“* Aus dieser Aussage kann abgeleitet werden, dass P17 zumindest gelegentlich konsumiert. Diese Vermutung wird unter anderem durch die Tatsache, dass er zwei Mal pro Jahr eine „Muskelersparungsdiät“ macht und die Aussage, dass er keine Abwehrhaltung gegen AAS

entwickelt habe, untermauert: *„Das ist wie bei kleinen Kindern: Früher haben wir sie alle dick mit Creme eingeschmiert, heute ist es total verpönt! Klar haben damals auch einige Babys allergisch reagiert, aber da wurde dann halt die Firma gewechselt und gut war!“*

- P18 (16) Kraftsportler mit Bewusstsein für das „Fair Play“:

P18 ist 16 Jahre alt und treibt seit seiner frühen Kindheit Sport, weil es ihm Spaß macht und er die Bewegung braucht, um mit sich im Einklang zu stehen. Er empfindet den Konsum von AAS als Verstoß gegen das „Fair Play“ des Sports und interessiert sich weder für Nahrungsergänzungsmittel noch für andere Präparate. Trotz der Tatsache, dass er bereits mit 14 Jahren begonnen hat, in einem Studio zu trainieren, wird P18 nicht als risikobehaftet eingestuft: *„Praktisch glaube ich, dass der Körper sich einfach das holt, was er braucht, ich brauche Eiweiß und entwickle deshalb Schmach auf darauf! Also brauche ich auch keine Supps.“*

- P19 (52) Gesundheitsbewusster Kraftsportler:

P19 hat lange Zeit keinen Sport gemacht. In seiner Jugend spielte er Handball. Durch den sportlichen Wiedereinstieg im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme, nach zwei erlittenen Bandscheibenvorfällen, wurde sein Interesse für den Kraftsport geweckt. Er schätzt die optischen Effekte, die dieser Sport mit sich bringt. Jedoch liegt der Fokus auf dem gesundheitsfördernden Aspekt. Er kennt zwei User durch studiointerne Begegnungen. P19 gibt an: *„Meine Gesundheit ist mir einfach zu schade, als dass ich mich mit irgendwas zudröhnen würde!“* Dieses Zitat verdeutlicht, dass er sich nicht wirklich mit der Wirkungsbreite von AAS auseinandergesetzt hat. P19 wird somit nicht als risikobehaftet eingestuft.

- P20 (37) User:

Der 37-jährige Kraftsportler ist im Rahmen der Interviewführung nicht gewillt, auf Fragen zu antworten und sehr auf die Wahrung seiner Anonymität bedacht. Er wurde von einem Trainingskollegen gebeten, an der Studie teilzunehmen. Er titulierte sich als User. Die Nebenwirkungen, wie beispielsweise seine offensichtliche Steroid-Akne blendet er aus und gibt an: *„Ich nehme auch jetzt noch mal was, wenn ich denke, dass es an der Zeit ist, aber wohl dosiert. Wir kennen uns doch mittlerweile aus auf dem Gebiet und wissen, was und wie viel wir vertra-*

gen. *Ich tausche mich auch mit meinen Kollegen aus, wie die welche Zusammensetzung so vertragen.*“ Es ist nicht davon auszugehen, dass P20 in nächster Zeit seinen AAS-Konsum einstellen wird. Diese Einschätzung basiert insbesondere auf der Tatsache, dass P20 die Nebenwirkungen ausblendet. Innerhalb des Interviews tritt er sehr aggressiv auf und erkennt seine Steroid-Akne nicht als Nebenwirkung an.

Es erfolgte eine Kategorisierung der Probanden in folgende Gruppen:

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. Non-Risiko-Gruppe: | 8 Probanden |
| 2. Risiko-Gruppe: | 5 Probanden |
| 3. User-Gruppe: | 5 Probanden |
| 4. Ex-User-Gruppe: | 2 Probanden. |

In Bezug auf die Eingruppierung ist anzumerken, dass P17 als Ex-User gewertet wurde, da er nicht klar ausgesprochen hat, derzeit AAS zu konsumieren. Die schriftliche Fixierung der kleinschrittigen Auswertungsarbeiten, in manueller und tabellarischer Form,²⁷² bietet einen umfassenden Überblick zu dem Bewertungsverfahren im Rahmen der Eingruppierung der Probanden.

Auch wenn es im Rahmen der qualitativen Studie, mit Blick auf die geringe Stichprobenzahl, generell nicht sinnvoll erscheint, in Prozentangaben auszuwerten, so soll nicht unerwähnt bleiben, dass der User-Anteil der repräsentativen Studien des vierten Kapitels von 20% (4 User), unter Berücksichtigung der Dunkelziffer,²⁷³ als bestätigt anzusehen ist.

Die Probanden, welche der Non-Risiko-Gruppe angehören, scheinen nicht anfällig für Medikamentenmissbrauch zu sein, da sie Kraftsport oder Freizeit-Bodybuilding nicht ausschließlich mit der Zielsetzung des Körpertunings betreiben. Die Sportler gaben an, aus Freude an Aktivität, gesundheitsfördernden Aspekten und sozialen Faktoren heraus Kraftsport zu betreiben und mit ihrem Körper zufrieden zu sein. Das Kohärenzgefühl der Probanden wurde suggeriert.²⁷⁴

²⁷² Vgl. Anhang Nr. 4 und insbesondere Nr. 5

²⁷³ Vgl. Kapitel 4, 52 + 60

²⁷⁴ Vgl. Kapitel 7.1.2

Die Angst vor Nebenwirkungen ist bei den Probanden der Risikogruppe der am häufigsten genannte Grund, keine Steroide zu konsumieren. 3 von 5 Probanden gaben an, sich aus Angst vor den Nebenwirkungen gegen Medikamentenmissbrauch zu entscheiden. AAS-Konsum im Breitensport wurde lediglich von einer Person als Verstoß gegen das „Fair Play“ des Sports gewertet. 2 Probanden bewerteten auch den illegalen Charakter des Medikamentenmissbrauchs als Konsum-Ausschluss-Kriterium. Ein Ex-User beendete sein Missbrauchsverhalten aufgrund der hohen Nebenwirkungen.

Die Probanden, die der User-Gruppe zugehörig sind, haben keine Angst vor Nebenwirkungen. Sie vertrauen ihren Dealern und den Kurempfehlungen von Sportbekannten und ziehen das Internet zu Rate, wenn es um die Minimierung der Nebenwirkungen geht. P20 blendet seine offensichtlichen Nebenwirkungen (Steroidakne, Aggressivität) vollends aus. Insgesamt kann festgehalten werden, dass User sich bei einer Kur sicher fühlen und davon auszugehen scheinen, dass es für jede aufgetretene Nebenwirkung ein weiteres Medikament gibt, welches diese aufhebt. Sie experimentieren mit ihrem Körper und sehen sich in der Position des Wissenschaftlers (P12, P20).

Den Status Ex-User belegen 2 Probanden. P8 stellte sein Missbrauchsverhalten ein, da er unter den vielfältigen Nebenwirkungen litt. Der Status von P17 ist als solcher nicht zu werten, da er lediglich in die Rubrik der Ex-User eingruppiert wurde, da er zwar ein früheres Konsumverhalten angab, jedoch einen momentanen Medikamentenmissbrauch nicht klar eingestand. Aufgrund der Bagatellisierung des Konsums anaboler Steroide ist davon auszugehen, dass P17 zumindest nicht dauerhaft als Ex-User titulierte werden kann.

Die Hypothesen aus Kapitel 5.1.4 wurden bestätigt. Zudem wurden weitere Erkenntnisse gewonnen, die zu folgenden Schlussfolgerungen führen:

I. Auswertung der Interviews in Bezug zueinander:

1. Medikamentenmissbrauch ist ein Phänomen innerhalb des Breitensports, welches über die Grenzen von reinen Kraftsport- und Hardcore-Studios hinaus vorzufinden ist.

2. Jeder Kraftsportler vertritt einen Standpunkt zum Thema Anabolikakonsum. Die Meinungsbildung ist bereits weit vor der Interviewführung vollzogen worden.
3. Jeder Proband kennt User mindestens durch die studiointernen Begegnungen.
4. AAS-Konsum stellt ein informelles Diskussionsthema in Fitness-Studios dar, über das ein Austausch unter den Mitgliedern stattfindet. Häufig wurde die Aussage getroffen: „*Ich selber konsumiere keine Anabolika, meine Kumpels jedoch schon.*“
5. Jeder Kraftsportler bzw. Freizeit-Bodybuilder steht innerhalb des Studios mit Usern mindestens in (Blick-) Kontakt.
6. Medikamentenmissbrauch wird nicht als Verstoß gegen das „*Fair Play*“ des Sports - sondern als individuelle Angelegenheit - gewertet.
7. User fühlen sich, durch den persönlichen Netzwerkaustausch oder Informationsplattformen im Internet (Foren usw.), in Bezug auf die Nebenwirkungen abgesichert. Sie gehen davon aus, dass es für jede Nebenwirkung ein anderes Medikament gibt, das diese aufhebt:
→ User fühlen sich als „*Wissenschaftler*“, wenn sie „ihre Kur“ zusammenstellen und modifizieren.
8. AAS-Konsum wird innerhalb eines Studios entweder offen durch die User kommuniziert oder „diskret behandelt“.
9. User fühlen sich durch die Studio-Leitung nicht kontrolliert. Sie befürchten *keine Sanktionen*, wenn der Medikamentenmissbrauch aufgedeckt werden sollte.
10. Studio-Leitungen und *ausgebildetes Fachpersonal* intervenieren, lt. Aussage der User nicht, wenn diese ein Missbrauchsverhalten vermuten bzw. wenn dieses als bestätigt gilt.

II. Risikofaktoren, welche Konsum begünstigen:

- Kraftsport wird aus rein ästhetischen Beweggründen betrieben
- Es bestehen keinerlei weitere sportliche Ambitionen über die Grenzen der „Eisenecke“ hinaus
- Sport wird betrieben, um Erfolge zu verbuchen
- Geringer Spaßfaktor beim Training
- Verbissenheit beim Training
- Geringe Bewertung / Beachtung des Gesundheitsaspektes (der gesundheitsfördernden Wirkung) des Sports
- Hohe Experimentierfreudigkeit im Umgang mit Nahrungsergänzungsmitteln

- Hohe Inklusionsbereitschaft in das soziale Netzwerk innerhalb der Kraftsport- und Hardcore-Studios
- Spezifische Persönlichkeitsmerkmale (bspw. starke Ausprägung narzisstischer Persönlichkeitsanteile)

III . Es wurden fünf Typen von Kraftsportlern in Bezug auf eine optionale Konsumaffinität identifiziert:

1. Gruppe der Ernährungsextreme:

strenge Vegetarier, extrem gesundheits- und ernährungsbewusst lebende Personen, Sportler mit bestimmten Konzepten (bspw. ausschließlich basische Ernährung). Diese Gruppe lehnt AAS-Konsum strikt ab, bekennt sich offen zum Natural Training und verspürt einen starken Drang, dies stets zu kommunizieren.

2. Angstgruppe:

Die Angst vor Nebenwirkungen hält diese Sportler (noch) vom Medikamentenmissbrauch ab.

3. Moralgruppe:

Der *illegale Charakter* des Medikamentenmissbrauchs lässt diese Sportler zurückschrecken.

4. Risikogruppe:

Es besteht ein erhöhtes Maß an Körperfixiertheit. Die Selbstidentifikation geschieht ausschließlich über die körperliche Ebene. *Geringes Gesundheitsbewusstsein und ein hoher Grad an Leistungsorientierung korrelieren.* Integration in ein Netzwerk aus Usern und Non-Usern

→ *bei Trainingsrückschritten oder Zielstagnation besteht die Gefahr, dass die Hemmschwelle Steroide zu konsumieren, sinkt. (s. Risikofaktoren).*

5. User:

Diese Gruppe verfolgt in jeglichem Handeln das Ziel des Körpertunings: Ernährung, Alltag, Training, Supplementierung (Nahrungsergänzungsmittel) und insbesondere der Medikamentenmissbrauch (Steroide) verlaufen ausschließlich gemäß der Zielvorstellung, den Muskelanteil zu erhöhen und den Körperfettanteil gering zu halten.

5.1.8 Inhaber- und Mitarbeiter-Statements

Es handelt sich bei den folgenden Kommentaren um spontane Äußerungen von Studioinhabern, angestellten Sport- und Fitnesskaufleuten sowie sonstigem Trainingspersonal. Aufgrund der Bedeutung der Inhaber- und Mitarbeiter-Statements, im Rahmen der Gesamtauswertung, werden diese komplett abgebildet:

1) Sport- und Wellness-Studio:

„Bei uns im Studio wird Anabolika konsumiert. Ich weiß genau wer, aber verbieten kann ich das ja nicht. Ich bin *Inhaber* und will mir die Kundschaft nicht vergraulen. Wenn die das Zeug verticken wollten, würde ich schon einschreiten. Aber die sind ja erwachsen und müssen wissen, was sie tun. Außerdem habe ich auch schon einmal eine Anabolika-Kur gemacht und die sehr gut vertragen. Vielleicht mache ich irgendwann noch mal eine. Im Moment bin ich jedoch mit mir zufrieden. Wenn jemand im Studio sich mit seinem Konsum in den Mittelpunkt stellt, gibt es von mir einen dummen Spruch und das war's!“

2) Sport- und Wellness-Studio:

„Ich habe meine *Ausbildung* zum *Fitnesskaufmann* letztes Jahr beendet. In meiner Berufsschulklasse haben einige illegale Sachen ausprobiert und damit angegeben. Ich nicht. Ich meine, ich habe nichts ausprobiert. Meine Mitschüler hatten das Zeug aus dem Netz, von Kumpels oder Arbeitskollegen. Die haben richtig damit geprahlt, dass sie ‚stoffen‘ und mit ihren Erfolgen.“

3) Sport- und Wellness-Studio:

„Ich bin *Fitness-Trainer*. Im Studio wird nichts genommen, die machen das wenn zu Hause. Wenn einer so direkt mit mir darüber spricht, sage ich, dass das ungesund ist und betreibe Aufklärung. Wenn einer vor anderen damit hausieren gehen würde und ich oder einer meiner Kollegen das mitbekämen, würden wir wahrscheinlich schon das Gespräch mit dem Kunden suchen. Aber bei uns fliegt keiner raus, aufgrund von irgendwelchen Indizien. Auch nicht, wenn diese augenscheinlich das Vermutete belegen!“

4) Sport- und Wellness-Studio:

„Ich interveniere nicht, wenn jemand in seiner Freizeit irgendwas nimmt. Das ist seine Privatsache. Früher war das Gang und Gäbe. Falls ich jedoch mitbekomme, dass in der Umkleide was läuft oder was genommen wird, greife ich schon durch. Dann erteile ich als *Inhaber* ein Hausverbot.“

5) Physio-Studio mit Krafttrainingsbereich:

„Ich bin mir ganz sicher, dass am Vormittag keine Kunden kommen, die ein Interesse an Muskelaufbau durch verbotene Substanzen haben. Der Schwerpunkt liegt im Reha-Bereich. Zum Nachmittag wechselt unsere Klientel. Gene-

rell würde ich da auch erst einmal ausschließen, dass unsere Mitglieder etwas nehmen, aber da wird schon auf Kraft trainiert und eventuell hat da doch schon einmal jemand etwas ausprobiert. Wir nehmen auch Jugendliche auf, da wir die Ansicht vertreten, dass die bei uns besser aufgehoben sind, als beispielsweise bei xy.²⁷⁵ Wenn ich einen Verdacht hätte, dass ein Mitglied Anabolika nimmt, würde ich mit dem Chef sprechen. Ich weiß, dass er sich deutlich gegen Doping positioniert. Er würde dann mit dem Mitglied sprechen. Es sind auch schon Leute bei uns gekündigt worden. Unser Chef sagt immer, dass wir auch nicht jeden nehmen müssen. In dem Studio, in dem ich zuvor als *Trainerin* gearbeitet habe, war das anders. Da haben viele ganz offensichtlich gedopt, aber wir Trainer hatten von oben den Auftrag, das zu billigen. Das war für mich der Kündigungsgrund!“

6) Physio-Studio mit integriertem Krafttrainingsbereich:

„Ich arbeite hier als *Physiotherapeut und Fitnesstrainer*. Ich gebe auch Personal-Training auf selbstständiger Basis. Ich habe mit 17, also vor 22 Jahren, mit Bodybuilding begonnen, da ich zu schwächig war. Heute unterstütze ich die Jugendlichen, genau wie die anderen Mitglieder, ihre Trainingsziele zu erreichen. Jedoch bin ich ganz besonders hinterher, was die korrekte Ausführung der Übungen angeht. Falls jemand mit Stoffen beginnt oder andere Mitglieder anquatscht, fliegt er sofort raus. Ich bin selbst oft angequatscht worden: ‚Hey, du hast gute Gene, das sieht man dir an, willst du nicht mal das oder das probieren.‘ Als ich gesagt habe, dass ich erstens nicht meine Gesundheit gefährden möchte und zweitens auf die extreme Masse auch gar nicht so stehe, weil ich lieber noch normale Sachen tragen will, wurde mir von einem Dealer Trenbolon empfohlen. Heute will jeder schnell was erreichen. Dass ich schon 22 Jahre trainiere und der Erfolg über die Jahre wächst, will keiner einsehen. Oft glauben mir die Leute auch nicht, dass ich noch nie was genommen habe. Aber ich bin mir bewusst, was das Stoffen mit Körper und Psyche anstellt und lasse innerhalb des Studios keine Toleranz gegenüber Doping zu.“

²⁷⁵ Der Name des Studios wurde durch XY ersetzt.

7) Klassisches Kraftsport- und Bodybuilding-Studio:

„Ich gebe hier nebenberuflich Spinning-Kurse, kenne aber natürlich alle Mitglieder mehr oder weniger. Ich bin davon überzeugt, dass hier einige Leute was nehmen. Aber Doping findet ja heute überall statt. Ich bin Dachdecker und kenne allein zwei Kollegen, die zum Muskelaufbau Anabolika und andere Sachen nehmen. Die haben auf einmal zugelegt und einer bekam richtig den ganzen Rücken voller Akne. Der andere hatte riesige Oberarme, aber keine Kraft. Bei dem Inhaber des Studios gehe ich davon aus, dass er lediglich in ganz offensichtlichen Fällen einschreiten würde. Ich halte mich da aber raus.“

8) Service- und Reinigungskraft eines Low-Budget-Studios:

„Ich arbeite hier seit drei Jahren. Eine Ausbildung habe ich nie gemacht, da kamen mir meine Kinder dazwischen (lacht). Aber das braucht man hier auch gar nicht. Ich arbeite hier in der Frühschicht und putze den Laden. Da ist es hier sehr leer. Ein Trainer kommt erst gegen halb acht. Ich kann den Leuten, die trainieren wollen und Fragen haben, immer nur sagen, dass sie dann wiederkommen sollen, wenn auch ein Trainer da ist. Ich weiß, dass hier so einiges genommen wird. Unsere Mitglieder kommen hier mit ihren Pulvern, Pillen und Shakes herein. Die Mitglieder sprechen auch ganz offen über Zeug aus dem Internet, was sie nur dort bestellen können, weil der Verkauf in Deutschland verboten ist. Aber es gibt ja auch gutes und schlechtes Anabolika.“

9) Reha-, Fitness- und Kraftsportstudio (Mixed Studio):

„Ich bin *Betreiber* dieses Studios, wir haben auch eine Physio-Praxis in unserem Studio. Ich habe bereits so manchen hier behandelt, der gedopt hat und aufgrund dessen hier in Behandlung war. Ich versuche dann nicht nur die körperlichen Leiden zu lindern, sondern auch Gespräche mit Mitgliedern zu vermitteln, die früher gedopt haben und jetzt sauber trainieren. Aber die psychologische Dimension des Problems können wir hier nicht bearbeiten.“

10) Hardcore-Studio (ausschließlich Kraftsport und Bodybuilding, drei Cardiogeräte):

„Ich bin der *Besitzer* dieses Etablissements und habe keinen Bock darauf, alles zu kontrollieren! Seit 25 Jahren läuft der Laden hier unter meiner Hand und ich persönlich bin es leid, dass die Politik immer alles transparenter haben möchte.“

Hier trainieren erwachsene Männer, die wollen, genau wie ich, nicht belehrt werden! Es ist noch keiner hier umgekommen und wenn einer was nicht verträgt, dann wäre er blöd, wenn er damit nicht aufhört. Aber du siehst ja, wir sehen alle ganz fit aus, oder (lacht)?“

11) Fitness- und Reha-Studio mit Kraftsportbereich:

Der *Inhaber* gab an: „Ich habe keinen Bock auf Frage- und Antwort-Spielchen. Wenn du magst, kannst du dich hier gerne umschaun, aber zu dem Thema habe ich echt nichts zu sagen!“

Die Hypothesen des Kapitels 5.1.4 wurden nicht vollends bestätigt. In Bezug auf Hypothese 1 ist zu benennen, dass das Bewusstsein für die Gefahr, die von dem Konsum von AAS und anderer illegaler Substanzen ausgeht, dem Fachpersonal häufig nicht bewusst ist. Medikamentenmissbrauch wird seitens der Trainerschaft bagatellisiert oder als Individualentschluss des Mitgliedes gewertet. Mit Blick auf die zweite Hypothese ist anzumerken, dass zwar deutlicher Fortbildungsbedarf bei dem Personal besteht, jedoch zunächst ein Bewusstsein für die Problematik, mitsamt seiner systemischen Komplexität, entwickelt werden muss. Auch die Inhaber von ausgezeichneten „*Gesundheits- und Wellness-Studios*“ positionieren sich nicht ausdrücklich gegen den Konsum von Steroiden. Aus dem ersten Statement geht hervor, dass auch die Inhaber nicht vor Medikamentenmissbrauch zurückschrecken. In der Berufsschule tauschen sich Auszubildende der Fitnessbranche über die „Kurerfahrungen“ aus, wobei das Thema unterrichtsintern keine Rolle zu spielen scheint. Lediglich den Statements 5, 6, und 9 ist eine klare Positionierung „*kontra Anabolika*“ zu entnehmen.

Bei der Bewertung der Studienergebnisse ist auch im zweiten Studiensegment die geringe Stichprobenmenge zu berücksichtigen. Aus den Inhaber-Statements kann lediglich ein Trend abgelesen werden. Es liegen neben den besorgniserregenden Ergebnissen auch positive Statements mit Blick auf die Gesundheitsförderung vor.²⁷⁶ Insbesondere aus dem 9. Statement wird der

²⁷⁶ Vgl. Statement 5, 6, 9

Fortbildungsbedarf der Trainer ersichtlich. Der Inhaber stellt sich generell „*kont-ra Anabolika*“ auf, sieht sich aber nicht für die *psychologische Ebene* des Phänomens zuständig und erscheint diesbezüglich machtlos. Weitervermittlungsmöglichkeiten (Psychologe, Suchtkrankenhilfe, Telefonhotlines, Sportmediziner usw.)²⁷⁷ scheinen dem Fachpersonal der Fitness-Branche nicht bekannt zu sein.

- **Schlussfolgerungen:**

Die Auswertungen dieser Statements verdeutlichen, dass Studio-Inhaber ihre Position innerhalb des Missbrauchssystems nicht anerkennen: Ignoranz, Unwissenheit und marktwirtschaftliche Interessen können zusammengefasst als Begründungen benannt werden.

1. Die angestellten Trainer und Inhaber werten AAS-Konsum größtenteils *als individuelle Angelegenheit*. Ein *Hausverbot* wird höchstens dann erteilt, wenn sich der Konsum studiointern vollzieht (eine Ausnahme). Sie empfinden kein Verantwortungsgefühl im Rahmen der Gesundheitsfürsorge konsumierender Mitglieder.
2. Im Rahmen *der Ausbildung zum Fitness-Kaufmann* tauschen die Schüler ihre „*Kur-Erfahrungen*“ aus. Innerhalb des Lehrplans wird das Thema Medikamentenmissbrauch im Fitness-Studio nicht (angemessen) behandelt.²⁷⁸
3. Der überwiegende Anteil der befragten Inhaber sieht vorrangig die *marktwirtschaftliche Perspektive (Mitgliedsbeitrag)*.
4. Inhaber sehen sich generell nicht als *Stellgröße mit Veränderungspotenzial*.

5.1.9 Halbstandardisierte Beobachtung

Die halbstandardisierten Beobachtungen wurden gemäß den Kriterien des Beobachtungsprotokolls²⁷⁹ getätigt.

²⁷⁷ Vgl. Kapitel 7 sowie zusammenfassender Abschlussbericht

²⁷⁸ Vgl. insbesondere Statement Nr. 2

²⁷⁹ Vgl. Kapitel 5.1.5 sowie Anhang Nr. 2

Folgende Beobachtungen wurden mehrfach festgehalten und weisen mit Blick auf die Problematik des studiointernen Medikamentenmissbrauchs aus räumlicher und sozialer Perspektive Relevanz auf:

1. Die Hantelecken werden schlecht oder gar nicht durch Fachpersonal betreut (2 Ausnahmen).
2. Die Personen im Gasttraining bewegen sich frei und ohne vorherige Einweisung an den Geräten.
3. Eine Korrektur der Übungen durch das Fachpersonal wird nicht vorgenommen (19x).
4. 12 x befand sich kein ausgebildeter Trainer im Studio, 17 x betreute niemand die Trainingsfläche
5. Insbesondere in Studios mit Reha-, Fitness und Wellness-Charakter wird der Hantelbereich „stiefmütterlich“ gewartet, gepflegt und betreut. Jedoch trainieren auch in diesen Studios Kraftsportler und Freizeit-Bodybuilder.
6. Die Kraftsportler in Studios mit individuellen Schwerpunkten (Reha / Wellness / Fitness) weisen einen starken Zusammenhalt in der „Eisenecke“ auf.

Mit Blick auf die übergeordnete Fragestellung kann festgehalten werden, dass nahezu alle Fitness-Studios Raum für barrierefreien Medikamentenmissbrauch bieten. Die Hypothesen des Kapitels 5.1.4 wurden bestätigt.

„Moderne Studios haben sich in den letzten Jahren spezialisiert: Heute gibt es Studios mit medizinischem Schwerpunkt in der Rehabilitation sowie Prävention, große Studioketten mit hohem Animations- und Spaßcharakter oder technologisch aufgerüstete ‚High-Tech-Studios‘, kombiniert mit alter Kraftsporttradition.“²⁸⁰

Im Rahmen der aufsuchenden Interviewführung wurde bei den Erhebungen ersichtlich, dass insbesondere in ländlichen Regionen, spezialisierte Studios mit Reha-, Physio- und Wellness-Charakter, zusätzlich über einen Kraftbereich verfügen. Dieser stammt meist aus den Zeiten vor der Spezialisierung des Studios und wirkt eher vernachlässigt. Dies betrifft sowohl die Bereiche Ausstattung, Wartung der Gerätschaften (und des Zubehörs) als auch die Sauberkeit und insbesondere die Präsenz von Trainern. Die Kraftecke wirkt in solchen Fitness-Studios eher wie „die Eisenecke als Biotop“: Sie war schon immer da und wird bei Modernisierungsprozessen und konzeptioneller Umgestaltung einfach ausgeklammert.

²⁸⁰ Kläber (2013), 14

Betreiber und Trainer äußerten bezüglich dieser Beobachtungen in der Regel, dass der Schwerpunkt des Studios auf Rehabilitation bzw. Fitness gelegt wurde, jedoch aufgrund der Monopolstellung des Studios innerorts auch Bedarfe im Bereich des Krafttrainings vorhanden sind. Die Inhaber sowie das Personal sehen sich jedoch nicht als Spezialisten auf diesem Gebiet und lassen ihre Kunden, welche häufig bereits über Trainingserfahrung verfügen, in dem Kraftsportbereich gewähren und räumen lediglich die Hanteln wieder an den vorgesehenen Platz. Eine aktive Beratung erfolgt durch das Trainingspersonal nicht.

- **Schlussfolgerungen:**

Die „Eiseneckenbiotope“ der ländlichen Spezialstudios mit Reha-, Physio- oder Fitness-Schwerpunkt bergen Gefahren in Bezug auf den Medikamentenmissbrauch. Die Gefahren ergeben sich aus folgenden Faktoren:

- Abwesenheit des Trainers
- Geringe Fortschritte beim Training bzw. Stagnation mit Blick auf die Zielerreichung (mangelhafte Förderung durch Trainer)
- Räumliche Sonderposition im Studio (Abgeschiedenheit)
- Enger Zusammenhalt innerhalb der kleinen studioternen Peergroup
- „Neulinge“ können verbalen Konfrontationen von Usern und Dealer schlecht entkommen.

Wird eine Kraftecke nicht von Trainingspersonal betreut, sondern den Mitgliedern *ohne Aufsicht* überlassen, so wird die Wahrscheinlichkeit begünstigt, dass User im Rahmen der studioternen Kommunikation Medikamentenmissbrauch propagieren sowie dass Dealer neue User als Käufer werben. Mit Blick auf die Auswertungen der Kurzinterviews muss die Tatsache berücksichtigt werden, dass Medikamentenmissbrauch ein Thema darstellt, welches *in allen Studio-segmenten von Bedeutung ist und sich auch in Wellness- und Reha-Studios mit integrierter Kraftecke vorfinden lässt*. Korreliert diese mangelhafte Betreuung der Mitglieder durch Fachpersonal mit Segregation des Kraftbereiches, wird die Wahrscheinlichkeit des Medikamentenmissbrauchs deutlich erhöht.

Mangelhafte Pflege und Wartung der Gerätschaften suggerieren den Kraftsportlern studiotern, im Vergleich zu anderen Mitgliedern, eine fehlende Wertschätzung. Der Zusammenhalt der Freizeit-Bodybuilder wird unter Berücksichti-

gung dieses Aspektes begünstigt. Die Formation zu einer Subgruppe unter allen Mitgliedern wird durch die räumlichen und personellen Gegebenheiten vorangetrieben.

Die Betreuung der Sportler ist in der Kraftecke (und teilweise auch im gesamten Studiobereich) unzureichend. Im Rahmen von Probe- und Gast-Trainings müssen Sportler bei der Einstellung der Gerätschaften usw. auf ihr eigenes Wissen zurückgreifen. Die Unterstützung der Trainerschaft, bei der Realisierung der Zielverwirklichung, ist studiointern sehr selten gegeben. Besteht bei der Ausführung von bestimmten Übungen *Korrekturbedarf*, so wird dieser durch das Fachpersonal nicht kommuniziert. Dadurch ergibt sich neben der erhöhten Verletzungsgefahr der Mitglieder auch die Situation, dass die Übungen nicht den erwünschten Effekt mit sich bringen. Es ist zu vermuten, dass *Trainingsplanmodifikationen*, aufgrund der fehlenden Einsatzbereitschaft der Trainer, von der Trainingserfahrung anderer Mitglieder geprägt sind, welche nicht über eine fachliche Ausbildung verfügen und deren Motivhaushalt und persönliche Positionierung unklar ist.

Es lässt sich festhalten, dass es nicht dem Standard eines jeden Studios entspricht, ausgebildetes Fachpersonal zu beschäftigen. Im Rahmen der aufsuchenden Arbeit konnten lediglich 4 Fitness-Studios als „nicht-User-freundlich“ und dennoch für die Betätigung eines Kraftsportlers als geeignet eingestuft werden.

5.1.10 Zusammenfassender Abschlussbericht

Freizeit-Bodybuilding impliziert nicht nur hartes körperliches Training. Es stellt auch einen dominanten Bereich der Identitätsbildung dar. Es wurde durch den ersten Teil der Studie (Kurzinterviews) bestätigt, dass sich in Fitness-Studios aller Segmente, ein Milieu etabliert hat, in dem Freizeitsportler verbotene Medikamente einsetzen, um ihre Muskelmasse zu steigern und ihren Körperfettanteil zu senken. Medikamentenmissbrauch stellt in jedem Fitness-Studio einen Teil studiointerner Kommunikation dar. User vertreten die Position, dass es für jede Nebenwirkung ein weiteres Medikament gibt, welches diese wiederum aufhebt. Sie fühlen sich durch andere User sowie durch Internetforen gut beraten. Non-

User entscheiden sich hauptsächlich aufgrund der Angst vor Nebenwirkungen gegen Medikamentenmissbrauch. Die Komponente des „Fair-Play“ des Sports besitzt nahezu keine Relevanz bei den Sportlern.

Kraftsportler, welche mit ihrem Körper zufrieden sind, die gesundheitsfördernde Dimension hervorheben und Freude am Training zeigen, werden als wesentlich weniger gefährdet für den Konsum von AAS-Präparaten eingestuft, als diejenigen Sportler, die von rein optischen Motiven geleitet, diesen Sport betreiben. Insbesondere sehr ehrgeizige Kraftsportler, mit hoher Inklusionsbereitschaft in die studiointerne Gruppe der Bodybuilder, welche eine Korrelation zwischen Statusbewusstsein und Muskelanteil aufweisen und den kommunikativen Aspekt der Trainingsgemeinschaft schätzen, werden als besonders gefährdet für den Missbrauch illegaler leistungssteigernder Substanzen eingestuft.

Als besorgniserregend bewertet wird die Positionierung des Trainingspersonals und der Inhaber (2. Studiensegment). Diese werten Medikamentenmissbrauch primär als Individualangelegenheit und sind sich ihrer Position im Missbrauchssystem weitestgehend nicht bewusst bzw. wollen ihren Stellenwert in der Missbrauchsspirale aus marktwirtschaftlichen Interessen, allgemeinem Desinteresse oder aus einer Positionierung „pro Anabolika“ heraus, nicht gewahr sein.

Die halbstandardisierten Beobachtungen (3. Studiensegment) haben ergeben, dass Studios durch mangelhafte Präsenz, Betreuung und Unterstützung durch Fachpersonal, Segregation, fehlende Pflege und Wartung der Gerätschaften und des Mobiliars sowie allgemeine konzeptionelle Abwertung des Kraftsportbereiches (im Vergleich zu anderen Bereichen wie bspw. Kursräumen und Cardio-Fläche) als User-freundlich zu bewerten sind. Denn können die Sportler nicht auf die fachliche Kompetenz der Trainerschaft zurückgreifen und sind bei der Trainingsplanmodifikation darauf angewiesen, sich aus Eigeninitiative heraus Wissen anzueignen, so besteht eine erhöhte Gefahr, bei den Rechercharbeiten in Kontakt mit Usern oder Internetplattformen, welche manipulative Tendenzen aufweisen, zu gelangen.

Medikamentenmissbrauch ist ein sozial eingebettetes Phänomen und wird von verschiedenen Stellgrößen beeinflusst. *Die Position der Inhaber wird als bedeutsamster Faktor für die Entwicklung gesundheitsfördernder Verhältnisse benannt.* Wenn Medikamentenmissbrauch weiterhin in Fitness-Studios durch die Betreiber befürwortet, gefördert (zumindest durch räumliche Gegebenheiten), geduldet oder ignoriert wird, lassen sich die weiteren missbrauchsfördernden Faktoren (insbesondere User und Dealer) nicht konstruktiv bearbeiten.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich 6 primäre Stellgrößen im Rahmen der Gesundheitsförderung benennen, wobei die Position der Inhaber die bedeutsamste Dimension darstellt:

1. *Sensibilisierung der Inhaber* (größte Stellschraube des Systems, Inhaber = Multiplikatoren für den gesamten Trainer-Stab)
↓
2. Qualitativ und quantitative Aufstockung des Trainingspersonals (Weiterbildung / Aufstockung der Trainerzahl / Motivation)
↓
3. Risikobewusstsein der Mitglieder schärfen („Abschreckung“ durch kommunikativen Transport der Nebenwirkungen, Aufklärung)
↓
4. Einbezug der Fitness-Studio- und Dach-Verbände
↓
5. Ausbildung des Fachpersonals: Lehre der studiointernen Missbrauchsdynamik (Der soziale Charakter des Medikamentenmissbrauchs)
↓
6. Finanzierung: Einbezug der Jugendhilfe (Projektangebote: Gesundheitliche Bildung, erzieherischer Kinder- und Jugendschutz (bspw. über § 11 Abs. 3 Satz 1, 2, 6 sowie § 14 SGB VIII) und Suchtkrankenhilfe (spezifische und ganzheitliche Beratungsangebote schaffen)
↓
7. Spezifische Angebote für Risikogruppen mit inklusivem Charakter schaffen (*Aufklärung mit partizipativen Elementen* sowie Erlebnischarakter, *ganzheitliche Beratungsangebote in Bring-Struktur* usw.)
↓
8. Verdeutlichung der *volkswirtschaftlichen Auswirkungen* des Medikamentenmissbrauchs im *Kontakt mit der Politik.*²⁸¹

Bezüglich der Explikation diverser gesundheitsfördernder Strategien sowie der terminologischen Einordnung von Begrifflichkeiten, welche im Kontext der Beschreibung von Konzept-Ansätzen Relevanz aufweisen, wird auf das Kapitel 8 verwiesen.

²⁸¹ Vgl. Kapitel 8

6 Reflexive Betrachtung des Forschungsvorhabens

Das Verhältnis von Nähe und Distanz zum Forschungsgegenstand ist bei der Planung, Organisation und Durchführung maßgeblich für das Gelingen eines Forschungsprojektes verantwortlich.

Fremdheit kann neue Einblicke ermöglichen, Vertrautheit mit dem Forschungsgegenstand, in Form von wissenschaftlichen und alltagsweltlichen Kenntnissen, ist von Nutzen, um einem Forschungsvorhaben theoriegeleitet und realistisch begegnen zu können.

In Bezug auf das Thema Medikamentenmissbrauch innerhalb von Fitness-Studios, macht es aus Verfassersicht wenig Sinn, dieses Feld einzig aus theoretischer Perspektive zu betrachten. Die Abläufe, Kommunikationsarten und Wege innerhalb dieses Raumes sollten bekannt sein. Ebenso wichtig ist sicheres Auftreten innerhalb des Feldes. Es reicht somit aus Verfassersicht nicht aus, in ein Studio zu gehen, um Interviews zu führen und teilnehmende Beobachtungen durchzuführen. Die besondere Art der studiointernen Kommunikation sollte dem Forscher, durch konstante Begegnung mit diesem Feld, vertraut sein. Es ist somit von großem Vorteil, wenn der Forscher durch eine Mitgliedschaft in einem Fitness-Studio in die „Lebenswelt Fitness-Studio“ eintaucht, um Abläufe und Geflogenheiten von Mitgliedern, Inhabern und Trainern zu studieren.

Angelehnt an die Kategorisierung der Typen (preisbewusste Pumper, Eisenjungs)²⁸², welche innerhalb eines Studios vertreten sind, werden diese Stereotype (in Mischform), innerhalb eines jeden Studios für den Forscher identifizierbar. Somit sind die Beobachtungserfahrungen eines Studios weitestgehend auf andere Studios, des gleichen Segmentes, übertragbar.

Mit dem Blick auf die Komplexität und *systemische Eingebettetheit des Medikamentenmissbrauchs* in Fitness-Studios ist es bedeutsam, diesem Phänomen

²⁸² Vgl. Kläber (2013b), 15

aus *verschiedenen Perspektiven* im Rahmen des Forschungsvorhabens zu begegnen.

In Bezug auf den Erkenntnisgewinn der Erhebungen ist die Verfasserin, in allen drei Forschungssegmenten, sehr zufrieden. Jedoch sind Folgerhebungen im zweiten Teil der Studie ratsam, um ein klares Bild von der Einstellung und Kooperationsbereitschaft der Studioinhaber zu generieren. Diesbezüglich wird auf das Kapitel 9 verwiesen.

Die Reflexion von Planung, Organisation und Durchführung erfolgt gemäß der Studienblöcke in Kapitel 6.1 – 6.3.

6.1 Kurzinterviews

Die *Leitfadenerstellung* erfolgte unter dem Kriterium der Definition von Ganzheitlichkeit, welche ein erfolgreiches Training, aus User-Sicht, ausmacht:

- Block 1: Training und Trainingsmotivation
- Block 2: Ernährung und legale Supplements
- Block 3: Medikamentenmissbrauch und diesbezügliche Positionierung.

Der Leitfaden hat sich innerhalb der Interviews bewährt. Eine Modifikation der Leitfragen erfolgte bei Bedarf situativ.

In den Fitness-Studios wurden die Kurzinterviews während bzw. im Anschluss an das Training spontan eröffnet. Interviewt wurden Personen, denen optisch anzusehen war, dass sie regelmäßig Kraftsport bzw. Bodybuilding betreiben. Durch die informelle Situation, in der die Sportler während bzw. im Anschluss an das Training interviewt wurden, erhielt die Verfasserin teilweise Einblicke, die ihr, hätte der jeweilige Proband sich auf ein Gespräch im voraus vorbereitet, vermutlich verwährt worden wären.

Die Verfasserin wurde von den lebensweltnahen Schilderungen vieler Probanden überrascht und über die überwiegende Offenheit bezüglich der Teilnahme

an den Kurzinterviews, mit Blick auf die Generierung von Interviewmaterial, positiv beeindruckt. Die Methode der spontanen, leitfadengestützten Interviewführung, mit aufsuchendem Charakter, erwies sich in ihrer Durchführung als erfolgreich.

Im Rahmen der Probandenakquise stand die Verfasserin jedoch auch mit zwei Kraftsportlern in Kontakt, die auf aggressive und lautstarke Art und Weise zu verstehen gaben, nicht als Probanden zur Verfügung zu stehen.

6.2 Inhaber- und Mitarbeiter-Statements

Es war anvisiert, in allen aufgesuchten Fitness-Studios, ein Mitarbeiter- oder *Inhaber-Statement* zu gewinnen. Diesbezüglich zeigte sich jedoch lediglich die Hälfte der angefragten Studios bereit. Die geringe Teilnahmebereitschaft sowie der Inhalt der Statements beeindruckte die Verfasserin nachhaltig negativ.

6.3 Teilnehmende Beobachtung

Die Ausstattung der Fitness-Studios, sowie die Anwesenheit, Hilfsbereitschaft und Fachlichkeit des Personals wurde in 22 Studios, gemäß den festgelegten Kriterien, halbstandardisiert untersucht. Die Erkenntnis, dass in 17 Fällen während des Trainings keinerlei Kontaktaufnahme und Hilfestellung aktiv durch das Personal im Rahmen eines Gast- bzw. Probetrainings in Studios, verschiedener Preis- und Trainingsschwerpunktsegmente, erfolgte, beeindruckte die Verfasserin nachhaltig negativ. Diesbezüglich wird auf die Präsentation der Studienergebnisse sowie das Kapitel 8 verwiesen.

6.4 Zeitstruktur

Die Forschungsarbeiten erfolgten dreigleisig. In jedem der drei Studiensegmente wurde zeitgleich erhoben. Der Zeitplan²⁸³ wurde, gemäß der im Vorfeld entwickelten Struktur, eingehalten.

²⁸³ Vgl. Anhang Nr.6 (Zeitstruktur)

7 Aufgaben der Gesundheitsförderung im Bereich des Medikamentenmissbrauchs

„Den zunehmenden Gebrauch diverser Dopingmittel von Asthmaarzneien über Anabolika bis hin zu Wachstumshormonen kann man nicht allein durch Personalisierungen, Skandalisierungen, Moralisierungen und Pädagogisierungen eindämmen“.²⁸⁴

Um Programme und Maßnahmen zur Bekämpfung des Medikamentenmissbrauchs im Breitensport planen, organisieren und durchführen zu können, bedarf es, neben der Erhebung der Bedarfe, spezifischer Kenntnisse über die Verschiedenheit der Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention.

7.1 Verschiedenheit der Ansätze: Gesundheitsförderung und Prävention

Es erfolgt eine kurze definitorische Festlegung der Begrifflichkeiten. Prävention orientiert sich an dem Konzept der *Pathogenese* (der medizinische Begriff für die Entstehung und Entwicklung einer Erkrankung). Das neuere Konzept, die Gesundheitsförderung, orientiert sich gemäß des *Salutogenese*-Konzeptes (lat. *salus*, Gesundheit und Wohlbefinden) nicht daran, was den Menschen krank macht, sondern daran, was ihn – trotz ständiger Belastung – gesund erhält. Aaron Antonovsky stellte bereits in den 70er Jahren die Krankheits- und Risikoorientierung der Prävention in Frage.²⁸⁵

Innerhalb eines Konzeptes muss die Herangehensweise und Grundausrichtung der Maßnahme im Rahmen der Zieldefinition klar ersichtlich sein.

7.1.1 Prävention

Prävention erfolgt sowohl im Einzel- als auch im Gruppenkontext. Ein klassisches Beispiel stellt hier die Ernährungsberatung dar.

²⁸⁴ Kläber (2010), 11 f

²⁸⁵ Vgl. Hörning (2011), 330

Prävention geschieht auf drei unterschiedlichen Ebenen und orientiert sich, im Gegensatz zur Gesundheitsförderung, an dem Entstehen von Krankheit. Medikamentenmissbrauch liegt, wie in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich belegt wurde, mindestens ein suchtvähnlicher Charakter zugrunde und birgt ein enormes Krankheitsrisiko.

- Primärprävention: Krankheitsvorbeugung²⁸⁶

Es soll der Entstehung von Krankheit vorgebeugt werden. Aufklärung über die Risikobehaftetheit des Medikamentenmissbrauchs im Breitensport, beispielsweise in einer Schulklasse, stellt ein klassisches Setting der Primärprävention dar.²⁸⁷

- Sekundärprävention: Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung

Der Personenkreis ist für die Entwicklung einer Krankheit gefährdet, diese ist aber noch nicht ausgebrochen. So stellt die theoretische und praktische Arbeit mit einer Gruppe jugendlicher Kraftsportler, die eine große Begeisterung für Krafttraining zeigen und beispielsweise Vorbilder aus dem Profibodybuildingbereich haben, Prävention auf der zweiten Ebene dar. Es ist durchaus vorstellbar, dass eine Subgruppe der Jugendlichen bereits AAS-Erfahrungen mit experimentellem Charakter gesammelt haben. Es kann sowohl eine generelle Aufklärung über Risiken erfolgen, wobei das Wissen und die Erfahrungen der Gruppe, bei der Gestaltung des Programms, zu berücksichtigen sind. Zudem gilt es im Besonderen, die Zielsetzung dahingehend auszurichten, Alternativen zu dem Missbrauchsverhalten aufzuzeigen, um zu verhindern, dass sich dieses manifestiert.

- Terziärprävention:

Die Krankheit ist bereits ausgebrochen. Es gilt, Folgeschäden zu minimieren, die Konsequenzen der Krankheit zu begrenzen, Rückfälle zu vermeiden und eine Motivation zur Verhaltensänderung bei dem Personenkreis zu erwirken.

²⁸⁶ Die theoretischen Aspekte des Kapitels 7.1.1 basieren auf: Schneider/Huse (2011), 104 ff

²⁸⁷ Beispiele stammen von der Verfasserin

Sowohl die Arbeit mit Freizeit-Bodybuildern in einem Hardcore-Studio, welches eine hohe Missbrauchsquote aufweist, als auch die Betreuung und Beratung ehemaliger User in einem Setting mit rehabilitativem Charakter, stellen Segmente der dritten Präventionsstufe dar.

Prävention geschieht auf unterschiedlichen Ebenen: Der Ansatz der *Verhaltensprävention* zielt auf die Minderung des Risikoverhaltens ab. *Verhältnisprävention* setzt bei den gesellschaftlichen Strukturen an, welche es dahingehend zu beeinflussen gilt, dass die Gesundheitsrisiken geschmälert werden.²⁸⁸

Anhand dieser theoretischen Trennung der Stadien von Prävention wurde die Durchlässigkeit der Stufen deutlich. Bezugnehmend auf die ATLAS-Studie (Kapitel 4.3) befanden sich unter den Football-Spielern Schüler, die bereits Erfahrungen mit AAS gesammelt haben und andere, die keinerlei Erfahrung und Interesse an Medikamentenmissbrauch zeigten und sich an dem Prinzip des „Fair Play“ orientieren.

Der Balanceakt zwischen den Kenntnisständen und Präventionsbedarfen der unterschiedlichen Subgruppen, die an einem Präventionsprogramm gemeinsam teilnehmen, muss gelingen, um die breite Zahl der Teilnehmer erreichen zu können.

7.1.2 Gesundheitsförderung

Während der Ursprung der Prävention in der Pathogenese (Entwicklung von Erkrankungen) verortet wird, ist die Gesundheitsförderung ein Konzept, welches nicht danach fragt, *„was Menschen krank macht, sondern Menschen - obwohl sie ständig Belastungen und Risiken ausgesetzt sind – gesund erhält.“*²⁸⁹

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es not-

²⁸⁸ Vgl. Hörning (2011), 325

²⁸⁹ Hörning (2011), 330

*wendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen [...].*²⁹⁰

Allein durch dieses Zitat aus der Ottawa-Charta wird deutlich, dass Gesundheit wesentlich mehr als die reine Abwesenheit von Krankheit impliziert. Ein modernes und ganzheitliches Verständnis von Gesundheit lässt sich insbesondere durch folgende Indikatoren erfassen:

- vollkommenes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden
- nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.²⁹¹

Das *Salutogenese-Konzept* zielt darauf ab, das Wohlbefinden durch die Aktivierung der Widerstandsressourcen, folgend dem biopsychosozialen Verständnis, zu steigern bzw. aufrecht zu erhalten. Das *Kohärenzgefühl* (engl.: *sence of coherence*) setzt ein, wenn der Mensch aktiv seine Ressourcen beeinflussen und einsetzen kann, weltliche Prozesse verstehbar sind und Veränderungsprozesse als letztlich sinnvoll erlebt werden.²⁹²

Gesundheitsförderung ist, gemäß des Verständnisses der World Health Organization (WHO), gleichermaßen für die *Verhaltensförderung* und die *Verhältnisförderung*, welche in der Lebenswelt der Menschen ansetzen soll, zuständig. Auf der individuellen Ebene soll der einzelne Mensch lernen persönliche Kompetenzen zu entwickeln, welche einen Veränderungsprozess in die Richtung der gesünderen Lebensführung ermöglichen. Um eine größere Personenzahl zu erreichen und die Gemeinschaft zu aktivieren, wird im Rahmen der Gesundheitsförderung die Arbeit in – mit Blick auf das Ziel - angemessen großen Gruppen, bis hin zur Arbeit mit einem gesamten Stadtteil, bevorzugt. Ziel ist, auf individueller, organisationaler, gesellschaftlicher und politischer Ebene zu erwirken, dass gesundheitsfördernde Lebenswelten geschaffen werden.²⁹³

Die Schlagworte *Gesundheit als Homöostase* (konstanter Gleichgewichtszustand: Ausgeglichenheit und Ausgewogenheit)²⁹⁴ sowie *Gesundheit als Hete-*

²⁹⁰ WHO (2008): Deutsche Fassung der Ottawa-Charta nach Hildebrand / Kickbusch, 1

²⁹¹ Vgl. WHO (2008): Deutsche Fassung der Ottawa-Charta nach Hildebrand / Kickbusch, 1 ff

²⁹² Vgl. Hörning (2011), 330 f

²⁹³ Vgl. Franke (2010), 185 ff

²⁹⁴ Vgl. Franke (2010), 41

rostase (flexible Anpassung an sich verändernde Bedingungen)²⁹⁵ entsprechen dem Selbstverständnis der modernen Gesundheitsförderung.

Gesundheit weist einen *biopsychosozialen Charakter* auf. Das ganzheitliche Verständnis von Gesundheit beinhaltet folgende *sich bedingenden Faktoren*:

- somatischen Unauffälligkeit
- vitales Verhalten und Erleben
- Empfinden dieses Zustandes als Lebensqualität.²⁹⁶

Der Begriff *Lebensqualität (LQ)* stellt ein multidimensionales Konstrukt dar, welches keine einheitliche Definition aufweist und als schwer greifbar erscheint. LQ ist nicht ausschließlich auf die materielle Dimension zu beziehen. Wohlbefinden stellt eine Interpretation von Wohlfahrt auf der Ebene des Individuums dar. Es wird unter anderem geprägt von subjektiven Wahrnehmungen, kognitiven Bewertungen und Gefühlszuständen. Das subjektive Element dieses Konstruktes steht im Vordergrund und beinhaltet den Anspruch auf Selbstverwirklichung.²⁹⁷

7.2 Zielgruppe / Bedarfe / Möglichkeitsräume

Ver mehrt greifen bereits Jugendliche zu Dopingmitteln.²⁹⁸ „Bereits 1988 ist der Missbrauch von Anabolika bei US-amerikanischen High-School-Schülern und College-Studenten nachgewiesen worden. [...] Diese Ergebnisse sind kein USA-spezifisches Problem“²⁹⁹ der Vergangenheit, sondern sind im Kontext der Gesundheitsförderung von absoluter Bedeutung, wenn es darum geht, zielgruppenspezifische Kampagnen zur Eindämmung des Medikamentenmissbrauchs in Fitness-Studios zu planen. Jugendliche beginnen zunächst mit dem Bodybuilding, um „einen vom Durchschnittsbürger als athletisch empfundenen Körper, der das Ausüben anderer Sportarten – egal ob Tennis, Fußball, Jazz-Tanz oder Kampfsport – weiterhin zulässt“³⁰⁰ zu kreieren.

²⁹⁵ Vgl. Franke (2010), 43

²⁹⁶ Vgl. Ostermann (2010), 102 ff

²⁹⁷ Vgl. Noll (2000), 3

²⁹⁸ Vgl. Kläber (2010), 12

²⁹⁹ Kläber (2010), 12 f

³⁰⁰ Kläber (2010), 39

*„Jugendliche, noch nicht mal ausgewachsen, wollen mit Substanzen im Frühsommer der Schwimmbadfigur zur eindrucksvollen Performance verhel-
fen.“³⁰¹*

Im Rahmen von breiten Aufklärungskampagnen stellen Jugendliche aus Verfassersicht, nicht nur aufgrund ihrer Risikobehaftetheit (s. Kapitel 3.3), eine wichtige Zielgruppe dar, sondern auch eine, die gut zu erreichen ist. Jugendliche sind in Schule und Vereine integriert, wodurch bereits ein festes Setting gegeben ist.

Ebenso sollte Gesundheitsförderung bei den Fitness-Studio-Inhabern betrieben werden. An dieser Stelle gilt es, im Rahmen der Zielsetzung, eine gesundheitsfördernde Freizeit-Lebenswelt zu erschaffen.

Die Sportler in den Studios stellen die dritte große Zielgruppe dar, die es zu erreichen gilt.

Zusammenfassend lassen sich, mit Blick auf die bisherige Arbeit, drei Zielgruppen, die Bedarf an Konzepten der Gesundheitsförderung in Settings aufweisen, benennen:

- Jugendliche (die per se eine Risikogruppe darstellen)
- Fachpersonal und Betreiber der Fitness-Studios
- Männliche Freizeit-Bodybuilder und Kraftsportler.

Dass der Einbezug der betreffenden Zielgruppe einen besonderen Stellenwert besitzt, geht aus dem folgenden Unterkapitel hervor.

7.3 Empowermentperspektive: Bedeutung im Einzel- und Gruppenkontext

Findet innerhalb des Hilfeprozesses eine grundsätzliche Orientierung an Defiziten und Schwächen statt, so erscheint es als unmöglich, Ziele wie Bildung von Selbstbewusstsein und Entwicklung von Selbstorganisationskräften, innerhalb des Hilfeprozesses, seitens der Klienten, bei der Inanspruchnahme sozialer

³⁰¹ Bebbler, van (2014), 3

Dienstleistungen, entfalten zu können.³⁰² Die Förderung und Stärkung der Selbstentfaltungskräfte des Klienten stellen elementare Ziele des Empowerment-Ansatzes dar.

„Empowerment hat in der deutschen Sprache keine direkte Wortentsprechung. Sinngemäß lässt sich der Begriff übersetzen als Selbstermächtigung oder Selbstbefähigung. Die Leitgedanken Autonomie und Selbstbestimmung stehen im Mittelpunkt des Konzeptes.“³⁰³

Verkürzt dargestellt zielt die Empowerment-Strategie durch partizipativ verlaufende Ressourcenaktivierung auf personaler, familiärer und sozialer Ebene, darauf ab, dass der Klient sich selbst (erstmalig oder wieder) als aktiv handelndes Subjekt wahrnimmt, welches dazu in der Lage ist, durch seine eigenen Potentiale und Kompetenzen, sich selbst bei Problemen zu helfen, bzw. sich aktiv Unterstützung bei der Problemlösung zu suchen.³⁰⁴

Es gilt für den professionellen Helfer, unter größtmöglicher Einbeziehung des Klienten, die verschütteten Ressourcen zu ermitteln und einen Zugang zu diesen zu schaffen sowie das Hierarchiegefälle zwischen Klienten und professionellem Helfer weitestgehend zu egalisieren. Klienten sind als Co-Produzenten der sozialen Dienstleistung anzusehen, sie müssen aktiv als *Kundige ihrer eigenen Bedürfnislage* in den Hilfeprozess einbezogen werden.³⁰⁵

Wie weitgreifend die grundlegende Empowerment-Strategie *Partizipation* Raum im Hilfeprozess findet, hängt von der Ausgangsbasis des Klienten sowie vom jeweiligen Setting ab. Unterschieden wird zwischen dem top-down- (Teilnahme-Strategie) und bottom-up-Modell (Teilhabe-Strategie). Bei dem Vorgehen gemäß der top-down-Variante finden Problem- und Zieldefinition durch den professionellen Helfer statt.³⁰⁶ „Den Betroffenen wird in aller Regel ein Katalog von Konzepten und Lösungsmöglichkeiten oder von Maßnahmen vorgelegt, aus dem sie eine Variante auswählen können.“³⁰⁷ Die bottom-up-Strategie erfolgt gemäß der Intention *der Klient als Experte seiner eigenen Lebenswelt*. Der professionelle Helfer unterstützt, strukturiert und begleitet den Klienten bei dem

³⁰² Vgl. Lenz/Stark (2002), 7

³⁰³ Lenz (2009), 341

³⁰⁴ Vgl. Lenz (2009), 341

³⁰⁵ Vgl. Lenz/Stark (2002), 18

³⁰⁶ Vgl. Lenz (2009), 18 f

³⁰⁷ Lenz (2002), 19

Prozess, Lösungsansätze und Bewältigungsstrategien herauszuarbeiten und macht auf mögliche Konflikte und Probleme aufmerksam bzw. verweist auf spezifische Ressourcen, wenn diese nicht von dem Klienten gesehen werden.³⁰⁸

Der Grad der Beteiligung steht somit in Abhängigkeit der Fähigkeiten des Klienten und der Art des Settings. „Es ist davon auszugehen, dass die Betroffenen zunächst häufig ihre Ressourcen nicht wahrnehmen können.“³⁰⁹ Elementare konzeptionelle Fragestellungen lauten an dieser Stelle:

„Wie kann ein Zugang zu den Ressourcen geschaffen werden? [...] Welche Potenziale nimmt / nehmen der Betroffene / die Betroffenen bei sich / in der Familie wahr? Welche Potentiale nimmt der professionelle Helfer bei den Betroffenen / bei der Familie wahr? Gelingt es dem professionellen Helfer die Betroffenen für die Wahrnehmung von Ressourcen zu sensibilisieren und die von ihm ‚diagnostizierten‘ Ressourcen auch in ihrem Erleben zu verankern?“³¹⁰

Die Wirkung von Empowerment, im Rahmen der Einzelfallhilfe, gilt innerhalb dieser Abhandlung als gegeben, wenn Empowerment eine Grundhaltung des professionellen Helfers darstellt und mit der Person im Einklang steht. Alleiniges Abhandeln der in die Empowerment-Technik implizierten Schritte, wird als wenig erfolgversprechend angesehen. Empowerment ist dann wirkungsvoll, wenn der professionelle Helfer Selbstermächtigung und sensibles, partizipatives Vorgehen in sein allgemeines Helferrepertoire integriert hat.

So ist davon auszugehen, dass ein professioneller Helfer, der sich als Vertreter des Empowerment-Konzeptes sieht, auch im Gruppenkontext gemäß seiner inneren Haltung tätig werden möchte. Doch inwieweit kann der Empowerment-Ansatz bei Gruppen und Gemeinschaften im Kontext der Gesundheitsförderung bestehen?

„Über die Begriffsbestimmung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO: ‚Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen‘ hat das Konzept des ‚Empowerment‘ international Eingang in die öffentliche Gesundheitspolitik gefunden.“³¹¹

³⁰⁸ Vgl. Lenz (2002), 19

³⁰⁹ Lenz (2009), 342

³¹⁰ Lenz (2009), 342

³¹¹ Göpel (2010), 7

Zunächst gilt es an dieser Stelle, die Schlüsselmerkmale einer „Gemeinschaft“ zu benennen:

- räumliche Dimension (Ort oder Setting)
- nicht-räumliche Dimension, Verbundenheit entsteht durch gemeinsame Interessen, Probleme oder Identitäten
- Interaktionen, die Menschen in soziale Beziehungsgefüge einbinden
- erkennen gemeinsamer Bedürfnisse und Interessen, die durch einen Prozess kollektiver Intervention erreicht werden können.³¹²

„Ein ungesunder Lebensstil führt schon im jungen Erwachsenenalter zu deutlichen Leistungsverlusten.“³¹³ Im Zuge der Auswertungen der von 2006 bis 2010 durchgeführten „Fit-fürs-Leben“-Studie der Sporthochschule Köln, an der 20.000 Personen im Alter von 6 bis 25 Jahren teilgenommen haben, wurde ersichtlich, dass lediglich ein Drittel der Frauen und ein Viertel der Männer nicht die untersuchten Risikofaktoren Übergewicht, Bewegungsmangel und Rauchen aufwiesen.³¹⁴

Verbreitet sind innerhalb der Gesundheitsförderung top-down-Konzepte mit informativem Charakter, in Bezug auf risikobehaftete Themen wie Rauchen, Ernährung und mangelnde körperliche Bewegung. Diese Konzepte beinhalten kaum partizipative Anteile. Da die Beteiligung und Eingebundenheit der Zielgruppe fehlt, wirken diese Kampagnen nicht nachhaltig.³¹⁵ Es wurde nicht an der *Überzeugung der Zielgruppe* gearbeitet. Sie wurde lediglich frontal belehrt und hat bestenfalls eine kleine praktische Übung absolviert. In der Praxis Sozialer Arbeit existieren oftmals vorgefertigte Konzepte, die einer Zielgruppe „übergestülpt“ werden, jedoch nicht wirklich auf die Bedürfnisse der Individuen der Gruppe, die es zu erreichen gilt, zugeschnitten sind. Es ist erwiesen, dass spezifische Zielgruppen besser die Ziele erreichen können, die sie selber definiert haben. „Das bestimmende Merkmal für einen ‚top-down‘ Programmansatz ist, dass die Gesundheitseinrichtung die Ziele des Programms allein bestimmt und die Prozesse der Planung, Umsetzung und Evaluierung selbst steuert.“³¹⁶ Die jeweilige Zielgruppe soll, dem Konzept entsprechend, an der Verwirklichung der

³¹² Vgl. Laverack (2009), 57

³¹³ Leyk/Rüther (2013), 22

³¹⁴ Vgl. Leyk/Rüther (2013), 22

³¹⁵ Vgl. Laverack (2009), 71

³¹⁶ Laverack (2009), 71

Zielerreichung arbeiten. Einer der Hauptfaktoren, warum Konzepte gemäß des top-down-Ansatzes fehlschlagen, liegt darin begründet, dass durch mangelhafte Beteiligung im Rahmen der Problemanalyse und Zieldefinition, die Motivation der Teilnehmer nicht ausreichend aktiviert werden konnte.³¹⁷ Die meisten Programme innerhalb der Gesundheitsförderung werden jedoch gemäß dem top-down-Ansatz entwickelt.³¹⁸

„Der Prozess des Empowerments kann grundsätzlich von jedem Punkt auf dem Kontinuum eingeleitet werden. Für Personen mit ‚relativer Machtlosigkeit‘ beginnt er allerdings in der Regel mit dem Empowerment des Einzelnen zum Aufbau von mehr personaler Macht“³¹⁹.

„Die andere Hauptform bei der Planung von Gesundheitsförderungsprogrammen ist der sogenannte ‚bottom-up‘ Ansatz.“³²⁰ Innerhalb von Konzepten, welche gemäß der bottom-up-Strategie entwickelt werden, ist der Grad an Partizipation wesentlich höher, wodurch der Identifikationsgrad, mit den zuvor als Gruppe definierten Problemkonstellationen und Zielvorstellungen, ansteigt. Die Beteiligung wird von der Gruppe als sinnhafter wahrgenommen. Dass die bottom-up-Strategie bei der Arbeit mit Gruppen nachhaltig positive Veränderungen herbeiführen kann, ist im Rahmen diverser Projektevaluationen nachgewiesen worden.³²¹

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Empowermentpraxis im Kontext der gesundheitsfördernden Arbeit mit Gruppen wurden anhand einer Aktionsstudie des kanadischen Gesundheitsministeriums in vier zentrale Kriterien unterteilt:

- Persönliche Analyse- und Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit zur Entwicklung einer kritischen Sichtweise
- Unterstützung durch Mitarbeiter sowie durch die Normen- und Werteorientierung der Einrichtung
- Vorgesetzte, die empowerment-orientiert führen und leiten
- Ganzheitliches Verfolgen und Unterstützten des Empowerment-Ansatzes innerinstitutionell.³²²

„Nur durch die Mitarbeit in kleinen Gruppen können Individuen am besten ihre Anliegen definieren, analysieren und auf Probleme reagieren.“³²³

³¹⁷ Vgl. Laverack (2009), 74 f

³¹⁸ Vgl. Laverack (2009), 77

³¹⁹ Laverack (2009), 60

³²⁰ Laverack (2009), 77 f

³²¹ Vgl. Laverack (2009), 78 ff

³²² Vgl. Laverack (2009), 65

³²³ Laverack (2009), 60

Ein Risiko des empowermentgeleiteten bottom-up-Vorgehens ist, dass die Gruppe ihre Situation oder ihr gesundheitsgefährdendes Handeln gar nicht als solches wahrnimmt und sich somit im Rahmen der Zielsetzung nicht gemäß der Grundintention der Projektverantwortlichen und Kostenträger übereinstimmend verständigt.

„Kinder und Jugendliche sind besonders stark auf die Chancen angewiesen, die ihnen ihre Umgebung eröffnet. Nachhaltige Erfolge der Gesundheitsförderung sind bei ihnen, ebenso wie bei sozial benachteiligten Gruppen, nur als Empowerment-Prozesse zu erzielen.“³²⁴

Generell gilt festzuhalten, dass es im Rahmen der Entwicklung von gesundheitsfördernden Gesamtkonzepten sinnvoll erscheint, sowohl Elemente der bottom-up- als auch der top-down-Strategie anteilig zu berücksichtigen, um größtmögliche Erfolge mit Blick auf die gesunde Lebensführung erzielen zu können. Denn wenn der Klient sich seines gesundheitsgefährdenden Verhaltens nicht bewusst ist oder er diesen Aspekt verdrängt, wird dies im Rahmen von Aushandlungsprozessen bei der Zielsetzung deutlich sichtbar sein.

„Die Schwierigkeit, einen Empowerment-Blickwinkel in die professionelle Arbeit zu integrieren, besteht vor allem darin, dass Empowerment-Prozesse zwar angestoßen werden können, der eigentliche Prozess jedoch weitgehend ohne Zutun der beruflichen Helferinnen und Helfer abläuft. [...] Empowerment als professionelle Haltung bedeutet, Möglichkeiten für die Entwicklung von Kompetenzen bereitzustellen, Situationen gestaltbar zu machen und damit ‚offene Prozesse‘ anzustoßen.“³²⁵

So erscheint es sicherlich teilweise sinnvoll, zunächst Aufklärung im Sinne der top-down-Strategie zu betreiben, um die Gruppe in Bezug auf ihr gesundheitsabträgliches Verhalten zu sensibilisieren und diese zu motivieren, ein Basisbewusstsein für die Problemsituation zu entwickeln. Insbesondere Jugendliche zeigen sich jedoch für „Frontalbelehrungen“ innerhalb klassischer Präventionskampagnen wenig empfänglich, vielmehr für Konzepte des globalen Lernens. Eine Annäherung an das jeweilige Thema der Gesundheitsförderung sollte hier primär aktionsgebunden erfolgen. Es gilt in der Projektarbeit mit Jugendlichen, durch Beziehungsarbeit zu der Gruppe vorzudringen, um die Gruppe bestmöglich zu ermächtigen, ihr Leben gesundheitsfördernd zu gestalten, ihre aktuelle

³²⁴ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

³²⁵ Stark (2002), 70

Lebensweise zu reflektieren und durch die neu gewonnenen Erkenntnisse die Risikofaktoren zu schmälern.

Strategien, dieses zu ermöglichen werden wie folgt expliziert:

- Zugänge ermöglichen
- Informieren und Lotsenfunktionen ausüben
- Vorbilder bieten und qualifizieren
- Eigensinn und Kommunikationsformen akzeptieren
- Freiwilligkeit und Auftragsorientierung ermöglichen
- Ressourcendiagnostik und kleine Schritte
- Aktiver Umgang mit Problemen bringt Erfolge (Selbstwirksamkeit erfahren)
- Netzwerkberatung und -förderung
- Transparentes Handeln und Ermutigung.³²⁶

Fachkräfte der Sozialen Arbeit bedürfen besonderer Kompetenzen, um im Gruppenkontext methodisch wirkungsvoll gemäß der Intention der Empowerment-Strategie verfahren zu können. Kompetenzen wie beispielsweise Moderation des Hilfeprozesses, Begleitung, Beteiligung und Motivation müssen innerhalb von Fort- und Weiterbildungskonzepten erworben werden.³²⁷

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich der Empowerment-Ansatz innerhalb der Einzelfallhilfe und im Rahmen der Arbeit mit Gruppen im Kontext der Gesundheitsförderung als wirkungsvoll erweist, wenn die Fachkräfte fähig sind, die Grundelemente, der innerhalb des Konzeptes integrierten Strategien, professionell anzuwenden und Empowerment als Haltung in ihr Selbstkonzept integrieren.

³²⁶ Vgl. www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

³²⁷ Vgl. Netzwerk Gemeinsinn <http://www.netzwerk-gemeinsinn.net>

8 Gesundheitsförderung im Setting und im Einzelberatungskontext

Wie in Kapitel 7 bereits erläutert, ist es bei der Planung der Interventionen von besonderer Wichtigkeit, die konzeptionelle Grundhaltung und Zieldefinition plausibel darzustellen. Innerhalb dieses Kapitels werden Konzepte, die im Einzelkontext oder auch im Setting stattfinden können, präsentiert. Diese Ausführungen stellen von der Verfasserin entwickelte Ansätze zur Konzeptentwicklung dar, welche auf den theoretisch gewonnenen und empirisch emergierten Erkenntnissen der vergangenen Kapitel basieren.

„Der Erfolg klassischer Programme zur Gesundheitserziehung und –bildung, bei denen versucht wurde, mittels Informationen und Appellen die Gesundheit von Einzelpersonen zu fördern, war eher begrenzt.“³²⁸

8.1 Settingansatz / Einzelcoaching / Zielgruppendefinition

Um Erfolge zu erzielen, muss die Gesundheitsförderung dort ansetzen, wo die Menschen leben oder schulisch, beruflich sowie privat, gemeinschaftlich ihre Zeit verbringen. Die Bezeichnung eines solchen Feldes wird als Setting tituliert. Der *Setting-Ansatz* besitzt die inhaltliche Bedeutung des Terminus Sozialraumorientierung, welcher in der Sozialen Arbeit verwendet wird.³²⁹

Bei der aktiven Arbeit mit Gruppen und Einzelpersonen sollte der Empowerment-Ansatz³³⁰ verfolgt werden, um die Wirksamkeit durch intrinsische Motivation der Teilnehmer zu erhöhen. Die Spezifika, die die jeweiligen Risikogruppen aufweisen, müssen bei der Konzeptentwicklung konstruktiv genutzt werden. Beispielsweise kann die Besorgtheit der narzisstischen Persönlichkeit, um den eigenen Körper, im Rahmen von Aufklärung als Ressource angesehen werden.³³¹ Die Konzeptvorschläge sind, gemäß dem Gesundheitsverständnis der WHO, dahingehend ausgerichtet, die Teilnehmer:

³²⁸ Hörning (2011), 331

³²⁹ Vgl. Hörning (2011), 331

³³⁰ Vgl. Kapitel 7.3

³³¹ Vgl. Kapitel 3.3.5

- zu motivieren, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in ihr sportliches Selbstverständnis zu integrieren, um ihre Lebensqualität zu erhöhen bzw. aufrecht zu erhalten.
- gesündere Lebensverhältnisse zu schaffen
- die Perspektive der gesundheitsfördernden Sportlichkeit darzustellen und die Teilnehmer dahingehend zu motivieren, diese Perspektive als erstrebenswert zu bewerten.

Den Rahmen der jeweiligen Umsetzungsstrategie geben die Einzelkonzepte vor. In Anlehnung an die Stufen des krankheitsorientierten Präventionsverständnisses erfolgt eine Zielgruppendefinition in Stufen. Jedoch besteht der Unterschied zu Präventionskonzepten, dass die Zieldefinition der salutogenetischen Grundhaltung entspricht:

Stufen der Gesundheitsförderung im Kontext des Medikamentenmissbrauchs

Stufe	Teilnehmer	Verhaltensförderung Ziel	Verhältnisförderung Ziel
1	- Alle Kraftsportler - Studios aller Kategorien	Die Möglichkeit des gesundheitsfördernden Kraftsportes erkennen und übernehmen	Gesundheitsfördernde Freizeit-Sportwelt schaffen
2	- Risikogruppen in unterschiedlichen Settings (Jugendliche, Hardecare-Studio-Mitglieder, Sportler mit problematischem Persönlichkeitskonstrukt) - Studios mit vielen jugendlichen Mitgliedern, Hardcore-Studios	Ziele der Stufen 1 + 3	Akzeptanz für Ausstieg und Natural Training schaffen sowie Ziele der Stufen 1 + 3
3	- User (die sich zu ihrem Status bekennen und motiviert sind, die Missbrauchsspirale zu durchbrechen) - alle Studios	Gesundheitsförderung als Identitätsarbeit zur (Rück-) Gewinnung der (sportlichen) Identität und des Selbstwertes	Bedingungen schaffen, in denen ausschließlich Natural Training Akzeptanz findet (Umkehrschluss: AAS-Konsum wird durch Hausverbot sanktioniert)

- Abbildung Nr. 6 - ³³²

³³² Die Abbildung wurde von der Verfasserin entwickelt.

Die folgenden Konzeptvorschläge sollen einen Einblick über die Breite des Angebotsspektrums geben. Die Möglichkeitsräume bestehen, sie werden derzeit jedoch nicht gemäß eines modernen Verständnisses der Gesundheitsförderung genutzt.

Mit Blick auf die User-Quote und den damit verbundenen gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Folgen,³³³ sollte eine Finanzierung zeitgemäßer und zielgruppenspezifischer Konzepte aus Verfassersicht politisch gewollt sein.

8.2 Arbeit mit Kraftsportlern und Freizeitbodybuildern im Setting Kraftsport-Studio

Gemäß des Grundsatzes der Ottawa-Charta sollten Angebote in der Lebenswelt der Teilnehmer ansetzen und aktionalen Charakter aufweisen.³³⁴ Die Lebenswelt des Persönlichkeitsanteils, welcher sich als Kraftsportler wahrnimmt und als solcher wahrgenommen werden möchte, stellt das Studio dar, in dem der Sportler trainiert.

Innerhalb der Arbeit mit Usern muss überlegt werden, welches Werte- und Normensystem die User besitzen, um weiter zu analysieren, welche Normen sie davon abhalten könnten, weiterhin Medikamentenmissbrauch zu betreiben. In den meisten Programmen werden die Teilnehmer jedoch nicht ausschließlich aus Usern bestehen. So ist bei Non-Usern der Fokus im Rahmen der Programm-Zieldefinition auf die Fortführung des Natural Trainings zu richten.

Die Fragestellungen an dieser Stelle lauten:

- Ist den Teilnehmern die rechtliche Lage klar und die Strafbarkeit des Konsums bewusst?
- Schreckt die Teilnehmer die Tatsache, eine Straftat zu begehen, ab?
- Sind die gesundheitlichen Folgen bewusst?
- Wirkt das Aufzeigen der Nebenwirkungen abschreckend?

³³³ Vgl. Kapitel 3

³³⁴ Vgl. Kapitel 7

- Wird Konsum als eine Art „Heldentat der besonders Mutigen“ hochstilisiert?
- Sehen die Teilnehmer Medikamentenmissbrauch als einen Verstoß gegen das „Fair Play“ des Sports an?

Innerhalb der Arbeit im Setting ist somit zunächst teilnehmende Beobachtung gefragt, um den Informationsbedarf sowie die Informationsempfänglichkeit und den Informationshorizont der Gruppe zu ermitteln. Es gilt die intellektuellen und motivationalen Fähigkeiten der Teilnehmer zu analysieren, um die Gruppe als Konstrukt weder zu unter- noch zu überfordern. Mit Blick auf die schwedische Studie, bietet sich im Rahmen der Bewertung der Missbrauchswahrscheinlichkeit der Teilnehmer, eine „informelle Dopinganamnese“ durch standardisierte Beobachtung, anhand einheitlicher Kriterien, an.

In Anlehnung an das Kapitel 7.3, mit spezifischem Blick auf das Konzept der Experimentiergruppe der ATLAS-Studie,³³⁵ sollten in einem solchen Programm die Module *Training, Ernährung und Aufklärung* implementiert sein. Um eine nachhaltig gesundheitsfördernde Wirkung erzielen zu können, muss eine Maßnahme dieser Art über einen längeren Zeitraum, mit einer konstanten Gruppe, durchlaufen werden. Bei der Planung, Organisation und Durchführung der Maßnahme bedarf es eines multiprofessionellen Teams, welches in den Bereichen Bodybuilding, Ernährung, Medizin und Sport- sowie Sozialpsychologie Fachkenntnisse besitzt.

Um eine Maßnahme in dieser Breite durchführen zu können, bedarf es der Motivation der Inhaber und Trainerschaft. Diesbezüglich wird auf den Schulungsbedarf dieser Berufsgruppe verwiesen.³³⁶ Es ist anzunehmen, dass bevor eine Maßnahme dieser Größe in einem Studio durchgeführt werden kann, die Grundhaltung des Personals überprüft werden muss. Denn wenn der Trainer bzw. der Inhaber des Studios nicht von der Sinnhaftigkeit der Maßnahme überzeugt ist, besteht die Gefahr, dass er seine skeptische Einstellung auf das Personal und die Mitglieder übertragen wird.

³³⁵ Vgl. Kapitel 4.4

³³⁶ Vgl. Kapitel 5.2.2 - 5.2.4 sowie Kapitel 3.8 und 8.4

8.3 Veränderung der räumlichen Situation in Fitness-Studios durch Kompetenzteams

Laut Kläber soll es für Fitness-Studio-Betreiber sinnvoll sein, ein User-unfreundliches Umfeld zu schaffen. „Ein Hardcore-Raum für schwer trainierende Eisenjungs oder Pumper ist natürlich abzulehnen.“³³⁷ Zudem wird betont, dass eine helle, freundliche, eher feminin anmutende Studio-Atmosphäre User abschrecke, was unter anderem durch die Lichtempfindlichkeit der Substanzmittelkonsumenten begründet wird.³³⁸ „Im Angebot sollen überhaupt keine freien Gewichte, Kurz- oder Langhanteln sein.“³³⁹ Kurzhanteln über 25 kg und eine größere Anzahl an Kilogramm-Scheiben sowie die klassischen dazugehörigen Apparaturen werden von Kläber nicht empfohlen, wenn das Ziel ist, das Studio „clean“ zu halten.

Diesbezüglich gilt jedoch zu berücksichtigen, dass bei dem klassischen Gerätetraining lediglich bestimmte Muskeln gezielt und isoliert trainiert werden, wodurch die Möglichkeiten des Trainings sehr schnell ausgereizt sind. Das Setzen neuer Trainingsreize und Impulse ist durch das Freihanteltraining besser zu gestalten. Ohne das regelmäßige Variieren von Übungen stellt der Muskel aufgrund der Trainingsroutine sein Wachstum ein. Trainingsziele wie Kraftzuwachs, Leistungssteigerung, Steigerung der Koordinationsfähigkeit und der Aufbau optischer Effekte sind, nach der Einstiegsphase in den Kraftsport, am besten durch variierende Freihantelübungen zu erreichen.³⁴⁰ „Darüber hinaus läuft der Trainierende auch Gefahr, sich nach einer Weile zu langweilen und dies bringt gern einen Motivationsverlust mit sich. Eine Folge ist, dass die Trainingshäufigkeit nachlässt und die erreichten Erfolge wieder verschwinden.“³⁴¹

Im Zuge der Planung jeglicher „Umrüstungs-Maßnahmen“ innerhalb der Kraft-ecke, sollte bedacht werden, dass es aus Verfassersicht nicht darum gehen sollte, die Bodybuilder aus dem Studio zu treiben, in dem die Gewichte reduziert werden, sondern vielmehr darum, sie stärker in die Studiogemeinde zu

³³⁷ Kläber (2013), 41

³³⁸ Vgl. Kläber (2013), 41

³³⁹ Kläber (2013), 41

³⁴⁰ Vgl. Dost (2013), 1 f

³⁴¹ Dost (2013), 1

integrieren. Es muss bedacht werden, dass ca. 80 Prozent der Sportler ohne medikamentöse Unterstützung trainieren. Sie betreiben diesen Sport aus unterschiedlicher Motivation heraus (Erhöhung der körperlichen Fitness, Kraftzuwachs, Optik usw.) und zählen zum Teil zu der Risikogruppe, die es durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erreichen gilt.³⁴² Wird jedoch rigoros auf Freihanteln verzichtet, kann davon ausgegangen werden, dass die Mitglieder der „Eisenecke“ in einschlägige Bodybuilding-Studios „abwandern“, die ausschließlich auf den Aufbau körperfettfreier Masse ausgerichtet sind.

Die verfassereigene Studie hat bestätigt, dass, im Zuge der Eindämmung von Medikamentenmissbrauch, die Notwendigkeit der räumlichen Präsenz des Kraftsportbereiches studiointern besteht. Die Auswertungen der standardisierten Beobachtungen haben aufgezeigt, dass viele Studios mit einem spezifischen Schwerpunkt (Reha, Fitness, Wellness) dem Freihantelbereich nahezu keine Beachtung schenken (Sauberkeit, Ausstattung, Wartung der Gerätschaften, Unterstützungsbereitschaft des Personals usw.).

Räumliche Verbesserungen sollten im Sinne der Gesundheitsförderung, unter Berücksichtigung des integrativen Aspektes, angeleitet und unterstützt werden. Es ist davon auszugehen, dass bei den meisten Inhabern eine gewisse „*Betriebsblindheit*“ besteht. Da sie sich täglich in ihrem Betrieb aufhalten, ist anzunehmen, dass *externe, professionelle Unterstützung im Rahmen einer integrativen Aufwertung dieses Bereiches* notwendig wird. Das Ziel der Umstrukturierung eines Studios sollte nicht darstellen ein unfreundliches Umfeld für User zu schaffen, sondern den Kraftsportbereich studiointern anderen Bereichen anzugleichen. Die *Aufwertung des Kraftsportbereiches* wird sich positiv auf die Mitglieder auswirken, da diese sich in ihrer Umgebung wohler fühlen werden, wenn sie in einem gepflegten und gewarteten Bereich trainieren können. Der übermäßige Sub- und Außenseiter-Status der Kraftsportler, in Studios mit anderen Trainingsschwerpunkten, wird somit aus Verfassersicht reduziert. Eine Aufwertung des Freihantelbereichs geht mit einer Aufwertung der Mitglieder einher. Diese fühlen sich wertgeschätzt und als Kunden ernst genommen.³⁴³

³⁴² Siehe Kapitel 8.2

³⁴³ Vgl. diesbezüglich die Ausführungen zur Risikogruppe (Kapitel 3.3)

8.4 Verbesserung der Trainerkompetenz und Kundenorientierung

Anstelle der rigorosen Verdammung aller Freihanteln, freien Apparaturen und Kniebeugenständern³⁴⁴ sollte aus Verfassersicht mehr auf die *Begleitung und Betreuung sowie auf die Fachlichkeit* in diesem Bereich gesetzt werden. Aus Verfassersicht stellt die fachliche, mentale und psychologische Stärkung der Non-User, durch qualifiziertes Trainingspersonal, studiointern die bedeutsamste Komponente zur Herstellung gesundheitsfördernder Verhältnisse dar.

Persönliche Ansprache und Wertschätzung sowie individuelle Betreuung (Training und Ernährung) als auch die Aufklärung über die gravierenden Nebenwirkungen der Substanzen sollten in einer *Bringstruktur* erfolgen. Der „Anabolika-Dealer“ spricht den Neuling regelmäßig an, bis dieser sich überzeugen lässt: „Du trainierst viel, aber du hast kein gutes Ergebnis“³⁴⁵ Der Trainer sollte Präsenz zeigen und den Mitgliedern die Barriere nehmen, eigenständig einen Termin zum Trainingsplan-Check-up vereinbaren zu müssen.

Persönliche Ansprache, gemeinsame Zieldefinition (und Kontrolle) sowie die Stärkung des Selbstkonzeptes des „Neulings“ aus *Trainerinitiative* heraus, verhelfen dem unerfahrenen Kraftsportler zu mehr Sicherheit im „*Sozialraum Fitnessstudio*“.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die eingangs aus der Fachliteratur dargestellte *fehlende Inklusionshilfe*, welcher neue Mitglieder bedürfen, durch die verfassereigene Studie verifiziert wurde. Zwar wird davon Abstand genommen, den Beruf des Finesstrainers als „Semi-Profession“³⁴⁶ zu titulieren, jedoch sind die Schulungsbedarfe klar ersichtlich.

Insbesondere mit Blick auf das Statement des Fitnesskaufmanns, welcher angibt, dass seine Mitschüler in der Berufsschule ihre Kurerfahrungen austauschen, sollte neben der Ausbildung auch der Besuch von Fortbildungen zum Thema Medikamentenmissbrauch im Breitensport zum beruflichen Selbstverständ-

³⁴⁴ Vgl. Kläber (2013), 41

³⁴⁵ Kläber (2013), 22

³⁴⁶ Kläber (2010), 41

nis dieser Branche zählen.³⁴⁷ Der Trainer sollte im Rahmen der Betreuung aller Mitglieder auch die Kontroll-Funktion übernehmen und potenzielle User im Verdachtsmoment mit der Bandbreite der Aus- und Nebenwirkungen, die ein Medikamentenmissbrauch inne hat, konfrontieren. Aus Verfassersicht müssen Inhaber ihre Kunden vor Usern, die sich dem stoffgebundenen Training nicht abwenden können oder wollen, schützen und sich klar „kontra Anabolika“ bekennen und diesen Standpunkt studiointern kommunizieren.

8.5 Ganzheitliche Einzelberatung / Erziehungsbeistand

Sollte ein User den Entschluss gefasst haben, seine Missbrauchskarriere beenden zu wollen, so benötigt er ganzheitliche Beratung und Unterstützung. Um diese Beratung durchführen zu können, muss der Berater Kenntnisse bezüglich der Komplexität des Themas besitzen und mit verschiedenen Professionen kooperieren. Die Recherchen bezüglich der Einzelberatungsmöglichkeiten von AAS-Usern haben ergeben, dass ein solch spezifisches Modell (zumindest in NRW) nicht existent ist. Die gängige Praxis zeigt, dass User, die Hilfebedarf suggerieren, an eine Drogenberatungsstelle vermittelt werden. Die Mitarbeiter haben jedoch keine ganzheitlichen Fachkenntnisse bezüglich der Materie, insbesondere mit Blick auf die soziale Eingebettetheit und Weitläufigkeit der Konsequenzen.³⁴⁸

Lediglich die Ganzheitlichkeit einer Beratung wird (jugendliche) Konsumenten im Rahmen einer Umorientierung zum Natural Training bewegen können. Durch eine Sozialanamnese muss das Strukturniveau der Gesamtproblematik in Bezug auf das Persönlichkeitskonzept und die relevanten bedingenden Umweltfaktoren erfolgen. „Sobald sich die bearbeitungswürdigen sekundären Störungen oder Problematiken stabilisiert haben, sollte die tiefer liegende Problematik angegangen werden.“³⁴⁹ Diesbezüglich wird auf das Kapitel 3.3 verwiesen.

³⁴⁷ Vgl. Kapitel 5

³⁴⁸ Informationen bezüglich eines Beratungsangebotes wurden bei der Lobby (Caritas: Anlaufstelle für Jugendliche in Konfliktsituationen) und der Caritas: DROBS (Drogenberatungsstelle Paderborn) am 17.07.2014 im persönlichen Gespräch mit Herrn Krüger eingeholt.

³⁴⁹ Dammann (2014), 29

Muss der (jugendliche) Klient im Anschluss an die Beratung jedoch einen Arzt (der sich mit dem Thema Medikamentenmissbrauch im Kraftsport und den damit verbundenen psychischen und sozialen Mechanismen auskennt) finden und aufsuchen, ist anzunehmen, dass die Barriere zu hoch ist, als dass der Klient diesen Weg eigenständig gehen wird.

Die *Compliance* (kooperatives Verhalten des Patienten oder Klienten) wird ausschließlich dann gegeben sein, wenn der Glaube an die Wirksamkeit der Maßnahme existiert.³⁵⁰

Der Klient benötigt einen konkreten Plan, wie er „seinen Sport“ nach dem Entschluss den Medikamentenmissbrauch zu beenden, fortsetzen kann, ohne enorme optische Einbußen verbuchen zu müssen. Eine Beratung, welche auf Ernährung und Trainingsmodifikation ausgerichtet ist, muss erfolgen, um den ausbleibenden Muskelzuwachs, durch nicht erfolgten AAS-Konsum, bestmöglich kompensieren zu können. Denn der Klient identifiziert sich zu einem großen Teil durch seinen Sport. Die sportlichen bzw. optischen Erfolge wirken sich auf sein Selbstkonzept aus. Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle, dass sich jugendliche Klienten gerade in der Phase der Persönlichkeitsentwicklung befinden.³⁵¹ Zu dem generell in dieser Zeit bestehenden hohen Grad an Verunsicherung, entsteht bei dem Entschluss, „sauber zu trainieren“, ein neuer, sich addierender Unsicherheitsfaktor, der in der Frage nach dem Erhalt der sportlichen (und optischen) Identität begründet liegt. Dies muss im Zuge der Beratung berücksichtigt werden. Die Ängste, die mit dem Entschluss die Substanzmittelkonsumkarriere zu beenden einhergehen, müssen im Rahmen jeglicher Beratung erkannt und ernst genommen werden, damit die Beratung Erfolge erzielen kann.

Abgeleitet aus den - durch Theorie und Forschung - gewonnenen Erkenntnissen lassen sich in Bezug auf die Ängste, die mit der Beendigung der Konsumkarriere einhergehen, folgende Fragen ableiten, die sich der Prototyp des (jugendlichen) Users bewusst oder unbewusst stellen wird, wenn er sich mit dem Entschluss befasst, seine User-Karriere zu beenden:

³⁵⁰ Vgl. Hörning (2011a), 27

³⁵¹ Vgl. Kapitel 3 (insbesondere Kapitel 3.3: Risikogruppe)

- Mit welchen körperlichen Reaktionen habe ich zu rechnen? Wird mein Körper sich sehr schnell verändern? Werde ich viel Muskelmasse abbauen?
- Besteht eine physische und psychische Abhängigkeit und habe ich diesbezüglich mit Symptomen zu rechnen, wenn ich den Konsum dauerhaft beende?
- Wie wird mein Bekanntenkreis reagieren, wenn ich mich optisch verändere?
- Wie werden meine Trainingskollegen reagieren (Angst vor Verspottung und Ausschluss aus der studiointernen Peergroup)?
- Woraus generiere ich die Bestätigung, die ich bislang aus meinen sportlichen (optischen) Erfolgen gezogen habe?
- Warum ist mir meine optische Erscheinung so bedeutsam? Kann ich mich über andere Stärken identifizieren?

Der Berater muss, im Rahmen der Einzelberatung, bei der Beantwortung dieser und weiterer Fragen behilflich sein können. Eine Weitervermittlung und Prozessbegleitung steigert die Chance, dass der Klient motiviert ist, sich dauerhaft Richtung Natural Training umzuorientieren.

Bei Jugendlichen sollte eine Begleitung gemäß der Intention des Erziehungsbeistandes gem. § 30 SGB VIII erfolgen. Es ist im Einzelfall zu prüfen, ob eine Finanzierung durch die Jugendhilfe, mit Blick auf den sozialen Charakter, der dem User-Status anhaftet, möglich ist. Denn Aufgabe des Erziehungsbeistandes stellt unter anderem die Bewältigung von Entwicklungsproblemen, den Einbezug des sozialen Umfeldes und die Förderung der Verselbständigung dar. Ist der Jugendliche in ein User-Netzwerk integriert, ist anzunehmen, dass die Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben -positiv ausgedrückt- einen sehr untergeordneten Aspekt darstellt.

Es bedarf somit, sollte die Finanzierung (über die Jugendhilfe) geklärt sein, Beratungsstellen, die sich diesem komplexen Thema annehmen, um zielgruppenspezifische Beratung, auf einem qualitativ hohen Niveau, gewährleisten zu können.

8.6 Beratungsangebote im Internet und per Telefonhotline

Aus der regen Beteiligung in Foren, wie beispielsweise „Muskel freaks“, lässt sich ableiten, dass der Chat die Art barrierefreier Kommunikation ist, die User präferieren. Diese Erkenntnis sollte genutzt werden, um auch Beratungsangebote in Chatform zum Thema „Natural Training“ und „Ausstieg aus der Konsumfalle“ zu entwickeln. Wichtig ist an dieser Stelle, dass diese Angebote nicht nur bestehen, sondern zusätzlich, durch zielgruppenspezifische Medien und Kommunikationsträger angemessen beworben werden. Es gilt, die Grenzen der allgemeinen Aufklärung zu sprengen, um den Konsumenten mit seiner individuellen Problematik, zeitnah zu seiner Beratungsanfrage, auch via Chat betreuen zu können.

Der dänischen Studie Anti Doping Denmark 2012 ist zu entnehmen, dass ein individuelles, anonymes Beratungsangebot, in Form einer Telefonhotline, insbesondere von den männlichen Probanden im Alter von 15 - 25 Jahren, frequentiert wurde. Primär im Fokus standen hier die Anfragen von Konsumenten, welche sich mit den Nebenwirkungen von anabolen Steroiden befassten.³⁵²

Im Rahmen des Projektes „No roids inside“ wurden sowohl Onlineberatungsangebote, als auch eine Telefonhotline installiert.³⁵³

8.7 Dachverbände

„Die Dachverbände der organisierten Studios verneinen einen hohen Grad an Arzneimittelmisbrauch im Breiten- und Freizeitsport; sie haben verschiedene Zertifizierungskriterien für ihre Mitgliedsstudios entwickelt. Allerdings sind nur 41,6% der Clubs einem Dachverband angeschlossen.“³⁵⁴

Mit Blick auf die Inhaber-Statements erscheint es notwendig, dass die Dachverbände ihre Mitgliederstudios kontrollieren. So erscheint es aus Verfassersicht sinnvoll, das Modell der „Nichtraucher kneipen“ auf den Sport zu übertragen. Im Fall des Medikamentenmissbrauchs würde nicht ausschließlich der User zur Verantwortung gezogen, sondern auch der Inhaber durch eine Geldstrafe sanktioniert. Um dieses Vorhaben umsetzen zu können, bedarf es - neben der Kon-

³⁵² Vgl. Kapitel 4.2

³⁵³ Vgl. www.natural-training.info

³⁵⁴ Müller-Platz et al. (2006), 17

trollbereitschaft der Dachverbände - einer engen Kooperation mit *politischen und rechtlichen Systemen*.

Ebenso ist eine *Schulungspflicht der Inhaber (und Weitergabe der Kompetenzen an das Personal in Form von Inhouse-Schulungen, verpflichtende Teilnahme an Rezertifizierungsprogrammen)*, welche sich dem Verband angeschlossen haben, notwendig. Das erste Inhaber-Statement³⁵⁵ (Studiensegment 2) wurde von einem Inhaber getätigt, dessen Studio Mitglied im Deutschen Sportstudio Verband e.V. ist. Dieser Inhaber hat angegeben, Anabolikakonsum offen gegenüberzustehen und bereits selbst erste Kurerfahrungen gesammelt zu haben.

Aus Verfassersicht müssen Sport-Studio-Verbände sich der Problematik des Medikamentenmissbrauchs in Fitness-Studios stellen und neben der Schulung ihrer Mitglieder und Kontrollen vor Ort, Kostenträger aus dem Gesundheitswesen (Krankenkassen, Suchtkrankenhilfe) und der Jugendhilfe für sich gewinnen.

Insbesondere mit Blick auf das Inhaber-Statement Nr. 9 erscheint das Entwickeln von Standardverfahren durch Dachverbände sinnvoll. Diese Standardverfahren sollen den Inhabern klar vorgeben, wie im Fall von studioternem Medikamentenmissbrauch zu verfahren ist. Studios, welche einem Fitness-Studio-Verband oder ähnlichen Zusammenschlüssen angehören, müssen dem Problem des Medikamentenmissbrauchs einheitlich begegnen. Die Studio-Leitungen sollen geschult werden, Medikamentenmissbrauch zu erkennen, um der Situation entsprechend, angemessen reagieren zu können. *Aufklärungs-, Schulungs- und Beratungs-Know-how* der Inhaber müssen von den Verbänden gefordert und gefördert werden. Sollte sich ein Inhaber offensichtlich nicht für studioternes Natural Training entscheiden, so muss dieser in der Praxis Konsequenzen, eingeleitet von der Verbandsseite, erfahren. Diesbezüglich bedarf es aus Verfassersicht jedoch zunächst dem Eingeständnis der Verbände, dass Medikamentenmissbrauch im Fitness-Studio ein real existierendes Problem darstellt.

³⁵⁵ Vgl. Kapitel 5.2.2

9 Fazit und Ausblick

Ausgangsbasis dieser Arbeit stellt die Annahme dar, dass der Blick durch die Brille der Gesellschaft den Eindruck suggeriert, es handle sich bei der Entscheidung „pro Medikamentenmissbrauch“ innerhalb des Breitensports, um eine *Individualentscheidung*. Dass es sich bei dieser Annahme um einen *Trugschluss* handelt, wurde durch den theoretischen Teil der Master-Thesis belegt.

Auch die *Experten der Fitnessbranche* (Trainer und Inhaber) werten Medikamentenmissbrauch als eine individuelle Entscheidung. Insbesondere der erste Teil der verfassereigenen Studie (Kurzinterviews), untermauerte den Fakt, dass Medikamentenmissbrauch immer systemisch eingebettet vollzogen wird und es unterschiedlicher Stellgrößen bedarf, um eine „Kur“ vorzubereiten. So werden insbesondere bestehende Netzwerke unter *Trainings-Kollegen* sowie das *Internet* genutzt, um medikamentös unterstütztes Körpertuning zu betreiben. Eine *Sanktionierung durch Studio-Inhaber* wird seitens der User nicht befürchtet. Die Gefahr, an den *Nebenwirkungen* anaboler Steroide zu erkranken, blenden User aus. Non-User entscheiden sich größtenteils gerade aufgrund der Angst vor Nebenwirkungen gegen den Medikamentenmissbrauch.

Die *Stellgrößen* studiotinterne Inklusion in die Gruppe Kraftsportler, Ausrichtung der Trainingsgeräte, individuelles Selbstkonzept und Konsumbereitschaft sowie insbesondere die Haltung des Inhabers (und der Angestellten) bzw. das (informelle) Leitbild des Fitness-Studios prägen maßgeblich das (Missbrauchs-) System.

Es wird resümiert, dass innerhalb eines jeden Fitness-Studios, dessen Inhaber eine gewisse *themenspezifische „Blindheit“* im Kontext des Medikamentenmissbrauchs an den Tag legt, die Konsumwahrscheinlichkeit von AAS studiotintern steigt. Die Gründe dieser „Blindheit“ sind, so wurde im zweiten Teil der Studie, durch die Auswertung der Statements der Inhaber ersichtlich, vielfältig: Unwissenheit, Ignoranz, ungeschultes Personal, das nicht angemessen intervenieren kann, Unterbesetzung, marktwirtschaftliche Interessen oder eine aktiv ausgelebte Affinität zu medikamentös unterstütztem Training.

Medikamentenmissbrauch vollzieht sich nicht ausschließlich in Hardcore-Studios. Die verfassereigene Studie verdeutlicht, dass es sich bei dem Medikamentenmissbrauch um ein Phänomen handelt, das Fitness-Studios *unterschiedlicher Genre* betrifft.

Aufgrund der geringen Stichprobenanzahl soll der prozentuale Anteil der Kraftsportler, die sich im Rahmen der Studie zu einem (früheren) Konsum bekannt haben, eine sehr untergeordnete Rolle besitzen, jedoch geht die verfassereigene Studie mit den repräsentativen Studien (20% Useranteil), die in Kapitel 4 präsentiert wurden, konform.

Ziel des ersten Studiensegmentes war es, durch die qualitativen Interviews in die Lebenswelt der Kraftsportler einzutauchen, um die *Systematik des Medikamentenmissbrauchs* innerhalb der Lebenswirklichkeit der Sportler zu erheben. Aus Verfassersicht ist dieses Vorhaben gelungen. Ein Abgleich mit der theoretischen Basis dieser Arbeit wurde vollzogen. Im Rahmen des Kapitels 8 wurden die Erkenntnisse genutzt, um Konzeptideen, im Sinne eines modernen Verständnisses von Gesundheitsförderung, zu entwickeln.

Als gewinnbringend für weitere Forschungsabsichten wird insbesondere die Erkenntnis hervorgehoben, dass jeder der 20 Probanden bereits mit dem Thema Anabolika konfrontiert wurde und eine individuelle Meinungsbildung bereits im Vorfeld der Interviewführung stattgefunden hat. Somit gilt die *Allgegenwärtigkeit* des Themas Medikamentenmissbrauch in Fitness-Studios aus Verfassersicht als belegt.

Im Zuge dessen ist die Haltung der „Fachkräfte“, welche in Fitness-Studios tätig sind, als mehr als erschreckend zu werten. Die Verfasserin schließt sich der Meinung von Kläber, dass es sich bei den Beschäftigten der Fitness-Branche um eine „*Semi-Profession*“ handelt, jedoch lediglich bedingt an. Aufgrund des festgelegten Rahmens einer Master-Thesis und insbesondere aufgrund der zeitlichen Begrenzung des Forschungsprojektes, konnte die Forschungsaktivität innerhalb des zweiten und dritten Teils der Studie nicht ausgedehnt werden. Dies erscheint jedoch mit Blick auf die repräsentative Aussagekraft, in Bezug

auf die Inhaberposition, als notwendig. Durch die verfassereigenen Erhebungen kann lediglich ein Trend festgehalten werden. Ersichtlich wurde jedoch, dass ein Informationsbedarf der Trainer und Fachkräfte, in Bezug auf das Thema Medikamentenmissbrauch im Fitness-Studio, mehr als notwendig ist. Insbesondere aus dem Kapitel 8 geht hervor, dass eine Initiative „pro Natural Training“ die *Kooperation* von Forschung, Gesundheitswesen, Recht und Sport-Studio-Verbänden erfordert, um nachhaltig wirken zu können. Zudem muss eine solche Kooperation politisch gewollt sein.

Mit Blick auf den Forschungsstand ist dem Kapitel 4 zu entnehmen, dass die *Verschiedenheit der Studiendesigns* eine Fortführung und Vergleichbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse und Daten, auf einer repräsentativen Basis, nicht zulassen. Dies erschwert insbesondere den Ausbau des bisherigen Forschungsstandes. Eine Ausnahme stellt hier die Lübecker Studie dar. Ein *Zusammenschluss verschiedener Institute* im Rahmen von institutübergreifenden Forschungstätigkeiten würde eine Option darstellen, diesem Problem konstruktiv entgegenzuwirken.

Eine positive Veränderung, in Bezug auf die Konsumaffinität der Kraftsportler und Freizeitbodybuilder, lässt sich, unter Berücksichtigung der Empowerment-Strategie, am besten in der Lebenswelt der Kraftsportler erwirken.

Realistisch eingeschätzt, sind die Inhaber, welche eine jahrelange Konsumkarriere durchlaufen haben, nicht durch reine Fakten davon zu überzeugen, ihr Studio gesundheitsfördernd³⁵⁶ zu gestalten. Es bedarf diesbezüglich spezifischer *Coaching-Konzepte*. Die studiointerne Umsetzung dieser Konzepte sollte von Fitness-Studio-Verbänden initiiert und kontrolliert werden. Die Inhaber müssen aus Verfassersicht als *Multiplikatoren* des gesamten Trainer-Stabs fungieren. Wie das Kapitel 8 verdeutlicht, hat ein Coaching von einem Team zu erfolgen, welches sowohl die trainingsspezifischen, als auch die sozialen Elemente eines Studios, anhand feststehender *Beobachtungs- und Analysekriterien*, untersucht und die *Veränderungsbedarfe* benennt sowie bei der konzeptionellen Umsetzung behilflich ist. Um die Kooperationsbereitschaft der Fitness-

³⁵⁶ Vgl. insbesondere Kapitel 8.3 + 8.4

Studio-Betreiber zu erhöhen, sollte eine *Finanzierung* durch Sportstudio-Verbände oder anderweitiger Sponsoren (beispielsweise durch Krankenkassen) erfolgen, sodass den Fitness-Studio-Inhabern die Hürde der finanziellen Last genommen wird.

Um ein konzeptionelles Umsetzen individueller Coachings für Fitness-Studios fachlich kompetent gestalten zu können, bedarf es *weiterer Erhebungen* im Bereich der Inhaber-Positionierung. Die *Inhaber* stellen, so belegt die verfassereigene Studie, *die Stellgröße Nr. 1* im Kontext des Medikamentenmissbrauchs bei männlichen Kraftsportlern und Freizeit-Bodybuildern, welcher als individuelles und gesellschaftliche Problem zu werten ist, dar.

Der Begriff *Public Health* steht für die Bemühungen, durch gemeinsame gesellschaftliche Anstrengungen, lebensverlängernd und gesundheitsfördernd wirken zu können.³⁵⁷

*„Ein besonderes Forschungsinteresse liegt im Bereich aller Ressourcen, die zur Förderung und zum Erhalt der Gesundheit beitragen können.“*³⁵⁸

Ein Ansatzpunkt, um an dieses Forschungsprojekt anzuknüpfen, stellt die qualitative Erhebung der *Inhaberpositionen*, in Bezug auf studiointernen Medikamentenmissbrauch, in einer wesentlich höheren Stichprobengröße, dar. Zudem gilt es, innerhalb einer Nachfolgestudie, die *Kooperationsbereitschaft* der Inhaber in Bezug auf gesundheitsfördernde Programme und Coachings auszuloten und den Kontakt zu Sportverbänden zu suchen, welche positiv auf ihre Mitglieder-Studios einwirken können. Denn bereits aus dieser Studie wurde ansatzweise ersichtlich, dass eine Kooperationsbereitschaft per se bei vielen Studios nicht als gegeben vorauszusetzen ist und zunächst geweckt werden müsste.

Die Weiterführung dieser Studie wird im Rahmen eines Promotionsvorhabens seitens der Verfasserin angestrebt. Die Ergebnisse der Master-These werden am 01.10.2014, durch einen Poster- und Wortbeitrag der Verfasserin, auf dem Deutschen Suchtkongress 2014 in Berlin vorgestellt.³⁵⁹

³⁵⁷ Vgl. Hörning (2011a), 34

³⁵⁸ Hörning (2011a), 34

³⁵⁹ Vgl. Poster (Anhang Nr. 7)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: **Abstufung tradierter Verfahrens- und Konsumweisen**

- **Kläber (2010):**): *Doping im Fitness-Studio. Die Sucht nach dem perfekten Körper*, Bielefeld, S.154

Abbildung 2: **Erhebungen und Analysen im Bodybuildingbereich**

- **Müller-Platz, Carl / Boos, Carsten / Müller, Klaus (2006):** *Doping beim Freizeit- und Breitensport*, in: Robert Koch Institut (in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 34, S. 17

Abbildung 3: **Qualitative Inhaltsanalyse**

- **e-learning:** <http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/764> (Stand: 09.07.2014), vgl. auch ähnliche Abbildung **bei Mayring, Philipp (2010 11):** *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Weinheim und Basel, S. 60

Abbildung 4: **Interviewleitfaden (Kurzinterviews 1 - 20)**

- Verfassereigene Abbildung

Abbildung 5: **Kriterien der halbstandardisierten Beobachtung (Beobachtungsprotokoll)**

- Verfassereigene Abbildung

Abbildung 6: **Stufen der Gesundheitsförderung im Kontext des Medikamentenmissbrauchs**

- Verfassereigene Abbildung

Anhang

Anhang Nr. 1: Interviewleitfaden (Kurzinterviews 1 - 20)

Anhang Nr. 2: Kriterien der halbstandardisierten Beobachtung (Beobachtungsprotokoll)

Anhang Nr. 3: Auswertungsprotokoll (Kategorienbildung)

Anhang Nr. 4: Transkripte der Kurzinterviews 1 – 20 inklusive der Farbkategorienauswertung

Anhang Nr. 5: Tabellarische Auswertung der Kurzinterviews 1 – 20 (Auswertungsprotokoll)

Anhang Nr. 6: Zeitstruktur

Anhang Nr. 7: Poster (Deutscher Suchtkongress 2014)

Abkürzungsverzeichnis

%:	Prozent
§:	Paragraph
AAS:	Anabole Androgene Steroide
Abs.:	Absatz
ADD:	Anti Doping Denmark
AMG:	Arzneimittelgesetz
Art:	Artikel
ATLAS:	The Adolescents Training and Learning to Avoid Steroids
BISP:	Bundesinstitut für Sportwissenschaften
BtmG:	Betäubungsmittelgesetz
DmMV:	Doping-Mengen-Verordnung
DOSB:	Deutscher Olympischer Sportbund
DSHS:	Deutsche Sporthochschule Köln
FDA:	Food and Drug Administration
e.V.:	Eingetragener Verein
Engl.:	Englisch
EPO:	Erythropoietin / Erythropoetin
Et al.:	und andere
EU:	Europäische Union
GBE:	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GNBF:	German Natural Bodybuilding & Fitness Federation e.V.
Hg:	Herausgeber
IOC:	Internationales Olympisches Comitee
LQ:	Lebensqualität
lt.:	laut

NADA: Nationale Anti Doping Agentur

S.: Seite

SGB VIII: Achtes Sozialgesetzbuch

SGB: Sozialgesetzbuch

StGB: Strafgesetzbuch

Supps: Supplements

USA: The United States of America

WADA: World Anti Doping Agency

WHO: World Health Organisation

Literaturverzeichnis

Apotheken Umschau online: Medikamentencheck. *Arzneimittelinformation zu Ibuprofen*, <http://www.apotheken-umschau.de/do/extern/medfinder/medikament-arzneimittel-information-ibuprofen-AL-600-Filmtabletten-A19290.html>, Stand 25.07.2014

Bebber van, Werner (2014): *Doping. Leben auf Pump*, www.tagespiegel.de/sport/doping-leben-auf-pump/v_print/8987950.html?p=, Stand:03.04.2014, S. 1 – 5

Bette, Karl-Heinrich (2011): *Sportsoziologische Aufklärung. Studien zum Sport der Modernen Gesellschaft*, Bielefeld

Breuer, Christoph/Hallmann, Kirstin (2013): *Dysfunktionen des Spitzensports: Doping. Match-Fixing und Gesundheitsgefährdungen aus Sicht von Bevölkerung und Athleten*, Köln

Christiansen, Vest / Bojsen-Møller, Jens (2012): "Will steroids kill me if I use them once?" A qualitative analysis of inquiries submitted to the Danish anti-doping authorities, in: *Performance Enhancement & Health*, Heft 1, S. 39 – 42

Dammann, Gerhard (2014): *Psychodynamische Aspekte der Komorbidität*, in: Walter, Marc / Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne: *Psychiatrische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*, Stuttgart, S. 26 –38

DOSB (2007): *WADA-Studie: Bodybuilder-Szene ist weltweit der größte Doping-Nachfrager*, Frankfurt am Main

Dost, Volker (2013): *Freie Gewichte*, <http://aspria.de/kudamm/aspria-inside/fitnesstraining-mit-freien-gewichten/>, Stand 15.04.2014

Dreher, Eva (2013): *Persönlichkeitsentwicklung im Jugendalter*, in: Kirchliche pädagogische Hochschule der Diözese Graz-Seckau (Hg.): *Jugend in ihrer Vielfalt – Ihre Werte, Ihre Perspektiven. Pädagogische Perspektiven Band 7*, Graz, S. 185 – 190

Dubbels, Willfried (2012): *Alles was stark macht (oder auch nicht). Eine kritische Bestandsaufnahme von leistungssteigernden Substanzen*, Berlin

Essau, Cecilia A./ Groen, Gunter / Petermann, Franz (2002): *Belastende Lebensereignisse und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen*, Stuttgart

Flick, Uwe (2011³): *Triangultion. Band 12 Eine Einführung*, in: Bohnsack, Ralf / Flick, Uwe / Lüders, Christian / Reichertz, Jo: *Qualitative Sozialforschung*, Wiesbaden

Flick, Uwe (2011³): *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*, Reinbeck bei Hamburg

Franke, Alexa (2010²): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*, Bern

Frasch, Timo (2006): *Doping im Bodybuilding. Medikamentenabhängige Mutanten*, www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/doping-im-bodybuilding, Stand 03.04.2014, S. 1 – 5

Fritz, Michael (2013): *Dopen ähnelt einer Sucht*, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 29-30 07/2013, S. 1426

GMBF (2014): *Warum Natural Bodybuilding?* <http://www.gmbf.net/warum-natural-bodybuilding/>, Stand 22.07.2014

Goldberg, Linn (1996): *Effects of a multidimensional Anabolic Steroid Prevention*, in: The journal of American Medical Association: JAMA [Englische Ausgabe], Band 276, Heft 19, Chicago, S. 1555 – 1562

Göpel, Eberhard (2010): *Einführung*, in: Laverack, Glenn (Hg.): *Gesundheitsförderung & Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit*, Werbach-Garmburg, S. 7 – 12

Hänsel, Frank (2012): *Sportliche Aktivität und Selbstkonzept*, in: Fuchs, Reinhard/Schlicht, Wolfgang: *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität. Sportpsychologie Band 6*, Göttingen, S.142 – 163

Hansmeier, Till (2009): *Doping im Freizeit- und Breitensport. Eine empirische Studie unter besonderer Berücksichtigung des Langstreckenlaufs*, Paderborn

Hoffritz, Jutta (2008): *Doping: Schleichendes Gift*, in: Zeit online, www.zeit.de/2008/Doping, Stand 01.07.2014

Holzgrabe, Ulrike/ Schmidt, Jens (2011): *Anabole Steroide. Gesundheitsgefahren im Web*, in: Pharmazeutische Zeitung online, Veröffentlichung 19/2011, www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=37816, Stand: 03.06.2014, S. 1 – 7

Holzstein, Walter (2007): *Das selbst-bezogene Geschlecht. Männlichkeit, Beziehungsfähigkeit und Liebe*, in: Hollstein, Walter / Matzner, Michael: *Soziale Arbeit mit Jungen und Männern*, München S. 127 – 133

Hörning, Martin (2011): *Prävention und Gesundheitsförderung*, in: Schwarzer, Wolfgang: *Medizinische Grundlagen für soziale Berufe*, Dortmund, S, 323 – 336

Hörning, Martin (2011a): *Medizinische Grundbegriffe für Soziale Berufe - Sozialmedizin, Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Public Health*, in: Schwarzer, Wolfgang: *Medizinische Grundlagen für soziale Berufe*, Dortmund, S, 11 – 36

Imenkamp, Melanie / Jansen,Olaf / Micker, Jens / Ostermann, Michael (2007): *Achtung positiv! –Das Doping-Webmagazin*. www1.sportschau_specials/doping/webmagazin/evb.php5?evbox=3_4_breitensport&page=5, Stand 26.05.2014

Informationsplattformen und Chats: www.muskelfreaks.mht, Stand 03.04.2014, www.sportnahrung-bodybuilding.com/anabolika/, Stand 03.04.2014, www.androgen.steroids.com, www.muskelfreaks.de, Stand 07.07.2014, <http://www.muscle-sports.de/Bodybuilding/abnehmen.html> Stand:10.07.2014

Kläber, Micha (2010): *Doping im Fitness-Studio. Die Sucht nach dem perfekten Körper*, Bielefeld

Kläber, Micha (2011): *Medikamentenmissbrauch im Breitensport. Handout zum Fachvortrag am 03.11.2011*, Berlin

Kläber, Micha (2013): *Moderner Muskelkult. Zur Sozialgeschichte des Bodybuildings*, Bielefeld

Kläber, Micha (2013a): *Die Schattenseiten des Körperkults. Medikamentenmissbrauch in Fitness-Studios*, in *impulse* Heft Nr. 78, Frankfurt am Main, S. 7 – 8

Kläber, Micha (2013b): *Expertise DOSB. Zum Medikamentenmissbrauch im Breiten- und Freizeitsport. Entstehung – Entwicklung – Prävention. Schwerpunkt: Fitness-Studios*, Frankfurt am Main

Klingemann, Harald (2009): *Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema*, in: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (Hg.): *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht*, Bielefeld, S. 33 – 76

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: Kapitel 6 - Empowerment in der Gesundheitsförderung, <http://www.gesundheitlichechancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/empowerment-in-der-gesundheitsfoerderung/#top>, Stand 16.05.2014

Kuntz, Benjamin / Ziese, Thomas / Lampert, Thomas (2013): *Endlich erwachsen – unendlich gesund?!*, in: *impulse für Gesundheitsförderung*, Heft Nr. 78, Frankfurt am Main, S. 2 – 3

Laverack, Glenn (2010): *Gesundheitsförderung & Empowerment. Grundlagen und Methoden mit vielen Beispielen aus der praktischen Arbeit*, Werbach-Garmburg,

Leifman, Håkan / Rehnman, Charlotta / Sjöblom, Erika / Holgersson, Stefan (2011): *Anabolic Androgenic Steroids – Use and Correlates among Gym Users – An Assessment Study Using Questionnaires and Observations at Gyms in Stockholm Region*, in: *Public Health*, Band 8, Heft Nr. 7, S. 2656 – 2674

Lenz, Albert (2002): *Empowerment und Ressourcenaktivierung- Perspektiven für die psychosoziale Praxis*, in: Lenz, Albert / Stark, Wolfgang (Hg.): Lenz, Albert / Stark, Wolfgang: *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 10*, Tübingen, S.12 – 53

Lenz, Albert (2009): *Empowerment- eine Perspektive für die psychosoziale Praxis*, in: *Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie* (4/2009), S. 347 – 346

Lenz, Albert / Stark, Wolfgang (Hg.) (2002): *Einführung*, in: Lenz, Albert / Stark, Wolfgang: *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 10*, Tübingen, S. 7 – 10

Leyk, Dieter / Rüter, Thomas (2013): *Jung, gesund und Fit-fürs-Leben?* in: *Impulse für Gesundheitsförderung*, Heft-Nr. 78, Hannover, S.22

Lubbadek, Jens (2013): *Fitnessstudio. Ein Großteil der Hardcore-Bodybuilder nimmt anabole Steroide*, www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung, Stand: 03.04.2013, S.1 – 3

Mash, Christine (2012): *Doping im Breitensport. Am Beispiel einer Internetanalyse eines Kraftsportforums*, Hamburg

Mayring, Philipp (2010 11): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, Weinheim und Basel

Müller-Platz, Carl / Boos, Carsten / Müller, Klaus (2006): *Doping beim Freizeit- und Breitensport*, in: Robert Koch Institut (in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 34, S. 1 – 30

NADA (2014): *Welt Anti Doping Code*, http://www.nada-bonn.de/fileadmin/user_upload/nada/Downloads/Listen/Verbotsliste_2014_informatorische_UEbersetzung.pdf, Stand 13.07.2014

Netzwerk gemeinsinn: http://www.netzwerk-gemeinsinn.net/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=41, Stand 16.06.2014

Nideröst, Sibille (2007): *Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern*, Bern

Noll, Heinz-Herbert (2000): *Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte. Papers der Querschnittsgruppe Arbeit & Onkologie*, Berlin

nsi/aerzteblatt.de (2011): *Doping im Freizeitsport konstant weit verbreitet*. Online-Artikel vom 02.05.2011, <https://3c.web.de/mail/client/dereferrer?redirectUrl=http%3A%2F%2Fwww.aerzteblatt.de%2Fnachrichten%2F45636%2FDoping-im-Freizeitsport-konstant-weit-verbreitet%3Fs%3Ddoping%2Bfreizeitsport>, Stand: 22.07.2014, S. 1 – 2

Ostermann, Doris (2010): *Gesundheitscoaching. Integrative Modelle in der Psychotherapie. Supervision und Beratung*, Wiesbaden

Physio2brain (2013): *Freihanteltraining*, <http://www.physio2brain.de/sport-und-fitness/freihanteltraining.html>, Stand 15.04.2014

Rehmann, Wolfgang A. / Grewe, Kai (2014. Auflage): *Arzneimittelgesetz (AMG). Kommentar*, München

Saber, Mohamed (2013): *Schrumpfhoden und Viagra: Doping lohnt sich nicht*, www.nordbayern.de/nueernberger-nachrichten/Schrumpfhoden-und-Viagra-Doping-lohnt-sich-nicht-Nuernberg-nordbayern_de.mht, Stand: 06.07.2014, S. 1-2

Sachse, Rainer (2012): *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten*, Bonn

Schall, Tobias (2013): *Interview mit Doping-Experte Striegel. „Es ist nicht alles schlecht“*, Interviewführung: 21.11.2013, <http://www.stuttgarterzeitung.de/inhalt.interview-mit-doping-experte-striegel-es-ist-nicht-alles-schlecht.c0a252a0-18a2-4ccf-9142-dcaadd6c2495.html>, Stand: 01.07.2014

Schill, Wolfgang (2005): *Arzneimittel. Materialien für die Suchtprävention in den Klassen 5 – 10*, Köln

Schindler-Marlow, Sabine (2007): *Doping im Freizeit- und Breitensport*, in: *Rheinisches Ärzteblatt* 6/2007, S. 28 – 29

Schleider, Karin / Huse, Ellena (2011): *Problemfelder und Methoden der Beratung in der Gesundheitspädagogik*, Wiesbaden

Siegmund-Schultze, Nikola (2013): *Trainieren mit allen Mitteln. Leistungsbeeinflussende Substanzen im Breiten- und Freizeitsport*, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 29-30 07/2013, S. 1422 – 1426

Spiegel Online (2012): *Team-Telekom-Mediziner: DOSB distanziert sich von Dopingärzten*,
<https://3c.web.de/mail/client/dereferer?redirectUrl=http%3A%2F%2Fwww.spiegel.de%2Fsport%2Fsonst%2Fdosb-distanziert-sich-von-lothar-heinrich-und-andreas-schmid-a-871516.html>, Stand 28.08.2014

Striegel, Heiko (2008): *Doping im Fitness-Studio. Eine Analyse zwischen Dunkelfeld und sozialer Kontrolle. Schriften zum Sportrecht*, Marburg

Sullivan, Justin (2012): *Wenn der Nachbar immer schneller wird*, www.zeit.de/zeit/wissen/2012/Dossier-Doping-Breitensport, Stand 03.04.2014, S.1 – 3

Tully, Claus / Gadow, Tina (2013): *Veränderung des Alltags junger Erwachsener und deren Gesundheitsverhalten*, in: *impulse für Gesundheitsförderung*, Heft Nr. 78, Frankfurt am Main, S. 3 – 4

Vogt, Irmgard (2009): *Männer, Körper, Doping*, in: Jacob, Jutta / Stöver, Heino (Hg.): *Männer im Rausch. Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten im Kontext von Rausch und Sucht*, Bielefeld, S. 77 – 98

Wedemeyer-Kolwe, Bernd (2010): *Zwischen „Beruf“ und „Berufung“*. Zur Geschichte der kommerziellen Fitnessanbieter, Bern

WHO (2008): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. WHO-autorisierte Übersetzung durch Hildebrandt / Kickbusch, Zürich

Erklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Studienarbeit selbstständig angefertigt,
- keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt,
- die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und
- keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Paderborn, den

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Bewertung meiner Master-Thesis ab einschließlich 1,3 (sehr gut) oder besser diese in der Bibliothek der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW) Abteilung Paderborn eingestellt werden kann.

Paderborn, den

Erklärung institutionsbezogener Daten

Die Erhebung verlief ohne die Einbindung einer Institution. Die Probanden sind mit der Veröffentlichung ihrer Daten - in anonymisierter Form - einverstanden. Das Einverständnis ist von mir eingeholt worden.

Paderborn, den