

Peter Kovar

Entstehung einer Dopingkarriere

Prädiktoren eines Phasenmodells von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg

Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Sozialwissenschaften

in der Fakultät

für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

(2008)

Gedruckt mit Genehmigung der
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Eberhard Karls Universität Tübingen

Hauptberichterstatter: Prof. Dr. Helmut Digel
Mitberichterstatter: Prof. Dr. Dr. h.c. Ommo Grupe
Dekan: Prof. Dr. Ansgar Thiel
Tag der mündlichen Prüfung: 30. April 2009

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Zur Bestimmung des Doping-Begriffs	3
2.1 Zur historischen Entwicklung der Dopingdefinition	3
2.2 Dopingbekämpfung im Wettkampfsport	5
2.3 Warum man Doping auch als eine Form des Medikamentenmissbrauchs verstehen kann	9
2.4 Doping im Sprachgebrauch bei Kindern und Jugendlichen	12
3 Der gesellschaftliche Rahmen der Dopingproblematik	15
3.1 Gesellschaft und Wertewandel	15
3.2 Doping und Medikamentenmissbrauch in unserer Gesellschaft	18
3.3 Doping und Kriminalität	20
4 Zum Stand der empirischen Erforschung des Doping-Missbrauchs	24
4.1 Untersuchungsergebnisse im Breitensport	24
4.2 Untersuchungsergebnisse im Jugendbereich	26
4.3 Erklärungsansätze	28
5 Theorieauswahldiskurs	30
5.1 Determinantenforschung	30
5.2 Strukturmodelle	33
5.3 Stadienmodelle	37
5.3.1 HAPA-Modell (Health-Action-Process-Approach)	37
5.3.2 Transtheoretisches Modell	39

5.3.3 Berliner Sportstadien-Modell	42
6 Das Rubikonmodell der Handlungsphasen und seine Anwendung im	
Dopingkontext	51
6.1 Die Handlungsphasen	52
6.1.1 Prädezyonale Handlungsphase	52
6.1.2 Präaktionale Handlungsphase.....	54
6.1.3 Aktionale Handlungsphase	56
6.1.4 Postaktionale Handlungsphase	57
6.2 Das Konzept der kognitiven Bewusstseinslagen und ihre exemplarische	
Anwendung auf Doping.....	58
6.2.1 Abwägende Bewusstseinslage	60
6.2.2 Planende Bewusstseinslage.....	64
6.2.3 Aktionale Bewusstseinslage	65
6.2.4 Bewertende Bewusstseinslage.....	66
6.3 Empirische Studien zum Konzept der kognitiven Bewusstseinslagen.....	67
6.4 Ziel- und Realisierungsintentionen	70
6.5 Zur Kritik am Rubikon-Modell	75
7 Studienbeschreibung	78
7.1 Pretest.....	78
7.2 Hauptuntersuchung	78
7.3 Fragestellungen und Hypothesen.....	81
7.4 Datenerfassung und Datenverarbeitung.....	86
8 Ergebnisse	89
8.1 Die Zuordnung der Kinder und Jugendlichen zu den Stadien des DRM	89
Diskussion der Ergebnisse	94
8.2 Soziodemographische Angaben.....	95

Altersverteilung.....	95
Geschlechterverteilung.....	97
Nationalitätenverteilung.....	98
Die Schulbildung	99
Wohnumfeld	100
8.3 Das sportliche Engagement	105
Sportart.....	105
Wöchentlicher Zeitaufwand für den Sport.....	107
Leistungssport.....	109
8.4 Dopingwissen.....	111
8.5 Einstellungs-Variablen.....	114
8.6 Multipler Substanzkonsum	122
8.7 Gründe für die Einnahme von Medikamenten	131
8.8 Informationsquellen	134
8.9 Gründe des Dopingkonsums.....	137
9 Zusammenfassung und Interpretation der Phasen.....	140
10 Zusammenfassung und Ausblick	153
11 Literaturverzeichnis	167
12 Anhang.....	181

Danksagung

An erster Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Helmut Digel für die Möglichkeit zur Promotion sehr herzlich danken. Seine langjährigen Erfahrungen im Dopingbereich und sein Interesse an diesem Projekt hatten wesentlichen Anteil an der Konzeption, Entstehung und dem Fortschritt dieser Arbeit.

Besonderen Dank möchte ich an Herrn Dr. Gunnar Drexel für die Betreuung und Unterstützung dieser Arbeit richten. Seine ständige Bereitschaft zur Diskussion hat die vorliegende Arbeit in vielerlei Hinsicht bereichert.

Auch Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Ommo Grupe sei ganz herzlich für die freundliche Bereitschaft gedankt, diese Arbeit als zweiter Gutachter zu betreuen.

1 Einleitung

Doping steht durch und mit seiner permanenten Präsenz in den Medien im Fokus einer Öffentlichkeit, die sich mittlerweile fast täglich mit Berichten und Meldungen über Manipulation und Betrug zur Leistungssteigerung im Spitzensport konfrontiert sieht. Vor allem in sogenannten CGS-Sportarten (Zentimeter-Gramm-Sekunden-Sportarten), dazu gehören etwa der Radsport, die Leichtathletik oder entsprechende Kraftdisziplinen wie Gewichtheben, die sich allein schon wegen ihres sportartspezifischen Anforderungsprofils in starkem Maße potentiellen Manipulationsversuchen ausgesetzt sehen, sind Nachrichten über positive Dopingbefunde an der Tagesordnung. Während folglich deren (Spitzen-) Athleten unter Generalverdacht¹ stehen, ist in den scheinbar für Doping weniger prädestinierten Ball- und Spielsportarten, die geringere Fallzahlen an positiven Dopingbefunden aufweisen, ein vorhandener und in Zukunft vermehrter Missbrauch nur zu vermuten. Bei aller Differenziertheit hinsichtlich Spezifik und Nutzen des Dopingmissbrauches in den verschiedenen Bereichen des Hochleistungs- und Spitzensports lässt sich jedoch festhalten: In allen Fällen sollen mit Hilfe der leistungsfördernden Mittel von der Natur vorgegebene Grenzen überschritten, ein höheres Leistungsniveau erzielt und so ein Vorteil gegenüber der sportlichen Konkurrenz erreicht werden. Die Gefahr gesundheitlicher Schäden und körperlicher Spätfolgen durch Doping wird dabei von den Athleten in einer Zeit, in der Siege nicht nur gesellschaftliches Ansehen, sondern vor allem auch finanziellen Gewinn versprechen, wenn nicht verdrängt, dann zumindest billigend in Kauf genommen.

Dopingvergehen beschränken sich nicht nur auf den im medialen Interessen stehenden Spitzensport, sondern sie sind auch - wie Untersuchungen belegen (vgl. Kap. 2) - in den sanktionsfreien Rand- und Grauzonen des Leistungssports und sogar im Breitensport auszumachen. Sie geschehen i. A. unkontrolliert und werden im gesellschaftlichen Bewusstsein nicht angemessen wahrgenommen. In Konsequenz hierzu soll in der vorliegenden Arbeit den Fragen nach einer positiven

¹ Paradigmatisch für den Umgang von Öffentlichkeit, Politik und Presse mit den mit Doping in Verbindung gebrachten Sportarten, zu denen auch Disziplinen wie Triathlon und der nordische Skisport gehören, steht der Radsport. So wurde bei der Tour de France 2007 quasi jeder Spitzenfahrer von Presse und Öffentlichkeit vorverurteilt und pauschal mit Doping in Verbindung gebracht, während Teile der Politik sogar den Abbruch der Rundfahrt forderten.

oder negativen Disposition bei Nachwuchssportlern und Jugendlichen nachgegangen werden.

Unter der Voraussetzung, dass Personen in komplexen Entscheidungssituationen unterschiedliche Stadien und Phasen durchlaufen, wird in der vorliegenden Arbeit das Ziel verfolgt, diesen Entscheidungsprozess im Hinblick auf die Dopingdisposition von Kindern und Jugendlichen aus sozialpsychologischer Sicht zu durchleuchten. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche inneren und äußeren Prädiktoren/Indikatoren in den jeweiligen Phasen zu diagnostizieren sind, da anzunehmen ist, dass diese unterschiedlich in Entscheidungsprozesse möglicher Dopingkandidaten eingreifen und so letztendlich für deren Disposition verantwortlich sind.

Zunächst ist der Begriff „Doping“ im Laufe seiner Entwicklung aufzuzeigen, exakt einzugrenzen und zu definieren (Kap. 2), wobei eine Auseinandersetzung mit dem Verständnis von Doping im Sprachgebrauch von Kindern und Jugendlichen für einen später zu formulierenden Ansatz zur Dopingprävention unerlässlich wird. Im Folgenden soll der gesellschaftliche Rahmen abgesteckt (Kap. 3) werden. Die Übersicht über den aktuellen Stand der Forschung und eine eigens konzipierte Voruntersuchung (Kap. 4) sind Voraussetzungen für die Konzeption einer empirischen Studie. Angestrebt wird, sich mit einem angepassten Handlungsphasenmodell (Kap. 6) der Fragestellung anzunähern. Dazu sind in einer Vorauswahl diverse Entscheidungs- bzw. Veränderungsmodelle auf ihre Relevanz zu überprüfen (Kap. 5).

Im zweiten Abschnitt der Arbeit sollen Hypothesen zur Dopingdisposition aufgestellt und anhand eines Fragebogens evaluiert werden (Kap. 7). Aus den Ergebnissen werden dann jene Prädiktoren/Indikatoren eruiert, die für die jeweilige Handlungsphase kennzeichnend sind (vgl. Kap. 8). Daraus dürften sich Formulierungen zu sinnvolleren, weiteren Maßnahmen der Dopingprävention ergeben², zumal man davon ausgehen kann, dass das Dopingproblem weiterhin an Relevanz gewinnt.

² Digel bezweifelt, dass Doping ein lösbares Problem darstellt (vgl. 2002, S. 35); für ihn stellt sich infolgedessen die Frage, wie man mit dem Problem des Doping-Betruges umzugehen hat (vgl. 2001, S. 35). In dieser Arbeit wird die Ansicht vertreten, dass abgesehen von einem umfassenden

2 Zur Bestimmung des Doping-Begriffs

„Doping gehört zu jenen Sachverhalten, bei denen keineswegs von vorneherein klar ist, dass alle dasselbe darunter verstehen“ (Bette & Schimank, 1995, S. 143). Dieses Zitat bringt mit dem Hinweis auf die terminologische Unschärfe des Begriffs Doping einen Sachverhalt zum Ausdruck, der für die Problematik Doping und folglich auch für die gesamte Dopingdiskussion³ von elementarer Wichtigkeit ist. Sollten sich nämlich Sportpolitik, Forschung und Öffentlichkeit in Zukunft nicht auf einen einheitlichen Konsens zur Dopingdefinition einigen, wird dies in letzter Konsequenz eine endgültige Lösung des Problems verhindern. Daher gilt es in dieser Arbeit zunächst einmal, die verschiedenen Formen und Aspekte der terminologischen Ausdehnung des Begriffs Doping darzulegen und zu skizzieren. In einem nächsten Schritt muss dieser dann inhaltlich und begrifflich exakt eingegrenzt und definiert werden.

Als zentraler Bezugspunkt hierfür dienen soll die derzeit allgemein angewandte und gültige Nominaldefinition der *WADA*⁴, die in ihrer ausschließlichen Orientierung am Spitzensport eine in mehreren Untersuchungen⁵ eindeutig belegte Dopingproblematik auf allen Ebenen des Sports nicht thematisiert und so letztendlich ausschließt.

2.1 Zur historischen Entwicklung der Dopingdefinition

Nicht eindeutig geklärt ist die Frage nach den etymologischen Wurzeln des Begriffs Doping, der sich in seinem aktuellen Sprachgebrauch auf verschiedene sprachhistorische Quellen zurückführen lässt.

So wurde in einem von eingeborenen Kaffern aus dem Stamme der Xhosa im südlichen Afrika gesprochenen Dialekt mit „dop“ ein landesüblicher schwerer Schnaps bezeichnet, der bei Kulthandlungen und insbesondere bei religiösen Feiern des Stammes als Stimulans verwendet wurde. Zunächst von den Buren in ihre Sprache übernommen, gelangte das Wort schließlich im Zuge der kriegerischen Auseinandersetzungen zwischen Buren und Engländern in den englischen Wortschatz.

Kontrollsystem eine gezielte Vorbeugung der wichtigste Weg ist, den Missbrauch zumindest ansatzweise einzudämmen.

³ In diese Diskussion greift selbstverständlich auch die vorliegende Arbeit ein.

⁴ WADA ist die weltweite Organisation zur Dopingbekämpfung (World Anti Doping Association).

⁵ U. a. wird von Müller-Platz (2006) und Yesalis (1995) in Studien der Missbrauch von Wirkstoffen bei Freizeit- und Breitensportlern beschrieben.

Dort wird es heute im Sinne eines allgemein stimulierenden Getränks verstanden (vgl. Prokop, 1970; Rathgeber, 2004).

Andere Quellen sehen den Ursprung des Begriffs im Niederländischen, wo das Wort „doppen“ „tauchen“ oder „unken“ bedeutet, während unter dem Substantiv „doop“ eine dickflüssige Mixtur verstanden wird (vgl. Haug, 2006, S. 27). Der mit holländischen Kolonialisten nach Amerika gelangte Begriff bezeichnete dort eine den Einwanderern verabreichte und sich auf deren Arbeitsleistung positiv auswirkende Flüssigkeit, deren Wortstamm auf diesem Wege Eingang in die amerikanische Umgangssprache finden sollte (vgl. Schneider-Grohe, 1979, S. 24). Erstmals in einem englischen Universallexikon erschien der Begriff Doping bereits im Jahre 1889. Damals bezeichnete man mit diesem Terminus eine im Pferdesport zum Einsatz kommende Mischung aus Opium und Narkotika (vgl. Prokop, 1970; Beuker, 1993; Clasing, 2004). Im Jahr 1932 beschreibt die IAAF⁶ Doping dann als den Gebrauch eines unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht verwendeten Mittels zur Steigerung der Leistung auf ein über dem Durchschnitt liegendes Niveau (vgl. Clasing, 2004, S. 18). Zu Beginn der 50er Jahre formulierte der *Deutschen Sportärztesbund* eine erste Doping-Definition: „Jedes Medikament - ob es wirksam ist oder nicht -, mit der Absicht der Leistungssteigerung vor Wettkämpfen gegeben, ist als Doping zu betrachten“ (Clasing & Müller, 2001, S. 13). Nach Clasing ist diese Definition zwar „die einfachste, deutlichste, umfassendste, aber am wenigsten brauchbare Definition“ (2004, S. 28), insofern sie dem Anspruch einer juristischen Anwendbarkeit nicht Rechnung trägt. Eine Problematik, die wie später noch zu erläutern sein wird, die Diskussionen über die begriffliche Eingrenzung von Doping bis in die heutige Zeit prägen wird.

Weitestgehend ähnliche Inhalte thematisiert die Definition des Europarates von 1963 und 1965, sie versucht allerdings bereits eine detailliertere Bestimmung des Begriffs Doping: „Doping ist die Verabreichung einer auf welchem Weg auch immer eingeführten körperfremden Substanz oder physiologischen Substanz in abnormalen Mengen oder auf abnormalem Weg an ein gesundes Individuum bzw. der Gebrauch durch dasselbe zum Zwecke einer künstlichen und unfairen Leistungssteigerung während der Wettkampfteilnahme. Gewisse physiologische Maßnahmen zum Zwecke der Leistungssteigerung können als Doping angesehen

⁶ IAAF = *International Association of Athletics Federations*.

werden“ (zitiert nach Clasing & Müller, 2001, S. 28). Aber auch diese Definition lässt bei aller scheinbaren Exaktheit und Detailliertheit einige relevante Fragen offen: 1. Wann ist eine Dosis abnormal? 2. Was ist eine faire, was eine unfaire Leistungssteigerung? 3. Welche Mittel und physiologischen Maßnahmen sind erlaubt und welche nicht?

2.2 Dopingbekämpfung im Wettkampfsport

Mit der Enthüllung erster Manipulationen gewinnen in den 50er und 60er Jahren die Problematik der Leistungssteigerung im Leistungssport und damit verbundene ethisch-moralische und medizinische Fragen zunehmend an Bedeutung. Als Reaktion auf die sich daraus entwickelnden Diskussionen und unter der Prämisse, der Leistungssteigerung durch Medikamente im Spitzensport Einhalt zu gebieten, gründete das *IOC* 1967 eine *Medizinische Kommission*. Deren Aufgabe bestand in der Zusammenstellung einer Liste von Medikamenten und Methoden, welche unter dem Begriff Doping subsumiert werden sollten. Diese im gleichen Jahr von den internationalen Fachverbänden anerkannte Liste wurde in den folgenden Jahren ständig aktualisiert und den pharmakologischen Entwicklungen angepasst. Zeitgleich wurden durch das *IOC* akkreditierte⁷ Speziallabore (vgl. Rathgeber, 2004, S. 19) etabliert, mit deren Hilfe der Problematik über ein ausgeklügeltes Kontrollsystem begegnet werden sollte. 1970 wurden vom *Hauptausschuss des DSB* Rahmenrichtlinien zur Bekämpfung des Dopings verabschiedet, die, den permanent fluktuierenden und immer raffinierteren Betrugsmethoden Rechnung tragend, in den Jahren zwischen 1977 und 2001 insgesamt neunmal aktualisiert wurden.

Einer grundlegenden Veränderung unterliegt die inhaltlichen und terminologische Bestimmung des Begriffs Doping mit bzw. durch den *WADA*⁸- und *NADA*⁹-Code aus dem Jahr 2003. In erster Linie soll dieser Code bestimmte, das Wesen des olympischen Gedankens ausmachende Werte wie Fairness und ehrliche sportliche

⁷ Derzeit gibt es auf der Welt 27 akkreditierte Dopinglabore.

⁸ Die *Welt-Antidoping-Agentur WADA* (World Anti-Doping Agency) ist eine internationale Organisation die Maßnahmen gegen das Doping im Leistungssport organisiert.

⁹ Die *NADA* (*Nationale Anti-Doping-Agentur Deutschland*) ist eine selbständige privatrechtliche Stiftung, die am 15. Juli 2002 in Bonn gegründet und zum 1. Januar 2003 rechtskräftig tätig wurde.

Gesinnung aufrechterhalten und institutionell fixieren. Damit wird dem einzelnen Athleten der weltweite Schutz von Moral, Gleichheit und Gesundheit, und damit letztendlich auch das Grundrecht auf dopingfreiem Sport in Wettkampf und Training garantiert (vgl. *NADA*, 2006, S. 7). In der Definition der *WADA* wird Doping allerdings nicht ausschließlich mit dem Nachweis verbotener Substanzen oder deren Metaboliten in Körperflüssigkeiten bzw. mit der Anwendung verbotener Methoden zur Leistungssteigerung korreliert. Die neue Begriffsfestlegung fasst nämlich auch Methoden unter dem Begriff Doping, die den Beleg von Manipulationen mit unerlaubten Substanzen erschweren bzw. unmöglich machen sollen. Doping ist durch diese Begriffsbestimmung zu einem Konstrukt geworden, das nur im Kontext der Dopingkontrollen seinen Sinn und Zweck erfährt. Inhaltlich hat sich die ursprüngliche Dopingdefinition von einer reinen Liste verbotener Substanzen zu der heute gültigen Begriffsbestimmung der *WADA* entwickelt. Doping ist demnach das Auftreten mindestens eines Verstoßes gegen die folgenden Antidopingregeln:

1. „Die Anwesenheit einer verbotenen Substanz, deren Metaboliten oder eines Markers in einer dem Athleten entnommenen Probe (z. B. Urinprobe des Athleten).
2. Die Anwendung bzw. der Versuch der Anwendung einer verbotenen Substanz oder einer verbotenen Methode.
3. Die Verweigerung oder Nichterfüllung (ohne ausreichende Begründung) der Abgabe einer Probe nach Aufforderung zur Dopingkontrolle entsprechend der Autorisierung durch die Anti-Doping-Regeln.
4. Die Verhinderung der Verfügbarkeit bei Kontrollen außerhalb des Wettkampfes einschließlich des Unterlassens der Aufenthaltsmeldepflicht.
5. Der Betrug oder der Versuch eines Betruges bei der Dopingkontrolle.
6. Der Besitz von verbotenen Substanzen oder verbotenen Methoden.
7. Die Weitergabe jeglicher verbotenen Substanz oder verbotenen Methoden.
8. Die Anstiftung, Mitbeteiligung, Unterstützung oder Ermutigung zur Anwendung oder zum Versuch einer Anwendung einer verbotenen Substanz oder verbotenen Methode oder jegliche Art der Beteiligung an einem Verstoß gegen die Anti-Doping-Regeln“ (*NADA*, 2006, S. 10).

Anzumerken ist noch, dass die Liste der verbotenen Substanzen jedes Jahr von der *WADA* in der in ihrer Systematik in den letzten Jahren nahezu unverändert gebliebenen „Prohibited List“ neu erstellt bzw. ergänzt wird. Sie umfasst vier Substanzklassen und differenziert zwischen 1. jederzeit verbotene Substanzen und Methoden 2. während des Wettkampfes verbotene Substanzen und Methoden 3. verbotene Substanzen in spezifischen Sportarten und 4. spezifizierte Substanzen (vgl. Tab. 2.1).

Tab. 2.1 Dopingliste der Welt-Anti-Doping-Agentur WADA (gültig ab 1.1.2008)

I. Jederzeit verbotene Substanzen und Methoden (während und außerhalb des Wettkampfes)

S1. Anabole Wirkstoffe

S2. Hormonantagonisten und Modulatoren

S3. Beta-2-Agonisten

S4. Stoffe mit antiöstrogener Wirkung

S5. Diuretika und andere maskierende Wirkstoffe

M1. Verbesserung des Sauerstofftransports

M2. Chemische und physikalische Manipulationen

M3. Gendoping

II. Während des Wettkampfes verbotene Substanzen und Methoden

Zusätzlich zu den unter S1-S5 und M1-M3 verbotenen Kategorien sind für den Wettkampf folgende Wirkstoffe verboten:

S6. Stimulanzien

S7. Narkotika

S8. Cannabinoide

S9. Glucocorticosteroide

III. Verbotene Substanzen in speziellen Sportarten

P1. Alkohol

P2. Beta-Blocker

IV. Spezifizierte Substanzen

Substanzen unter diesem Punkt können aufgrund ihrer leichten Verfügbarkeit und weiten Verbreitung in medizinischen Produkten u.U. unbeabsichtigt verwendet werden. Ein Dopingverstoß kann in diesem Fall zu einer reduzierten Sanktion führen.

2.3 Warum man Doping auch als eine Form des Medikamentenmissbrauchs verstehen kann

Die Tatsache, dass Dopingvergehen in engem Zusammenhang mit der Verwendung bestimmter „zweckentfremdeter“ Medikamente stehen, ist unbestritten und musste im allgemeinen Sprachgebrauch fast zwangsläufig zur Etablierung einer fest verankerten und kausal durchaus begründeten Affinität zwischen den Begriffen Doping und Medikamentenmissbrauch führen. Diese reicht partiell soweit, dass beide Termini zur Deckung gebracht werden, während Teile der Forschung strikt zwischen Doping und Medikamentenmissbrauch differenzieren. Im folgenden Kapitel soll daher mit Blick auf die beiden konträren Positionen und deren unterschiedlichen Argumentationsweisen eine eigene Bewertung dieser begrifflichen Relation entwickelt und vorgenommen werden.

Wie bereits angedeutet beschränken einige Wissenschaftler den Begriff Doping allein auf den lizenzierten Wettkampfsport, schließen seine Anwendung aber für den Breitensport kategorisch aus. Begründet wird diese extensionale Restriktion damit, dass ausschließlich der Athlet im Spitzensport gegen die Regeln des Sports sowie der Sportethik verstoße und folglich bestraft werden könne. Im Gegensatz dazu stünde im Breitensport die Gesundheitsschädigung durch einen falschen Medikamentengebrauch im Vordergrund, weshalb hier die Bezeichnung Medikamentenmissbrauch richtig sei (vgl. z. B. Mahler, 2001, S. 226).

Dieser Einschätzung wird hier aus mehreren Gründen nicht gefolgt: Erstens hat die Forderung nach einem dopingfreien Sport für die gesamte Sportbewegung zu gelten, gerade weil auch in Wettkämpfen außerhalb des Spitzensports die Regeln und Prinzipien des Sports und der Sportethik - wie etwa die Chancengleichheit - Geltung haben sollten. Zweitens beschränkt sich die gesundheitliche Gefährdung durch die Verwendung leistungsfördernder Substanzen nicht nur auf den Breitensport, sondern ist gerade im Spitzensport als ein zentrales Argument für das Dopingverbot anzusehen. Eine einseitige Anwendung der Begriffe auf den Spitzen- bzw. Breitensport ist folglich nicht gerechtfertigt und schließt zudem im Umkehrschluss kategorisch aus, dass die Bedeutungsinhalte der Begriffe Doping und Medikamentenmissbrauch in einer für die Problematik relevanten Relation stehen. Eine Einschränkung, die, wie im Folgenden explizit dargestellt wird, keinesfalls Gültigkeit hat.

Sieht man nämlich von wenigen Ausnahmen¹⁰ ab, sind Dopingmittel ursprünglich Medikamente, die nicht zur Leistungssteigerung, sondern aus kurativen Gründen entwickelt wurden. Erst ihre zweckentfremdete Anwendung bzw. ihre suchtbundene Nutzung lässt daraus einen Medikamentenmissbrauch werden¹¹. Und erst ein bewusster gegen die Regeln verstoßender, leistungssteigernder Gebrauch im sportlichen Bereich macht aus einem pharmazeutischen Wirkstoff ein Dopingmittel. Hieraus ergeben sich sowohl für die Dopingdefinition als auch für die Dopingbekämpfung folgende Fragen: Wann unterliegt die Anwendung eines Mittels einem kurativen Zweck, und wann existieren intentionale, leistungsmanipulierende Gründe für den Gebrauch eines Medikaments? Geht man etwa von der medizinethischen Grundhaltung aus, dass generell allen - auch Leistungssportlern - eine optimale medikamentöse Versorgung zusteht, müssten diesen bei Bedarf und entsprechendem Krankheitsbild prinzipiell alle Wirkstoffe zur Verfügung gestellt werden. Problematisch wird dieser Aspekt jedoch dann, wenn das Krankheitsbild eines Sportlers eine Medikation mit einem Präparat erfordert, das auch leistungssteigernde Eigenschaften besitzt. Dieses somit auf der Liste der für Athleten verbotenen Substanzen stehende Medikament dürfte daher von diesen eigentlich nicht eingenommen werden (vgl. Abb. 2.1). Aus obigen Gründen lässt die WADA bzw. das IOC in begründeten Ausnahmefällen zu, dass Athleten auf dem Index stehende Arzneimittel auf ärztlichen Antrag zu sich nehmen dürfen¹².

In der Praxis lässt sich allerdings beobachten, dass derartige Sonderregelungen in manchen Sportarten in erschreckender Weise zunehmen. So scheinen in einigen Ausdauerdisziplinen wie Schwimmen, Eisschnelllauf und Radfahren asthmatische Probleme Normalität zu sein. Bei der Schwimm-WM in Perth etwa litten 80% der Teilnehmer unter Asthma bzw. Belastungsasthma und mussten dementsprechende Medikamente einnehmen (Smith, 2001). Asthma bronchiale hat in der Bevölkerung im Gegensatz dazu nur eine Prävalenz von maximal 10% (vgl. Mutschler, Mutschler, Geisslinger, Kroemer & Schäfer-Korting, 2001, S. 601). Auch wenn Ausdauersportler angeblich öfter als Nicht-Sportler¹³ unter Atemwegserkrankungen

¹⁰ Z. B. Tetrahydrogestrinon (THG), das ausschließlich zu Dopingzwecken hergestellt wurde und als Designer-Steroid bzw. Designer-Dopingmittel bezeichnet wird (vgl. Kovar, 2007).

¹¹ So wird z. B. einigen Doping-Mitteln, wie den Amphetaminen eine Suchtgefahr attestiert (vgl. Kovar, 2007, S. 417 und S. 442).

¹² Bei begründeten Zweifeln obliegt es der WADA diese Genehmigung auch zu verweigern.

¹³ Bei der Normalbevölkerung liegt der prozentuale Anteil der Asthmatiker bei 5 – 10% (vgl. Mutschler, Geisslinger, Kroemer & Schäfer-Korting, 2001, S. 601).

leiden, liegt die derzeitige Anzahl der erkrankten Sportler mit Ausnahmeregelung so hoch, dass man entweder Bedenken gegenüber der leistungsmäßig betriebenen Ausübung dieser Sportart haben müsste, oder hinter den Krankheitsfällen eine unrechtmäßige Vorteilsnahme, sprich einen (Medikamenten-) Missbrauch vermuten muss¹⁴.

Den Schluss, dass es sich bei den geschilderten Fällen um einen Medikamentenabusus handelt, stützt eine den Begriff Doping nicht berücksichtigende Definition von Nordlohne (1992), nach der ein Missbrauch mit Therapeutika dann vorliegt, wenn

- der Körper zwecks größerer Leistungsfähigkeit manipuliert wird,
- mit Medikamenten ein rauschhaftes Erlebnis angestrebt wird,
- ein Medikament ausschließlich in Selbstmedikation und ohne medizinische Indikation appliziert wird und
- ein Medikament in höherer Dosis und in häufigerer Wiederholung als verschrieben gebraucht wird .

Eine Sonderstellung in der Diskussion um das Verbot bestimmter Substanzen im Sport und um die Relation zwischen Medikamentenmissbrauch und Doping nehmen die so genannten Cannabinoide mit ihrem bekanntesten Vertreter Tetrahydrocannabinol (THC)¹⁵ ein, die zur Klasse der Suchtstoffe und zu den „leichteren“ Drogen gerechnet werden. Ursprünglich ebenfalls über eine medizinisch-kurative Wirkung verfügend, stehen THC und die anderen Cannabinoide auf der Dopingliste der *WADA*, obwohl eine leistungssteigernde Wirkung nicht belegt ist. Sie sind in der zweiten Substanzklasse geführt und folglich während des Wettkampfs verboten (vgl. Tab. 2.1). Signifikant auffällig ist die deutliche Zunahme der diesbezüglich positiv getesteten Fälle. Während bei den in Deutschland im Jahr 2003 durchgeführten Proben die Cannabinoide noch hinter den Anabolika und Stimulanzien an dritter Stelle lagen (vgl. Kindermann, 2004, S. 93), sind sie im Jahr 2005 an erster Stelle zu finden (vgl. *NADA*, 2006, S. 8). Begründet wird ihr Verbot offiziell mit ihrer psychotropen Wirkung, und der damit

¹⁴ Auf mögliche leistungssteigernde anabole Wirkungen bei lungengesunden Sportlern durch Beta-2-Agonisten Asthmamittel wie beispielsweise Salbutamol wurde durch Di Pasquale (1992), Martineau, Horan & Rothwell (1992) und van Baak, de Hon, Hartgens & Kuipers (2004) hingewiesen. Die leistungssteigernde Wirkung von Glukokortikoiden bei Ausdauersportlern wurde u. a. von Kern (2002) dokumentiert.

¹⁵ THC ist der Hauptwirkstoff in *Cannabis sativa*, der Hanfpflanze, aus der Marihuana (Spitzentriebe) und Haschisch (Harz) gewonnen wird.

verbundenen Gesundheitsgefährdung für Athleten und Drittpersonen (vgl. Mareck-Engelke, Geyer & Schänzer, 2001, S. 281). Die Gründe für ein allgemeines Cannabis-Verbot dürften in Wahrheit jedoch nicht in der Leistungssteigerung, sondern in der generellen Ablehnung von Drogen im Sport liegen. Interessanterweise wird im gleichen Zusammenhang der Genuss von Alkohol ganz anders bewertet. Alkohol gehört laut der *WADA*-Dopingliste zur dritten Substanzklasse (vgl. Tab. 2.1) und ist somit nur in bestimmten Zielsportarten wie Bogenschießen wegen seiner beruhigenden Wirkung verboten (vgl. Kern, 2002, S.137), obwohl Alkohol ebenfalls psychotrope Wirkungen zugeschrieben wird. Hierbei dürfte die gegensätzliche Bewertung der Wirkstoffe in unserer Kultur, die Alkohol als Gesellschaftsdroge akzeptiert und Cannabinoide generell missbilligt, eine entscheidende Rolle spielen¹⁶.

Berücksichtigt man die in diesem Abschnitt behandelten Aspekte, kann zusammenfassend festgestellt werden, dass Doping und Medikamentenmissbrauch zwar in der ursprünglich nicht vorgesehenen medizinischen Indikation des jeweils verwendeten leistungsfördernden Mittels über eine gemeinsame inhaltliche Basis verfügen. Der Terminus Doping geht allerdings nicht völlig im Begriff Medikamentenmissbrauch auf. Liegt nämlich der inhaltliche und semantische Schwerpunkt des Terminus Doping auf dem Aspekt einer „Vorteilsnahme durch irreguläre bewusste Leistungssteigerung im Sport“, umfasst der Begriff Medikamentenmissbrauch ein anderes semantisches Feld, insofern er das Streben nach einem rauschhaften Erlebnis, die Selbstmedikation ohne medizinische Indikation und eine häufigere Einnahmewiederholung einschließt¹⁷ (vgl. Kovar, 2007, S. 408).

2.4 Doping im Sprachgebrauch bei Kindern und Jugendlichen

Das folgende Kapitel setzt sich aus zwei Gründen mit dem Verständnis von Doping im Sprachgebrauch von Kindern und Jugendlichen in Relation zur allgemein gültigen Dopingdefinition der *WADA* auseinander. Zum einen stellt deren sprachlicher Umgang mit der Problematik Doping die Basis für die Auswertung dieser

¹⁶ Kindermann stellt in diesem Zusammenhang fest, dass die Dopingliste keine Drogenliste sein kann, mit der die Drogenprobleme der Welt gelöst werden können. Er fordert deshalb, dass Gesellschaftsdrogen wie Heroin und Cannabinoide von den Sportdrogen separiert und auf der Grundlage eines separaten Strafenkataloges entsprechend sanktioniert werden sollten (vgl. Kindermann, 2004, S. 94).

¹⁷ Streng genommen müsste aus diesem Grund der Verbleib der Cannabinoide auf der Dopingliste überdacht werden.

Untersuchung dar. Zum anderen gibt er, da er in direktem kausalen Zusammenhang zur generellen Einstellung der Jugendlichen zum Thema Doping steht, Aufschluss über einen möglichen, später noch zu formulierenden Ansatz zur Dopingprävention bei jungen Sportlern. Doping wird im WADA-Code¹⁸ mittels einer Definition beschrieben, deren Nutzwert in ihrer Überprüfbarkeit und Anwendbarkeit liegt¹⁹. Problematisch ist die Definition allerdings insofern, als sie in ihrer komplexen Formulierung en détail nur schwer kommunizierbar bzw. memorierbar ist und daher kaum allgemein bekannt sein dürfte²⁰.

Ausgehend von der Annahme, dass der Begriff Doping als solcher jedoch wohl von fast allen Jugendlichen inhaltlich und semantisch erfasst und verstanden wird bzw. werden kann, soll hier eine für den Rahmen dieser Arbeit allgemeingültige und geeignete Sprachregelung fixiert und formuliert werden. Eine solche findet sich z. B. im Duden, der Doping als die „unerlaubte Anwendung von Anregungsmitteln zur vorübergehenden Steigerung der sportlichen Leistung“ bestimmt (Duden, 2006). Präsentiert wird somit eine Definition des Doping-Begriffs, die mit einer ersten, von mir für diese Arbeit im Januar 2005 durchgeführten Vorab-Befragung²¹ kompatibel ist, in der 78 Jugendliche Doping mit den folgenden Merkmalen in Verbindung gebracht haben:

- Doping findet im Sport statt.
- Doping ist die Einnahme von Aufputschmitteln bzw. von Medikamenten in Form von Tabletten und Spritzen.
- Doping findet zur Leistungssteigerung statt.
- Doping ist verboten und (demnach) unfair²².

Eine sich ebenfalls mit den Ergebnissen der Vorab-Befragung deckende Definition liefert Beuker; der Doping als „die Anwendung von Substanzen oder Methoden, die

¹⁸ Der WADA-Code stellt für den Sport das grundlegende und allgemeingültige Dokument dar, mit dessen Hilfe die Anti-Doping-Anstrengungen einheitlich geregelt werden sollen (vgl. NADA, 2004, S. 6).

¹⁹ Da es sich bei dieser Art der Definition um eine Nominaldefinition handelt, kann diese als lediglich verbindliche Konvention über die reguläre Verwendung von Zeichen oder wie in diesem Fall von Tatbeständen nichts über die Realität aussagen (vgl. Opp, 1976, S. 192).

²⁰ Eine These, die von der von mir durchgeführten Untersuchung, in der keiner der Schüler, (nicht einmal diejenigen, die als Leistungssportler bereits mit Dopingkontrollen direkt konfrontiert wurden) Doping über die Terminologie der WADA-Definition beschrieben hatte, gestützt wird.

²¹ In dieser Vorab-Befragung wurde der für den empirischen Teil der Arbeit relevante Fragebogen getestet und die Jugendlichen u. a. über ihr Begriffsverständnis von Doping befragt.

²² Überraschender Weise wurde in der Voruntersuchung nicht einmal von den Leistungssportlern ein Teil der WADA-Definition verwandt, um den Begriff Doping zu beschreiben.

geeignet sind, die natürliche Leistungsfähigkeit zu erhöhen oder entgegen der natürlichen Ermüdung wiederherzustellen“ (1993, S. 53), bezeichnet.

Betrachtet man speziell die von den Jugendlichen in der Befragung aufgeführten Bestimmungsmerkmale von Doping, fällt auf, dass diese in enger Relation zu einer Reihe von die geistige Kultur unserer aktuellen Gesellschaft prägenden Themen stehen. Zunehmender Werteverfall bzw. Werteveränderung und eine sich daraus entwickelnde neue Werteorientierung, ein sich permanent steigender Leistungsdruck, genau wie eine damit in Zusammenhang stehende verstärkte Medikamentierung schaffen einen veränderten gesellschaftlichen Rahmen. In diesem bekommt die Problematik Doping einen Platz zugewiesen, der von eben jenem gesellschaftlichen Wandel bestimmt wird.

Im Folgenden wird daher beleuchtet, in wie weit und in wie fern der aktuelle gesellschaftliche Hintergrund und dessen Normen, Werte und soziale Prämissen Einfluss auf das Thema Doping nehmen.

3 Der gesellschaftliche Rahmen der Dopingproblematik

3.1 Gesellschaft und Wertewandel

Die Gesellschaft gibt für alle Bereiche und Systeme unserer Kultur, also auch für den Sport, Rahmenbedingungen vor, die mittels der mit ihnen verbundenen Prämissen und Postulate direkt oder indirekt Einfluss auf bestimmte soziale Verhaltensmuster und Handlungsabläufe nehmen. Wie oben bereits angedeutet lässt sich daher vermuten, dass Doping, sprich die bewusste irreguläre Einnahme leistungsfördernder Medikamente, kein sportpezifisches Phänomen darstellt, sondern auf spezifische Bedingungen unserer Gesellschaft rückführbar ist. So weist Digel (1990) auf den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Werten und dem Sport als ein Teilsystem der Gesellschaft hin. Er macht in diesem Kontext neben den neuen Bedürfnislagen ethisch-moralische Veränderungen für einen möglichen mit der Dopingproblematik in Relation stehenden Wertewandel im Sportsystem verantwortlich. Denselben Ansatz verfolgen Bette & Schimank. Für sie hat, obwohl Doping seit jeher im Sport verwurzelt ist, erst die Ausdifferenzierung des Hochleistungssports als Teilsystem unserer Gesellschaft die Voraussetzungen für die Entwicklung der Dopingszene geschaffen (vgl. 1995, S. 21-22).

In diesem Abschnitt werden daher bestimmte gesellschaftliche Rahmenbedingungen vorgestellt und beleuchtet, die mit der Entwicklung und Entstehung des Phänomens Doping in engem Zusammenhang stehen. Des Weiteren behandelt das folgende Kapitel das Problem der Sanktionierung von Dopingvergehen. Dabei wird davon ausgegangen, dass Doping als unerwünschtes Verhalten im Sport ähnlich zu beurteilen und folglich auch zu sanktionieren ist wie alle anderen von unserer Gesellschaft als kriminell und illegal eingestuften Handlungen.

Wie bereits skizziert sind die Gesellschaft und das jeweiligen Verhalten der zu dieser Gesellschaft gehörenden Personen geprägt von spezifisch gültigen Werten. Diese können sozialpsychologisch als durch die Kultur bestimmte, innerpsychische Ordnungskonzepte verstanden werden, welche eine Orientierungsleitlinie für das Verhalten darstellen (vgl. Kmiecik, 1976, S. 43). Nun ließ sich in der gesamten westlichen Welt in den letzten Jahrzehnten ein Wertewandel feststellen, von dem auch der Sport als ein Teilsystem unserer Gesellschaft betroffen ist. Nach Digel lassen sich darüber hinaus Werte als die „letztendlich entscheidenden Steuerungs-

größen des menschlichen Handelns interpretieren“ (1986, S. 22). Somit unterscheiden sich Werte von Bedürfnissen, die eher etwas Biologisches repräsentieren. Hepp beschreibt, dass der Wertewandel enorme qualitative und normative Verwerfungen mit sich brachte: „Traditionelle normative Orientierungen, Einstellungen und Verhaltensmuster verloren an Bedeutung, es fanden Gewichtsverlagerungen und Neuakzentuierungen statt“ (vgl. 2001, S. 31). Zusammengefasst können nach Hepp drei unterschiedliche Konzeptionen des Wertewandels festgelegt werden: die *Postmaterialismustheorie* von Inglehart, die *kulturpessimistische These* von Noelle-Neumann, die einen seit 1968 kontinuierlich voranschreitenden Werteverfall postuliert und der von Klages begründete *Ansatz des „mittleren Wegs“*. Die *Postmaterialismustheorie* von Inglehart unterstellt einen Wertewandel von materialistischen zu postmaterialistischen Werten (vgl. Hepp, 2001, S. 31) und interpretiert diesen als positiven Fortschritt hin zu einem qualitativ höheren kulturellen und politischen Entwicklungsniveau. Auf der Basis einer hohen individuellen Mobilisierung wird laut Inglehart über eine hohe Engagementbereitschaft der Durchbruch in Richtung umfassend partizipativer und freiheitlicher Ziele geschafft. Im schroffen Gegensatz zu dieser Theorie vertritt Noelle-Neumann in ihrer *kulturpessimistischen These* den seit 1968 kontinuierlich fortschreitenden Werteverfall (vgl. Noelle-Neumann & Petersen, 2001, S. 20). Dieser dokumentiert sich dementsprechend in negativen Tendenzen wie Bindungsverluste an Gemeinschaften, an Religion und Kirche, allgemeine Infragestellung von Autoritäten und Hierarchien, Erosion der Sekundärtugenden und der bürgerlichen Arbeits- und Leistungsethik, individuelle Anspruchsinflation, abnehmender Gemeinsinn und sinkende Bereitschaft zum politischen Engagement. Der von Klages begründete *Ansatz des „mittleren Wegs“* beschreibt einen Trend von Pflicht- und Akzeptanzwerten hin zu Selbstentfaltungswerten (vgl. Klages, 2001, S. 8). Von der kulturpessimistischen These unterscheidet ihn allerdings die Ablehnung des Theorems des Wertewandels als genereller Werteverfall. Vielmehr sieht Klages eine Ambivalenz des Wertewandels, der sowohl Risiken als auch Chancen, sowohl Verluste als auch Gewinne einschließt. In seinem Ansatz bekommt das Bedürfnis des Individuums, das Subjekt des eigenen Handelns zu sein, eine hohe Präferenz. Persönliche Motivation, individuelle Überzeugungen, das Bedürfnis nach persönlicher Autonomie und Mitbestimmung, der eigene Handlungsspielraum werden im

Hinblick auf Leistung, Normbefolgung oder die Übernahme von Rollenpflichten handlungsbestimmend (vgl. Hepp, 2001, S. 31-32).

Auch in allen gängigen Untersuchungen über das Verhalten von Jugendlichen in Deutschland werden Werte zum wesentlichen Element der jugendlichen Lebenswelt erhoben. Dabei wird allerdings weniger darauf abgezielt, einen gewissen Wertewandel nachzuweisen, als vielmehr eine Art „kollektives Klima“ zu beschreiben, das als Rahmenbedingung Grundlage für bestimmte Verhaltensweisen Jugendlicher ist (vgl. Silbereisen, Vaskovics & Zinnecker, 1996, S. 41). Auffällig ist dabei, dass etwa Ergebnisse der 13. Shell-Studie insbesondere die oben skizzierte Theorie von Klages unterstützen. Laut dieser Untersuchung sind einerseits hedonistisch-materialistische Werteorientierungen deutlicher stärker ausgeprägt als bei Erwachsenen, andererseits kann ein Mega-Trend in Richtung auf individualistische Selbstentfaltungswerte vor allem bei Jüngeren nachgewiesen werden. Der grundgültige, allgemein verbindliche alte „Wertehimmel“ wird nach Fritsche (2000) durch das Kantsche „moralische Gesetz in mir“ ersetzt, in dem persönliche Werte eine Entwicklung erfahren. Der Begriff der *Werteinflation* bezeichnet hierbei nicht den Prozess eines Werteverfalls, sondern den beobachtbaren Zerfall der intrapersonellen, d.h. lebenssituationsübergreifenden Dauerhaftigkeit und überindividuellen Gültigkeit (vgl. Fritsche 2000, S. 155). Dieser Anspruch auf Selbstständigkeit und Eigenverantwortung wird mittlerweile noch durch ein auf das lebensweltliche Umfeld zugeschnittenes Schul- und Hochschulprogramm verstärkt. Digel spricht in diesem Zusammenhang von einem Werteppluralismus, durch den eine Art „Wertunsicherheit“ geschaffen wurde (vgl. 1990, S. 62), während Spitzer in diesem Kontext darauf verweist, dass die konkreten Lebensbedingungen und nicht ethische Werte unsere Entscheidungen bestimmen (vgl. 2004, S. 360). Die teilweise verknüpften Lebensbereiche von Ausbildung, Beruf, Familie und Freizeit geraten so zur Aufgabe eines situationsadäquaten Selbstmanagements der persönlichen Biografie, die sich nicht mehr auf allgemein verbindliche Orientierungen oder lineare Karriereverläufe verlassen kann. In dieser Arbeit wird daher noch zu zeigen sein, wie und auf welche Weise die aktuell für die junge Generation gültigen Werte und Normen mit deren Verhältnis zum Thema Doping korrelieren.

3.2 Doping und Medikamentenmissbrauch in unserer Gesellschaft

Obwohl der Begriff *Doping* idiosyncratisch nur mit dem Sport verbunden ist, lassen sich diesbezüglich nonkonforme Verhaltensweisen überall in der Gesellschaft nachweisen. Empirische Studien belegen, dass die Einnahme von Medikamenten zur Leistungssteigerung in unserer Gesellschaft weit verbreitet ist. Sowohl verschreibungspflichtige als auch nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden konsumiert, um optimal leistungsfähig und physisch attraktiv zu sein (vgl. u.v.a. Thönneßen, 2000, S. 162). Epidemiologischen Studien zufolge sind leistungsbeeinflussende Präparate zur Selbstverständlichkeit bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen geworden. Nach Hurrelmann nimmt mindestens ein Drittel aller 12 bis 17-jährigen Schüler und Schülerinnen regelmäßig Medikamente gegen Schulstress und Leistungsüberforderung ein (vgl. 1990, S. 48). Hohe Belastungen werden oft mit Tranquilizern unterdrückt, während Antriebsschwäche und Müdigkeit in Schule, Beruf und Freizeit zunehmend durch Energizer, Stimulantien und Alkohol begegnet wird (vgl. Beuker, 1997, S. 283). Häufig werden diese Fälle als „Alltags-Doping“ bezeichnet. Ähnlich wie dopende Sportler können Alltags-Doper mit Blick auf kurzfristige Ziele und Erfolge über gesundheitsschädliche Folgen die Solidargemeinschaft der Krankenkassen belasten. Rössner schreibt in diesem Zusammenhang:

„Wer für sich im ökonomischen Sinn eine Kosten-Nutzen-Relation vornimmt, wird die Vorteile der kurzzeitigen Leistungssteigerung gegen langfristige abwägen. 14 Tage auf Draht sein während des juristischen Staatsexamens mit Auswirkungen auf die gesamte berufliche Karriere können sich dann ebenso lohnen wie die Anabolikaeinnahmen für den Muskelprotz statt anstrengendem Trainings oder Stimulantien für ein künstlerisches Projekt; vor allem dann, wenn man insgeheim damit rechnet, dass der Konkurrent 'natürlich und sauber bleibt' (2002, S. 120).

Auch die *Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie* (SASP) sieht Doping nicht als ein Spezialproblem des Hochleistungssports, sondern verweist auf die Parallelen zu den Bemühungen um Spitzenleistung in der leistungsorientierten Gesamtgesellschaft. Auf die bedingungslose außersportliche Leistungserbringung weist auch Rössner hin: „Wir wollen nicht wissen, auf welche natürliche oder unnatürliche Weise Top-Manager pro Tag 16 Stunden arbeiten oder Politiker entsprechend Schlaf raubend Kommunikation betreiben, um zu Erfolgen zu kommen“ (2002, S. 120). Durch Doping wird demnach eine Gesellschaft widergespiegelt, in welcher der Gebrauch von leistungsfördernden Medikamenten üblich geworden ist, um schnellstmöglich seine Ziele zu erreichen. Aus diesem Grund kann Doping

nicht ausschließlich als ein Problem des Sports und des einzelnen Individuums betrachtet werden, sondern muss vielmehr als ein Phänomen angesehen werden, das im gesamten sozialen und kulturellen Umfeld unserer Gesellschaft existiert (vgl. SASP, 2000, S. 1). Angesichts eines auch im gesellschaftlichen Teilsystem Sport herrschenden permanenten Leistungsdrucks liegt demzufolge ein entsprechender Rückgriff der Athleten auf Medikamente als vermeintliche Hilfe nahe. Dieser Rückgriff wird nach Grupe zusätzlich dadurch verstärkt, „dass in einer „Medikamentengesellschaft“ wie der unsrigen die Schwelle zum Medikamentenkonsum und –missbrauch immer niedriger sinkt“ (2002, S. 63).

Bei allen Parallelen, die zwischen Medikamentenmissbrauch außerhalb des Sports und im Sport existieren, steht außer Frage, dass ein von den zuständigen Gremien der Sportverbände initiiertes und gesellschaftlich isoliertes Dopingverbot im Sport sowohl notwendig als auch gerechtfertigt ist. Grupe weist u. A. auf die Dringlichkeit eines Dopingverbots aus pädagogischen, selbstverantwortlichen und ethischen Gründen hin (vgl. 2002, S. 68). Nach Digel ist der Sport „sowohl aus kultureller Sicht, als auch unter gesellschaftspolitischen Gesichtspunkten nahezu der einzige Bereich unserer Gesellschaft, der sich selbst ein schriftlich niedergelegtes, kodifiziertes Regelkonzept gegeben hat“ (2002, S. 31). Er beschreibt in diesem Kontext, dass der Sport nicht als identisches Spiegelbild der Gesellschaft gesehen werden kann, sondern eine Eigenwelt besitzt, die durch besondere Spielregeln gekennzeichnet ist (vgl. Digel, 2002, S. 34). Trotz seines Anspruchs auf eine Eigenwelt finden sich im Sport aber auch aus der Gesellschaft bekannte Verhaltensmuster wieder. Wie für das hierarchisch übergeordnete System Gesellschaft gilt dann auch für dessen Teilsystem Sport: Spätestens nach dem man Normen einführt, muss man davon ausgehen, dass sie gebrochen werden. Ab dem Moment, in dem man den Dopinggebrauch verboten hatte, wurden damit gleichzeitig Dopingvergehen impliziert. Zur Logik des Verbots gehört so zu sagen dessen Bruch. Einen dopingfreien Sport wird es deshalb nie geben. Das Verbot macht den Dopinggebrauch zu einem Regelverstoß gegen den Sport und somit gegen die Gesellschaft (vgl. Digel, 2002, S. 35), der auch als normabweichende oder deviante Handlung²³ interpretiert werden kann. Stellt eine solche norm-

²³ Normabweichende Handlungen werden auch als deviantes Verhalten bezeichnet. Sie bezeichnen „ein Verhalten von Personen oder Gruppen, das nicht den für Interaktions-Beziehungen in einer Gesellschaft oder in einer ihrer Teilstrukturen (Lebensbereiche, Organisationen, Institutionen) gültigen Regeln, Normen, Vorschriften oder Verhaltenserwartungen entspricht“ (Hartfiel, 1976).

abweichende Handlung gleichzeitig eine Gesetzeswidrigkeit dar, so spricht man von einer Straftat. In den Blick rückt in diesem Zusammenhang mit der Frage, ob Doping als kriminelles Verhalten, das zivilrechtlich verfolgt werden muss oder als allein vor der Sportgerichtsbarkeit zu verhandelnde Verfehlung anzusehen ist, eine Problematik, die mehr und mehr an Gewicht gewinnt, und auf die im folgenden Kapitel Bezug genommen werden soll.

3.3 Doping und Kriminalität

Straftaten unterliegen allgemein einer hierarchischen Klassifikation, wobei die Spanne von einfachen Delikten, wie bewusstes Schwarzfahren mit einem Verkehrsmittel über Versicherungsbetrug in Alltagsfällen, hin zu schwerwiegenden Vergehen wie Totschlag oder Mord reicht. Bei Jugendlichen sind vor allem kleinere Delikte besonders häufig vertreten, und Bannenberg & Rössner weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im Jugendalter die Begehung einer Straftat statistisch geradezu normal sei (vgl. 2005, S. 26). Neben kleineren Diebstählen weisen in den Kriminalstatistiken unter anderem auch die Einnahme verbotener Substanzen oder das Rauchen von Cannabis die höchsten Zahlen auf. Deshalb ist davon auszugehen, dass auch die Einnahme von Dopingmitteln bereits in diesem Alter in Betracht kommt. Böhnisch nimmt bezüglich der von der jungen Generation begangenen Straftaten allerdings eine pädagogische Sichtweise ein. Für ihn stellt das abweichende Verhalten Jugendlicher ein Bewältigungsverhalten dar, das analytisch von den kriminellen Delikten Erwachsener abzulösen ist. In diesem Sinne spricht er ausdrücklich von Jugenddelinquenz und nicht von Jugendkriminalität. Mehr als eine entsprechende Sanktionierung tritt für ihn die Frage in den Vordergrund, was die Jugendlichen in ihr antisoziales Befindlichkeits-, Orientierungs- und Handlungsdilemma geführt hat (vgl. 2006, S. 128). Anders als bei Erwachsenen, die Straftaten wie Steuerhinterziehung oder Betrugsdelikte zur gezielten Vorteilsnahme begehen, liegen im Jugendalter die Beweggründe für bestimmte strafrechtlich prekäre Handlungen, wie etwa das Rauchen von Marihuana, seiner Meinung nach auf einer anderen Ebene begründet.

Übertragen auf die Problematik Dopingmissbrauch, Dopingsanktionierung und Dopingdisposition ergeben sich aus den bisherigen Ausführungen eine ganze Reihe wichtiger Schlüsse.

Zunächst einmal müssen auch Dopingvergehen in Abhängigkeit von ihrer Spezifik einer hierarchischen Klassifikation unterliegen, d.h. leichte Verstöße wie die prophylaktische Einnahme eines Schmerzmittels bei einem Volkslauf sind von schweren Fällen wie die Verwendung von Peptidhormonen bei der Tour de France zu unterscheiden und vor allem auch unterschiedlich zu bewerten und zu bestrafen.

Des Weiteren gilt es zu berücksichtigen, dass die bei Jugendlichen latent vorhandenen Disposition zur Begehung von Straftaten und vor allem deren statistische Verteilung eine Bereitschaft zu Dopingdelikten im Jugendalter wahrscheinlich erscheinen lässt, was zwei direkte Konsequenzen mit sich bringt. Zum einen muss auf die damit in Relation stehenden spezifischen Beweggründe bei der Dopingprävention Bezug genommen werden. Zum anderen gilt es zu klären, in welcher spezifischen Form das Phänomen im Jugend- und Kindesalter auftritt, wobei als erste Bezugsgröße für eine mögliche Einschätzung die in Tabelle 3.1 dargestellte Statistik krimineller Handlungen dienen soll. Vergleicht man die Zahlen der Kriminalstatistik miteinander und stellt einen Rückbezug zum Thema Doping her, lässt sich zweierlei vermuten: Erstens müssten in Analogie zur Verteilung der Straftaten die Zahlen der Dopingfälle bei Jugendlichen und Heranwachsenden besonders hoch sein, und zweitens weit mehr männliche als weibliche Athleten zu unerlaubten leistungssteigernden Mitteln greifen.

Tab. 3.1 Tatverdächtige insgesamt – nach Alter und Geschlecht (vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik, 2003, S. 74 zitiert nach Bannenberg & Rössner, 2005, S. 30)

Altersgruppe	Insgesamt	Verteilung in %	männlich %	weiblich %
Kinder	126358	5,4	71,7	28,3
Bis unter 6	1457	0,1	76,3	23,7
6 bis unter 12	45315	2,1	75,7	21,8
12 bis unter 14	79586	3,4	68,6	31,4
Jugendliche	293907	12,5	74,2	25,8
14 bis unter 16	140155	6,0	70,3	29,2
16 bis unter 18	153752	6,5	77,8	22,2
Heranwachsende (18 bis unter 21)	247456	10,5	80,0	20,0
Erwachsene	1687440	71,6	76,6	23,4
21 bis unter 23	150290	6,4	79,7	20,3
23 bis unter 25	129290	5,5	79,7	20,3
25 bis unter 30	256718	10,9	79,0	21,0
30 bis unter 40	457699	20,2	77,6	22,4
40 bis unter 50	344233	14,6	75,6	24,4
50 bis unter 60	183906	7,8	74,0	26,0
60 und älter	147251	6,3	69,2	30,8
Tatverdächtige insgesamt	2355161	100	76,4	23,6

Eine grundlegende Schwierigkeit stellt bis heute die Verfolgung, Aufdeckung und Bestrafung von Dopingdelikten dar, da verschiedene Gründe einer konsequenten Bekämpfung des Problems entgegenwirken bzw. diese sogar verhindern. So oblag noch bis ins Jahr 2005 die Durchführung von Dopingkontrollen in Wettkampf und Training den jeweiligen nationalen Fachverbänden, die ein gesteigertes Aufklärungsinteresse aus Furcht vor einer negativen Publicity und einem damit verbundenen Imageverlust für ihre Sportart zumeist vermissen ließen. Erst mit der

Einsetzung der *WADA* und der verschiedenen nationalen *NADAs* als übergeordnete Kontrollgremien gelang es in den letzten Jahren ein weitestgehend einheitliches und homogenes Kontroll- und Sanktionssystem zu etablieren, das von den einzelnen Sportverbänden auf nationaler und internationaler Ebene als regulative Instanz anerkannt wurde. Einer konsequenten Dopingbekämpfung im Wege steht zudem meist das Fehlen einer staatlich vorgegebenen Anti-Doping-Gesetzgebung. Dass diese sinnvoll und notwendig ist (vgl. Waldbröl, 2006, S. 32), zumal Dopingdelikte in ihrer Struktur Parallelen zum Wirtschaftsbetrug und zur Korruption aufweisen²⁴, zeigen Fälle, in denen der Kampf gegen Doping vom Staat und mittels einer staatlichen Gesetzgebung geführt wurde²⁵. Trotzdem versäumen es viele Staaten, gegen Dopingsünder zivil- und strafrechtlich vorzugehen, und fördern so eine weit verbreitete Dopingmentalität in zahlreichen Sportarten und Disziplinen. Als Schritt in die richtige Richtung erscheint diesbezüglich die einstimmige Verabschiedung der UNESCO-Konvention gegen Doping im Sport durch 191 Regierungen im Rahmen der 33. UNESCO-Konferenz am 19. Oktober 2005 in Paris. Mit ihr wurde zumindest der Weg für eine Harmonisierung von Anti-Doping-Maßnahmen der Vertragsstaaten und für eine bessere Koordination zwischen den Regierungen und der *WADA* bereitet²⁶.

Im Nachfolgenden soll nun detailliert auf die Frage nach der konkreten Verbreitung von Doping im Sport eingegangen werden. Hierbei wird auf Grund der Forschungsfrage der Fokus bewusst weg vom Leistungssport und hin zum Breitensport und auf den Jugendbereich gerichtet.

²⁴ Dieser Meinung ist H. Digel, für den Dopingfälle Wirtschaftsdelikte darstellen, und der deswegen fordert, dass Verbände den durch Dopingsünder angerichteten Imageschaden zivilrechtlich einklagen können sollten (Berliner Zeitung: Dopingsünder vor ordentliche Gerichte 18.3.2006 S. 18).

²⁵ So erwies sich eine vom spanischen Staat vor der Tour de France 2006 durchgeführte Ermittlung als höchst effizient, konnten doch 50 Top-Radfahrer mit Doping in Verbindung gebracht werden. Dass die sich aus dieser Ermittlung ergebenden monetären und ideellen Folgen für die Tour de France und den gesamte Radsport von immenser Tragweite und kaum abschätzbar sind, braucht nicht erwähnt zu werden.

²⁶ Hierbei ist anzumerken, dass bis Mitte 2006 lediglich 13 Regierungen (Stand 15/05/06 im Internet unter www.wada-ama.org) die Konvention unterzeichnet und in nationales Recht umgewandelt haben. Dazu gehören Nigeria, Kanada, Dänemark, Island, Litauen, Monaco, Norwegen, Schweden, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nord-Irland, Australien, Cook Inseln, Nauru und Neuseeland. Für das Jahr 2006 hatten u. a. Argentinien, Chile, China, Finnland, Frankreich, Griechenland, Indien, Indonesien, Kolumbien, Korea, Niederlande, Österreich, Peru, Polen, Portugal, Russland, Slowakei, Spanien und Venezuela die Umsetzung der 43 Artikel der UNESCO-Konvention angekündigt. 30 Nationen sind notwendig, damit sie international verbindlich werden kann.

4 Zum Stand der empirischen Erforschung des Doping-Missbrauchs

In diesem Kapitel werden aktuelle, aufgrund ihres konkreten Untersuchungsgegenstandes für die vorliegende Arbeit relevante Studien zur Dopingproblematik vorgestellt. Dabei handelt es sich zum einen um Untersuchungen, die sich eine möglichst exakte quantitative Bestimmung des Dopingkonsums zum Ziel gesetzt haben, zum anderen um solche, die nach Erklärungsansätzen für einen sich permanent steigernden Dopingmissbrauch suchen. Wie bereits oben erwähnt stehen dabei in erster Linie Veröffentlichungen zum Breitensport und Jugendbereich im Mittelpunkt.

4.1 Untersuchungsergebnisse im Breitensport

Quantitative Untersuchungen zum Thema Doping und Medikamentenmissbrauch im Breitensport wurden in Amerika, Kanada, England und der Schweiz bereits in den 80er-Jahren durchgeführt, während in der Bundesrepublik Deutschland die Bedeutung des Themas von der Forschung nach einer Bewertung von Beuker bis zum Ende der 90er Jahre unterschätzt worden ist (vgl. 1997, S. 278). In der Schweiz etwa wurden derartige Studien im Zusammenhang von Breitensportveranstaltungen wie dem „Jungfrau Marathon 1998“ und dem „Swiss Alpine Marathon 2000“ durchgeführt. Dabei gaben für den Jungfrau Marathon 34% der befragten Teilnehmer an, Medikamente einzunehmen, um den Lauf besser überstehen zu können²⁷. Für den Swiss Alpin Marathon wurde ermittelt, dass 11,5% der 253 untersuchten Teilnehmer den Lauf mit Entzündungshemmern bzw. Schmerzmitteln und 2% mit Asthmamitteln bestritten haben (vgl. Mahler, 2001, S. 229).

Eine erste umfangreichere Forschung zum Anabolika-Missbrauch in Deutschland im Breitensport wurde 1998 durchgeführt. Boos, Wulff, Kujath & Bruch untersuchten 24 kommerzielle Sportstudios in Schleswig-Holstein und Hamburg. Dabei gaben 24% der Männer und 8% der Frauen an schon einmal Medikamente zur Förderung des Muskelwachstums eingenommen zu haben bzw. immer noch einzunehmen. 94% aller Konsumenten verwendeten dabei Steroide wie Stanozolon, Methandrostenolon und Oxandrolon bzw. das Beta-Sympathomimetikum

²⁷ Einschränkung gilt es allerdings festzuhalten, dass in der Studien auch nicht auf der aktuellen Dopingliste der WADA stehenden Medikamenten gefragt wurde.

Clenbuterol, das ebenfalls anabole Eigenschaften besitzt, 18% nahmen zudem Stimulantien ein. Begründet wurde der „Medikamentenmissbrauch“ von 69 % der Freizeitsportler mit dem Aufbau von Muskelmasse, 43 % versuchten damit ihre Leistung zu steigern, während 9 % der Probanden mit den Arzneimitteln einen Fettabbau herbeiführen wollten. Desweiteren konstatiert die Untersuchung für die meisten Sportler eine Abnahme der Einnahmefrequenz mit höherem Bildungsstand sowie einen Einnahmebeginn erst nach drei Jahren aktiven Trainings (vgl. Feiden & Blasius, 2002, S. 38).

In einer Studie der Universität Tübingen untersuchten Striegel et al. (2006) 621 Probanden in 113 Fitness-Studios. Dabei gaben 19,2% der männlichen und 3,9% der weiblichen Besucher, vom Jugendlichen bis zum Rentner, an, mindestens einmal leistungsfördernde Substanzen wie Anabolika eingenommen zu haben. Besonders häufig entschieden sich dabei Männer zwischen 21 und 25 Jahren für eine Leistungssteigerung durch Medikamente. 41,1 % hatten sogar schon einmal illegale Drogen konsumiert, 14,4% Marihuana oder Kokain (vgl. Striegel et al., 2006).

Eine Untersuchung mit 1667 Freizeitsportlern in Großbritannien zeichnet ein ähnliches Bild des Anabolika-Abusus. Laut dieser Studie haben 9,1 % der Männer und 2,3 % der Frauen mindestens einmal anabole Steroide zu sich genommen, 6 % der Männer und 1,4 % der Frauen konsumieren diese sogar regelmäßig (Korkia & Stimson, 1997).

Bei einer anonymen Befragung in den USA gaben 18% der 511 befragten männlichen Fitnesssportler und 3% der an der Studie teilnehmenden Frauen die Einnahme anaboler Substanzen und sogar 25% bzw. 13% die von Ephedrin zu. Die anhand dieser Studie durchgeführten Hochrechnungen ergaben, dass in den USA ca. 1,5 Millionen Freizeitsportler im Fitnessbereich anabole Steroide und 2,8 Millionen Ephedrin konsumieren (vgl. Kanayama, Gruber, Pope Borowiecki & Hudson, 2001). Obwohl die Studien methodisch betrachtet weitestgehend keine repräsentative Aussagekraft besitzen, bestätigen sie jedoch den Drogen- und Medikamentenmissbrauch im Breitensport und stellen damit somit eine Annäherung an die Thematik der Arbeit dar.

4.2 Untersuchungsergebnisse im Jugendbereich

In diesem Abschnitt werden zunächst Untersuchungsergebnisse zum Dopingkonsum von Jugendlichen vorgestellt²⁸, bevor im Anschluss daran einige sich mit der Problematik auseinandersetzende soziologische und psychologische Studien und Erklärungsmodelle präsentiert werden.

Buckley et al. erstellte 1987 eine der ersten Studien über den Gebrauch anaboler Steroide bei Highschool-Studenten. Dabei gaben 6,6% der männlichen Schüler an, anabole Steroide eingenommen zu haben. Spätere größer angelegte Studien (vgl. Tabelle 4.1) bestätigten diese Ergebnisse weitestgehend (vgl. Thönneßen, 1999, S. 14) und belegen außerdem, dass in den USA deutlich mehr Schüler (5-11%) als Schülerinnen (1-2%) anabole Steroide zu sich nahmen.

Tab. 4.1 Darstellung einer Auswahl internationaler Studien zur Einnahme anabol androgener Steroide bei Jugendlichen im Zeitraum 1988 – 2001 (modifiziert nach Yesalis, 1993, S.53)

Quelle	Stichprobe		Verteilung (%)			
	Bundesstaat,	n	Klasse/ Alter	m.	w.	ges.
Buckley et al. (1988)	24 Staaten, USA	3403	12	6,6	-	-
Johnson et. al. (1989)	Arkansas, USA	1775	11	11	0,5	5,7
Windsor & Dumitru (1989)	Texas, USA	901	9-12	5	1,4	3
Hubbel (1990)	Michigan, USA	5252	10 12	12 12	4 4	8 8
Luetkemeier et al. (1995)	Utah, USA	1907	o. A.	4	1,4	3,3
Nilsson (1995)	Falkenberg, Schweden	1383	14-19	5,8	1,0	o. A.
Tanner et al. (1995)	Denver, USA	6930	9-12	4	1,3	2,7

²⁸ Auffallend ist, dass in den meisten ausländischen Doping-Studien - vor allem in denen der USA - vorwiegend der Gebrauch von anabolen androgenen Steroiden untersucht wurde.

Melia et al. (1996)	Kanada	16169	11-18	4,2	1,5	2,8
Faigenbaum et al. (1998)	Massachusetts, USA	965	9-13	2,6	2,8	2,7
Stilger & Yesalis (1999)	Indiana, USA	873	high school football players	6,3	-	-
Nilson et al. (2001)	Schweden	5827	16-17	2,9	0	2,9

Nach Buckley, Yesalis & Bennell liegen die Gründe für einen Anabolikakonsum bei Jugendlichen zu 47,1% in der Leistungsverbesserung, zu 26,7% in der Verbesserung der äußeren Erscheinung, zu 10,7% in der Prävention von Sportverletzungen und zu 7% in der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe (1993). Auch in einer neueren Studie von Yesalis & Bahrke (2000) werden die früheren Untersuchungen weitgehend bestätigt. Laut dieser nahmen 3-12% der männlichen und 1-2% der weiblichen Highschool-Studenten anabole Steroide zu sich. Nach Faigenbaum, Zaichowsky, Gardner & Micheli (1998) konsumieren 2,7% aller Highschool-Studenten der USA Anabolika.

In Kanada veröffentlichte das *Center for Drugs Free Sport* bereits 1993 eine Studie laut der 83.000 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11 und 18 Jahren anabole Steroide verwenden (vgl. Dawson, 2001). In Schweden wurde in einer Befragung von 5.827 16- und 17-jährigen Jugendlichen festgestellt, dass 3,6% der 16-jährigen und 2,8% der 17-jährigen männlichen Befragten anabole androgene Steroide (AAS) konsumierten, während bei den weiblichen Teilnehmern kein positiver Befunde hinsichtlich eines Gebrauchs von AAS vorlag (vgl. Nilsson, Baigi, Marklund & Fridlund, 2001, S. 196). In einer unter 1000 Jugendlichen zwischen 13 bis 19 Jahren in Großbritannien durchgeführten Untersuchung lag der Anteil der anabolen Steroidkonsumenten bei 6,4% der Jungen und 1,3% der Mädchen. Die Prozentwerte für den Cannabis- und Amphetaminkonsum lagen sogar noch darüber (vgl. Clarke, 1999).

Die Einnahme legaler Nahrungsergänzungspräparate zur Erhöhung der sportlichen Leistungsfähigkeit wurde in New York an 1103 Schülern untersucht. Dabei wurde

das in einigen Schnellkraftsportarten sehr beliebte Präparat Kreatin laut dieser Studie von 44% der 18-Jährigen eingenommen. Unter den Konsumenten waren sogar Zehnjährige (vgl. Metzl, Small, Levine & Gershel, 2001). Die umfangreichste deutsche Untersuchung zum Dopingmissbrauch bei Jugendlichen wurde bislang von Wanjek (2006) durchgeführt. In dieser Studie gaben 16,3% der männlichen und 13,9% der weiblichen Jugendlichen an, innerhalb der letzten 12 Monate auf der Dopingliste stehende Substanzen eingenommen zu haben (vgl. Wanjek, 2006, S. 58).

4.3 Erklärungsansätze

Die bisherigen Erklärungsansätze für den Doping-Konsum setzen unterschiedliche Schwerpunkte. Die meisten Untersuchungen legten in der Vergangenheit ihre Aufmerksamkeit auf eine quantitative Bestimmung der Konsumenten. Dabei wurden neben soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand, Konsumgewohnheiten und Beweggründe des Dopinggebrauchs untersucht. Neuere Studien versuchen zudem, Erklärungsansätze für den Missbrauch zu liefern.

Auf den Zusammenhang zwischen der Einnahme von Dopingmitteln wie Anabolika und Substanzen wie Alkohol, Nikotin und allgemein verbotenen Drogen verweisen u. a. Bahrke et al. (2000), Nilsson (2001) und Striegel et al. (2006). Während einige Konsumenten den Dopinggebrauch als nicht gesundheitsgefährdend erachten²⁹, nehmen andere gesundheitliche Schäden bewusst in Kauf, um einen schnellen Erfolg zu erzielen (vgl. Kanayama et al., 2001). In einer amerikanischen Untersuchung zur Konsequenzerwartung aus dem Jahr 1994 stellte Goldman aufstrebenden Olympioniken zwei einfache Fragen. In der ersten Frage bestätigten 195 der 198 Sportler, dass sie eine verbotene leistungssteigernde Substanz unter zwei Bedingungen einnehmen würden: Erstens, wenn sie damit garantiert eine Medaille gewinnen, und zweitens, wenn sie dabei mit Sicherheit nicht erwischt würden. In einer zweiten Frage mussten sie entscheiden, ob sie eine verbotene leistungssteigernde Substanz unter folgenden Bedingungen zu sich nehmen würden: Sie werden nicht entdeckt, werden die nächsten fünf Jahre alle Wettkämpfe gewinnen, müssten aber danach an den Nebenwirkungen dieser Substanz

²⁹ Nilsson berichtet, dass 33% der Konsumenten einen Dopinggebrauch für nicht gesundheitsgefährdend einstufen (vgl. Nilsson et al., 2001, S. 196).

sterben. Über 50% der Athleten gaben an, sie würden Dopingmittel auch unter diesen Umständen einnehmen (vgl. Bamberger & Yaeger, 1997, S. 64). Striegel et al. (2006) und Nilsson (2001) stellten weiter fest, dass Doping-Konsumenten häufiger und länger als Nicht-Dopende in Fitnessstudios trainierten und über eine gesteigerte körperliche Orientierung auffielen. Begründet wurde der Dopingkonsum dieser stark vom aktuellen Schönheitsideal der westlichen Welt beeinflussten Probanden hauptsächlich mit einer Steigerung der Kraftentwicklung sowie mit dem auf die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper zurückgehenden Wunsch nach einem muskulöseren Erscheinungsbild. Neben diesem eher körperzentrierten Selbstkonzept steht auch ein niedrigerer Schulabschluss und eine ausländische Nationalität in einer positiven Korrelation zum Griff nach leistungssteigernden Mitteln (vgl. Striegel et al., 2006, S. 18).

Ein soziologischer Erklärungs-Ansatz wird von Bette & Schimank (2001) verfolgt. In diesem wird die Athletenkarriere als biografisches Risiko gesehen, bei dem die Akteure Doping als Coping-Strategie einsetzen, um mit den inneren und äußeren Druckbedingungen einer Spitzensportkarriere zu recht zu kommen. Dem Dopingkonsument wird dabei eine eher passive Opferrolle zugeschrieben, während das Hochleistungs-Sportsystem die Täterrolle einnimmt (Bette & Schimank, 2006). Dilger & Tolsdorf (2004) gehen in ihrer psychologisch orientierten Arbeit einem betriebswirtschaftlichen Zugang nach, in dem sie mit Hilfe einer Kosten-Nutzen-Erwartung die Einnahme von Dopingmitteln zu erklären versuchen.

Zu allen dargestellten Untersuchungen kann kritisch angemerkt werden, dass die Auswahl der Stichproben bislang sehr heterogen und speziell ausfiel. So wurden in erster Linie Gruppen von Spitzenathleten und Bodybuildern untersucht, die kaum eine vergleichbare Aussage zu anderen sportlichen Gruppierungen zulassen. Darüber hinaus wurden allgemeine soziologische und psychologische Parameter bislang weitestgehend außer Acht gelassen (vgl. Striegel et al., 2006, S. 12).

Im Folgenden werden ausgewählte Theorien angesprochen und diskutiert, die diese Aspekte stärker berücksichtigen und die daher für die Thematik der Arbeit besonders relevant erscheinen.

5 Theorieauswahldiskurs

In diesem Kapitel werden einige Theorien vorgestellt, die hinsichtlich der Thematik der Arbeit auf mögliche Problemlösungsansätze diskutiert und geprüft werden. Die aus ihnen gewonnenen, für diese Arbeit relevanten Erkenntnisse werden am Ende der einzelnen Abschnitte in *kursiver Schrift* kenntlich gemacht. Nach Keller (2004) sind Intentionen zur Verhaltensmodifikation umso erfolgreicher, je stärker sie empirisch gestützt und in theoretisch fundierten Konzepten verankert sind. Daher werden in einem ersten Abschnitt Ergebnisse der Determinantenforschung und deren Erklärungsmöglichkeit für die vorstehende Arbeit beschrieben. In einem zweiten Teil werden dann soziologische und psychologische Ansätze und Modelle diskutiert. Dabei orientiert sich dieser Diskurs an der verhaltenspsychologischen Darstellung von Fuchs (1997; 2001; 2003). Aus dem Ergebnis des Theorieauswahldiskurses wird dann das empirische Verfahren dieser Arbeit abgeleitet. Daran an schließt sich eine erste, auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse fußende Diskussion, die sich mit Aspekten spezifischer Interventionsmaßnahmen zur Dopingprävention auseinandersetzt.

5.1 Determinantenforschung

Die Determinantenforschung hat zum Ziel, Faktoren zu bestimmen, die einen Einfluss auf ein bestimmtes Verhalten ausüben. Bezogen auf die Dopingforschung lag der Schwerpunkt des bisher damit verfolgten Erkenntnisinteresses der Wissenschaft vor allem auf drei Fragestellungen:

1. Wer dopt, wie viel, was und welche Auswirkungen hat es (vgl. Striegel et al., 2006; Feiden & Blasius, 2002; Singler & Treutlein, 2001, Kanayama et al., 2001)?
2. Wie wird der Dopingkonsum von Dritten (Bevölkerung, Medien) wahrgenommen (vgl. Kamber, 1996)?
3. Warum wird gedopt (vgl. Dilger & Tolsdorf, 2004)?

Daraus ergibt sich, dass sich die Mehrzahl der derzeitigen Veröffentlichungen zur Dopingproblematik mit quantitativen und qualitativen Bestimmungen des Dopinggebrauchs von Sportlern oder mit Untersuchungen über die Einstellung zum Thema Doping in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe beschäftigt (vgl. Kamber 1996).

In der sozialpsychologischen Forschung versuchen Wissenschaftler seit geraumer Zeit Determinanten in Form von kausalen Zusammenhängen zwischen verschiedener Variablen und spezifischen Verhaltensmustern zu bestimmen. Die das Verhalten determinierenden Einflussvariablen können in personale Dispositionen, Motive, Zielorientierungen, soziale Einflüsse, Emotionen, Kommitment, Erwartungen, Handlungssteuerung, Einstellung, Normen, Risikowahrnehmung, Bewältigung, Verhaltenskontrolle, Selbstregulation, Handlungsphasen und Verarbeitungsmodus untergliedert werden (vgl. insb. Fuchs, 1997). Daraus wurden dann unterschiedliche psychologische Konzepte entwickelt, die zur Erklärung bestimmter Verhaltensweisen dienen können.

Den breitesten Raum nehmen hierbei wohl Erklärungsmodelle ein, die sich mit dem Verhältnis von Einstellung und Verhalten auseinandersetzen. Diese wurden von der sozialpsychologischen Forschung in den 70er und 80er Jahren unter Prüfung verschiedenster Hypothesen entwickelt. Hierfür wurden Abhängigkeiten und Beeinflussungsmöglichkeiten der Einstellungs- und Verhaltensvariablen untersucht.

Die erzielten Ergebnisse waren sehr unterschiedlich, bisweilen sogar widersprüchlich. Wicker (1969) stellte fest, dass sich die Variablen Einstellung und Verhalten, wenn überhaupt, nur oberflächlich beeinflussen. Bem (1972) hingegen erklärte, dass das Verhalten durch die Einstellung bestimmt wird. Nach McGuire (1976) wiederum lenkt die Einstellung das Verhalten. Kelman (1974) beschreibt die gegenseitige Beeinflussung beider Variablen. Von Fishbein & Ajzen (1975) stammt die „Theorie des überlegten Handelns“. Diese Theorie beschreibt nicht das gesamte menschliche Verhalten, sondern nur das unter willentlicher Kontrolle stehende Verhalten einer Person. Unter willentlicher Kontrolle wird die freie Entscheidungsmöglichkeit einer Person verstanden, ein bestimmtes Verhalten zeigen zu wollen oder nicht. Sie ist sowohl von äußeren (Zeit, soziale Zwänge) als auch von inneren Bedingungen (Fähigkeiten, Wissen) abhängig. Zudem liegt einem willentlich gesteuerten Verhalten immer eine Intention zugrunde. Dabei gelangten Fishbein & Ajzen zu folgenden Erkenntnissen: Je stärker die äußeren und inneren Bedingungen auf ein Verhalten einwirken, desto geringer ist der willentliche Faktor der Entscheidung. Das Verhalten einer Person ist unter völliger Willenskontrolle über die Intention als einziger direkter Determinante der Handlungsausführung vorhersagbar. Je kürzer das Zeitintervall zwischen Messung der Intention und der Beobachtung des Verhaltens ist, desto exakter ist die Vorhersagequalität:

Nun spiegelt sich gerade in der „Theorie des überlegten Handelns“ eine Kernfrage der Dopingforschung wider: Inwieweit handelt es sich bei einer Dopingkarriere³⁰ um ein willentlich gesteuertes Verhalten bzw. sind bestimmte Bedingungen für eine Entscheidung pro- oder contra-Doping verantwortlich, und wenn ja, welche? Während soziologische Betrachtungsweisen äußere Einflüsse als entscheidende, das Verhalten einer Person bestimmende Faktoren betonen, sehen psychologische Betrachtungsweisen diesbezüglich innere Prozesse als dominant handlungssteuernd an. Allerdings erscheint obige Frage, ausgehend von einem kognitiv-psychologischen Menschenbild, mit beiden Ansätzen aufgrund ihrer jeweils reduktionistischen Basis nur unbefriedigend beantwortbar. Für diese Arbeit wurde deshalb ein sozial-psychologischer Ansatz gewählt, der versucht, ausgewählten, bedeutsamen komplexen inneren und äußeren Faktoren gerecht zu werden. Ein solches Modell wäre z. B. das des „überlegten Handelns“, welches die sozialen Einflüsse als subjektive Norm, die Einstellung zu einem Verhalten als Attitüde beschreibt.

Analog zu Untersuchungen der Sportteilnahme der 80er Jahren wurden in den meisten bisherigen Doping-Untersuchungen nach eine Dopingkarriere auslösenden Faktoren gesucht (vgl. Bette, Schimank, Wahlig & Weber, 2002; Boos, Wulff, Kujath & Bruch, 1998). Dabei ging es zunächst nicht um die Entwicklung eines komplexen psychologischen Erklärungsmodells, sondern um die Beschreibung des derzeitigen Dopingausmaßes vor dem Hintergrund für das Dopen verantwortliche Prädiktoren ausfindig zu machen, um gegebenenfalls auf sie einwirken zu können (vgl. Singler & Treutlein, 2006).

Zusammenfassend lässt sich für die Determinantenforschung feststellen, dass es ihr nicht um die Entwicklung komplexer psychologischer Erklärungsmodelle für das Verhalten geht, sondern primär um die Bestimmung jener Determinanten, die potentiell für ein zu beobachtendes Verhalten ausschlaggebend sind. Diese können dann je nach Ausrichtung verstärkt oder isoliert werden (vgl. Fuchs, 2003, S. 121). Als problematisch bei der Determinantenforschung erweist sich allerdings die Fokussierung auf einzelne oder mehrere, separat betrachtete Variablen der in der Realität sehr viel komplexer funktionierenden motivationalen und volitionalen Verhaltenssteuerung. Eine weitere Schwierigkeit liegt zudem in der Statik der Er-

³⁰ Der Terminus „Dopingkarriere“ wird deshalb verwendet, weil dieser Begriff bereits auf den prozesshaften Charakter dieses abweichenden Verhaltens des Untersuchungsgegenstandes hinweist (vgl. Becker, 1973, S.27).

klärungsmodelle. Wie bereits oben erwähnt erweist sich bei der Messung der Intention die zeitliche Variable, die den temporären Verlauf einer Handlung beschreibt, als problematische Größe, da Modelle innerhalb der Determinantenforschung Veränderungen des Verhaltens in der Zeit nicht berücksichtigen. Ausgehend von einem phasenhaften Handlungsverlauf, müssten die jeweiligen Determinanten der einzelnen Phasen jedoch differenziert betrachtet werden (vgl. Fuchs, 2003, S. 127). *Aus dem Bereich der Determinantenforschung wird für diese Arbeit deshalb zunächst der Einfluss sowohl psychologischer als auch soziologischer Faktoren herangezogen. Diese sollen aber nicht isoliert, sondern phasenweise, also unter motivationalen und volitionalen Einflüssen der Verhaltenssteuerung betrachtet werden. Um die Statik der Erklärungsmodelle aufzulösen, werden diese um komplexere Modellvorstellungen erweitert.*

5. 2 Strukturmodelle

Das Wesen von Strukturmodellen liegt darin, mögliche Einflussfaktoren auf das Handeln nicht isoliert, sondern als in eine umfassendere Theorie eingebettete Komponenten, zu betrachten. Zentrales Anliegen ist nicht mehr die Suche nach Prädiktoren zur Vorhersage von entsprechender Handlungen, z. B. der Einnahme von Doping. Geprüft wird vielmehr, wie gut sich vorformulierte Kausalannahmen zur Verhaltensklärung eignen. Eine systematische Einteilung findet sich bei Fuchs, welche die gegenwärtig gängigen Erklärungsansätze in Strukturmodelle und Stadienmodelle beobachtbaren Handelns gliedert (vgl. 2003, S. 128). Im Folgenden wird zunächst der Erkenntniswert der Strukturmodelle analysiert und im Hinblick auf die Problemstellung geprüft.

Strukturmodelle bestimmen Prädiktorenvariablen, deren Einfluss untereinander und zum Verhalten in einem kausalen Zusammenhang stehen. Diese Variablen geben überzeitliche psychische oder soziale Zustände an, von denen eine direkte oder indirekte Beeinflussung auf das Verhalten angenommen wird. Charakteristisch für solche Strukturmodelle ist eine statische Abbildung des Einflussgeschehens (vgl. Sniehotta, 2002, S. 224).

Zu der Gruppe der allgemeinen psychologischen Strukturmodelle gehören Verhaltenstheorien aus dem Bereich der Sozial-, Entwicklungs- und Gesundheitspsychologie. Einige ihrer wichtigsten Vertreter sind Bandura (2000) mit der sozial-kognitiven Theorie, Ajzen (1991) mit der Theorie des geplanten Handelns, Rosen-

stock (1990) mit dem Health-Belief-Modell, Deci & Ryan (2000) mit der Theorie der Selbstdetermination, Kendzierski (1994) mit der Schema-Theorie, Floyd, Prentice-Dunn & Rogers (2000) mit der Theorie der Schutzmotivation und Duda (2001) mit der Theorie der Zielorientierungen. Alle diese Theorien versuchen, menschliche Verhaltensweisen zu erklären. Sie sind so allgemein gehalten, dass mit ihnen Formen des Sozial-, Leistungs- oder Gesundheitsverhaltens, z. B. Essgewohnheiten, vorausgesagt werden können. Das explizit erklärte Verhalten macht die jeweilige allgemeine Theorie dann zu einem spezifischen Anwendungsfall.

Darüber hinaus gibt es auch einige sport- und gesundheitspsychologische Strukturmodelle, die speziell auf die Vorhersage einer spezifischen sport- oder gesundheitspsychologischen Fragestellung hin entwickelt wurden. Hierzu gehören u. a. das Sport Commitment-Modell von Scanlan, Carpenter, Schmidt, Simons & Keller (1993) und das MAARS-Modell von Fuchs (1997). Eine ausführliche Betrachtung dieser Theorien scheint an dieser Stelle nicht angebracht, weil sie für die Arbeit in ihrer thematischen Orientierung als zu spezifisch erscheinen. Es soll lediglich erwähnt werden, dass hierzu einige Übersichtsarbeiten vorliegen, die diese Theorien im Hinblick auf bestimmte Anwendungsfelder des Sports kritisch diskutieren (vgl. Fuchs, 1997; Biddle & Nigg, 2000). Im Bereich der Dopingforschung existieren zum Thema Verhaltensklärung und Verhaltensänderung bislang nur wenig theoretisch fundierte empirische Untersuchungen. Eine davon wurde 2004 von Dilger & Tolsdorf durchgeführt.

Fuchs (2003) weist darauf hin, dass die meisten Modelle zur Verhaltensklärung die tatsächlich wirksamen Faktoren und Prozesse noch nicht angemessen abbilden können. Dies trifft auch auf die Erklärungsansätze von Dopingkarrieren zu. Drei Aspekte sind für ihn für eine Verbesserung der Vorhersagekraft bzw. Erklärungskraft von Verhaltensklärungsmodellen von Bedeutung: 1. Die Verwendung von Erklärungsstrukturen mit höherem Anwendungsbezug, 2. die Berücksichtigung volitionaler Prozesse und 3. die Einnahme einer Entwicklungsperspektive. (vgl. Fuchs, 2003, S. 130).

Die Forderung nach einer „Verwendung von Erklärungsstrukturen mit höherem Anwendungsbezug“ entstand aus einer zu ungenauen und zu unspezifischen Anwendungsmöglichkeit der allgemeinen Erklärungsmodelle. Allgemeine psychologische Modelle, z. B. die „Theorie des geplanten Verhaltens“ von Ajzen (1991), wurden entwickelt, um ganz unterschiedliches Verhalten, wie Kaufverhalten,

Sexualverhalten, Trinkverhalten und auch Sportverhalten vorhersagen zu können. Das Hauptproblem der bisherigen Erklärungsmodelle sieht Fuchs aber in der „inhaltslosen bloßen Abstraktion“ solcher psychologischen Modelle: „Sie sind bei der inhaltlichen Erfassung der ausschlaggebenden psychologischen Konstrukte noch zu wenig verhaltensspezifisch“ (2003, S. 130). Spezifische Verhaltensweisen wie Dopingeinnahmen müssten erst noch mit konkreten Inhalten gefüllt werden, d. h. mit ganz speziellen Kognitionen, Erlebensweisen und Gefühlen. Dazu könnten z. B. Konstrukte wie subjektiv empfundener Leistungsdruck, sportliche Selbstwirksamkeitserwartung, Konsequenzerwartung, Versagensängste aber auch soziale Einflussgrößen (Bezugspersonen), ökonomische und sportliche Perspektiven zählen. Diese Variablen tauchen in den oben genannten Erklärungsmodellen nur als abstrakte Kategorien auf. Da die Berücksichtigung volitionaler Prozesse für das Dopingproblem eine besonders hohe Erklärungskraft besitzen dürfte, sollte nach Fuchs deshalb die Erklärungskonstrukte spezifischer auf das Zielverhalten abgestimmt werden(vgl. 2003, S. 130). Die oben genannten Theorien sind jedoch allesamt Motivationskonzepte. Sie erklären in erster Linie nicht das Verhalten selbst, sondern die Abhängigkeit zwischen Intention und Verhalten. Wovon es wirklich abhängt, dass eine intendierte Handlung auch tatsächlich zur Realisierung gelangt, wird in den motivationalen Erklärungsmodellen nicht explizit thematisiert. Kuhl (1998) und Oettingen & Gollwitzer (2000) zeigen Möglichkeiten auf, wie das volitionale Problem der Handlungsumsetzung (Intentionalisierung) konzeptionell gefasst werden kann. Deshalb sollte eine entsprechende Untersuchung zu Dopingkarrieren nicht nur die motivationalen, sondern verstärkt auch die volitionalen Prozesse berücksichtigen. Da diese Prozesse meist nicht gleichzeitig ablaufen (vgl. Heckhausen, 1987b), erfordert die Betrachtung besonders komplexer Handlungen eine Entwicklungsperspektive, die erforderlich ist, weil dem beobachtbaren Verhalten eine längere nicht sichtbare Entstehungsphase vorausgeht. Die unerlaubte Einnahme von Dopingmitteln würde sonst keinen plötzlich entstehenden Verstoß darstellen, sondern eine Handlung, die sich über einen mehr oder weniger langen Zeitraum hin entwickelt. Ihren Anfang hat sie meist lange bevor es zum eigentlichen Dopingverstoß kommt. Die meisten empirischen Untersuchungen zur Dopingproblematik beschränken sich allerdings auf eine Messung des Endresultates eines in Wirklichkeit komplexen Motivations- und Volitionsprozesses. Die einfache Unterscheidung in dopende und nicht dopende Sportler ver-

nachlässigt, dass es in beiden Gruppierungen Personen mit völlig unterschiedlichen Motivationszuständen gibt. Beispielsweise können die nicht dopenden Sportler in Personen unterteilt werden, die sich auf keinen Fall dopen würden, und in Personen, die nur noch nicht wissen, wie sie sich Dopingmittel verschaffen können. Auch in der Gruppe der Dopen lassen sich unterschiedliche Motivationslagen feststellen. Auf der einen Seite können Sportler stehen, die sich nur einmal dopen, um nach einer Verletzung schneller wieder in Vollbesitz ihrer vorherigen Kräfte zu gelangen, auf der anderen Seite Sportler, die gewohnheitsmäßig versuchen, über Doping eine Leistungssteigerung zu erzielen. Solche unterschiedlichen Motivationslagen erfordern bezüglich einer bestimmten Verhaltensausprägung genauere Differenzierungen. Eine wesentliche Aufgabe von Strukturmodellen sollte also sein, nicht mehr nur beobachtbares Verhalten vorauszusagen, sondern unterschiedliche Motivationsstadien festzulegen. Dabei können diese Stadien sowohl als real beobachtbare Verhaltensmuster als auch als rein kognitive Handlungskonstrukte existieren (vgl. Fuchs, 2003, S. 132).

Für die Klärung der Forschungsfrage erscheint es daher notwendig, unterschiedliche Stadien einer Dopingkarriere bestimmen und zuordnen zu können. Die wichtigsten Fragen sind dabei:

Welche inneren und äußeren Einfluss-Faktoren sind für eine Person für das jeweilige Handlungs-Stadium signifikant? Dies soll analog den Untersuchungen von Bette et al. (2002) und Boos et al. (2001), die entsprechende Prädiktorvariablen für eine Dopingkarriere gesucht haben, geschehen. Darüber hinaus wird der Frage nachgegangen, in wie weit Stadien, im Sinne der „Theorie des geplanten Handelns“ von Ajzen (1991), kontrollierbar und in ihrem Verlauf umkehrbar sind? Offensichtlich wird, dass die Forderung von Fuchs (vgl. 2003, S. 130) nach Erklärungskonstrukten mit höherem Anwendungsbezug umzusetzen ist. Es wird noch zu zeigen sein, dass für die Arbeit die Beantwortung folgender Frage richtungsweisend ist: Durch welche inneren und äußeren Faktoren, also psychologische und soziologische Einflüsse, wird ein Sportler zu einem dopenden bzw. zu einem, der unter bestimmten Umständen dopen würde? Die Grundlage für eine solche Interpretation wird nur ein differenziertes Modell von Handlungsstadien bieten können (vgl. Kap. 6).

5. 3 Stadienmodelle

Stadienmodelle zeichnen sich in erster Linie durch ihren prozesshaften Charakter aus. Ihr Ziel ist es, diskrete aufeinander aufbauende Entwicklungsphasen eines bestimmten Verhaltens herauszufinden und zu beschreiben. Dabei wird nicht nur das beobachtbare Handeln sondern auch das motivationale und volitionale Agens berücksichtigt. Bisher wurden einige mehr oder weniger unterschiedliche Stadienmodelle vorgelegt. Davon werden jene Modelle diskutiert, die in Bezug auf die Fragestellung dieser Untersuchung anwendbar sind und sich vor allem in der Gesundheitspsychologie durchgesetzt haben. Dazu gehören u. a. das HAPA-Modell von Schwarzer (1992), das Transtheoretische Modell von Prochaska & Di Clemente (1983, 1993), das Berliner Sportstadienmodell von Fuchs (2001, 2003) und das Rubikonmodell von Heckhausen (1987). *Die Kriterien, zur Beurteilung des Lösungspotentials ergeben sich aus der Beantwortung folgender Fragen:*

- *Für welche Forschungsfrage ist das Modell entwickelt worden?*
- *Wo liegen die thematischen Akzente des Modells?*
- *Inwieweit lässt sich die Theorie auf das Thema der Arbeit - Entwicklung einer möglichen Dopingkarriere - transferieren?*

5.3.1 HAPA-Modell (Health-Action-Process-Approach)

Das HAPA-Modell wurde von Schwarzer zur Erklärung von Gesundheitsverhalten entwickelt (1992). Er unterscheidet in seinem heuristischen Modell drei unterschiedliche Phasen: 1. eine Phase der Intentionsbildung, 2. eine volitionale Prozessphase und 3. eine Handlungsphase. Eine besondere Bedeutung kommt dabei den so genannten postintentionalen Mechanismen und einer zusätzlichen Selbstregulationsperspektive zu (vgl. Schwarzer, 2002). Damit Menschen eine bestimmte Verhaltensweise annehmen, müssen sie motiviert sein, d. h. eine bestimmte Intention in Bezug auf ein bestimmtes Verhalten entwickeln. Diese Intention entsteht durch die drei Prädiktoren Handlungsergebniserwartung, Risikowahrnehmung und Selbstwirksamkeitserwartung, welche auch als verantwortlich für den Aufbau einer Dopingkarriere angesehen werden können. Abbildung 5.3 beinhaltet die allgemeinen Grundannahmen dieses Ansatzes. Die nächste Prozessstufe wird erst dann erreicht, wenn die vorhergegangene Stufe abgeschlossen ist und zugleich genügend Selbstwirksamkeit vorhanden ist, um sich gegen Widerstände wie die Risikowahrnehmung durchzusetzen. So kommt es über

die Phasen der Zielsetzung und der Planung schließlich zur Umsetzung der so genannten beobachtbaren Handlung (Initiative), bevor sich daraus eine Wiederholung (Aufrechterhaltung), ein Handlungsabbruch oder ein Handlungswiederherstellung entwickelt.

Auf die Problemstellung der Arbeit bezogen, könnten diese Faktoren z. B. mit folgenden Inhalten gefüllt sein: Der Athlet ist der Ansicht, durch Doping sei seine Leistung zu verbessern oder eine gewünschte bzw. geforderte Leistung sei mit Doping zu erzielen (Handlungsergebniserwartung). Die subjektiv erachteten bedrohlichen Risiken aus dem angestrebten Verhalten werden in der Risikowahrnehmung zusammengefasst. Hierher gehören neben den möglicherweise zu erwartenden sportlichen, gesundheitlichen und finanziellen Konsequenzen, die aus einer nicht erbrachten Leistung bzw. aus einer Aufdeckung des Betrugs resultieren, auch die persönlichen Probleme aus dem Prisoner Dilemma. Falls sich nur ein anderer Konkurrent dopt, hat ein ungedopter Sportler einen Nachteil.

Die Selbstwirksamkeit stellt schließlich die entscheidende Komponente dar, ob die nächste Prozessstufe angenommen wird oder nicht. Sie ist als Überzeugung zu fassen, mit der eine Aufgabe oder ein Problem unter den zur Verfügung stehenden eigenen Handlungskompetenzen bewältigt werden kann. Dies kann für einen Dopingkonsum auf zweierlei Weise bedeutend sein: Erstens direkt, d.h. mit der Einschätzung, sich selbst dopen zu können und zweitens indirekt, d.h. um damit die eigenen Handlungskompetenzen zu erhöhen und leistungsfähiger zu werden.

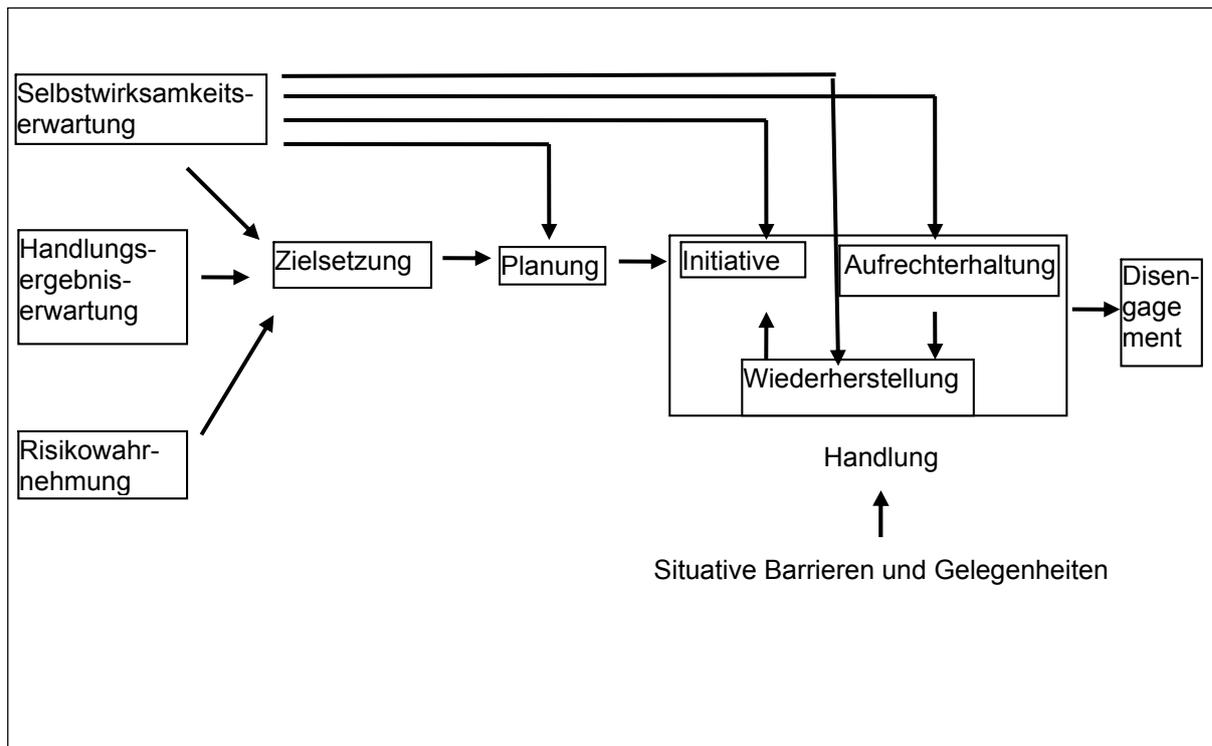


Abb. 5.3 Health-Action-Process-Approach-Modell (vgl. Schwarzer, 2002, S. 242)

Zusammenfassend kann man feststellen, dass dieses sozial-kognitive Prozessmodell eine differenzierte Aussagekraft bezüglich des Gesundheitsverhaltens hat (vgl. Schwarzer, 2002, S. 241). Es unterscheidet bereits zwischen einer prä-intentionalen Motivationslage und postintentionalen Volitionsprozessen. Ein großes Augenmerk liegt dabei auf der Selbstwirksamkeitserwartung. *Gemeinsam mit den anderen beiden bestimmenden Faktoren des Modells – der Risikowahrnehmung und der Handlungsergebniserwartung – bilden diese das Kernstück des Modells. Diese müssen zwar für die Erklärung einer möglichen Dopingkarriere als wichtig angesehen werden. Darüber hinaus kommen aber andere Faktoren, z. B. soziale Einflussgrößen, zu kurz. Da das HAPA-Modell speziell für die Erklärung von gesundheitlichen Verhalten entwickelt wurde, ist es zu geschlossen, um es als Ganzes auf die Fragestellung der Arbeit anwenden zu können.*

5.3.2 Transtheoretisches Modell

Das Transtheoretische Modell (TTM) von Prochaska & Di Clemente (1984; 1992; 1998) besteht aus fünf Stufen der Verhaltensänderung (vgl. Tab. 5.2), die nacheinander durchlaufen werden können. Prinzipiell kann dieser Verlauf sowohl aufsteigend als auch absteigend geschehen. Die Verhaltensänderung stellt dement-

sprechend einen sich zeitlich erstreckenden Prozess dar, dessen Anfänge oft lange vor der nach außen sichtbaren Entwicklung liegen. Ursprünglich wurde das TTM (1984; 1992) zur Tabakentwöhnung entwickelt und umfasst dabei einen Zeitraum von sechs Monaten. Die Prozessstufen der Verhaltensänderung stellen dabei das zentrale Konstrukt des TTM dar.

In diesem Modell wird der Schwerpunkt auf die kognitiven Steuerungs-Prozesse gelegt. Dazu gehört neben der Selbstwirksamkeitserwartung die Einschätzung der individuellen Konsequenzenerwartung. Beide sind so in das Prozessmodell integriert, dass ein direkter Zusammenhang zwischen den kognitiven Prozessen und der Stadienstufe zu erkennen ist. Die Selbstwirksamkeitserwartung und die subjektive positive Konsequenzenerwartung nehmen dabei von Stufe zu Stufe zu. In Tabelle 5.2 werden diese Stufen sowohl in einer allgemeinen Form des Modells als auch in einer an die Doping-Fragestellung der Arbeit angepassten Form vorgestellt. Das TTM besteht wie oben angedeutet aus insgesamt fünf Stufen. Diese Stufen der Verhaltensänderung unterscheiden sich in ihrer Ausprägung von Intention und Verhalten. Ähnlichkeiten sind sowohl zu dem oben genannten HAPA-Modell als auch zum Modell des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991) erkennbar, wobei das TTM eine Weiterentwicklung beider Modelle mit speziellem Anwendungscharakter darstellt.

Bei der Raucherentwöhnung hat das Modell mit seinen Interventionsmöglichkeiten in erster Linie vorzeigbare Ergebnisse auf der Ebene der Rehabilitation erzielt (Prochaska et al. 2001). Zwischenzeitlich wurde es aber auch auf andere Verhaltensweisen wie z. B. zur Erklärung und Vorhersage körperlicher Bewegung, zum Ernährungsverhalten und zur Kondombenutzung angewandt. Dabei wurden die erwarteten Zusammenhänge im Wesentlichen bestätigt (vgl. Keller, 2002, S. 606).

Tab. 5.2 Anwendung der Stufen der Verhaltensänderung und deren Operationalisierung auf die Dopingproblematik (vgl. Keller, 2002, S. 605)

<i>Prozessstufen</i>	<i>Allgemeine Anwendung der Stufen nach Keller (2002, S.605)</i>	<i>Anwendung auf ein mögliches Dopen</i>
<i>1. Präkontemplation</i>	Keine Intention, das problematische Verhalten in der nächsten Zeit, (den nächsten sechs Monaten) zu verändern	Keine aktive Beschäftigung mit dem Thema Doping; kein Dopingvorhaben
<i>2. Kontemplation</i>	Es wird erwägt, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern	Es wird darüber nachgedacht, unter bestimmten Bedingungen in den nächsten sechs Monaten zu dopen
<i>3. Präparation</i>	Erste Schritte zur Veränderung wurden eingeleitet, und das Zielverhalten wird in den nächsten 30 Tagen angestrebt	Die Bereitschaft zu Dopen ist vorhanden und wird in den nächster Zeit angestrebt
<i>4. Aktion</i>	Das Zielverhalten wird weniger als sechs Monate beibehalten	Doping wird weniger als sechs Monate betrieben
<i>5. Aufrechterhaltung</i>	Das Zielverhalten wird mehr als sechs Monate beibehalten	Doping wird mehr als sechs Monate betrieben

Immer wieder wird als Hauptkritikpunkt beim TTM auf die ungenügende konzeptionelle Unterscheidung der fünf postulierten Stufen und auf eine fragwürdige zeitliche Abstufung, insbesondere zwischen der Abgrenzung der Stadien der Aktion und der Aufrechterhaltung auf sechs Monate, hingewiesen (vgl. Fuchs, 2003, S. 135). Einige Autoren vertreten die Meinung, dass die Abstufung der unterschiedlichen Stadien prinzipiell nicht möglich sei, da eine Verhaltensänderung nicht sprunghaft, sondern kontinuierlich stattfindet (vgl. Sutton, 2001). Die Abgrenzbarkeit in unterschiedliche Stadien soll aber beim TTM nicht so verstanden werden, als handle es sich bei ihnen nur um unterschiedliche Ausprägungsstufen der Verhaltensintention. Nach Fuchs ist für das Konzept der Veränderungsstadien

die Annahme entscheidend, dass mit dem Übergang zwischen den unterschiedlichen fünf Stadien qualitative Veränderungen auf der Ebene des Denkens, der Gefühle, der generellen Bewusstseinslage oder des Verhaltens auftreten (vgl. 2003, S. 136). Dahinter verbirgt sich die Idee, dass in unterschiedlichen Stadien der Verhaltensänderung ganz unterschiedliche kognitive und behaviorale Strategien und Techniken zum Zuge kommen. In diesem Zusammenhang bleibt allerdings die Bedeutung der Ausprägung einer Veränderungsstrategie zur Erreichung der nächsten Stufen ungeklärt. So kann die gezeigte Häufigkeit einer Veränderungsstrategie eine Voraussetzung für eine neue Stufe oder nur ein Charakteristikum der bisherigen Stufe darstellen. Fuchs (2003) legte bei der Weiterentwicklung der Stadienmodelle hin zu seinem Berliner Sportstadien Modell (BSM) auf die spezifischen kognitions- und motivationspsychologischen Qualitäten seiner Stadien ganz besonders Wert.

Zwei Punkte dieses Modells sind für die theoretische Überlegung zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit interessant. Erstens wird die Verhaltensänderung in dieser Modellvorstellung nicht mehr als ein Alles-oder-Nichts-Phänomen, sondern als ein kontinuierlicher Prozess gesehen, der lange vor dem sichtbaren Verhalten beginnt. Zweitens sind die fünf Stufen der Verhaltensänderung nicht zwingend linear von einem Individuum aufsteigend zu durchlaufen, sondern können sowohl sprunghaft als auch absteigend geschehen. Der Ansatz des TTM lässt sogar das Verharren über eine längere Zeit auf einer Stufe zu.

5.3.3 Berliner Sportstadien-Modell

Das Berliner Sportstadien-Modell (BSM) wurde von Fuchs (2001) zur Erklärung des alltäglichen Sporttreibens entwickelt. Als Grundlage diente ihm dabei das Rubikonmodell Heckhausens (1987b), das TTM von Prochaska & Di Clemente (1984) sowie das Prozessmodell präventiven Handelns von Weinstein & Sandman (2002). Mit dem BSM wurde von Fuchs der Versuch unternommen, „das Denken der Stadientheoretiker und der Rubikonentwickler an dem ... Verhalten des alltäglichen Sporttreibens zusammenzuführen“ (2001, S. 262). Eine besondere Bedeutung bekommen in diesem Zusammenhang die prädezisionalen Phasen und somit jene Prozesse, die sich vor der Handlungsentscheidung abspielen. In diesen Prozessen würde - wie bereits oben dargestellt - die grundlegende Entscheidung für oder gegen eine spätere Dopingeinnahme entwickelt werden. Im Folgenden

werden die Stadien des BSM vorgestellt und ein möglicher Transfer auf die Doping-Anwendung skizziert.

Das BSM umfasst acht Handlungsstadien (vgl. Abb. 5.3), von denen zwei prädeziSIONal und sechs postdeziSIONal sind (Fuchs, 2001; 2003). In der Abbildung 5.3 wird auch bildhaft verdeutlicht, wie das BSM hinsichtlich seiner Phasen gegenüber dem Rubikonmodell einzuordnen ist.

Für Fuchs ist an Stadienmodellen die Annahme bestimmend, dass mit dem Übergang vom einen Stadium zum nächsten qualitative Veränderungen eintreten, die sich auf der Ebene des Denkens, der Gefühle, der generellen Bewusstseinslage oder des Verhaltens festmachen lassen. Ziel des BSM war es deshalb die konditions- und motivationspsychologischen Qualitäten der Stadien genauer herauszuarbeiten und zu fundieren. Im Folgenden werden die einzelnen Stadien des BSM vorgestellt und hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf die Arbeit diskutiert (vgl. Abb. 5.3).

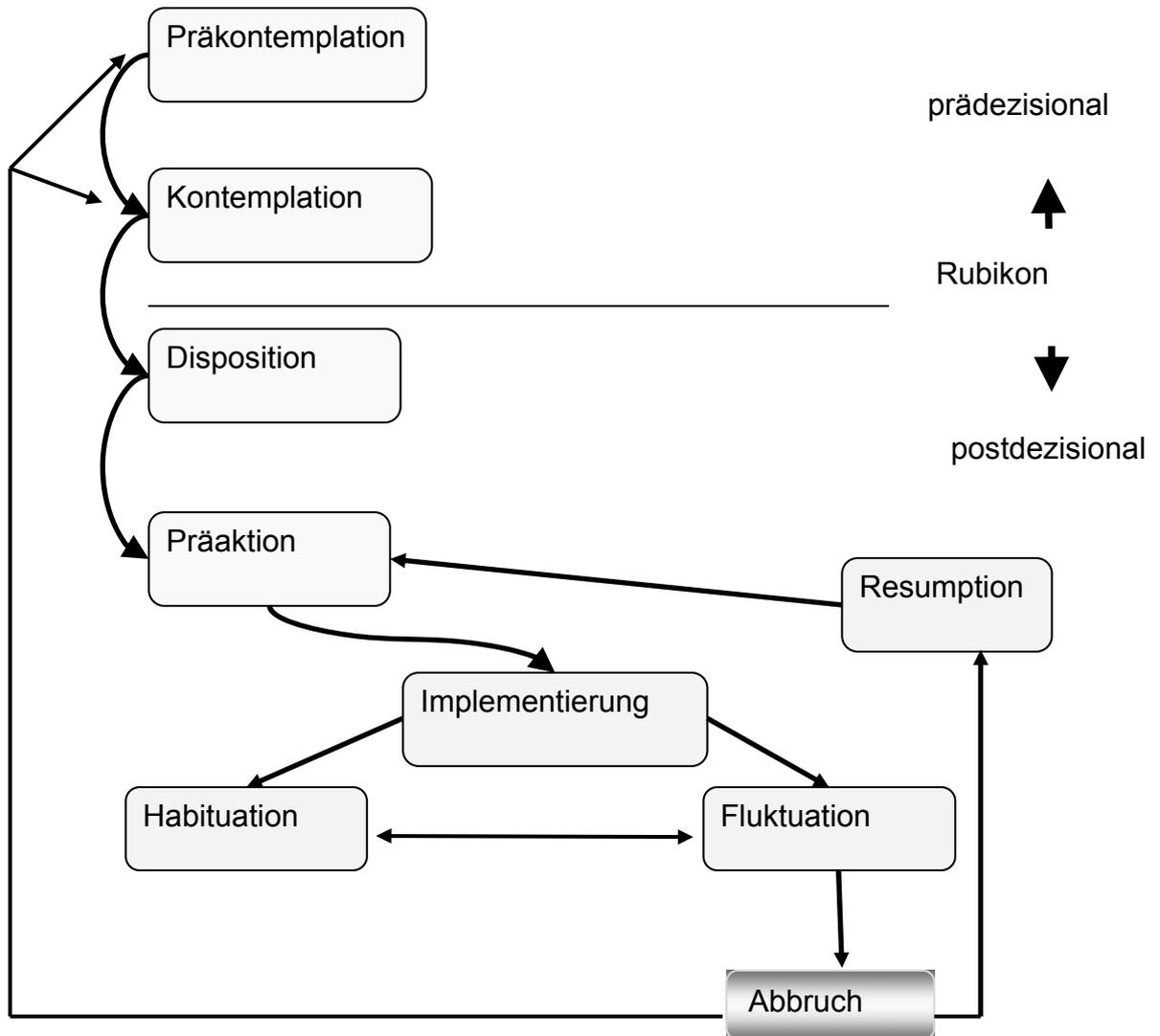


Abb. 5.3 Das Berliner Sportstadien-Modell (vgl. Fuchs, 2001, S. 263)

Präkontemplation

Die Phase der Präkontemplation ist dadurch gekennzeichnet, dass die betroffene Person noch nicht ernsthaft über die Zielhandlung (Sporttreiben) nachdenkt. Das Sporttreiben stellt hier noch keinen eigenständigen Wunsch dar, der zu einem Ausgangspunkt prädezisionaler Motivationsprozesse werden könnte. Ebenso wenig wird das Sporttreiben als Handlung in Erwägung gezogen, um einen anderen Wunsch (z. B. abzunehmen) realisieren zu können (vgl. Fuchs, 2001, S. 262). Deshalb ist dieses Stadium der prädezisionalen Phase vorgelagert. Möglich erscheint in dieser Phase eine defensive Grundhaltung, die das Nichthandeln rechtfertigt.

Auf die Fragestellung der Arbeit übertragen würde das bedeuten, dass in dieser Phase noch nicht ernsthaft über einen möglichen Gebrauch von Doping nachgedacht wird. In diesem Stadium existiert noch keine fundierte Meinung über die Vorteile bzw. einer Notwendigkeit eines eigenen Dopinggebrauchs. Eine Ablehnung der Dopinghandlung wäre demnach für diese Phase charakteristisch, aber nicht zwingend. Aber auch Personen, für die der Dopingbegriff unbekannt ist, müssten als diesem Stadium zugehörig zugeordnet werden. Im Hinblick auf die Forschungsfrage erscheint es deshalb sinnvoll, diese erste Phase weiter auszudifferenzieren.

Kontemplation

Die Phase der Kontemplation ist im BSM durch das Nachdenken einer Person über ein aktives Sporttreiben gekennzeichnet. Es ist mit der prädeziSIONalen Motivationsphase des Rubikonmodells vergleichbar (vgl. Kap. 6). In dieser Phase geht es um ein Abwägen der möglichen positiven und negativen Folgen der Zielhandlung. Personen der realitätsorientierten Bewusstseinslage sind für neue Informationen relativ offen, da sie bislang keine in Erwägung gezogene Handlung rechtfertigen müssen. Die zeitliche Länge der Phase des Abwägens kann je nach Schwere (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279) länger oder kürzer dauern und ist von Person zu Person unterschiedlich. Im BSM wird anders als im gleichnamigen Stadium des TTM dafür kein zeitlicher Rahmen festgelegt. Zur Beendigung der Kontemplation entscheidet sich eine Person entweder für oder gegen das Sporttreiben. Falls beides nicht der Fall ist, bleibt sie weiter in dieser Phase (vgl. Fuchs, 2001, S. 264).

In der Dopingthematik würden dementsprechend Sportler in der Kontemplationsphase aktiv über die Vor- und Nachteile des Dopens nachdenken und eventuell abwägen, sich selbst zu dopen. Sie sind demnach für neue Informationen aller Art hinsichtlich des Dopingthemas offen. Sowohl negative als auch positive Informationen zu den Konsequenzen eines Dopinggebrauchs werden aus unterschiedlichen Quellen weitestgehend unvoreingenommen aufgenommen. Dazu gehören Erfahrungen anderer Sportler und Freunde, Berichte aus Zeitungen, aus dem Internet und Fernsehen sowie Anregungen aus dem privaten und sportlichen Umfeld. Diese relativ neutrale Haltung gegenüber den Argumenten erklärt sich über eine (noch) nicht entschiedene eigene Doping-Position. Allerdings muss in der

Praxis in dieser Phase eher mit einer negativen DopingEinstellung gerechnet werden, da es sich um ein unerwünschtes Verhalten handelt. Für die Untersuchungsfrage erscheinen die genaue Abgrenzung und die Einflussfaktoren dieser Phase von großer Bedeutung zu sein, denn in keinem anderen Stadium kann die Einstellung zu Doping leichter beeinflusst werden.

Disposition

Fuchs beschreibt das Stadium der Disposition ganz im Sinne von Gollwitzer & Malzacher (1996) mit den konstitutiven Variablen „Vorliegen einer Zielintention“ und „veränderte Bewusstseinslage“ als kognitives Ergebnis der vorangegangenen Kontemplationsphase. Eine Grundsatzentscheidung für das Sporttreiben ist zu diesem Zeitpunkt getroffen. Wie die Zielhandlung realisiert wird bleibt aber zunächst noch offen. Das mögliche Sportengagement wird vorgeplant. Aus diesem Grund werden hier die Fragen geklärt, wann Sport getrieben werden soll, welche Sportart(en) ausgeübt werden soll(en) und wie oft diese Sportart(en) ausgeübt werden. Diese vage Zielintention stellt noch keinen Zwang dar, das vorgenommene Verhalten unbedingt durchführen zu müssen. Die veränderte Bewusstseinslage ist nun realisierungsorientiert. Die gesamte Wahrnehmung ist auf das Wie des Handlungsvollzugs gelenkt, d.h. auf die Realisierung der Zielintention ausgerichtet. Diese Phase kann wiederum einige Wochen und Monate andauern, bevor man sich in die nächst höhere Phase (Präaktion) begibt oder in eine vorherige Phase (Kontemplation) zurückfällt.

Hinsichtlich der Frage dieser Arbeit kann diese Stufe einen langen Zeitraum andauern, hier enden oder sogar rückläufig sein. Entscheidend werden dafür unterschiedliche interne und externe Faktoren sein, die es zu identifizieren gilt. Obwohl für viele Personen anzunehmen ist, dass ihre Dopingkarriere hier (vorläufig) endet, bildet diese Phase die gefährliche Grundvoraussetzung für die nächsten Stufen. Von großem Interesse ist deshalb die Anzahl der Jugendlichen, die sich in dieser Phase befinden. Mit dem BSM lässt sich allerdings nicht erklären, was mit den Personen geschieht, die eine klare negative Disposition zu Doping haben. Ein entsprechendes Modell müsste für das Anwendungsfeld Doping eine Abzweigung im Handlungspfad berücksichtigen (vgl. Kap.7).

Präaktion

Die Phase der Präaktion wird erreicht, wenn die Modalitäten der Handlungsrealisierung bereits feststehen. Die Person hat eine Realisierungs-Intention entwickelt, d.h., sie hat sich für das oben beschriebene wie, was und wo der eigenen Handlung entschieden. Für den Fall des Sporttreibens kann das bedeuten, dass eine Person bereits ein entsprechendes Sportangebot herausgesucht und entschieden hat, wann und wo mit diesem begonnen werden soll. Eine genaue Vorstellung des Handlungsverlaufs erhöht dabei die Wahrscheinlichkeit einer Handlungsdurchführung. Dagegen ist ein kurzer Zeitraum zwischen Handlungsplan und Handlungsdurchführung für einen tatsächlichen Handlungsbeginn mitverantwortlich (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 289). Für Fuchs hat eine solch präzise Realisierungsintention die Aussagekraft, dass es nachher mit einer großen Wahrscheinlichkeit auch zu einer entsprechenden Handlungsinitiierung kommt, auch wenn dies nicht zwingend so ablaufen muss (vgl. 2001, S. 265). Die Ausführung einer noch so durchdachten Handlungsplanung kann möglicherweise durch ein plötzlich eintretendes Ereignis wie Krankheit oder Kursausfall verhindert werden. Es kann zu einer Verzögerung oder einem Scheitern der Handlungsrealisierung kommen.

Beim Scheitern kehrt die Person entweder wieder in das Stadium der Disposition oder sogar ganz in das Stadium der Kontemplation bzw. Präkontemplation zurück. *Geht man von den Zahlen aktueller Doping-Untersuchungen aus (vgl. Kap.4), ist anzunehmen, dass sich in dieser Phase deutlich weniger Jugendliche befinden, als in den Phasen zuvor. Personen, die sich in dieser Phase befinden, wissen mit welchem Mittel, wann und mit welcher Dosis sie versuchen, ihre Ziele zu erreichen. Für die Dopingpraxis würde dies bedeuten, dass die Personen bereits genaue Kenntnisse haben, mit was sie sich dopen und wie sie an die Mittel herankommen können.*

Implementierung

Die nächste Phase im BSM wird als Implementierung bezeichnet. In dieser Stufe wird die Realisierungsintention in die Praxis umgesetzt. Im BSM geht es bei der Implementierung darum, „die vorgenommene Sporthandlung auf der Grundlage der Zielintention und der darauf aufbauenden Realisierungsintention unter den gegebenen situativen Umständen in die Tat umzusetzen“ (Fuchs, 2001, S. 266).

Probleme bei der Handlungsdurchführung können durch Handlungshindernisse entstehen. In dem BSM werden in diesem Zusammenhang von der Person nicht beeinflussbare Ereignisse wie eine zeitliche Kursverschiebung genannt. Im Dopingfall könnten diese Schwierigkeiten z. B. dann auftreten, wenn Handlungshindernisse wie die Beschaffung von Dopingpräparaten oder dichte Dopingkontrollen die Handlungsrealisierung erschweren. Treten solche Handlungshindernisse auf, hat die Person entweder die Möglichkeit, dies durch eine erhöhte Anstrengungsbereitschaft zu kompensieren, oder es kommt zu einem vorzeitigen Abbruch der Handlung. Entscheidend für die Überwindung der Handlungshindernisse sind zum einen die Stärke der Zielintention und zum anderen volitionale Prozesse der Handlungssteuerung. Die Implementierungsphase ist generell durch ihren unstabilen Charakter gekennzeichnet. Nach Gollwitzer & Malzacher (1996) können auch Gewohnheiten und chronische Ziele einer Verwirklichung der Zielintentionen entgegenstehen (vgl. 1996, S. 438-439.).

Beispielsweise kann ein Sportler, der sich vorgenommen hat zu dopen, durch sein übergeordnetes Ziel „Fairness“ an seiner Handlungsdurchführung gehindert werden. Dramatischer erscheint der Fall, in welchem sich ein Sportler prinzipiell gegen Doping entschieden hat. Da er aber das chronische Ziel verfolgt, der Beste sein zu wollen, kommt er in Versuchung seine ursprüngliche Handlungsabsicht zu verwerfen. Metakognitive Abschirm- und Selbstkontrollstrategien stabilisieren dagegen das Verhalten. Eine den Dopingmissbrauch stützende Abschirmstrategie könnte zum Beispiel sein, die eigene Entdeckungswahrscheinlichkeit bei Dopingtests als unerheblich einzuschätzen. Eine Selbstkontrollstrategie wäre die eigenen gesundheitlichen Gefahren durch Doping als nicht bedrohlich einzustufen.

Habituation

Wird die implementierte Handlung über einen längeren Zeitraum und trotz möglicher auftretender Schwierigkeiten (Barrieren) aufrechterhalten, spricht man von einer Habituationsphase. Im Transtheoretischen Modell von Prochaska & DiClemente (1992) wird von einer Habituation dann gesprochen, wenn die Aufrechterhaltung der Handlung mindestens sechs Monate andauert. Fuchs verweist in diesem Zusammenhang auf die Schwierigkeit der Grenzziehung zwischen dem Stadium der Implementierung und der Habituation (vgl. 2001, S. 267). Für ihn ist nicht die zeitliche Komponente ausschlaggebend, sondern die Aufrechterhaltung

der Handlung trotz einsetzender Barrieren. Diese können gesundheitlicher, organisatorischer oder sozialer Natur sein. Störgrößen im BSM könnten in Bezug auf die Sportteilnahme u. a. schlechtes Wetter oder eine Geburtstagsfeier sein.

Auf die Fragestellung der Arbeit übertragen könnten für einen Sportler unerwünschte gesundheitliche Symptome Barrieren darstellen (z. B. Schlafstörungen). Eine organisatorische Störgröße ist z. B. eine neue, unbekannte Doping-Kontrollmöglichkeit. Soziale Barrieren entstehen beispielsweise durch interne Intervention aus seinem sozialen Umfeld (Trainer, Eltern, Freunde usw.). Setzt er gegen aufkommende soziale Barrieren seine Dopingpraxis durch, kann in diesem Fall von einer Habituation gesprochen werden.

Fluktuation

Fuchs bezeichnet ein sportliches Engagement, das unregelmäßig betrieben wird, als Stadium der Fluktuation. Das äußere Kennzeichen dieses Stadiums ist die fehlende gleich bleibende (wöchentliche) Handlungsdurchführung. In seinem BSM würde dies z. B. durch einen Sportler in einem Fitness-Studio dargestellt werden, der nicht regelmäßig wöchentlich, systematisch trainiert, sondern unregelmäßig, eine Woche häufig, eine Woche gar nicht, Sport treibt. Fluktuiert das Sportverhalten stark, ist es nicht einer Habituationsphase zuzuschreiben (vgl. Fuchs, 2001, S. 267).

In der Fragestellung der Arbeit sind solche Sportler dem Stadium der Fluktuation zuzuordnen, deren Dopingkonsum noch nicht als Gewohnheit einzustufen ist. Ihr Konsumverhalten ist durch unterschiedliche Verhaltensmuster gekennzeichnet. Die Dopingpraxis reicht von sporadisch bis häufig. Im Gegensatz zur Erklärung der Sportteilnahme kann bei diesem Transfer des BSM durchaus eine saison- oder wettkampfbedingte Habituation mit einbezogen werden. Ein längerfristig betriebener systematischer Rhythmus der Dopingeinnahme zur Leistungssteigerung ist dann die Folge. Auch Sportler, die sich nur für spezielle Wettkämpfe Leistungsvorteile verschaffen wollen oder bei der kontinuierlichen Beschaffung der verbotenen Substanzen Probleme haben, befinden sich in dieser Phase. Die Form des instabilen Verhaltens ist u. a. durch unterschiedliche, zum Teil konkurrierende Handlungsintentionen gekennzeichnet (Leistungssteigerung vs. Gesundheit; Fairnessgedanke vs. schierer Egoismus) (vgl. Drexel, 2002, S. 115). Aus diesem

fluktuierenden Verhalten kann mit der Zeit sowohl ein dauerhaftes regelmäßig stattfindendes Verhalten werden, als auch ein Abbruch des Verhaltens zustande kommen.

Abbruch

Der Abbruch wird im BSM nicht als eigenes Stadium verstanden, sondern nur als Ende eines solchen. Denkbar ist ein Abbruch aus dem Stadium der Implementierung, aus dem Stadium der Habituation und auch aus dem Stadium der Fluktuation. Nach einem Abbruch kann der Sportler entweder in ein prädeziotionales Stadium der Präkontemplation und Kontemplation zurückfallen, oder er bleibt in einer postdeziotionalen Bewusstseinslage jenseits des Rubikons, im Stadium der Resumption. Es ist dem Stadium der Disposition sehr ähnlich. Der Unterschied liegt in erster Linie darin, dass die Person die Handlung bereits schon einmal vollzogen hat und sowohl über gewisse Handlungsmodalitäten als auch über die zu erwartenden Schwierigkeiten besser Bescheid weiß. *Zu einem Abbruch der oben skizzierten Dopingkarriere kann es aus unterschiedlichen Gründen kommen. Möglichkeiten können u. a. ein freiwilliges oder vorzeitiges Karriere-Ende, eine Neubewertung der Handlungsintentionen (beispielsweise durch ein eingetretenes kritisches Lebensereignis), die Angst vor einer positiven Dopingkontrolle oder ein aufgedeckter Betrug sein.*

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine detaillierte Beschreibung einzelner Handlungsphasen wie im BSM angewendet auch hinsichtlich der Fragestellung der vorliegenden Arbeit als sinnvoll erscheint. Allerdings macht eine exaktere Analyse des BSM deutlich, dass dessen Ausdifferenzierung zur Erklärung der Entwicklung des Sporttreibens nicht deckungsgleich auf die Dopingproblematik übertragen werden kann, sondern dass Modifikationen notwendig sind. Aus diesem Grund wird im Anschluss zunächst das die Basis des BSM bildende Rubikonmodell von Heckhausen vorgestellt, um dieses dann an die spezifischen Aspekte der für die Arbeit relevanten Fragestellung anzupassen. Das primäre Ziel eines solchen modifizierten Modells muss darin bestehen, Personen einer der Phasen zuordnen zu können. Darauf aufbauend sollen jene Prädiktoren bestimmt werden, die für die jeweilige Phase kennzeichnend sind, um gegebenenfalls auf sie einwirken zu können.

6 Das Rubikonmodell der Handlungsphasen und seine Anwendung im Dopingkontext

Als Caesar 49 v. Chr. nach langem Zögern mit seinen Truppen den römischen Grenzfluss Rubikon³¹ überschritt, erklärte er damit der Republik Rom und seinem Widersacher Gnaeus Pompeius Magnus unwiderruflich den Krieg. Mit dem Zitat, „der Würfel ist gefallen“, machte Caesar offenkundig, dass es nach der bewaffneten Überquerung kein Zurück mehr von seiner Entscheidung gab (vgl. Ottmer, 1979).

Heckhausen übernimmt die Rubikon-Metapher für das dieser Arbeit zugrunde liegende Konzept und bezeichnet es als Rubikonmodell der Handlungsphasen (Heckhausen, 1987a). Er beschreibt mit diesem theoretischen Modell den phasenhaften Pfad, den eine Person vom Wunsch nach einer Handlungsdurchführung bis zur Überschreitung des Rubikons, d. h. der Realisierung der Intention, und bis zur abschließenden Bewertung eines jeweils erreichten Handlungsziels durchlaufen kann (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S.278). Heckhausen unterscheidet im Rubikonmodell vier zeitlich nacheinander ablaufende und eigenständig vorkommende Handlungsphasen: *die prädeszisionale Handlungsphase, die präaktionale Handlungsphase, die aktionale Handlungsphase und die postaktionale Handlungsphase* (siehe Abbildung 6.1). Mit den jeweiligen Phasen verbunden ist das Abwägen unterschiedlicher Wünsche und Handlungsmöglichkeiten sowie deren jeweilige Vor- und Nachteile, das Planen konkreter Zielerreichungsprozesse, die angestrebte Handlungsdurchführung und die Bewertung der sich daraus ergebenden Handlungsergebnisse (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 278)³².

³¹ Der Rubikon (auch: Rubicon, Rubico) ist ein kleiner Fluss, der südlich von Ravenna in die Adria mündet.

³² Zur Kritik am Rubikonmodell vgl. Kap. 6.5.

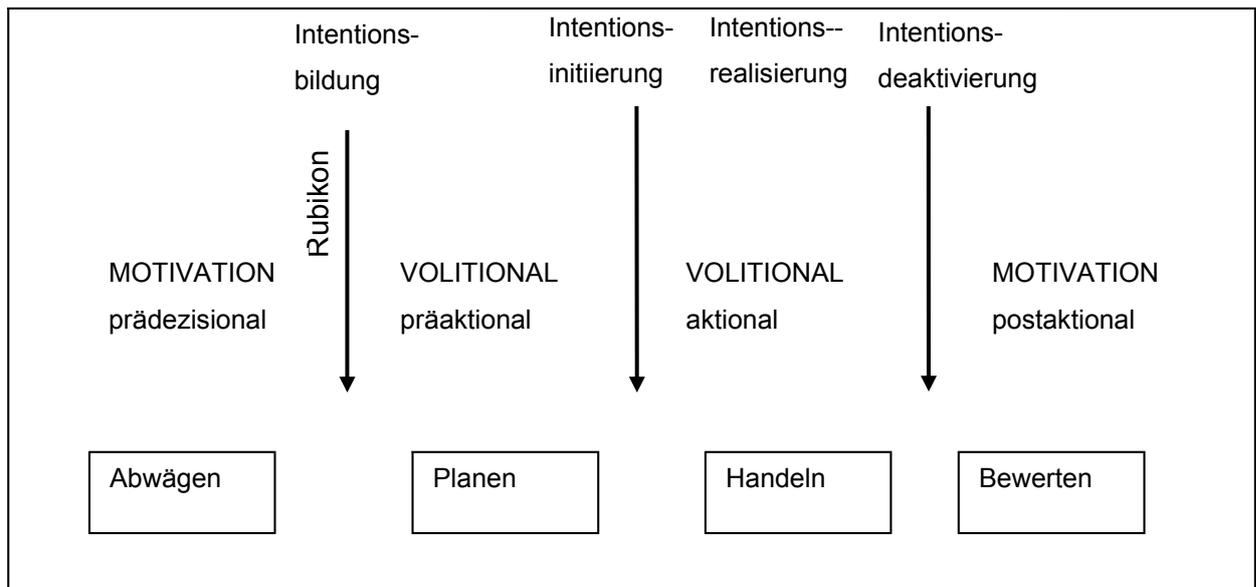


Abb 6.1 Das Rubikonmodell (vgl. Heckhausen & Gollwitzer 1987)

6.1 Die Handlungsphasen

In diesem Kapitel werden die einzelnen Handlungsphasen, ihre entsprechenden Bewusstseinslagen und die exemplarische Anwendung auf den Dopingkontext vorgestellt.

6.1.1 Prädezisionale Handlungsphase

In der prädezisionalen Handlungsphase werden sowohl die Wünsche und Anliegen als auch die Wünschbarkeit potentieller Handlungsergebnisse miteinander verglichen und gegeneinander abgewogen (vgl. Heckhausen, 1980). Das Ziel dieser ersten Phase besteht darin, einen Entschluss für oder gegen eine bestimmte Handlungsoption zu fällen. Dabei geht Heckhausen davon aus, dass es sich hierbei nicht immer um einen bewussten Prozess handeln muss (vgl. 1987a, S.135). Generell werden aber die Wünschbarkeit und die Realisierbarkeit möglicher Wünsche und Anliegen bewertet. Die Wünschbarkeit umfasst den Wert des erwarteten Handlungsergebnisses. Hierfür muss die Frage beantwortet werden, wie wichtig das erwartete Handlungsergebnis für die Person ist und welche Wünsche man wirklich in die Tat umsetzen will. Die Realisierbarkeit bestimmt beispielsweise Antworten auf folgende Fragen:

- In wieweit kann das gewünschte Ergebnis durch die eigene Handlung herbeigeführt werden?
- Spielt der situative Kontext hierbei eine positive oder negative Rolle?

- Stehen für die Realisierung die nötige Zeit und die nötigen Mittel zur Verfügung?
- Werden sich eventuell günstige Gelegenheiten anbieten?
- Welche kurzfristigen und langfristigen positiven und negativen Konsequenzen ergeben sich aus dem Handlungsziel?
- Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Konsequenzen auch wirklich eintreten (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279)?

Das Abwägen der Realisierbarkeit beinhaltet also die subjektiv zu erwartenden kurzfristigen und langfristigen positiven und negativen Folgen. Darüber hinaus greift sie die Wahrscheinlichkeit einer Realisierbarkeit des Wunsches oder des potentiellen Ziels auf.

Es ist davon auszugehen, dass ein Handelnder seine Wünsche und potentielle Ziele nicht isoliert, sondern in Abhängigkeit und Relation zu anderen Wünschen analysiert (vgl. Gollwitzer, 1996, S. 534). Für eine Person, die beispielsweise in einem allgemeinen Sinn etwas für ihre Gesundheit tun möchte, kann das Ziel der Raucherentwöhnung leichter realisierbar erscheinen, wenn es zusätzlich mit dem Ziel des Sporttreibens kombiniert wird. Andererseits kann ein Wunsch auch durch einen anderen übergeordneten Wunsch plötzlich an Bedeutung verlieren. So kann der Wunsch nach Sporttreiben schnell einem übergeordneten Wunsch nach einem gemütlichen Fernsehabend geopfert werden. Der damit verbundene Entscheidungsprozess dauert von Person zu Person und von Fall zu Fall unterschiedlich lang. Dabei werden erfahrungsgemäß nicht alle Fragen und Eventualitäten geklärt. Oft lassen sich bestimmte Fragen gar nicht endgültig klären und meist steht nicht einmal genügend Zeit zur Verfügung, um alle potentiell beantwortbaren Fragen zu bearbeiten.

Aus diesem Grund entstand im Rubikonmodell das Konzept der „*Fazittendenz*“³³. Mit diesem Konzept soll eine genauere Aussage über die Erledigung der motivational bestimmten Aufgaben des Abwägens gemacht werden. Je länger und intensiver eine Person sich mit Fragen nach Folgen und Realisierbarkeit möglicher Handlungen bzw. Nicht-Handlungen auseinandergesetzt hat, desto mehr kommt diese Person zur Überzeugung, die Sachlage vollständig zu erfassen und somit zu einer höheren Fazittendenz. Dies ist wiederum gleichbedeutend mit der Absicht,

³³ Die so genannte Fazittendenz spiegelt die Erledigung der motivationalen Aufgaben des Abwägens wider.

jetzt zu einem Entschluss hinsichtlich der Realisierung eines Wunsches bzw. potentiellen Ziels zu kommen. Nur wenn ein gewünschtes Klärungsausmaß erreicht worden ist, kann davon ausgegangen werden, dass der Fazittendenz auch nachgegangen wird. Dieses gewünschte Klärungsausmaß korreliert nach Achtziger & Gollwitzer „positiv mit der persönlichen Wichtigkeit der Entscheidung und negativ mit den Kosten, die das Beschaffen und das Durchdenken von Informationen über mögliche Konsequenzen erfordert“ (2006, S. 279).

Gollwitzer, Heckhausen & Ratajczak (1990) fanden zudem in einem Experiment heraus, dass man den Prozess des Abwägens auch dadurch verkürzen kann, indem man intensiv darüber nachdenkt, wie eine abzuwägende Alternative in die Tat umgesetzt werden könnte. Zur Beendigung dieser Phase und somit für den Übergang zur Realisierungsvorbereitung genügt es nicht, eine möglichst hohe Motivationstendenz³⁴ zu entwickeln und ihm damit die höchste Präferenz einzuräumen. Der Wunsch muss hierfür in ein konkretes Ziel umgewandelt werden. Dieser Vorgang wird in diesem Modell als Überschreiten des Rubikons bezeichnet. Das Abwägen des Nutzens eines Wunsches wandelt sich in eine Festlegung auf seine tatsächliche Realisierung. Dies bezeichnet man auch als das Bilden einer Zielintention (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279).

6.1.2 Präaktionale Handlungsphase

Personen, die in der präaktionalen Handlungsphase, also in der zweiten Phase des Rubikonmodells operieren, befinden sich in einem postdeziSIONALen Zustand. Neu formulierte Ziele können, wenn noch andere Handlungen eingeschoben oder abgeschlossen werden müssen, nicht unmittelbar in die Tat umgesetzt werden (vgl. Heckhausen, 1989, S. 212). Auch Ziele, die einen weiter entfernten, schwerer erreichbaren Zielzustand (z. B. gesünder zu leben oder mehr Geld zu verdienen) beinhalten, sind nicht sofort bzw. auf einmal zu erreichen. Daraus ergeben sich Warteperioden, in denen eine günstige Gelegenheit abgewartet werden muss, das intendierte Ziel entweder in die Tat umzusetzen oder ihm zumindest ein Stück näher zu kommen. Diese Phase wird auch als volitional bezeichnet. Das bedeutet, dass nach der Beendigung des motivationalen Abwägens die Realisierung des im

³⁴ Mit diesem Terminus ausgedrückt werden soll, dass sich aus der Entscheidung tendenziell ein höherer Nutzwert für die die Entscheidung treffende Person ergibt. Dieser erhöhte Nutzwert löst seinerseits bei dieser Person im Bezug auf die Handlung eine erhöhte Wünschbarkeit und eine erhöhte Motivation zur Realisierung aus (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279).

Ziel spezifizierten Zielzustandes mithilfe zielfördernder Handlungen im Mittelpunkt steht. Der Handelnde verschafft sich Klarheit darüber, auf welche Art und Weise er dieses Ziel erreicht (vgl. Heckhausen, 1987a, S. 134). Bei den Maßnahmen zur Handlungsrealisierung kann es sich einerseits um bereits vorhandene Umsetzungsmechanismen und andererseits um neue Verhaltensweisen handeln, über die man sich erst noch Gedanken machen muss.

Nach Gollwitzer (1999) ist die erfolgreiche Zielerreichung für diese Phase am günstigsten, wenn Vorsätze oder Durchführungsintentionen hinsichtlich der Zielhandlung gebildet werden. Es sollen also konkrete Pläne entwickelt werden, wann, wo und auf welche Weise man eine zielfördernde Handlung umsetzen möchte. Gollwitzer geht davon aus, dass Vorsätze bezüglich der Initiierung, Durchführung und Beendigung einer Handlung Realisierungsschwierigkeiten überwinden helfen. Potentielle Realisierungsschwierigkeiten können sich entweder aus verpassten bzw. zu lang hinausgeschobenen oder übersehenen Gelegenheiten ergeben. Die Bewältigung dieser Probleme ist der Inhalt der zweiten Handlungsphase. Für die Wahrscheinlichkeit der Handlungsdurchführung steht das Konzept der so genannten „*Fiattendenz*“ (vgl. Heckhausen, 1987a, S. 138). Nach Überschreiten des Rubikons erreichen Ziele eine Volitionsstärke, die einen gewissen Verbindlichkeitscharakter aufweist. Zusammen mit dem Grad der Günstigkeit der vorliegenden Gelegenheiten bzw. Situationen zur Realisierung des intendierten Ziels ergibt sich die *Fiattendenz*.

In der Realität ist der Grad der Realisierungswahrscheinlichkeit einer Handlung meist nicht separat zu bewerten. Meist ergeben sich für die Realisierung einige Möglichkeiten. Diese Sachlage wird als „*Längskonkurrenz*“ bezeichnet. Darüber hinaus können sich die einzelnen Handlungsziele in den einzelnen Situationen auch gegenseitig beeinflussen. Beinhaltet eine Situation beispielsweise jeweils mehrere Ziele mit einer hohen *Fiattendenz*, können naturgemäß nicht alle gleichzeitig realisiert werden. Dieser Fall wird auch als „*Querkonkurrenz*“ bestimmt. Umgesetzt werden dann Handlungen zur Erreichung jenes Ziels, das mit der vergleichsweise höchsten *Fiattendenz* ausgestattet ist (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 280). Ebenfalls Bezug auf dieses Phänomen nimmt die Neurobiologie. In ihr wird das zielgerichtete Handeln als neuronale Aktivität des Frontalhirns gemessen, welches eine Zurückstellung anderer Handlungspläne mit sich bringt (vgl. Spitzer, 2004, S. 357).

6.1.3 Aktionale Handlungsphase

Der Übergang zur aktionalen Handlungsphase geschieht mit der Handlungsinitiierung zur Realisierung der in der präaktionalen Handlungsphase festgelegten Pläne. Nach Heckhausen stellt diese „Handlungsinitiierung, und nicht die Intentionsbildung, das Hauptproblem einer am Alltagsleben orientierten Motivationsforschung“ dar (1987a, S. 137). Das Ziel dieser Phase ist die erfolgreiche Umsetzung der geplanten zielfördernden Handlungen. Normalerweise wird in der aktionalen Phase immer nur eine Handlung durchgeführt. In bestimmten Fällen können jedoch zwei Aktionen parallel ablaufen, z. B. wenn es sich bei einer der beiden Aktionen um eine automatisierte Tätigkeit handelt. Gewohnheitstätigkeiten wie Autofahren ermöglichen gleichzeitiges Ausführen von weiteren Handlungen. Alltägliche Handlungen wie das Zähneputzen bedürfen des Weiteren nicht unbedingt einer Intentionsinitiierung. Sie erfolgen automatisch und bedürfen somit keiner Entscheidungsbildung. Auch Impulshandlungen, bei denen es sich um situativ ausgelöste Emotionen handelt, erfolgen ohne motivationales Abwägen.

Die Intensität und die Ausdauer des zielorientierten Handelns wird als „*Volitionsstärke*“ bezeichnet (vgl. Höner, 2005, S.43). Die Volitionsstärke des Ziels bestimmt maßgeblich die Handlungsdurchführung und stellt den Grenzwert der Anstrengungsbereitschaft gegenüber externen und internen Schwierigkeiten dar. Bandura (1997) unterscheidet drei Faktoren, die die momentan aufgewendete Anstrengung (Volitionsstärke) bestimmen. Dazu zählen die affektive Selbstwertung, die wahrgenommene Selbstwirksamkeit und die Neuanpassung des persönlichen Standards. Gollwitzer merkt an, dass die Volitionsstärke über Erfahrungen, die in einer früheren Realisierungsbemühung gemacht wurden, positiv oder negativ beeinflusst werden kann (vgl. 1996, S. 536). Die Volitionsstärke wird neben der Stärke der Motivationstendenz durch eine Zusatzvolition³⁵ gesteigert. Heckhausen (1987a) geht davon aus, dass der Handlungsablauf durch eine mentale Zielrepräsentation geleitet wird, auf welche sich der Handelnde festlegt. Die Repräsentation des Ziels ist hierbei nicht bewusstseinspflichtig. Die Phase endet entweder mit der Beendigung der durchgeführten Zielhandlung oder, bei Unklarheit über die Zielerreichung, mit dem Abbruch der Handlung (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 280).

³⁵ Als „*Zusatzvolition*“ wird hier die Anstrengungsbereitschaft verstanden, die hinsichtlich der Handlungsinitiierung beim Überwinden von Schwierigkeiten mobilisiert wird.

6.1.4 Postaktionale Handlungsphase

Nach Beendigung der aktionalen Phase hat der Handelnde wieder eine motivationale Aufgabe zu bewältigen. Er muss das Ergebnis seiner Handlungen in Bezug auf seine vormals am Ende der prädezisionalen Phase gesetzten Ziele bewerten. Hat er ein in sich abgeschlossenes Handlungsergebnis erreicht, so fällt diese Bewertung leicht. Schwieriger fällt die Beurteilung, wenn das angestrebte Handlungsergebnis etwa innerhalb eines Trainingsprozesses stetig verbessert oder erweitert werden soll, z. B. bei der Vorbereitung auf einen Marathon.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die tatsächliche Wirkung des erreichten Ziels auch mit der erwarteten Wirkung übereinstimmt. Zum Vergleich der eingetretenen Wirkungen mit den erwünschten Wirkungen sind zunächst die Folgen des Handlungsergebnisses abzuwarten. Hierbei kann es sich um eine positive oder negative Einschätzung des Ergebnisses, um eine Selbst- oder Fremdbewertung, eine Annäherung an ein übergeordnetes Ziel oder um irgendwelche Nebeneffekte handeln. Fällt die Bewertung des Ergebnisses negativ aus, weil das tatsächliche nicht dem erwarteten Ergebnis entspricht, dürften solche Erfahrungen künftig in die prädezisionalen Abwägungsprozesse mit einfließen und zu einer realistischeren Einschätzung führen. So kann sich beispielsweise zeigen, dass die Handlungswirkung zu positiv eingeschätzt wurde, weil bestimmte Folge-Ergebnis-Erwartungen im Vorfeld zu hoch angesetzt oder gar nicht in Betracht gezogen wurden³⁶. Somit kommt es entweder zu einer Herabsetzung des Anspruchsniveaus an das erzielte Handlungsergebnis oder, bei gleicher Zielsetzung, zur Anwendung möglichst Erfolg versprechender Handlungsalternativen (vgl. Heckhausen, 1989, S. 216).

³⁶ Diese zwei Bewertungen, die sowohl in die Zukunft als auch in die Vergangenheit gerichtet sind, werden als sog. Janusköpfigkeit der postaktionalen Phase bezeichnet (vgl. Gollwitzer, 1996, 536-538).

6.2 Das Konzept der kognitiven Bewusstseinslagen und ihre exemplarische Anwendung auf Doping

Als Konzept der Bewusstseinslage wird in sprachlicher Anlehnung an die Würzburger Schule³⁷ eine bestimmte Art der kognitiven Orientierung, die für die Erledigung der jeweils in einer bestimmten Handlungsphase anstehenden Aufgabe erforderlich ist, verstanden (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 282). In den Ursprüngen des Rubikonmodells wurden zunächst zwei Bewusstseinslagen unterschieden, eine realitätsorientierte motivationale und eine realisierungsorientierte volitionale Bewusstseinslage. Während die motivationale Bewusstseinslage die prädezinale und die postaktionale Phase beinhaltet, umfasste die volitionale Bewusstseinslage die präaktionale und aktionale Phase (vgl. Gollwitzer, 1987, S. 180). In der motivationalen Bewusstseinslage³⁸ standen Wünschbarkeit und Realisierbarkeit des Ziels im Mittelpunkt des Interesses, während in der volitionalen Bewusstseinslage³⁹ die Zielerreichung einer Handlung als zentraler Punkt fungierte.

Die unterschiedliche Aufteilung wurde analog den Handlungsphasen des Rubikonmodells vorgenommen. Jeder Phase wurde ein psychologisches Phänomen entsprechend der unterschiedlichen Funktionen der jeweiligen Handlungsphase zugeordnet, so dass es sich nach Achtziger & Gollwitzer um ein strukturfunktionales Modell handelt (vgl. 2006, S. 282). Da jede dieser Phasen von unterschiedlichen Aufgaben gekennzeichnet ist, entstehen für deren Lösung entsprechende Bewusstseinslagen, welche durch die jeweils im Handlungsverlauf aktuell erforderliche Aufgabe gekennzeichnet sind. Aus diesem Grund entsprechen den jeweiligen Phasen jeweils eine „*abwägende*“, eine „*planende*“, eine „*aktionale*“ und eine „*bewertende*“ Bewusstseinslage.

Bevor die Entstehung einer (möglichen) Dopingdisposition mit dem Rubikonmodell von (1989) erklärt werden soll, erscheint die Beantwortung der Frage sinnvoll, unter welchen Aspekten die Dopingthematik betrachtet wird. Da es sich beim hier angewandten Rubikonmodell der Handlungsphasen grundlegend um ein psychologisches Modell mit soziologischen Implikationen handelt, ist es primär subjekt-

³⁷ Die nach ihrem Wirkungsort benannte „Würzburger Schule“ befasste sich vorwiegend mit Denk-, Urteils- und Willensprozessen - ein bis dahin völlig neuer Forschungsgegenstand der Psychologie.

³⁸ Dieser Terminus wurde deshalb so gewählt, da die Fragen der Wünschbarkeit und Realisierbarkeit im Mittelpunkt des Interesses der modernen Motivationspsychologie stehen (Atkinson, 1964).

³⁹ Die Bezeichnung wurde deshalb so gewählt, weil es sich bei der Zielerreichung einer Handlung um das Generalthema der Willenspsychologie handelt.

und somit personenbezogen. Ausgehend von der Annahme, dass die Einnahme von Dopingmitteln keine Ad-hoc-Entscheidung darstellt, sondern einer motivationalen und volitionalen Entwicklung unterzogen ist, sollen mit Hilfe des Rubikonmodells mögliche Handlungs- und Bewusstseinsstadien herausgearbeitet und den untersuchten Personen zugeordnet werden. Da es sich bei der Entscheidung für oder gegen Doping um eine sehr komplexe kognitive Entwicklung handelt, ergeben sich einige Besonderheiten.

1. Bisherige empirische Untersuchungen zur Rubikontheorie wurden weitestgehend zu geschlossenen Fragestellungen durchgeführt (vgl. hierzu Kap. 6.3). Für komplexere Themen, wie die Entwicklung hin zum Sport treiben, oder das der Raucherentwöhnung wurde das Rubikonmodell in verschiedenen Handlungsphasen weiter spezifiziert (vgl. Kap. 5.3). Auch in dieser komplexen Thematik bietet sich eine weitere thematische Spezifizierung vor allem der prädeziSIONalen Phase an (vgl. Kap. 6.1.1).
2. Die Handlungsstadien einer möglichen Dopingkarriere können sowohl zu einer Disposition für, als auch zu einer Disposition gegen Doping führen. Dementsprechend kann auch eine bewusste Entscheidung gegen Doping als kognitive Handlung interpretiert werden.
3. Die Handlungsentscheidung für oder gegen Doping kann für eine Person sowohl eine gewünschte als auch eine ungewünschte Handlung darstellen. Für einen Sportler kann sich die Einnahme von Doping als wünschenswert erweisen, wenn er sich damit aus seiner Sicht, z. B. nach einer Verletzung, einen persönlichen Vorteil verschafft. Eine unerwünschte Handlung stellt das Doping beispielsweise für einen Sportler dar, der sich sehr stark an Prinzipien der Fairness orientiert und auf Grund von äußeren Zwängen zu dem Ergebnis gekommen ist, sich trotzdem dopen zu müssen.
4. Beim Doping handelt es sich um ein so genanntes unerwünschtes oder normabweichendes Verhalten. Da davon auszugehen ist, dass Personen ein solches Verhalten trotz anonymer Befragung nur ungern zugeben, wurde der Schwerpunkt des Untersuchungsmodells nicht auf den tatsächlichen Dopinggebrauch, sondern auf die Handlungsphasen davor gelegt. Dort sollte sich die tendenzielle Bereitschaft zur Einnahme von

Doping, unabhängig davon ob die Probanden jemals in die konkrete Situation eines Dopingmissbrauches kommen, eher ablesen lassen.

Im Folgenden werden nun die vier Phasen der kognitiven Bewusstseinslage vorgestellt, hinsichtlich der Forschungsfrage kurz diskutiert und im Anschluss die entsprechende exemplarische Dopinganwendung vorgestellt.

6.2.1 Abwägende Bewusstseinslage

Die abwägende Bewusstseinslage erscheint in der prädezisionalen Handlungsphase und beschäftigt sich dementsprechend mit der Aufgabe des Setzens von Zielen. Die kognitive Orientierung dieser Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass unterschiedliche Wünsche gegeneinander abgewogen und miteinander verglichen werden. Am Ende dieser Phase gilt es aus einer Vielzahl von attraktiven und realistischen Wünschen jeweils diejenigen herauszufiltern, die in die Tat umzusetzen sind. Dafür werden möglichst viele Informationen über die Handlung und die daraus zu erwartenden positiven und negativen Ergebnisse gesammelt. Auch eine subjektive Bewertung hinsichtlich der Realisierbarkeit besitzt für die Zielauswahl eine gewisse Bedeutung. Kennzeichnend für diese Phase ist die bis dahin noch vorherrschende relative Offenheit hinsichtlich der Vor- und Nachteile einer Handlungsdurchführung (Gollwitzer, 1996, S. 545). Nach dieser thematischen Auseinandersetzung endet die prädezisionale Motivationsphase in einer Zielintention, bei der ein Entschluss für oder gegen eine bestimmte Handlungsoption reift.

Die abwägende Bewusstseinslage stellt aus zwei Gründen die für den in der Arbeit untersuchten Forschungsgegenstand bedeutendste Bewusstseinslage dar. Zum einen werden hier die Gründe, die für oder gegen einen möglichen zukünftigen Dopinggebrauch sprechen, gegeneinander abgewogen. Zum anderen bringt die relative Offenheit der Jugendlichen in dieser Bewusstseinslage eine starke Einflussnahme auf die grundlegende Einstellung zu Doping mit sich. Deshalb gilt ein besonderes Augenmerk der Untersuchung der Evaluierung dieser Phase, die in dem hier angewandten Modell in drei Abschnitte, nämlich in eine 0-Kontemplation, eine Präkontemplation und eine Kontemplation, unterteilt wird. Die Phasen der Präkontemplation und Kontemplation werden in Anlehnung an die gleichnamigen Phasen des bereits oben erwähnten BSM von Fuchs übernommen. Streng genommen sind die Phasen der 0-Kontemplation und die der Präkontemplation der

ursprünglich durch Gollwitzer formulierten abwägenden Bewusstseinslage vorgeschaltet. Dies wird im Folgenden gezeigt.

Die 0-Kontemplationsphase und ihre Bewusstseinslage im Dopingkontext

Nicht alle Menschen kennen den Begriff Doping bzw. können ihn richtig einordnen. Die Personen, die noch nichts über den Begriff „Doping“ wissen bzw. diesen Begriff falsch verwenden, werden dieser Phase zugeordnet. Aus diesem Grund wird die erste Stufe des Modells auch als 0-Kontemplation bezeichnet (vgl. Abb. 6.2). Personen dieser Stufe unterscheiden sich dadurch direkt von jenen Personen, die erste Vorkenntnisse haben und sich bereits mehr oder weniger aktiv ein eigenes Wertungsbild zu diesem Thema angeeignet haben. Die Bewusstseinslage bei der Informationsaufnahme zum Thema „Doping“ innerhalb dieser Gruppe ist dementsprechend als neutral zu bezeichnen. Für die Fragestellung der Arbeit erscheint vor allem der Übergang von dieser Stufe zur nächsten interessant. Dabei steht in erster Linie das Alter mit dem die ersten Informationen zum Thema Doping aufgenommen werden und die Frage, durch wen oder was diese Information übermittelt wurde, im Vordergrund. Verstehen Jugendliche den Kontext des Begriffs Doping, dann befinden sie sich in der nächsten Stufe des Modells.

Die Präkontemplationsphase und ihre Bewusstseinslage im Dopingkontext

In der Phase der Präkontemplation ist der Dopingbegriff zwar mehr oder weniger bekannt, die betroffenen Personen denken jedoch analog zur gleichnamigen Phase des BSM von Fuchs noch nicht ernsthaft über einen möglichen eigenen Dopinggebrauch als Zielhandlung nach. Kennzeichnend für dieses Stadium ist eine sehr oberflächliche Meinung zum Thema Doping, da das Thema für die Personen noch weitestgehend fremd ist. Auf Grund der allgemeinen öffentlichen Ablehnung von Doping ist bei diesen Personen von einer stark negativ geprägten Einstellung zu einer Dopinghandlung auszugehen. Interessant erscheinen zudem die Fragen, was Personen dieser Phase über Doping wissen, wann sie diese Stufe verlassen, und durch wen sie die ersten Informationen über Doping bekommen haben. Erst in der nächsten Phase beginnt die durch Gollwitzer ursprünglich beschriebene abwägende Bewusstseinslage, die mit dem Abwägen von möglichen Zielhandlungen einsetzt.

Die Kontemplationsphase und ihre Bewusstseinslage im Dopingkontext

Die Phase der Kontemplation ist durch mehr oder wenig aktive kognitive Vorgänge in Form von Reflektionen über eine mögliche Dopingkarriere gekennzeichnet. Sie ist der prädeziSIONalen Motivationsphase des Rubikonmodells vergleichbar (vgl. Kap. 6). In dieser Phase geht es um ein Abwägen der möglichen positiven und negativen Folgen der Zielhandlung. Personen der realitätsorientierten Bewusstseinslage sind für neue Informationen gegenüber Doping relativ offen, d. h. sie denken weitestgehend aktiv über die Vor- und Nachteile des Dopens nach. Die zeitliche Dauer der Phase des Abwägens kann wie bereits oben beschrieben (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 279) variieren. Dieser Phase gilt ein besonderes Interesse der Arbeit, da sich in diesem kognitiven Zustand anders als in späteren Phasen die Einstellung gegenüber Doping leichter zu verändern scheint. Zudem sollen in ihr die als positive bzw. negative Disposition kategorisierte Einstellung zu Doping und die damit verknüpften Faktoren bestimmt werden. Damit stellt die Disposition in diesem Modell anders als im BSM keine eigene Phase dar, sondern eine Merkmalsausprägung die theoretisch auch in anderen Phasen zu erfragen wäre. Am Ende der Kontemplation entscheidet sich eine Person entweder für oder gegen das Dopen. Falls beides nicht der Fall ist, verbleibt sie in dieser Phase (vgl. Fuchs, 2001, S. 264).

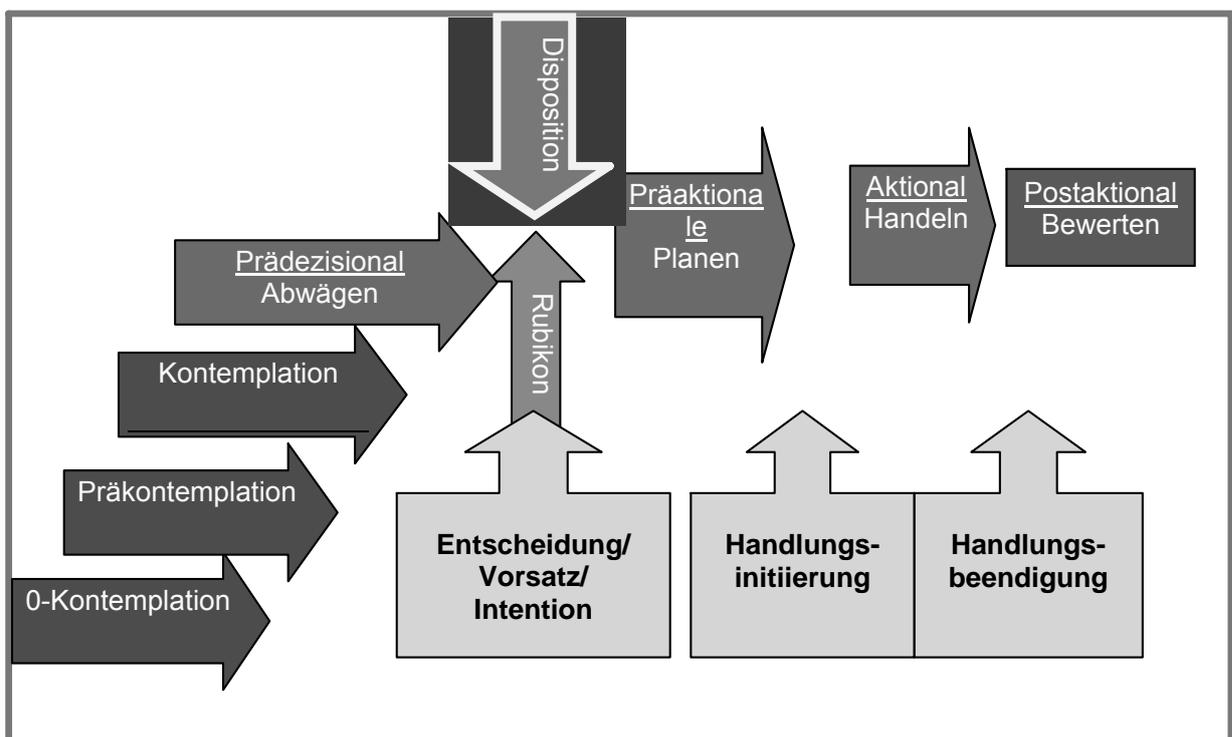


Abb. 6.2 Das auf Doping angewandte Rubikonmodell (DRM)

Einer Entscheidung für oder gegen Doping geht eine mehr oder weniger lange Abwägungsphase voraus. In dieser Entscheidungsphase, in der sich vermutlich die meisten Jugendlichen aufhalten, werden alle Informationen gesammelt, die für eine abschließende Meinungsfestlegung relevant sind (vgl. Heckhausen, 1980, Gollwitzer, 1996). Während dieser Phase nehmen Jugendliche Informationen über das Thema und eine mögliche Handlungsdurchführung mit einer relativen Offenheit auf, die damit zusammenhängt, dass es sich beim Dopingthema, wie bereits oben beschrieben, generell um ein normabweichendes Verhalten handelt. Daher ist davon auszugehen, dass zumindest in der Öffentlichkeit negativ über das Dopingthema informiert wird. Im privaten Bereich, z. B. unter Freunden, kann die Art der Information auch anders ausfallen.

Im Zuge dieser thematischen Auseinandersetzung entwickeln Jugendliche eine messbare negative oder positive Einstellung zu Doping. Die Entscheidungsabwägung endet mit einer richtungsweisenden Tendenz der Zielintention, in der ein Entschluss für oder gegen Doping getroffen wird. Diese Entscheidungsabwägung kann unter dem Einfluss verschiedener Entscheidungsfaktoren, die es im empirischen Teil zu analysieren gilt, unterschiedlich lange andauern. Darunter fallen u. a. die *Konsequenzerwartung* oder der *subjektiv zu erwartenden Nutzen*⁴⁰ (vgl. Beckmann & Heckhausen, 2006, S. 127). So ändert sich die subjektiv erwartete Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses beispielsweise mit dem zeitlichen Abstand seines zu erwartenden Eintretens. Übertragen auf die Thematik der Arbeit könnte dies bedeuten, dass mögliche zeitlich fernere Konsequenzen des Dopinggebrauchs wie die Gesundheitsgefährdung als verhältnismäßig unbedeutend eingestuft werden. Davon betroffen ist auch die Wahrnehmung der Gewinn- und Verlustwahrscheinlichkeiten. Hohe Wahrscheinlichkeiten werden eher überschätzt, niedrige Wahrscheinlichkeiten eher unterschätzt. Deshalb kommen Beckmann & Heckhausen zu der Feststellung, dass Gewinn- und Verlustrechnungen nicht einfach multiplikativ miteinander verknüpft sind, sondern unterschiedlich gewertet werden müssen und stark von der Erwünschtheit eines Ereignisses beeinflusst sind (vgl. 2006, S. 128). Das hat zur Folge, dass Personen, die über Doping nachdenken, ihre möglichen Gewinne und Verluste, wie Ansehen und Gesundheit, vorwiegend ihrem subjektiv geprägten Empfinden unterstellen.

⁴⁰ Mit der Begrifflichkeit „*subjektiv erwarteter Nutzen*“ wird die subjektiv gewertete Wahrnehmung von Auftretungs-Wahrscheinlichkeiten betont.

Beeinflusst werden kann dieses subjektiv geprägte Verhalten durch den Wunsch nach sportlichen Erfolgen, wie dem Gewinn eines bestimmten Wettkampfs.

6.2.2 Planende Bewusstseinslage

In der planenden bzw. realisierungsorientierten Bewusstseinslage sind alle kognitiven Prozesse auf die Vorbereitung des zielrealisierenden Handelns ausgelegt. Wurde der Rubikon bereits mit Vorsätzen ausgestattet, die das Wann und Wo einer Handlung beinhalten, muss nur noch die bereits definierte Gelegenheit zum Handeln abgewartet werden. Zu einer Initiierung der Handlung kommt es, wenn die Gelegenheit als günstig erkannt wird. Das Gleiche gilt für Handlungsziele, welche keinerlei Vorsätze benötigen, da bei ihnen gewohnheitsmäßig nur eine ganz bestimmte Art der Handlungsinitiierung möglich ist.

Liegen weder Gewohnheiten noch Vorsätze vor, die die Realisierung des Ziels möglich machen, muss erst einmal geplant werden, wie und wo die Handlung durchzuführen ist. In diesem Fall sondiert das Individuum die Informationen und lenkt die Aufmerksamkeit im Anschluss verstärkt auf die Durchführung einer zielrealisierenden Handlung. Für eine sofortige Handlungsinitiierung bei Eintreten einer günstigen Gelegenheit verengt sich gleichzeitig der Fokus der Aufmerksamkeit funktional so, dass nur noch zentrale Verarbeitungshinweise wahrgenommen werden. Das bedeutet, dass hierbei eine Verschiebung der handlungsbezogenen Wahrnehmung stattfindet. Störende Informationen, die Argumente gegen einen möglichen Handlungsbeginn beinhalten, werden ignoriert bzw. im Interesse der getroffenen Entscheidung subjektiv interpretiert (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 282). Auf die Dopingproblematik angewandt wären dies vor allem folgende Fragen: Wann dope ich? Mit welchen Präparaten oder Maßnahmen dope ich? Und wie komme ich an die Mittel heran?

Die präaktionale Phase und ihre Bewusstseinslage im Dopingkontext

In der planenden bzw. realisierungsorientierten Bewusstseinslage sind alle kognitiven Prozesse auf die Vorbereitung des Dopens ausgelegt (vgl. Gollwitzer, 1996, S. 545). Liegen weder Gewohnheiten noch Vorsätze bezüglich des Dopings vor, muss erst einmal geplant werden, wie und wo die die Leistungsmanipulation durchzuführen ist. Die Aufmerksamkeit richtet sich verstärkt auf Informationen, die sich auf den Zeitpunkt des Dopings, die Präparate oder die Maßnahmen beziehen.

Darüber hinaus spielt die Frage der Beschaffung eine wichtige Rolle. Während es bis vor wenigen Jahren sehr leicht war über das Internet ohne Rezept an Dopingmittel wie anabole Steroide heranzukommen, ist dies heute schwieriger geworden. In dieser Phase können allerdings verschiedene zum Teil auch konkurrierende Zielintentionen vorherrschen. So kann z. B. die Zielintention „*sich zu dopen*“ einer Zielintention „*eigene Gesundheit*“ entgegenstehen. Die Stärke der sog. *Fiat-Tendenz* ist dabei ausschlaggebend, welche dieser Zielintentionen dominiert und in eine Handlung umgesetzt wird (vgl. Heckhausen, 1989, S. 214). Für den Forschungsgegenstand von Interesse ist die Frage, in wieweit sich die Fiat-Tendenz des Dopens gegenüber anderen Zielintentionen aufrecht erhält oder nicht.

6.2.3 Aktionale Bewusstseinslage

Die actionale Bewusstseinslage ist während des realisierenden Handlungsvollzugs aktiv und dient einem unterbrechungsfreien, zielgerichteten Verhalten. Der Handelnde ist voll und ganz mit dem Handeln beschäftigt. Er betrachtet dabei die Aspekte des Selbst und der Umgebung, die den Handlungsverlauf unterstützen. Aspekte hingegen, die zu einem Handlungsabbruch führen, wie selbst-reflektierende Gedanken oder ablenkende Umweltreize, werden nicht beachtet (vgl. Höner, 2005, S. 44), so dass in dieser Bewusstseinslage Personen schwer zu beeinflussen sind.

Die actionale Phase und ihre Bewusstseinslage im Dopingkontext

Die actionale Handlungsphase beschreibt die Handlung an sich. Eine Person, die dopt wird dieser Phase zugeordnet. In dieser Bewusstseinslage werden Informationen selektiv wahrgenommen. Der Dopende konzentriert sich dabei auf die Aspekte des Selbst und der Umgebung, die den Handlungsverlauf unterstützen, Aspekte, die zu einem Handlungsabbruch führen können, werden vernachlässigt (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 283).

Dopende Personen sind demnach primär damit beschäftigt, ihre Handlungen abzusichern, d.h. sie orientieren sich an Personen und Informationen, die ihnen dabei helfen zu dopen. Diese Bewusstseinslage liegt auf Grund der oben beschriebenen spezifischen Ausrichtung der Personen nicht im primären Interesse der Untersuchung. Da es sich beim Dopen um ein normabweichendes Verhalten handelt, sind Personen in dieser Lage nämlich nicht im gleichen Maße bereit über ihre

Handlungen (Dopen) zu sprechen wie Personen in den anderen Bewusstseinslagen. Eine wirkungsvolle Dopingprävention muss deshalb deutlich vor dieser Bewusstseinslage ansetzen.

6.2.4 Bewertende Bewusstseinslage

Das in der postaktionalen Phase verfolgte Ziel liegt in der Bewertung des Handlungsergebnisses. Zunächst wird evaluiert, ob sich das angestrebte Handlungsergebnis und seine Folgen wie gewünscht eingestellt haben. Dafür wird ein möglichst neutraler Vergleich zwischen dem erreichten und erhaltenen Ergebnis auf der einen Seite sowie dem ursprünglich Angestrebten bzw. Erwarteten auf der anderen Seite angestellt. Der Handelnde muss für die Erfüllung dieser Aufgabe Informationen sammeln, die für die Einschätzbarkeit des erzielten Ergebnisses relevant sind. Anschließend wird das Handlungsergebnis bewertet (vgl. Gollwitzer, 1996, S. 547).

Die Postaktionale Phase und ihre Bewusstseinslage im Dopingkontext

Die Postaktionale Handlungsphase beinhaltet nach der Beendigung der aktionalen Phase die Bewertung der Doping-Praxis. Im Zuge der Bewertung seines Verhaltens hat der handelnde Sportler zunächst Informationen zu sammeln, die für die Einschätzbarkeit des erzielten Ergebnisses relevant sind. Im Anschluss daran muss er das Ergebnis seiner Handlungen in Bezug zu seinen am Ende der prädeziionalen Phase gesetzten Zielen bewerten (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 283). Wurde im Spitzensport ein sportliches Ziel mit dem gewählten Dopingmittel erreicht und der Sportler nicht dabei entdeckt, stellt die daraus implizierte positive Bewertung eine optimale Basis für einen erneuten Dopinggebrauch dar. Im Breitensport fällt die Gefahr der Aufdeckung dagegen weg. Stattdessen wären erkennbare gesundheitliche Schädigungen als negativ bewertendes Bezugssystem denkbar, während das Erreichen eines bestimmten Körperideals eine positive Rückmeldung auslösen könnte (vgl. Gollwitzer, 1996, S. 547). Zu beachten ist, dass eine positive Bewertung möglicherweise einen direkten Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung haben kann. Hat ein Sportler sein sportliches Ziel mit Hilfe eines Dopingmittels erreicht, kann dies dazu führen, dass er nicht mehr daran glaubt, diese Leistung ohne unterstützende Mittel wiederholen zu können.

Anzumerken ist noch, dass in der postaktionalen Phase vorwiegend diejenigen Personen bereit sind, zur Dopingthematik Auskunft zu geben, die aufgehört haben sich zu dopen und ihren ehemaligen Gebrauch nun reflektieren.

Zusammenfassung

Die Entscheidungsschritte eines Individuums – für oder gegen Doping – scheinen mit Hilfe des Rubikonmodells grundlegend erklärbar. Allerdings dürften in diesem Zusammenhang weitere Abstufungen in den einzelnen Phasen des Modells, wie sie im Berliner Sportstadien Modell vorgenommen wurden, sinnvoll sein. Fuchs entwickelte das BSM auf der Grundlage des TTM sowie des Prozessmodells präventiven Handelns von Weinstein (vgl. Fuchs, 2001, S. 262). In diese Arbeit sind in erster Linie jene Prozesse interessant, die sich prädezisional vor „Überschreitung des Rubikons“ abspielen, da sich in diesen Prozessen die grundlegende Entscheidung für oder gegen eine spätere Dopingeinnahme entwickelt. Deshalb wurden hierfür drei Phasen beschrieben, die es in der Befragung u. a. zu untersuchen gilt.

6.3 Empirische Studien zum Konzept der kognitiven Bewusstseinslagen

Zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Bewusstseinslagen werden in diesem Abschnitt einige der Untersuchungen aufgeführt, die experimentelle Befunde zu den kognitiven Bewusstseinslagen liefern. Erste diesbezügliche Studien wurden bislang zur abwägenden und zur geplanten Bewusstseinslage durchgeführt. Untersuchungen zu Prozessen der Informationsverarbeitung der unterschiedlichen Bewusstseinslagen sowie zu den aktionalen und bewertenden Bewusstseinslagen stehen noch aus (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 283).

Verarbeitung aufgabenkongruenter Informationen

Gollwitzer, Heckhausen & Steller (1990) stellten in einer Reihe von Experimenten fest, dass sowohl in abwägender als auch in planender Bewusstseinslage bevorzugt aufgabenkongruente Informationen verarbeitet werden. In der abwägenden Bewusstseinslage handelt es sich um Informationen über die Realisierbarkeit und Wünschbarkeit, in der planenden Bewusstseinslage um Informationen über die Modalitäten der Handlungsinitiierung. Um diese These zu stützen, wurden in zwei

unterschiedlich konzipierten Studien Versuchspersonen zunächst in eine abwägende und in eine planende Bewusstseinslage eingeteilt. In der ersten Studie wurden die Probanden angehalten, in einem angeblichen Kreativitätstest Fortsetzungen von schriftlich vorgelegten, unvollständigen Märchen zu schreiben (vgl. Gollwitzer, Heckhausen & Steller, 1990, S. 1122). In der zweiten Studie wurden sie aufgefordert, Dias von Personen zu betrachten, die Sätze als Repräsentation von Gedanken einer anderen Person enthielten, die sich entweder auf das Abwägen oder auf die Realisierung eines Ziels bezogen (Gollwitzer, Heckhausen & Steller, 1990, S.1124). Beide Untersuchungen stützten die Hypothese der bevorzugten Verarbeitung aufgabenkongruenter Information. Personen der planenden Bewusstseinslage erfanden im ersten Versuch häufiger Protagonisten, die das Erreichen eines bestimmten Ziels planen als Versuchspersonen der abwägenden Bewusstseinslage. Im zweiten Versuch konnten sich die Versuchspersonen der abwägenden Bewusstseinslage besser an die Sätze der Dias erinnern, die sich auf das Abwägen von Handlungen bezogen, als an Sätze, die das Planen und Handeln betrafen (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 284). Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass auch bei der Aufnahme von Dopinginformationen, abhängig von der jeweiligen Bewusstseinslage bevorzugt aufgabenkongruente Informationen verarbeitet werden.

Verarbeitung relevanter und irrelevanter Informationen

In empirischen Untersuchungen wiesen Heckhausen & Gollwitzer (1987) und Gollwitzer & Bayer (1999) nach, dass sich in einer abwägenden Bewusstseinslage befindliche Versuchspersonen im Vergleich zu Personen in einer planenden Bewusstseinslage eher von Informationen ablenken lassen, die für die Zielerreichung nicht von Bedeutung sind. In Übereinstimmung damit konnte zudem belegt werden, dass eine abwägende Bewusstseinslage mit einer peripheren Aufmerksamkeitsverteilung verbunden ist. In der planenden Bewusstseinslage werden dagegen fokussiert Informationen gesammelt, die für eine Zielrealisierung von Bedeutung sind (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 285). Auch für das Dopingthema ist anzunehmen, dass Personen einer planenden Bewusstseinslage zielgerichteter ihre Aufmerksamkeit auf die Einnahme von Dopingmitteln lenken.

Verarbeitung relevanter Informationen hinsichtlich der Realisierbarkeit eines Ziels und der Selbstbewertung

Folgende Unterschiede wurden bei Personen der planende Bewusstseinslage gegenüber Personen der abwägenden Bewusstseinslage in Studien von Puca & Schmalt (2001, Studie 1 und 2) sowie Gagné & Lydon (2001a) festgestellt: Personen der planenden Bewusstseinslage verfügen über einen gesteigerten Optimismus hinsichtlich des eigenen Einflusses auf die erwünschter Handlungsergebnisse, über eine positivere Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass eine Handlung erfolgreich vollzogen werden kann, und sie bevorzugen zudem die Auseinandersetzung mit schwierigeren Aufgaben.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Personen der planenden Bewusstseinslage mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich der Handlungsziels ausgestattet sind: „Offensichtlich ist es so, dass durch die Induktion einer planenden Bewusstseinslage der Glaube an sich und seine Fähigkeiten gestärkt wird“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 287). Es wird festzustellen sein, ob dies auch für den Dopingkontext zutrifft.

Abweichende Merkmale der abwägenden und planenden Bewusstseinslage

Gollwitzer (2003) beschreibt, dass Effekte der planenden und abwägenden Bewusstseinslage sowohl auf Unterschiede zwischen den einzelnen Individuen als auch auf bestimmte Kontextvariablen zurückzuführen sind. Empirische Untersuchungen von Puca & Schmalt (2001) kamen beispielsweise zu dem Ergebnis, dass sich die oben beschriebenen Bewusstseinslageneffekte hinsichtlich der Leistungsmotivation nur bei Erfolgsmotivierten, nicht aber bei Misserfolgsmotivierten widerspiegeln.

Bayer & Gollwitzer (2005) beschreiben den Effekt des positiven Selbstkonzepts als Moderator von Effekten der Bewusstseinslagen. Personen mit einem positiven Selbstkonzept suchen in der abwägenden Bewusstseinslage sehr objektiv nach positiven und negativen Informationen hinsichtlich ihres Leistungspotentials. In der planenden Bewusstseinslage halten sie dagegen einseitig nach positiven Informationen Ausschau. Dagegen suchen Personen mit einem negativen Selbstkonzept in der abwägenden Bewusstseinslage vor allem nach positiven Informationen und in der planenden Bewusstseinslage nach hoch diagnostischen positiven und negativen Informationen (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 287).

Der Kontext, in dem sich eine Versuchsperson befindet, stellt sich als weitere Einflussgröße auf die Effekte der abwägenden und planenden Bewusstseinslage dar. Gagné & Lydon (2001a; 2001b) belegen in ihren Untersuchungen, dass die Einstellung gegenüber der Partnerschaft eine wichtige Einflussgröße auf die Effekte der abwägenden und planenden Bewusstseinslage bei partnerschaftlichen Themen darstellt. Dies würde für einen starken sozialen Einfluss im Dopingkontext sprechen.

Bewusstseinslage und konkrete Zielrealisierung

Generell lässt sich feststellen, dass eine planende Bewusstseinslage die Realisierung von Zielen stärker unterstützt als die abwägende Bewusstseinslage. Folglich ist auch die Ausdauer, mit der handelnde Personen versuchen, Schwierigkeiten zu begegnen, nach Brandstätter & Frank (2002) höher, wenn sich die Personen in einer planenden Bewusstseinslage befinden. In einer Untersuchung von Armor & Tylor (2003) konnte eine bessere Leistung hinsichtlich einer effektiveren Zielrealisierung bei Versuchspersonen der planenden Bewusstseinslage gegenüber Versuchspersonen der abwägenden Bewusstseinslage festgestellt werden.

Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass die Bewusstseinslage einer Person nicht zu einer permanenten Beeinflussung der Informationsverarbeitung und der Selbsteinschätzung führt: „Je weiter die Aufgabendurchführung zeitlich von der Induktion der planenden Bewusstseinslage entfernt ist, desto weniger kommt ihr Einfluss auf die Zielrealisierung zum tragen“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 288).

6.4 Ziel- und Realisierungsintentionen

Trotz der allgemeinen Vorstellung, dass die konkrete Bewusstmachung von Handlungszielen bedeutend für deren Realisierung ist, belegen einige Studien, dass eine tatsächliche Zielverwirklichung häufig nicht erfolgt. Verantwortlich gemacht werden dafür konkurrierende oder zu viele Ziele, situative Hindernisse und Umsetzungsschwierigkeiten bei der Realisierung. Gollwitzer (1993; 1996) sieht den Grund für diese Tatsache in einem *Selbstregulationsproblem*. Erst durch die Implementierung der Selbstregulationsstrategie des Planens, verstanden als gedankliche Vorwegnahme der Zielrealisierung, sind die angestrebten Ziele zu er-

reichen. Es wird dabei zwischen einer *Zielintention*⁴¹ bzw. *Absicht* (goal intentions) und einer *Realisierungsintention* (implementation intentions) unterschieden. Als Zielintention werden erwünschte Endzustände bezeichnet, die bisher noch nicht erreicht worden sind, und die ein Gefühl der *Selbstverpflichtung* (self-commitment) erzeugen (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 290). Heckhausen nennt diese folglich auch Hilfs-Sheriffs der Zielintention (vgl. 1987a, S. 131). Ein Beispiel für eine solche Zielintention ist: „Ich möchte ein erfolgreicher Sportler sein“!

Realisierungsintentionen beschreiben dagegen Pläne, die helfen sollen, ein Ziel zu verwirklichen und bezeichnen damit im eigentlichen Sinn Vorsätze. Dazu gehört die Festlegung auf das „Wann“, „Wo“ und „Wie“ der Handlungsinitiierung und Handlungsrealisierung. Ein Vorsatz für eine Person, die ein erfolgreicher Sportler sein möchte, könnte also z. B. sein: „Ich will jeden Tag mindestens eine Stunde Sport treiben, sobald ich von der Arbeit nach Hause komme“. Vorsätze sind dementsprechend von dem Muster „wenn Situation X eintritt, dann will ich Verhalten Y ausführen“ gekennzeichnet (vgl. Höner, 2005, S. 51).

In einigen Veröffentlichungen zur Vorsatzforschung wurde untersucht, mit welchen psychologischen Prozessen sich die Wirkungen von Vorsätzen erklären lassen (Steller, 1992; Gollwitzer & Schaal, 1998; Brandstätter, 2001, Orbell & Shereran, 2000). Als psychologische Prozesse wurden hierfür besonders die chronische Aktivierung der im Vorsatz spezifizierten Situation sowie die Realisierung des Vorsatzes aufgrund automatischer Prozesse betrachtet.

Die Formulierung des „Wenn-Teils“ der oben beschriebenen Festlegung des „Wann“, „Wo“ und „Wie“ einer Realisierungsintention lässt sich mit einer höheren mentalen Repräsentation der Situation verbinden. Durch diese Handlungsvorwegnahme werden nach Gollwitzer & Malzacher Gedächtnisspuren erzeugt, die zur Reduzierung von Handlungskonflikten und damit zur Zielrealisierung führen (vgl. 1996, S. 445).

Die vorgenommene Verknüpfung zwischen dem situativem Kontext und dem intendierten Verhalten, der sich auch im „Dann-Teil“ des Handlungsvorsatzes widerspiegelt, führt zum zweiten Ergebnis. Demnach liegt der Effekt der Beschleunigung der Handlungsinitiierung zum einen in den automatischen Prozessen begründet. Zum anderen wird die Beschleunigungswirkung von vorweg-

⁴¹ Der Begriff Zielintention definiert die erwünschten Endzustände als jene, die bisher noch nicht erreicht worden sind, aber als Handlungsergebnisse angestrebt werden.

genommenen Folgehandlungen durch das Auftreten der im Vorsatz spezifizierten Situation ausgelöst. Nach Gollwitzer & Malzacher geben die Personen die Kontrolle ihrer Handlungen von sich selbst an die Umwelt ab. Die von vorweggenommenen Situationen bestimmten Handlungen können das intendierte Verhalten so schnell und ohne bewusste Zwischenprozesse anstoßen (vgl. 1996, S. 456).

Vorsätze und erwünschte Zielhandlungen

Die oben beschriebenen Vorsatzwirkungen wurden durch eine Vielzahl von Arbeiten im Leistungs- und Gesundheitsbereich, auf die im Folgenden zum Teil eingegangen wird, belegt. Als erstes Beispiel sollen hier die Untersuchungen von Sheeran & Orbell genannt werden. In einer ersten Studie (2000) wurde als positive Auswirkung das Fassen eines Vorsatzes hinsichtlich der Wiederaufnahme von körperlichen Aktivitäten nach Hüftoperationen festgestellt. Eine zweite Studie von Milne, Orbell & Sheeran (2002) diagnostizierte als positiven Vorsatzeffekt die Durchführung sportlicher Aktivitäten.

Gollwitzer & Brandstätter (1997 Studie 1) bestätigten in ihrer Untersuchung, dass das Lösen einer angestrebten Zielhandlung umso mehr von einer Vorsatzbildung profitiert, desto schwieriger sie erscheint. Eine weitere große Bedeutung der Vorsatzstärke wird dem Commitment auf die Zielintention und auf den Vorsatz sowie der Aktivierung der Zielintention zugewiesen (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 293).

Für das Untersuchungsziel der vorliegenden Arbeit sind zudem die Untersuchung der Vorsätze und die Kontrolle unerwünschten Verhaltens von großer Bedeutung. Geht man davon aus, dass die meisten Sportler ihre sportliche Leistung ohne illegale Manipulation erreichen möchten, stellt die Einnahme von Dopingmittel ein unerwünschtes Verhalten dar, das es zu vermeiden gilt. Drei Arten von Vorsätzen werden von Gollwitzer & Mitarbeiter in einer Vielzahl von Studien⁴² zur Kontrolle unerwünschter Reaktionen belegt. Ein erster Vorsatz versucht ein unerwünschtes Verhalten dadurch zu kontrollieren, dass er dieses unterdrückt, indem er die kritische Situation im „Wenn-Teil“ und das Nichtzeigen im „Dann-Teil“ entsprechend spezifiziert. Ein solcher Suppressionsvorsatz⁴³ könnte demnach lauten:

⁴² Die Studien bezogen sich auf die Kontrolle nicht erwünschter spontaner Reaktionen auf Ablenkungen, auf die Kontrolle von Stereotypen und auf Vorurteile gegenüber sozialen Gruppen.

⁴³ Unter Suppressionsvorsatz wird die kognitive Absicht verstanden eine bestimmte unerwünschte Verhaltensreaktion zu unterdrücken.

„Auch wenn ich die Möglichkeit bekomme Dopingmittel zu nehmen, werde ich sie nicht nehmen.“

Der zweite Vorsatz begegnet der kritischen Situation im „Wenn-Teil“ mit einem im „Dann-Teil“ erwünschten Verhalten. Dies könnte für einen Suppressionsvorsatz folgendes bedeuten: „Auch wenn meine Konkurrenten Dopingmittel einnehmen, werde ich sie dennoch nicht nehmen.“

In einer dritten Vorsatzvariante könnte der „Dann-Teil“ als eine Nichtreaktion fungieren. „Wenn mir von jemandem ein Dopingmittel angeboten wird, dann werde ich sein Angebot ignorieren.“

Generell haben Seifert (2001) sowie Gollwitzer & Schaal (1998) in empirischen Studien belegt, dass Suppressionsvorsätze „sich bei der Unterdrückung spontaner Aufmerksamkeitsreaktionen, bei der Kontrolle stereotyper und vorurteilshafter Reaktionen sowie bei der Kontrolle reflexhaft negativer emotionaler Reaktionen als wirksam erweisen“ (Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 295).

Noch bedeutender für diese Arbeit erscheint die Blockierung nachhaltiger Selbstzustände durch das frühzeitige Planen der gewollten Handlung. Hier werden Vorsätze darauf ausgerichtet, das aktuelle Realisierungsstreben einer Zielintention gegenüber auftretenden Problemen und Ablenkungen zu festigen. Beispielsweise kann nach einer langen Verletzung ein Profi-Sportler trotz prinzipieller Ablehnung in die ungewollte Versuchung geraten, ein unerlaubtes Dopingmittel zu nehmen, um schneller wieder zu seinen angestrebten sportlichen Leistungen zu kommen.

Wurde jedoch bereits im Voraus geplant, wie mit einer solchen Situation umzugehen ist, kann dies den Rückgriff auf einen illegalen Wirkstoff verhindern. Diese Annahme belegt zumindest eine Reihe von Studien (Webb & Sheeran, 2003; Gollwitzer & Bayer, 2007; Baumeister, 2000).

Auf dieses Phänomen ein geht die von Baumeister (2000) beschriebene Theorie der „verminderten Selbstregulation“. Sie beschreibt, dass die Durchführung einer mit sehr viel Selbstregulierungskapazität ausgestatteten Aufgabe die Realisierung einer zweiten Aufgabe mit ebenfalls notwendigerweise vorhandener Selbstregulationskapazität beeinträchtigt. Gollwitzer & Bayer (2007) stellten hierzu folgendes Untersuchungsdesign über die Wirkung von Vorsatzbildung vor. Eine Versuchsgruppe wurde in zwei gleich große Teile eingeteilt. Versuchspersonen bekamen während der Vorführung eines lustigen Filmes entweder die Aufgabe, keine Emotionen zu zeigen (Selbstregulationsaufgabe 1) oder ihren Emotionen

freien Lauf zu lassen. Im Anschluss sollten dann möglichst viele schwierige Anagramme gelöst werden (Selbstregulationsaufgabe 2). Für die Selbstregulationsaufgabe 2 wurde die Gesamtgruppe wieder in zwei Untergruppen geteilt. Eine davon wurde mit dem Vorsatz versehen: „Wenn ich ein Anagramm gelöst habe, dann löse ich sofort das nächste Anagramm!“ Versuchspersonen, die die Selbstregulationsaufgabe 1 (Kontrolle ihrer Emotionen) zu erfüllen hatten, aber nur die Zielintention „so viele Anagramme wie möglich zu lösen“ verfolgten, zeigten den klassischen Effekt einer verringerten Selbstregulationskapazität. Sie konnten, nachdem sie die erste Selbstregulationsaufgabe erfüllt hatten, weniger erfolgreich die zweite Selbstregulationsaufgabe (Lösen von Anagrammen) erledigen als Personen, die nur die zweite Aufgabe zu lösen hatten. Dieser Effekt zeigte sich allerdings nicht bei Personen, die sich zusätzlich zur Zielintention den oben beschriebenen Vorsatz („wenn ich ein Anagramm gelöst habe, dann löse ich sofort das nächste Anagramm“) gefasst hatten. Sie konnten über den Vorsatz die verminderte Selbstregulationskapazität kompensieren. Übertragen auf den Bereich Doping könnte dies folgende Interpretation zulassen: Möglichst erfolgreich Sport zu treiben (Selbstregulationsaufgabe 1) und die Leistung ohne Dopingmittel zu erbringen (Selbstregulationsaufgabe 2). Beide Selbstregulationsaufgaben können sich gegenseitig negativ beeinflussen. Es ist anzunehmen, dass für einige Sportler die zweite Selbstregulationsaufgabe unter bestimmten Voraussetzungen nicht aufrecht zu erhalten ist. Ein Vorsatz, seine sportliche Leistung so fair wie möglich zu erbringen, dürfte der oben stehenden Untersuchung zufolge einen positiven Einfluss auf die Selbstregulationsaufgabe 2 haben.

Dieses Beispiel zielt auf eine wirkungsvolle Dopingprävention. Das Ziel der Forschung wird in Zukunft darin liegen, Personen resistenter gegen eine (betrügerische) Vorteilsnahme durch Doping zu machen. Dafür müssen Handlungskontrollstrategien vermittelt werden, die Sportlern helfen sollen Versuchungen einer verbotenen Leistungsmanipulation, so wie sie in den verschiedenen Handlungsphasen auftreten, erfolgreich widerstehen zu können.

6.5 Zur Kritik am Rubikon-Modell

Zum Rubikon-Modell von Heckhausen & Gollwitzer (1986) sind einige kritische Anmerkungen zu machen. Höner (2005) unterscheidet dabei zwischen Kritikpunkten, die auf einer *inhaltlichen* und auf einer *methatheoretischen Ebene* der Theoriebildung liegen. Die inhaltliche Ebene umfasst Kriterien, die sich auf die sequentielle Einteilung der Handlungsphasen und der damit verbundenen spezifischen kognitiven Orientierungen beziehen. Dazu gehört auch das damit verbundene Verständnis des Volitionsbegriffs. Die methatheoretische Ebene der Theoriebildung konzentriert sich im Wesentlichen auf das molare Integrationsniveau der Motivationspsychologie. Im Folgenden werden einige der für die Arbeit relevanten Kritikpunkte vorgestellt, um daraus anschließend Konsequenzen für eine Modifikation des Rubikonmodells ableiten zu können.

- Es ist anzunehmen, dass in der Realität einige Handlungen existieren, die alltäglich sind, keiner Entscheidungsfindung bedürfen und somit nicht in einem zeitraubenden Prozess des Abwägens entschieden werden (vgl. Heckhausen, 1987a, S. 135). Diese alltäglichen Handlungen und Gewohnheitstätigkeiten werden im Rubikon-Modell nur am Rande erwähnt. Außerdem muss angemerkt werden, dass die Konzeption der Rubikontheorie nicht klar formuliert, „dass nicht notwendigerweise jede Handlungsphase durchlaufen werden muss“ (Höner, 2005, S. 58). Da es sich bei der Einnahme von Doping nicht um ein alltägliches Verhalten handelt, stellt der erste Sachverhalt kein für die Arbeit relevantes Problem dar. Allerdings ist die Tatsache, dass im Rubikon-Modell nicht alle Phasen bewusst durchlaufen werden müssen, im Kontext einer möglichen Dopingkarriere durchaus von einiger Bedeutung. Denn auch nicht jeder, der sich für einen Missbrauch mit Dopingmitteln entscheidet, hat zuvor zwangsläufig dessen Vor- und Nachteile abgewogen, so dass diese Tatsache im modifizierten Rubikonmodell (vgl. Kap. 7) berücksichtigt werden muss. Trotz der beschriebenen Kritik an der Phaseneinteilung des Rubikon-Modells hat seine Kernaussage jedoch selbstverständlich weiterhin Gültigkeit: Zwischen einer kognitiven Orientierung diesseits und jenseits des Rubikons bzw. zwischen einer Auswahlphase und einer Realisierungsphase auf Grund ihrer funktionalen Bedeutung ist zu differenzieren (vgl. Heckhausen, 1989, S. 203).

- Des Weiteren erscheint der vom Rubikon-Modell propagierte streng chronologische Ablauf der Phasen zu idealtypisch. Es ist eher anzunehmen, dass im Normalfall Handlungen sehr häufig durch kleinere Aktivitäten unterbrochen werden, oder dass bereits im Zuge der Handlungsausführung neue Abwäge-Prozesse stattfinden, die sich mit anderen Problemen und Zielen beschäftigen (vgl. Kornadt, 1988). In diesem Zusammenhang wird von Gollwitzer ausdrücklich die Möglichkeit der Überlappung von Handlungsphasen bzw. von verschiedenen Zielen eingeräumt (vgl. Höner, 2005, S. 58).
- Das Modell der klaren Abgrenzbarkeit der Phasen, das im Rubikon-Modell vermittelt wird, ist nicht immer durchzuhalten. In der Realität ist es vorstellbar, dass eine Intention immer wieder in vorangegangene Phasen zurückfällt und den Prozess von neuem durchlaufen muss. Der chronologische Ablauf ist daher in Frage gestellt. Gollwitzer hat dieses „Einbahnstraßen-Postulat“ der Phasen selber relativiert (vgl. Gollwitzer, 1996, S. 539-540). Dieser Sachverhalt ist in der Arbeit bei der Untersuchung des Verlaufs einer Doping-Disposition und einer möglichen Dopingkarriere bei Sportlern zu berücksichtigen.
- Westermann, Gerjets & Heise (1992) sowie Gerjets (1995) kritisieren neben einer unnötig hohen Begriffsdichte vor allem Differenzen zwischen den theoretischen Konzepten Heckhausens und Gollwitzers. Diese zeigen sich beispielsweise in „zentralen Konstrukten wie der Motivations- und Volitionsstärke, der Fiat-Tendenz, der Interaktionsdeaktivierung oder der Charakterisierung der Aktivitäten in den Handlungsphasen“ (Höner, 2005, S. 62). Höner verweist in diesem Zusammenhang konkret darauf, dass nicht geklärt ist, ob Heckhausen (vgl. 1989, S. 215) unter der Stärke der Zielintention die Motivationsstärke oder die Volitionsstärke bzw. eine weitere Stärke versteht (vgl. Höner, 2005, S. 62). Um dieser mangelhaften terminologischen Klarheit zu begegnen, wird im Folgenden bei der modifizierten Rubikontheorie ein spezielles Augenmerk auf die genaue Ausformulierung der Begriffe gelegt.
- Zwischen dem molaren Integrationsniveau und dem molekularen Integrationsniveau besteht in der Rubikontheorie ein „Handlungsloch“ bzw. ein „Motivationsloch“ (Heckhausen, 1981, S. 331), das es zu überwinden

gilt. Erst das Konzept der kognitiven Orientierungen im Rubikonmodell (vgl. Kap. 6.4)

beschreibt diesen notwendigen Anfang zur Integration motivations- und kognitionspsychologischer Handlungstheorien (vgl. Höner, 2005, S. 63).

Aus der oben beschriebenen Kritik am Rubikon-Modell ergeben sich für die Konzeption dieser Arbeit folgende Konsequenzen:

Die einzelnen Handlungsphasen müssen nicht zwanghaft und zwangsweise linear durchlaufen werden. Da zudem nicht alle Phasen bewusst absolviert werden, wird sich erst zeigen, ob generell alle Probanden einzelnen Stadien zugeordnet werden können, und ob die Stadien gegeneinander abgrenzbar sind. Der oben beschriebenen, extremen, teilweise unklaren begrifflichen Ausdifferenzierung und Unschärfe in den allgemeinen Theorieversionen von Heckhausen & Gollwitzer (1986) soll mit einer strengen, auf den Dopingkontext bezogenen, terminologischen Klarheit begegnet werden. Zudem werden die kognitiven Orientierungen im angewandten Rubikon wie bereits oben beschrieben berücksichtigt.

7 Studienbeschreibung

Die Datenerhebung der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Studie wurde in Form einer Querschnittsuntersuchung durchgeführt. Dafür wurde ein standardisierter Fragebogen auf der Grundlage des Theorieauswahldiskurses entwickelt. Dieser wurde zunächst in einer Voruntersuchung (Pretest) geprüft und anschließend mit den sich aus dem Pretest ergebenden Verbesserungen in der Hauptuntersuchung eingesetzt. Der sich aus offenen und geschlossenen Fragen zusammensetzende Fragebogen wurde zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmer ohne Namensnennung ausgefüllt. Für die Beantwortung der Fragen hatten die Probanden ca. 20-30 Minuten Zeit. Ein Exemplar zur Anschauung liegt in seiner vollständigen Fassung im Anhang 1 bei.

7.1 Pretest

Mit dem Pretest sollte der Fragebogen bezüglich seiner Verständlichkeit für unterschiedliche, an der Untersuchung teilnehmende Altersgruppen getestet werden. Hierfür wurden an zwei Schulen (Gymnasium und Realschule) aus der 5., 6. und 7. Klassenstufe jeweils 5-10 Schüler und Schülerinnen zufällig ausgewählt. Insgesamt nahmen an der Voruntersuchung 56 Kinder und Jugendliche (25 weibliche und 31 männliche Probanden) zwischen 11 und sechzehn Jahren teil.

Der Fragebogen wurde von den Klassenlehrern direkt an die Schüler ausgegeben, vor Ort ohne Hilfe anonym ausgefüllt und sofort wieder eingesammelt. Dadurch ergab sich eine Rücklaufquote von 100%. Der Fragebogen diente zum einen der Bestimmung des Begriffs Doping, der sich sowohl am Sprachgebrauch der Kinder und Jugendlichen, als auch an der offiziellen Doping-Definition der *WADA* orientiert (vgl. Kap. 2). Zum anderen wurde auf der Basis der Antworten der Zeitraum eingegrenzt, an dem Kinder bzw. Jugendliche zum ersten Mal mit dem Begriff Doping in Kontakt kommen.

7.2 Hauptuntersuchung

Die Hauptuntersuchung fand vom 1.10.2005 bis 02.02.2006 an insgesamt acht Schulen in den Regionen Tübingen und Stuttgart statt. Bei der Personenstichprobe nahmen an drei Gymnasien, drei Realschulen, drei Hauptschulen und zwei Berufsschulen 557 Schüler aus dem Tübinger und Stuttgarter Stadt- und Einzugsgebiet

teil. 48,1% von ihnen waren weiblich, 51,9% männlich. Der Fragebogen wurde vor Ort ohne Hilfe ausgefüllt und hatte einen Rücklauf von 100%. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 14,6 Jahren. Die Abbildung 7.1 zeigt die Gruppierung der einzelnen Altersabschnitte und die Verteilung der Gesamtmenge. Der jüngste Teilnehmer der Befragung war 11 und der älteste Teilnehmer 24 Jahre alt. Dieser älteste Teilnehmer kam aus einer Berufsschulklasse und war mindestens 4 Jahre älter als die übrigen Teilnehmer.

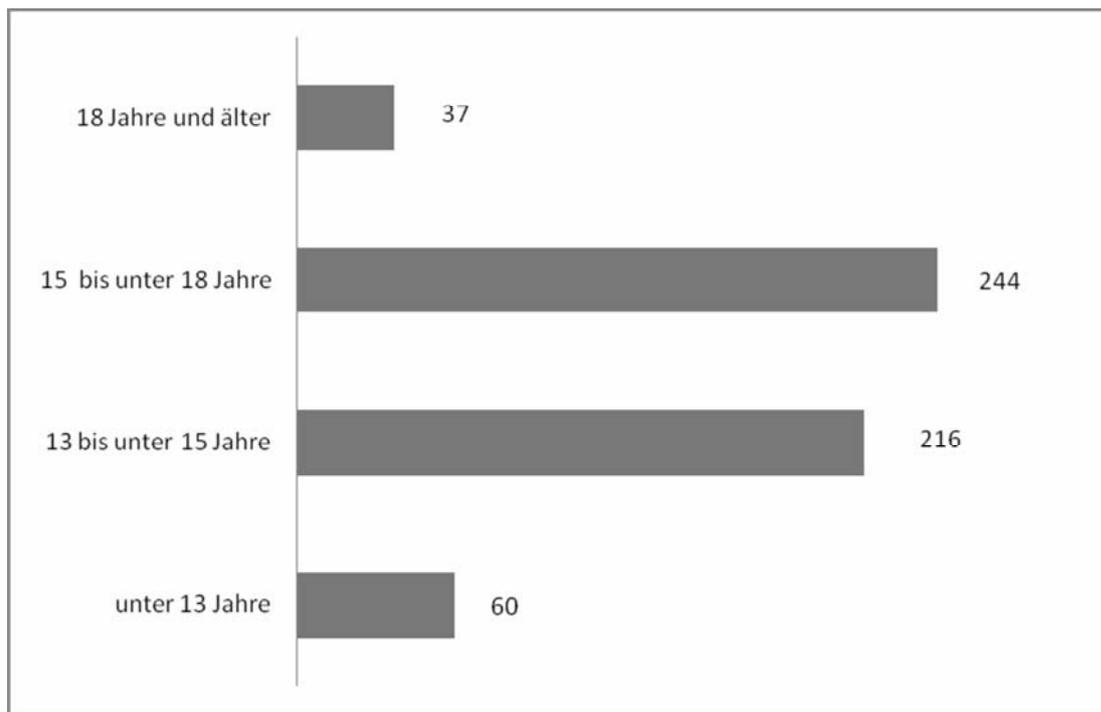


Abb. 7.1 Gruppierte Altersverteilung der Studie (n= 557)

Vor der eigentlichen Beschreibung der Untersuchung und der Darstellung und Auswertung ihrer Ergebnisse sollen aus gegebenem Anlass zunächst einige kritische Bemerkungen zur Methodik der Studie stehen (vgl. Conzelmann, 1999, S. 239).

Eine reine Zufallsstichprobe war aus verschiedenen organisatorischen Gründen nicht möglich, so dass in diesem Fall eine sogenannte Pseudo-Stichprobe zur Anwendung kam, die hier nach Bortz & Döring (2002, S. 452) diskutiert wird. Zunächst ist zu erwähnen, dass die Untersuchungsergebnisse nur für Kinder und Jugendliche aus Baden-Württemberg, speziell aus den Regionen Stuttgart und Tübingen gelten. Aus der geringen Anzahl der befragten Probanden ergibt sich allerdings eine stark eingeschränkte Repräsentativität der Untersuchung. Für die

Auswahl der Untersuchungsobjekte konnten zwar soziodemographische Variablen und psychologische Kriterien wie Alter, Geschlecht, Bildungsgrad etc. der Teilnehmer in hinreichendem Maße berücksichtigt werden, die generelle Abhängigkeit von äußeren Faktoren wie der Bereitschaft von Rektoren bzw. Lehrern zur Teilnahme oder die räumliche Begrenzung ließen eine numerisch repräsentative Querschnittsuntersuchung nicht zu. Anzumerken gilt es diesbezüglich jedoch, dass eine solche Repräsentativität mit der Studie auch gar nicht beansprucht wurde. Der Fokus der Untersuchung richtete sich vielmehr auf die Zuordnung der Kinder und Jugendlichen zu den einzelnen Stadien einer möglichen Dopingkarriere. Neben dieser Stadiendiagnostik stand die Evaluation verschiedener soziologischer und psychologischer Motive und Merkmale, die für die Zugehörigkeit zu den jeweiligen Phasen des angewandten Doping-Modells als charakteristisch erscheinen, im Mittelpunkt. Ein besonderer Schwerpunkt wurde hierbei auf die ersten Phasen bis zum Entscheidungsvorsatz für oder gegen Doping gelegt. Mit den daraus ableitbaren Ergebnissen sollten und konnten zwei Ziele erreicht werden.

Zum einen gelang es, einen Überblick über die generelle Bereitschaft von Kindern und Jugendlichen zur Einnahme von Dopingmitteln herzustellen. Zum anderen konnten auffällige kognitive und soziale Prädiktoren einzelner Phasen einer möglichen Dopingkarriere, die später für eine effektive Dopingprävention nutzbar zu machen sind, herausgearbeitet werden. Als problematisch diesbezüglich erwies sich zunächst einmal das Kriterium der so genannten sozialen Erwünschtheit. Es ist auch und gerade im Bereich Doping davon auszugehen, dass Einstellungen und Standpunkte diesbezüglich bestimmten gesellschaftlich und sozial dominierenden Prämissen folgen. Konsequenterweise ist daher zu vermuten, dass auch die Antworten der Schüler im Fragebogen solchen Prinzipien gehorchen und nicht zwangsweise der tatsächlichen Meinung der Probanden entsprechen. Da diese Problematik allerdings für alle auf der Basis eines Fragebogens funktionierenden Untersuchungen gelten kann, erweist sie sich als weniger relevant. Wesentlich diffiziler erscheint allerdings die Phasenzuordnung der Probanden. Generell lässt sich nämlich nicht der Schluss ziehen, dass die jeweiligen Prädiktoren für die Erreichung bzw. Nicht-Erreichung einer bestimmten Phase im Verlauf einer möglichen Dopingkarriere verantwortlich sind. Auf eine in diesem Zusammenhang vorwiegend de-skriptive Bedeutung von Kognitionen in bestimmten Stadien weist Fuchs (2001, S. 273-274) hin: „Die bloße Tatsache, dass eine Kognition in einem

Stadium stärker ausgeprägt ist als in einem andern, sagt noch nichts über deren Wirkungsweise aus. Denkbar ist, dass sich diese Kognition erst einstellt, nachdem die Person das betreffende Stadium – durch andere Faktoren bedingt – erreicht hat.“

Zu berücksichtigen gilt es daher immer, dass die Probanden zwar allesamt bestimmten Phasen zugeordnet werden können bzw. konnten, dass die Permanenz ihrer Phasenzugehörigkeit allerdings nicht prinzipiell gesichert ist

7.3 Fragestellungen und Hypothesen

Nachdem zunächst ein Theorieauswahldiskurs zur Bildung eines geeigneten Stadienmodells geführt wurde, werden nun die darauf aufbauenden Fragestellungen und Hypothesen vorgestellt. Die Darstellung der Dopingdisposition bei Kindern und Jugendlichen setzt zum einen die Evaluation empirischer Daten zur Erfassung der gegenwärtigen Situation der Kinder und Jugendlichen voraus. Zum anderen gilt es der Kernfrage der Untersuchung nachzugehen und zu klären, welche Variablen in den Stadien vor und nach dem Rubikon vertreten sind.

Im nächsten Abschnitt werden alle im Fragebogen verwendeten Variablen, die aus den entsprechenden Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet wurden, vorgestellt. Daran an schließt sich eine alle relevanten Daten präsentierende Ergebnisbetrachtung.

Folgende Fragestellungen und Hypothesen sollen im Verlauf dieser Arbeit untersucht werden:

Untersuchungsfrage

Frage 1: Sind Kinder und Jugendliche einem Stadium des auf Doping angewandten Rubikon-Modells (DRM) zuordenbar?

Hypothese 1: Die Aussagen der Kinder und Jugendlichen sind jeweils einem der Stadien des DRM zuordenbar.

Soziodemographische Variablen

Frage 2.1: Beeinflusst das Alter, das Geschlecht, die Nationalität, die Schulbildung oder das Wohnumfeld die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum?

Hypothese 2.1: *Soziodemographische Variablen* haben keinen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.1.1: Das *Alter* hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.1.2: Das *Geschlecht* hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.1.3: Die *Nationalität* hat einen Einfluss auf einen möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.1.4: Die *Schulbildung* hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsums.

Hypothese 2.1.5: Das *jeweilige Wohnumfeld* hat einen Einfluss auf einen möglichen Dopingkonsum.

Das sportliche Engagement

Frage 2.2: Ist die ausgeübte Sportart, der zeitliche Aufwand für eine Sportart oder das Leistungsniveau, auf dem man seine Sportart betreibt, kennzeichnend für die Bereitschaft Dopingmittel zu nehmen?

Hypothese 2.2: Das *sportliche Engagement* hat keinen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.2.1: Die *ausgeübte Sportart* hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.2.2a: Der *zeitliche Aufwand* (pro Woche) für sportliche Aktivitäten hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.2.2b: Der *zeitliche Aufwand* (in Jahren) für sportliche Aktivitäten hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.2.3: Die Gegebenheit, dass eine Sportart als *Leistungssport* ausgeübt wurde, hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.2.4: Die Gegebenheit, dass es sich bei dem Sportler um einen *Kaderathleten* handelt, hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Das Wissen über Doping

Frage 2.3: Übt das Wissen der Kinder und Jugendlichen über Doping einen Einfluss auf einen möglichen Dopingkonsum aus?

Hypothese 2.3: Das *Wissen über Doping* hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Einstellungs-Variablen

Frage 2.4: Haben bestimmte Einstellungs-Variablen Einfluss auf einen möglichen Dopingkonsum?

Hypothese 2.4: In den Prozessstufen des DRM sind unterschiedliche Einstellungsvariablen bei Kindern und Jugendlichen messbar.

Hypothese 2.4.1: Die Einstellung „*ich bin gegen Doping, weil es verboten ist*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.2: Die Einstellung „*ich bin gegen Doping, weil es ungesund ist*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.3: Die Einstellung „*ich bin gegen Doping, weil mir Doping sportlich nichts bringen würde*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.4: Die Einstellung „*ich bin gegen Doping, weil es unfair ist*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.5: Die Einstellung „*ich bin gegen Doping, weil ich Angst vor einer Entdeckung hätte*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.6: Die Einstellung „*mein Sport ist mir wichtig*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.7: Die Einstellung „*ich kann meine sportlichen Ziele erreichen*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.8: Die Einstellung „*Doping braucht man, um nationale Spitzenleistungen zu erzielen*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.9: Die Einstellung „*Doping braucht man um, internationale Spitzenleistungen zu erzielen*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.10: Die Einstellung „*Doping braucht man, um Olympiasieger oder Weltmeister zu werden*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Hypothese 2.4.11: Die Einstellung „*Doping braucht man, um Weltrekorde zu erzielen*“ hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Multipler Substanzkonsum⁴⁴

Frage 2.5: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Konsum von *Lifesylegetränken, Nahrungsergänzungsmitteln, Kreatin, legalen oder illegalen Drogen* und der Bereitschaft Dopingmittel zu konsumieren?

Hypothese 2.5: Kinder und Jugendliche, die *Lifesylegetränke, Nahrungsergänzungsmitteln, Kreatin* bzw. *legale oder illegale Drogen* zu sich nehmen, haben eine andere Bereitschaft Dopingmittel zu konsumieren als andere.

Hypothese 2.5.1: Der *Konsum* von *Lifesylegetränken* wie Red Bull, Guarana o. Ä. hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.5.2: Der *Konsum* von *Koffeintabletten* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.5.3: Der *Konsum* von *Nahrungsergänzungsmitteln* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.5.4: Der *Konsum* von *Kreatin* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

⁴⁴ Unter „multiplem Substanzkonsum“ wird in diesem Zusammenhang der Genuss mehrerer Konsumgüter wie Lifesylegetränke, Nahrungsergänzungsmittel oder Kreatin, bzw. legaler und illegaler Drogen verstanden.

Hypothese 2.5.5: Der *Konsum von Alkohol* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.5.6: Der *Konsum von Nikotin* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.5.7: Der *Konsum von Cannabis* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.5.8: Der *Konsum von Drogen* wie Kokain oder Ecstasy hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Griffnähe zu Medikamenten

Frage 2.6: Besteht ein Zusammenhang zwischen einer gesteigerten Bereitschaft Medikamente zu nehmen und der Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum?

Hypothese 2.6: Kinder und Jugendliche, die eine gesteigerte Bereitschaft zu Medikamenten aufweisen, haben eine andere Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum als andere.

Hypothese 2.6.1: Die Einstellung *es ist in Ordnung Medikamente zur schnelleren Abhilfe von körperlichen Beschwerden, wie Halsschmerzen und Fieber zu nehmen*, hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.6.2: Die Einstellung *es ist in Ordnung Medikamente zur schnelleren Genesung nach Verletzungen, wie Muskelverletzungen und Brüchen zu nehmen*, hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.6.3: Die Einstellung *es ist in Ordnung Medikamente zur Erbringung einer wichtigen schulischen Leistung zu nehmen*, hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.6.4: Die Einstellung *es ist in Ordnung Medikamente zur Erbringung einer wichtigen sportlichen Leistung zu nehmen* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.6.5: Die Einstellung *es ist in Ordnung Medikamente zur Unterstützung einer körperlichen Veränderung, wie Muskelmassenzunahme oder eine Gewichtsabnahme*, hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.6.6: Die Einstellung *es ist in Ordnung Medikamente zu nehmen, wenn es einem der Arzt empfiehlt* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.6.7: Die Einstellung *es ist in Ordnung Medikamente zu nehmen, wenn es einem die Eltern empfehlen* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Hypothese 2.6.8: Die Einstellung *es ist in Ordnung Medikamente aus prophylaktischen Gründen zu nehmen* hat eine Auswirkung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum.

Information

Frage 2.7: Hat die *Informationsquelle* über Doping einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum?

Hypothese 2.7: Die *Informationsquelle* über Doping hat einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum.

Zusatzfrage

Für die Frage, unter welchen Umständen sich Kinder und Jugendliche vorstellen können, Dopingmittel zu nehmen, wird keine Hypothese formuliert, weil sie bereits im Rahmen der Stadienbestimmung behandelt wurde. Um die Gründe für einen möglichen Dopingkonsum zu erfassen, wird ihr aber dennoch nachgegangen.

7.4 Datenerfassung und Datenverarbeitung

Für die Erfassung der Antwortdaten wurde zunächst ein aus 91 Variablen bestehender Variablenplan erstellt. Mit Hilfe des Eingabemoduls „data entry“ des Statistik Programmpakets SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) wurde eine Eingabemaske konzipiert, so dass die Fragebögen im PC eingegeben werden konnten. Zum Abschluss wurde eine Datenbereinigung vorgenommen, um die Zahl der Eingabefehler zu minimieren.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 13.01. Dabei stand die deskriptive Statistik mit der Erstellung von mehrdimensionalen Häufigkeitstabellen in Form von absoluten und relativen Häufigkeiten im Vordergrund. Darüber hinaus wurden Gruppierungsverfahren, wie zum Beispiel zur Bildung von Altersgruppen oder zur Zusammenfassung von Nationalitäten angewandt. Als inferenzstatistische Methode wurde zur Überprüfung der Unabhängigkeit auf

Nominalskalenniveau das Chi-Quadrat-Verfahren nach PEARSON verwendet. Es überprüft, ob die für in einer Stichprobe festgestellte Verteilung von zwei Variablen unabhängig voneinander ist (H0) oder nicht (H1). Dazu wird die empirisch gefundene Verteilung mit denjenigen Werten verglichen, die zu erwarten wären, wenn kein Zusammenhang zwischen den beiden untersuchten Variablen besteht (Erwartungswert). Eine signifikante Wahrscheinlichkeit, dass H0 gilt, also kein Zusammenhang zwischen den Variablen in der Stichprobe besteht, ist gegeben, wenn dieser Wert im SPSS-Protokoll kleiner als .05 ist. Bei einem Wert kleiner als .01 ist von einem hochsignifikanten Zusammenhang auszugehen (vgl. Janssen & Laatz, 2005, S. 254).

Vorstellung des Fragebogens

Der verwendete Fragebogen gliedert sich in sechs Abschnitte mit folgenden Inhalten:

1. Soziodemographische Angaben

Die Angaben zu Alter, Nationalität, Geschlecht, Schule, Klassenstufe und dem Wohnumfeld wurden mittels kategorialer Antwortvorgaben und über offene Fragen erfasst.

2. Angaben zum Sportengagement

Angaben zur Ausübung der Sportart, des zeitlichen Aufwands, der Ausübung von Sportwettkämpfen und des sportlichen Leistungsniveaus wurden über offene Fragen und kategoriale Antwortvorgaben bestimmt.

3. Angaben zu bestimmten Einstellungsvariablen

Hierzu gehören Einstellungsvariablen zu schulischen und sportlichen Zielen, zur Bedeutung der eigenen sportlichen Aktivität und zur Bereitschaft der sportlichen Leistungssteigerung. Des Weiteren wurden hier Angaben zur Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbau, zur Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln und speziell zu Kreatin abgefragt.

4. Angabe zur Bereitschaft einer Medikamenteneinnahme

Hierbei wurde nach der persönlichen Einschätzung gefragt, unter welchen Umständen es in Ordnung sei, Medikamente zu sich zu nehmen.

5. Angaben zum multiplen Konsumverhalten

Die Angaben zum allgemeinen Konsumverhalten umfassen Aussagen zum Konsum von Alkohol, Zigaretten, Kreatin, Aufputschgetränken, Koffeintabletten, Cannabis, Kokain und Ecstasy.

6. Direkte Fragen zum Doping

Die direkten Fragen zum Doping bezogen sich auf die Verwendung des Dopingbegriffs, auf die Kenntnis von Dopingsubstanzen, auf die mögliche Dopinginformation, auf die dopingbezogene Einwirkung durch das Umfeld der Kinder und Jugendlichen, auf die eigene Einschätzung der Bereitschaft zu dopen und auf die notwendigen Bedingungen hinsichtlich eines möglichen Dopingkonsums.

8 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die aus der Datenerfassung gewonnenen empirischen Daten zusammengefasst und diskutiert. Dafür werden zunächst die in den Untersuchungsbereichen formulierten Hypothesen überprüft und die Ergebnisse vorgestellt. Im Anschluss daran werden für jede Variablengruppe die signifikanten Werte zusammengestellt und beschrieben, bevor im nächsten Kapitel allen Phasen des DRM die typischen Prädiktoren zugeordnet werden.

8.1 Die Zuordnung der Kinder und Jugendlichen zu den Stadien des DRM

Die Zuordnung der Kinder und der Jugendlichen zu den einzelnen Stadien erfolgt über einen speziellen Fragealgorithmus. Abbildung 8.1 veranschaulicht die Fragen und die jeweils daraus entstandene Zuordnung.

Der Fragealgorithmus sieht die Einteilung in die oben beschriebenen 6 Phasen eines (möglichen) Dopinggebrauchs, nämlich in die Phasen der 0-Kontemplation, der Präkontemplation, der Kontemplation, der Präaktion, der Aktion und der Postaktion vor. Da es in der vorliegenden Untersuchung nicht primär um eine Ausdifferenzierung der letzten Phasen geht und der Fokus auf die Entstehungsphasen einer Doping-Karriere gelegt wurde, sind die beiden letzten Phasen (*aktional Handeln* und *postaktional Bewerten*) in der Darstellung der Ergebnisse zusammengefasst worden.

Die Phaseneinteilung der Probanden erfolgte mittels spezifischer Fragen. Anhand der Antwort, ob die Kinder und Jugendlichen den Begriff „Doping“ kennen (Frage 1), konnte festgelegt werden, ob diese noch in der 0-Kontemplationsphase oder bereits in einer höheren Phase verweilen. Die Antwort „nein“ wurde als Zeichen dafür gewertet, dass sie sich noch in dieser Phase befinden⁴⁵. Die Antwort „ja“ bedeutete demnach, dass sie mindestens eine Phase weiter sind. Die nächste Frage lautete, ob die Kinder und Jugendlichen sich schon einmal über die Vor- und Nachteile des Dopens Gedanken gemacht haben (Frage 2). Wurde diese Frage mit „nein“ beantwortet, wurden die Probanden der Präkontemplationsphase zugeordnet, d.h. einer Phase, in der noch keine aktive Auseinandersetzung mit dem

⁴⁵ Für die Personen der 0-Kontemplationsphase war die Befragung damit zu Ende.

Thema Doping stattgefunden hatte. Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet entsprachen sie mindestens dem Anforderungsprofil der nächsten Phase.

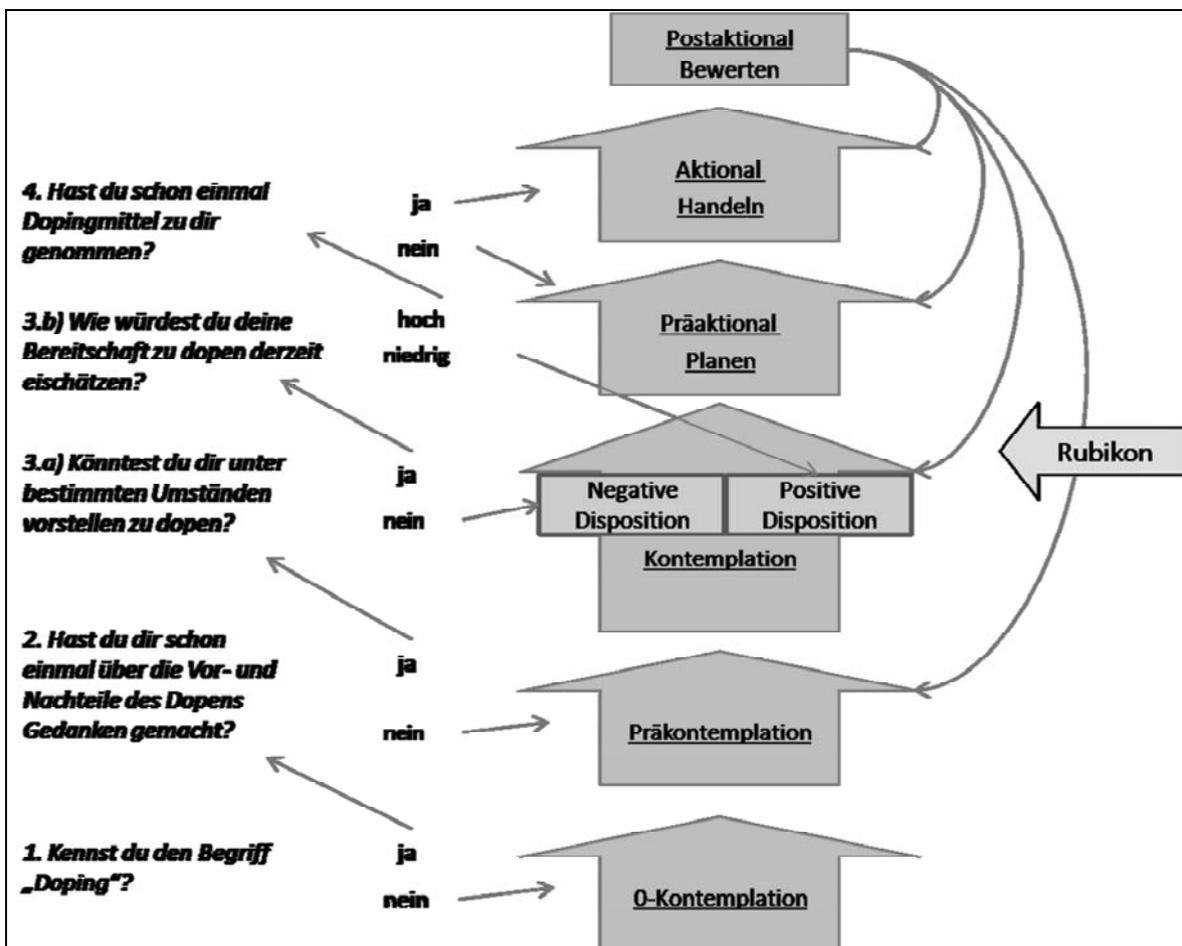


Abb. 8.1 Fragealgorithmus des DRM

Mit Hilfe weiterer Fragen wurde zum einen die Einteilung der Kinder und Jugendlichen in die Phasen der Kontemplation und der Präaktion vollzogen. Zum anderen wurde die Unterteilung der Kontemplationsphase in eine positive und eine negative Dopingdisposition vorgenommen.

- Könntest Du dir unter bestimmten Umständen vorstellen zu dopen? (3.a)
- Wie hoch würdest du deine Bereitschaft zu dopen derzeit einschätzen? (3.b)

Wurde die Frage 3.a) mit „nein“ beantwortet, so befanden sich die Personen mit einer negativen Dopingdisposition innerhalb der Kontemplationsphase. Das bedeutet, dass sie sich mit der Thematik Doping auseinander gesetzt hat und sich eine negative Disposition oder Einstellung angeeignet hatten. Wurde die Frage mit „ja“ beantwortet, kam Frage 3.b) zur Bewertung hinzu. Frage 3.b) wurde mit den Antwortkategorien „hoch“ und „niedrig“ besetzt. Auf Grundlage der Antwort-

kombinationen 3.a) „ja“ und 3.b) „niedrig“ wurden die Probanden der positiven Disposition innerhalb der Kontemplationsphase zugewiesen. Auch hier haben sich die Personen bereits mit den Vor- und Nachteilen des Dopings auseinandergesetzt, aber eine positive Einstellung gegenüber Doping entwickelt. Mit den Antwortkombinationen 3.a) „ja“ und 3.b) „hoch“ wurden die Probanden mindestens der präaktionalen Phase zugezählt und gehören somit zur Personengruppe, die den Rubikon bereits überschritten hat. Die letzte Frage zum Thema lautete, ob die Probanden schon einmal Dopingmittel zu sich genommen haben. Bei „nein“ wurden sie der präaktionalen Phase zugeteilt, wobei anzumerken ist, dass es sich bei Personen dieser Phase nicht zwangsweise um sicher in Zukunft Dopende, sondern um potentielle Dopingkonsumenten handelt. Bei der Antwort „ja“, wurden die Kinder und Jugendlichen der aktionalen und postaktionalen Phase zugeordnet. Das heißt, dass sie derzeit dopen bzw. bereits schon einmal gedopt haben. Die hier präsentierten Fragen wurden im Fragebogen weiter hinten platziert. Damit sollte eine relativ unbefangene Beantwortung zu möglicherweise dopingrelevanten Themen, wie die Einstellung zum allgemeinen und spezifischen Medikamentengebrauch, sichergestellt werden.

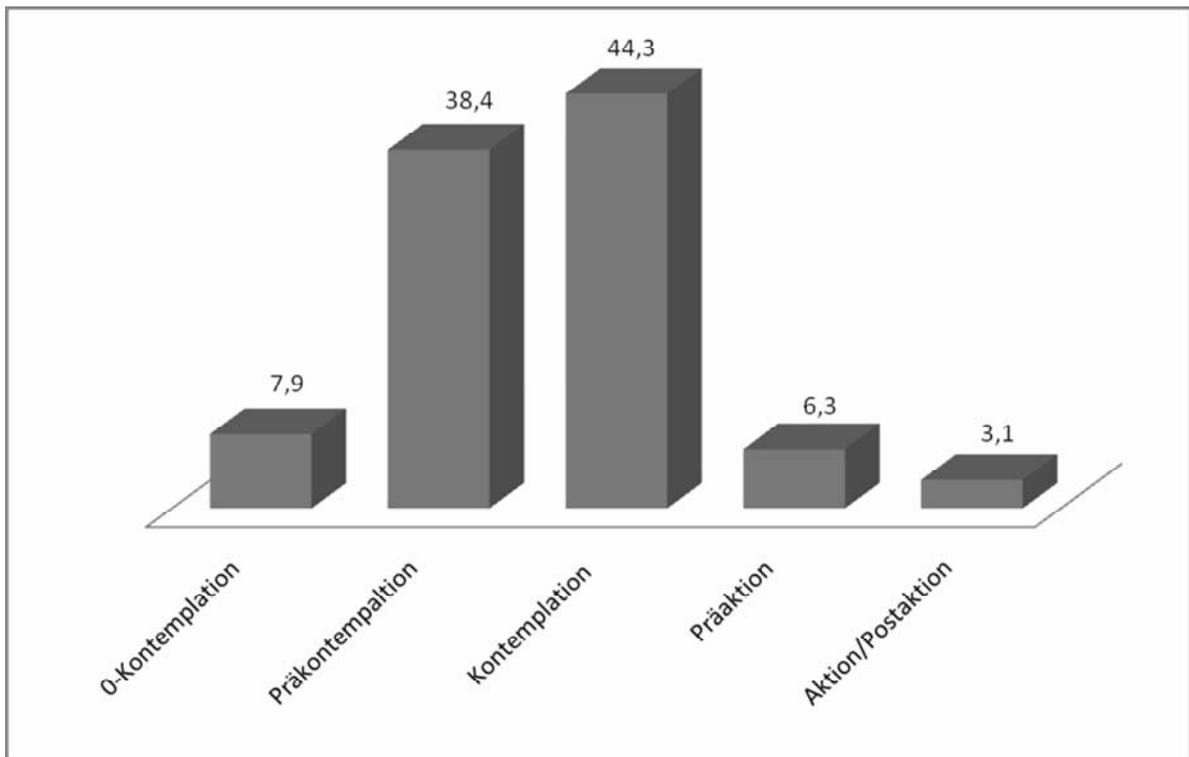


Abb. 8.2 Einteilung der Kinder und Jugendlichen in die Phasen des DRM (Angaben in Prozent)

Die Auswertung der Antworten ergab die in Abbildung 8.2 dargestellte Einteilung der Kinder und Jugendlichen. Demnach befinden sich in der 0-Kontemplation 7,9% (44 Personen), in der Präkontemplation 38,4% (214 Personen), in der Kontemplation 44,3 % (247 Personen), in der Präaktion 6,3% (35 Personen) und in der Aktion bzw. Postaktion 3,1% (17 Personen).

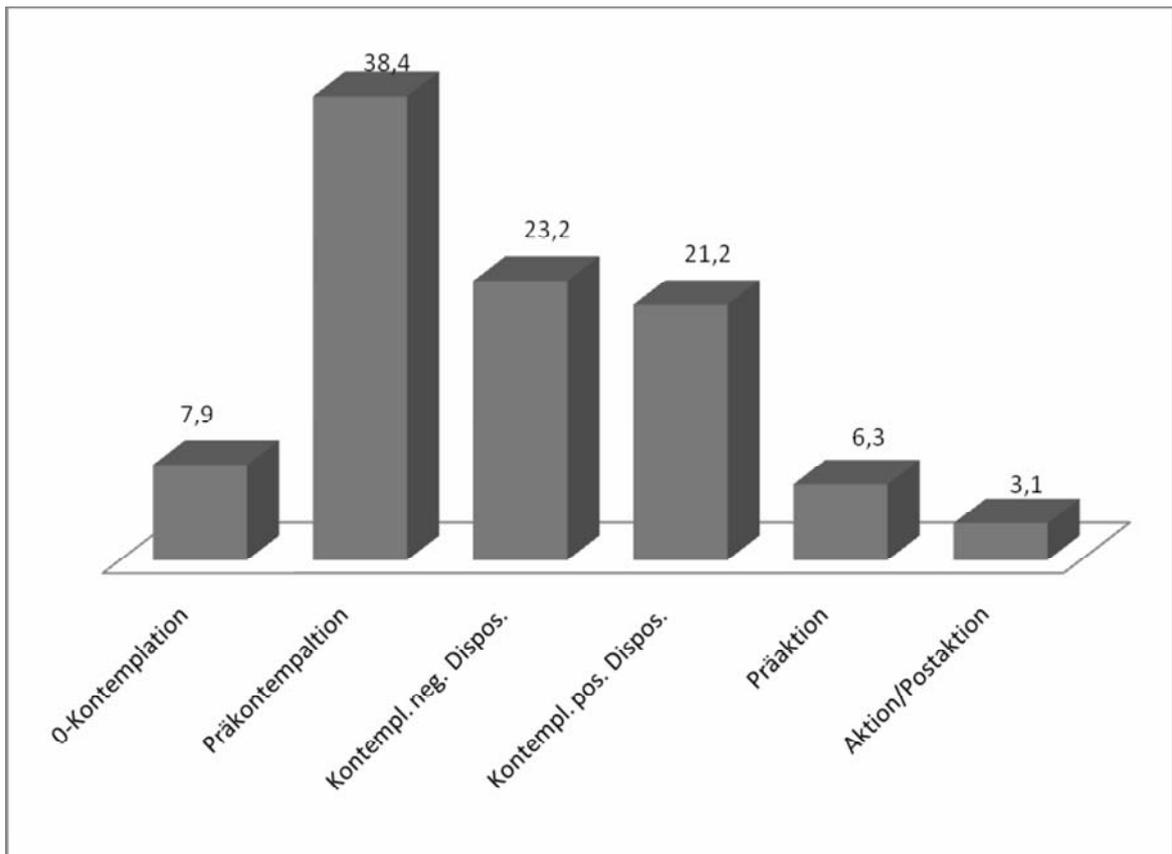


Abb. 8.3 Einteilung der Kinder und Jugendlichen in die Phasen des DRM mit Aufteilung der Kontemplationsphase (Angaben in Prozent aus n)

Abbildung 8.3 verdeutlicht noch einmal die zusätzliche Unterteilung in eine positive und negative Disposition innerhalb der Kontemplation. Damit kann genauer über eher gefährdete und ungefährdete Kinder und Jugendliche Aufschluss gegeben werden. Demzufolge setzt sich die Kontemplation aus 129 Kindern und Jugendlichen mit einer negativen Disposition (23,2%) und 118 Kindern und Jugendlichen mit einer positiven Disposition (21,2%) zusammen.

Diskussion der Ergebnisse

Hypothesenprüfung

In der Hypothese 1 wurde die Annahme formuliert, dass Kinder und Jugendliche jeweils einem der Stadien des DRM zuordenbar sind. Dies konnte auf Grund der erhobenen Daten bestätigt werden.

Das Ziel der Untersuchung war es, die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen bis zu einem möglichen Dopingkonsum aufzuzeigen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass in der 0-Kontemplation, also in der Phase, in der Kinder und Jugendliche noch gar nichts über Doping wissen, 7,9% der Probanden vertreten sind. *38,4% aller Befragten befinden sich in der Präkontemplation, in der sie nur oberflächlich über das Thema Doping Bescheid wissen* und sich noch nicht selbst damit beschäftigt haben. 44,3% haben sich mit dem Thema bereits aktiv auseinandergesetzt. Sie befinden sich somit in der Phase der Kontemplation. In der Phase der Präaktion halten sich 6,3% der Untersuchungsteilnehmer auf. Sie gehören somit zu denjenigen Probanden, die angaben, dass sie bei einer entsprechenden Konstellation zu Dopingmitteln greifen würden. *Mit Dopingmitteln bereits in Kontakt gekommen sind 3,1% der Befragten.* Diese Kinder und Jugendlichen befinden sich somit in der Phase der Aktion/Präaktion. Das bedeutet, dass sich *9,4% der Jugendlichen in ihrer Entwicklung zu Doping bereits jenseits des Rubikons befinden*, also entweder schon Dopingmittel konsumieren oder bereit wären, auf Dopingmittel zurückzugreifen. Fügt man zusätzlich die Personen, die der Kontemplationsphase mit einer positiven Disposition (21,2%) angehören, hinzu, kann *die Zahl der gefährdeten und dopingaktiven Kinder und Jugendlichen auf 30,6% beziffert werden.*

Vergleichbare Studien, die eine Entwicklung zu Doping beschreiben, fehlen derzeit. In diesem Rahmen existieren lediglich Untersuchungen zur Dopingaufnahme wie sie etwa an Thüringer Jugendlichen durchgeführt wurden. In dieser Studie wurde bei 15,1% der Jugendlichen festgestellt, dass sie in den letzten 12 Monaten Substanzen der Dopingliste eingenommen haben (vgl. Wanjek, 2006, S. 73-74). Die vergleichsweise geringe Anzahl der Dopingkonsumenten (3,1%) der vorliegenden Arbeit im Vergleich zur Thüringer Studie ergibt sich aus einer andersgearteten Bewertung des Cannabiskonsums. Die Einnahme von Cannabis aus nichtsportlichen Gründen wurde in der hier vorliegenden Studie nicht als Dopingkonsum ausgewiesen. Stattdessen wurden die Cannabiskonsumanten zusätzlich

befragt, ob sie Cannabis zur sportlichen Leistungsverbesserung einnehmen würden. Da alle Cannabiskonsumenten diese Frage verneinten, wurden sie in dieser Studie nicht zu den Dopingkonsumenten gezählt⁴⁶. Würde man sie allerdings zu den in der Untersuchung belegten 3,1% aktiven Dopern hinzuzählen, käme man hier auf einen ähnlichen Wert wie die Thüringer Studie (13,8%). Ein Vergleich mit internationalen Studien zeigt, dass es Unterschiede hinsichtlich der in die Befragung mit einbezogenen Dopingmitteln gibt. Während sich die meisten Studien wie die von Yesalis & Bahrke (2000) vornehmlich auf anabole Steroide beschränken (vgl. Kap. 4.2), schließen andere Untersuchungen wie die von Clarke (1999) oder Wanjek (2006) weitere Dopingsubstanzen mit ein. Clark (1999) stellte bspw. bei 6,4% der Kinder und Jugendlichen zwischen 13 und 19 Jahren einen Dopingkonsum fest und bezog dabei alle Dopingsubstanzen außer Amphetamine und Cannabis mit ein. Unabhängig davon, welche Dopingmitteln im Einzelnen bei den unterschiedlichen Untersuchungen berücksichtigt wurden, scheint die vorliegende Studie, wie bereits die Untersuchungen von Wanjek (2006), Boos et al. (1998), Nilson et al. (2001), Dawson (2001) und Striegel et al. (2006) jedoch zu bestätigen, dass *die Einnahme von Dopingsubstanzen nicht nur im Leistungssport Verbreitung findet, sondern längst im Breitensport und Jugendbereich angekommen ist. Nimmt man zusätzlich noch jene Personen in den Blick, die eine generelle Bereitschaft haben, Dopingmittel einzunehmen oder diese bereits konsumieren (30,6%), verschärft sich diese Problematik noch.*

8.2 Soziodemographische Angaben

Altersverteilung

Bevor eine altersabhängige Zuteilung der Kinder und Jugendliche zu den einzelnen Stadien vollzogen wurde, wurden dafür zunächst 4 übergeordnete gleichmäßige Altersklassen gebildet. Die Gruppierung ergab eine Verteilung von 10,8% der Probanden in die Altersklasse unter 13 Jahren, 38,8% in die Altersklasse von 13 bis unter 15 Jahren, 43,8% in die Altersklasse von 15 bis unter 18 Jahren und 6,6% in die Altersklasse 18 Jahre und älter. Die prozentuale Verteilung der Probanden auf die Phasen des DRM wird in Tabelle 8.1 gezeigt. Um eine Typisierung der einzelnen Phasen sicher zu stellen, wird im Folgenden jeweils die prozentuale Ver-

⁴⁶ Das Thema Cannabis-Konsum wurde bereits in Kap. 2.3 ausführlich behandelt.

teilung einer Antwortvariablen mit der durchschnittlichen Verteilung der Gesamtmenge verglichen.

Tab. 8.1 Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach Altersgruppen (Angaben in Prozent aus n = 557)

Alter (gruppiert)	Phasen						Verteilung
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. neg.Disp.	Kontempl. pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Postaktion	
unter 13 Jahre	2,2	3,4	2,3	2,2	0,5	0,2	10,8
13 bis unter 15	2,9	16,9	7,0	8,6	2,3	1,1	38,8
15 bis unter 18	2,5	16,9	11,0	9,2	3,1	1,3	43,8
18 J. und älter	0,4	1,3	2,9	1,3	0,4	0,5	6,6
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

In Tabelle 8.2 ist die Verteilung der einzelnen Altersgruppen auf die jeweiligen Stadien zu sehen. Prozentual sind die meisten Personen der 0-Kontemplation bei den unter 13-Jährigen (20%) zu finden. Die meisten Kinder und Jugendlichen der Präkontemplation sind prozentual in der Gruppe der „13- bis unter 15-Jährigen“ zu finden. Die Phase der Kontemplation ist bei der Gruppe der 18 Jahre und Älteren mit 62,1% am stärksten ausgeprägt. Die Unterteilung der Kontemplation fällt in diesem Altersabschnitt deutlich mit 43,3% zu 18,9% zu Gunsten der negativen Disposition aus. Dies ist im Altersgruppenvergleich gleichzeitig die stärkste Differenz der Disposition innerhalb der Kontemplation. Die altersabhängig stärkste positive Disposition ist bei den 13 bis unter 15 Jahre alten Probanden mit 22,2% zu finden. In der Phase der Präaktion sind prozentual (7,0%) die 15- bis unter 18-Jährigen am stärksten vertreten. Die größte Gruppe in der aktionalen und postaktionalen Phase bildete die Gruppe der 18 Jahre alten und älteren. Generell ließ sich ein signifikanter Zusammenhang (Signifikanz <0,01) für die gruppierten Alterswerte feststellen.

Tab. 8.2 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des *DRM* nach Altersgruppen (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Alter (gruppiert)	Phasen						Verteilung
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. neg.Disp.	Kontempl. pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Postaktion	
unter 13 Jahre	20,0	31,7	21,7	20,0	5,0	1,7	10,8
13 bis unter 15	7,4	43,5	18,1	22,2	6,0	2,8	38,8
15 bis unter 18	5,7	38,5	25,0	20,9	7,0	2,9	43,8
18 J. und älter	5,4	18,9	43,2	18,9	5,4	8,1	6,6
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Geschlechterverteilung

Tabelle 8.3 stellt die Verteilung der weiblichen und männlichen Kinder und Jugendliche in einem Abhängigkeitsverhältnis dar (Signifikanz < 0,01). Demnach befinden sich deutlich mehr weibliche (12,7%) als männliche Probanden (3,5%) in der so genannten 0-Kontemplation, sprich in der Phase, in der der Dopingbegriff unbekannt ist. Während in der Phase der Präkontemplation (es wurde noch nicht aktiv über Doping nachgedacht) nur geringfügig mehr weibliche Kinder und Jugendliche vertreten sind, werden innerhalb der Kontemplation (über die Vor- und Nachteile des Dopings wurde nachgedacht) mehr als doppelt so viele männliche (28,0%) wie weibliche Teilnehmer (13,8%) der positiven Disposition zugeordnet. Auch in den weiteren Stadien sind die männlichen Probanden stärker vertreten. Polarisiert man die Phasen in ungefährdete (0-Kontemplation, Präkontemplation und negative Disposition) und gefährdete Phasen (positive Disposition, Präaktion, Aktion und Postaktion), kann ein prozentuales Übergewicht der weiblichen Probanden für die ungefährdeten Phasen (79,1% zu 60,6%), ein männliches prozentuales Übergewicht bei allen Probanden der gefährdeten Phasen (39,4% zu 20,9) aufgezeigt werden.

Tab. 8.3 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des *DRM* nach *Geschlechterverteilung* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Geschlecht	Phasen						Verteilung
	<i>0-Kontem- plation</i>	<i>Prä- kontempl.</i>	<i>Kontempl. neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/ Postaktion</i>	
männlich	3,5	35,6	21,5	28,0	6,9	4,5	100,0
weiblich	12,7	41,4	25,0	13,8	5,6	1,5	100,0
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Nationalitätenverteilung

Die Frage nach ihrer Nationalität beantworteten 85,1% (474 Personen) der befragten Kinder und Jugendlichen mit Deutsch, 2,9% hatten türkische Staatsangehörigkeit, 2% waren Italiener und weitere 2% hatten neben einer ausländischen Staatsangehörigkeit noch die deutsche Staatsangehörigkeit. Insgesamt besaßen die Kinder und Jugendlichen 18 unterschiedliche Nationalitäten. Um eine Vergleichbarkeit herstellen zu können, wurden zwei Gruppen gebildet: eine deutsche Gruppe (85,1%) und eine internationale Gruppe (14,2%). Zur zweiten Gruppe zählten auch diejenigen, die neben der deutschen auch eine zweite Staatsbürgerschaft besaßen. Die Tabelle 8.4 zeigt die Verteilung der einzelnen Phasen in Abhängigkeit von der gruppierten Nationalität. Deutlich wird, dass in der Phase der 0-Kontemplation die Gruppe der Ausländer am stärksten vertreten ist. Demzufolge kennen mehr *Ausländer* als *Deutsche* den Begriff Doping nicht. Zudem fällt auf, dass in der Kontemplation im Vergleich zu den deutschen Probanden (25,7%) nur wenige der ausländischen Probanden (7,6%) eine negative Dopingdisposition besitzen. Auch in der Phasen der Aktion und Präaktion sind prozentual fast doppelt so viele Internationale (5,1%) wie Deutsche (2,7%) vertreten. Die statistische Untersuchung auf Unabhängigkeit ergab eine Signifikanz von $<0,001$, d.h. dass eine Abhängigkeit der Nationalitätengruppen nach den Phasen des DRM gegeben ist.

Tab. 8.4 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach *Nationalitätengruppen* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Nationalität (gruppiert)	Phasen						Verteilung
	<i>0-Kontem- plation</i>	<i>Prä- kontempl.</i>	<i>Kontempl. neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/ Postaktion</i>	
deutsch	4,4	39,0	25,7	21,7	6,3	2,7	85,1
ausländisch	25,3	36,7	7,6	19,0	6,3	5,1	14,2
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Die Schulbildung

In der Frage 4 des Fragebogens wurde nach der Schulbildung gefragt. 38,1% aller Teilnehmer waren Gymnasiasten, 37% Realschüler, 21,2% Hauptschüler und 2,9% waren Berufsschüler. Tabelle 8.5 zeigt die Verteilung der jeweiligen Schulbildung auf die einzelnen Phasen. Der Begriff Doping ist demnach für verhältnismäßig wenig Gymnasiasten (2,4%), für fast doppelt so viele Realschüler (6,6%) und deutlich mehr Hauptschüler (18,6%) bzw. Berufsschüler (18,8%) unbekannt. In der Prä-kontemplation, in der die Probanden noch nicht aktiv über das Thema Doping nachgedacht haben, sind die Realschüler (41,7%) und die Hauptschüler (43,2%) am stärksten vertreten. Bei den Personen, die sich bereits Gedanken über Doping gemacht haben und eine negative Disposition aufweisen, sind die Gymnasiasten mit 33,0% prozentual am stärksten präsent. Die Gymnasiasten besitzen auch im Vergleich der Dispositionen in dieser Phase (Kontemplation) im Gegensatz zu allen anderen Teilnehmern die einzige Gewichtung in Richtung negativer Disposition (33,0% zu 23,6%). Prozentual scheinen bislang auch die Gymnasiasten (1,9%) am wenigsten Dopingmittel eingenommen zu haben, während die Berufsschüler (18,3%) in dieser Phase (der Aktion und Postaktion) am stärksten vertreten sind. Die Unabhängigkeitsprüfung für den Einfluss der Schulbildung auf die DRM-Phase ergab einen Wert von $< 0,001$ und damit ein signifikantes Abhängigkeitsverhältnis.

Tab. 8.5 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der *Schulbildung* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Schulbildung	Phasen						Verteilung
	<i>0-Kontem- plation</i>	<i>Prä- kontempl.</i>	<i>Kontempl. neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/ Postaktion</i>	
Gymnasium	2,4	33,0	33,0	23,6	6,1	1,9	38,1
Realschule	6,6	41,7	19,4	21,3	7,6	3,3	37,9
Hauptschule	18,6	43,2	13,6	17,8	4,2	2,5	21,2
Berufsschule	18,8	31,3	12,5	12,5	6,3	18,8	2,9
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Wohnumfeld

Der Wohnort wurde anhand von unterschiedlichen Größenangaben in drei Kategorien eingeteilt. Demnach kamen 71 Kinder und Jugendliche aus einer größeren Stadt (über 50 000 Einwohner), 323 aus einer Kleinstadt (unter 50 000 Einwohner) und 157 aus einer ländlichen Gegend (unter 10 000 Einwohner). Die Auswirkung des Wohnorts auf die Einteilung der verschiedenen Phasen gibt Tabelle 8.6 wieder. Hierbei ist zu sehen, dass vor allem Probanden aus ländlichen Regionen (12,1%) den Begriff Doping nicht kennen. Die meisten Personen in dem Stadium vor dem Dopingkonsum, der präaktionalen Phase, stellen die Kinder und Jugendlichen der Städte unter 50 000 Einwohner. Die Werte des Wohnumfeldes unterschieden sich allerdings nicht signifikant voneinander.

Tab. 8.6 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach Wohnort (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Wohnort	Phasen						Verteilung
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. neg.Disp.	Kontempl. pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Postaktion	
Stadt über 50.000 Ew.	4,2	40,8	22,5	23,9	5,6	2,8	12,7
Stadt unter 50.000 Ew.	6,2	39,3	22,9	20,7	8,0	2,8	58,0
Land	12,1	35,0	24,2	21,7	3,2	3,8	28,2
keine Angaben	20,0	60,0	20,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Die Frage nach der Art des Wohnhauses, in dem die Probanden leben, ist in Tabelle 8.7 zu sehen. 294 Kinder und Jugendliche kamen aus *Einfamilienhäusern* bzw. *Doppelhaushälften*, 229 aus *Mehrfamilienhäusern* und 32 aus *Hochhäusern*. Die meisten Probanden ohne Kenntnisse über Doping kamen prozentual aus einem *Hochhaus* (15,6%), während nur sehr wenige aus *Einfamilienhäusern* bzw. *Doppelhaushälften* (4,4%) den Begriff Doping nicht kannten. Auch die größte Anzahl an negativer Disposition in der Phase der Kontemplation entstammt prozentual dieser Gruppierung (26,5%). Die Auswertung der Merkmalsausprägung *Wohnhaus* ergab keine Signifikanz.

Tab. 8.7 Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach Wohnhaus (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Wohnhaus	Phasen						Verteilung
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. neg.Disp.	Kontempl. pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Postaktion	
keine Angabe	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,4
Hochhaus	15,6	40,6	12,5	28,1	3,1	0,0	5,7
Mehrfamilienhaus	11,4	38,0	20,1	22,3	6,1	2,2	41,1
Einfamilienhaus/ Doppelhaushälfte	4,4	38,8	26,5	19,4	6,8	4,1	52,8
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Diskussion der Ergebnisse

Hypothesenprüfung

In Punkt 2.1 wurde die Hypothese formuliert, dass soziodemographische Faktoren einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum haben. Diese Hypothese wurde in 5 Unterhypothesen gegliedert. In Hypothese 2.1.1 wurde der positive Zusammenhang zwischen dem Alter und der Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum beschrieben. In Hypothese 2.1.2 wurde der Einfluss des Geschlechts auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum überprüft. In Hypothese 2.1.3 wird der Zusammenhang zwischen der Nationalität und der Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum formuliert. Der Einfluss der Schulbildung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum wurde in Hypothese 2.1.4 und der Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Wohnumfeld und der Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum wurde in Hypothese 2.1.5 beschrieben.

Die Hypothese 2.1 konnte teilweise bestätigt werden. Während für die differenziert dargestellten Unterhypothesen 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 und 2.1.4 jeweils ein signifikanter Zusammenhang aufgezeigt werden konnte, konnte die Unterhypothese 2.1.5 nicht bestätigt werden.

Die prozentuale Betrachtung der jeweiligen Altersgruppen hinsichtlich der Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum zeigt, dass die meisten Dopingkonsumenten *18 Jahre oder älter* sind. Personen dieses Alters sind gleichzeitig am stärksten polarisiert, d.h. sie bilden die stärkste Gruppe der Dopingkonsumenten und die stärkste der negativen Disposition. Das spricht dafür, dass sich Personen in dieser Altersgruppe bereits eine dezidierte Meinung über Doping gebildet haben und ihr Entschluss für oder gegen Doping weitestgehend fest steht. Wie bereits in Kap. 6.2.2 beschrieben, sind Personen der planenden Bewusstseinslage bzw. der ausführenden Bewusstseinslage gegenüber handlungsstörenden Informationen ablehnend und deshalb nur noch schwer erreichbar bzw. umzustimmen. Weitere Ergebnisse der Altersgruppen zeigen, dass 20% der *unter 13-Jährigen* noch gar nichts über Doping wissen. Die labilste Gruppe bilden die *13- bis 15-Jährigen*. Ihre Meinung zum Doping ist noch weitestgehend unreflektiert. Deshalb befindet sich fast die Hälfte dieser Gruppe in der Phase der Präkontemplation. In dieser Altersklasse beginnen viele Jugendliche damit ihnen bisher unbekannte Konsumgüter

wie Alkohol, Cannabis und andere Drogen auszuprobieren (vgl. Hurrelmann & Altgeld, 2004). Das Einstiegsalter für Dopingmittel setzt Laure (1997) über eine Analyse von 15 Untersuchungen auf durchschnittlich 12-14 Jahre (männlich: Min = 7 Jahre, Max = 17 Jahre; weiblich: Min = 11 Jahre, Max = 17 Jahre). Wie bereits oben beschrieben nehmen Personen in der Phase der Präkontemplation Informationen weitestgehend unvoreingenommen auf und bieten somit mit ihrer neutralen Einstellung eine optimale Voraussetzung für eine wirkungsvolle Dopingprävention. Ein entsprechender Präventionsansatz könnte auf den in Kap. 6.4 vorgestellten Wirkungen der Ziel- und Realisierungsintentionen basieren. Demzufolge könnte ein früh gefasster Vorsatz, seine sportliche Leistung so fair wie möglich zu erbringen, einen positiven Einfluss auf eine dopingfreie Leistungserbringung haben.

Der *Geschlechtervergleich* zeigt, dass unter den Kinder und Jugendliche, die noch nichts über Doping wissen, vorwiegend *weiblichen Probanden* vertreten sind. *Weibliche Kinder und Jugendliche* sind im Verhältnis zu ihren *männlichen Altersgenossen* zudem vermehrt negativ gegenüber Doping eingestellt. Diese Negativtendenz spiegelt sich vor allem im Verhältnis der negativen zur positiven Disposition wieder, welche sich bei den *weiblichen Probanden* deutlich in Richtung negativer Disposition verschiebt. *Männliche Probanden* hingegen sind in der positiven Disposition der Kontemplationsphase bis zur Dopingeinnahme prozentual wesentlich stärker vertreten als *weibliche Probanden* und können somit als weit gefährdeter eingestuft werden. Unter all den als dopinggefährdet eingeteilten Personen (Personen mit einer positiven Disposition bzw. Personen jenseits des Rubikons) befinden sich 2/3 männliche und nur 1/3 weibliche Kinder und Jugendliche. Diese Ergebnisse bestätigen auch Untersuchungen aus dem englischsprachigen Raum wie die von Metzl (2001) oder Clarke (1999) und aus Deutschland wie die von Striegel et al. (2006) und Wanjek (2006), die bereits in Kapitel 4.2 dargestellt wurden, und die alle darauf hindeuten, dass mehr männliche als weibliche Personen von der Dopingthematik betroffen sind.

Die Nationalität wurde wie bereits oben beschrieben in die Kategorien *deutsch* und *international* eingeteilt. In der Gruppe *international* waren mehr Personen vertreten, die den Begriff Doping nicht einordnen konnten als dies in der Gruppe *deutsch* der Fall war. Darüber hinaus fällt die Gruppe *international* durch eine vergleichsweise unkritische Haltung gegenüber Doping und einen höheren Anteil bei den Dopependen

auf. Vergleichsdaten aus anderen Studien geben zu diesem Thema keine Differenzierung wieder.

Die Auswertung der Kategorie *Schulbildung* ergab, dass die meisten Kinder und Jugendlichen, welche Doping nicht kannten, aus der Haupt- und Berufsschule kamen. Unter den Personen, die eine unreflektierte Meinung zu Doping haben, finden sich vor allem *Realschüler* und *Hauptschüler*. *Gymnasiasten* fielen im Vergleich mit Gleichaltrigen aus anderen Schultypen durch eine überdurchschnittlich reflektierte, negative Meinung zu Doping auf. Die *Berufsschüler* stellen prozentual die meisten Dopependen.

Die Auswertungen der Merkmalsausprägungen *Wohnortgröße* und *Wohnhaus* ergaben keine signifikanten Werte. Die Auswertung der Wohnortgröße zeigte lediglich, dass Personen der 0-Kontemplationsphase vermehrt in einer *ländlichen Gegend* wohnen. Die Untersuchung der Variable *Wohnhaus* ergab, dass Kinder und Jugendliche der 0-Kontemplationsphase prozentual betrachtet selten aus *Einfamilienhäusern* bzw. *Doppelhaushälften*, dafür häufiger aus *Mehrfamilienhäusern* und am häufigsten aus *Hochhäusern* stammen. Die stärkste Gruppe innerhalb der Kontemplationsphase mit negativer Disposition stellen Kinder und Jugendliche, welche in *Einfamilienhäusern* bzw. *Doppelhaushälften* leben. Dagegen fielen die Probanden aus *Hochhäusern* mit einer sehr positiven Einstellung innerhalb der Kontemplationsphase gegenüber Doping auf.

Für die einzelnen Phasen des DRM stellt sich folgendes signifikantes, soziodemographisches Bild dar:

In der Phase der 0-Kontemplation, in welcher Kinder und Jugendliche den Begriff Doping noch nicht kennen, finden sich die soziodemographischen Merkmale „weiblich“, „unter 13 Jahre“, „international“ und „Hauptschule“ wieder. Die Phase der Präkontemplation, in der die Kinder und Jugendlichen bislang sehr oberflächlich mit dem Thema Doping in Kontakt kamen, ist durch die Merkmale „13 bis 15 Jahre“ sowie „Real- und Hauptschüler“ gekennzeichnet. Personen mit einer reflektierten negativen Einstellung zu Doping, also der Phase der Kontemplation mit negativer Dopingdisposition, weisen hauptsächlich die Merkmale „18 Jahre und älter“, „deutsch“ und „Gymnasium“ auf. Für die Phase der Kontemplation mit positiver Dopingdisposition fiel die Merkmalsausprägung „männlich“ auf. In der Phase der Präaktion, also der Phase mit einer mehr oder weniger aktiven Vorbereitung auf

einen Dopingkonsum hin, befinden sich prozentual überdurchschnittlich viele männliche Probanden und Realschüler. In der Gruppe der Dopependen oder bereits Gedopten befinden sich prozentual am häufigsten Personen mit den Merkmalsausprägungen „18 Jahre und älter“, „männlich“, „international“ und „Berufsschule“.

8.3 Das sportliche Engagement

Sportart

Das sportliche Engagement wurde zum einen durch Fragen nach der ausgeübten Sportart, nach der Dauer der Ausübung, und nach dem allgemeinen zeitlichen wöchentlichen Aufwand für Sport beschrieben. Zum anderen wurden hier die Zusatzkategorien Leistungssportler und Kader-/Auswahlathlet gebildet. Als Leistungssportler werden jene Personen eingruppiert, die angaben, mehrmals pro Woche eine bestimmte Sportart mit regelmäßiger Wettkampfteilnahme zu bestreiten. Unter die Gruppe der Kader-/Auswahlathleten fielen alle Sportler, die entweder einer Auswahlmannschaft oder einem bestimmten Leistungskader angehören.

Aus der offenen Frage zur überwiegend ausgeübten Sportart wurden 18 Kategorien bzw. Sportarten gebildet. Tabelle 8.8 zeigt die Verteilung dieser Kategorien bzw. Sportarten auf die jeweiligen Phasen. Die meisten Personen kamen aus der Sportart Fußball (n=129). Am zweithäufigsten wurde die Sportart Tanzen/Aerobic genannt (n=49), gefolgt von Basketball (n=37) und Schwimmen (n=29). Alle Kategorien wurden später in 7 große Kategorien zusammengefügt.

1. Ballsportarten (n=183),
2. Rückschlagspiele wie Tennis, Badminton und Tischtennis (n=41),
3. Individualsportarten A mit Kampfsportarten/Selbstverteidigung und Turnen/Gymnastik (n=63),
4. Individualsportarten B mit Schwimmen, Leichtathletik und Joggen (n=51),
5. Tanzen/Aerobic und Reiten (n=84),
6. Sonstige Nennungen (n=86).

Innerhalb der 0-Kontemplation und der Präkontemplation sind zu 14,3% und 46,9% Personen der Sportgruppe Tanz/Aerobic zu finden. Die Vergleichswerte für diese Phasen liegen bei 7,9% und 38,4%. Innerhalb der Kontemplation finden sich mit einer negativen Disposition verhältnismäßig viele Personen der Antwortgruppe Schwimmen/Rudern/Radfahren/Ski, nämlich 33,3% wieder. Damit liegt dieser Wert um 10,1% höher als der Durchschnitt.

Tab. 8.8 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach Sportart (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Sportarten (gruppiert)	Phasen						Nennungen*
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. neg.Disp.	Kontempl. pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Postaktion	
Ballsportarten	4,4	32,2	21,9	30,1	7,7	3,8	32,9
Tennis/ Badminton/ Tischtennis	2,4	39,0	26,8	19,5	4,9	7,3	7,4
Bodybuilding/ Kampfsport/ Selbstvert.	6,5	32,3	22,6	25,8	6,5	6,5	5,6
Turnen/ Gymnastik/ Leicht- athletik	5,9	41,2	19,6	23,5	7,8	2,0	9,2
Tanz/ Aerobic	14,3	46,9	22,4	10,2	2,0	4,1	8,8
Schwimmen/Rudern/ Radfahren/Ski	6,7	38,3	33,3	18,3	3,3	0,0	10,8
sonstige/ keine Angabe	13,4	43,7	21,1	13,4	7,0	1,4	25,5
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	100,0

*Mehrfachnennungen möglich

Mit 30,1% sind innerhalb der positiven Disposition im Vergleich zur Gesamtverteilung der Untersuchung (21,2%) vorwiegend Personen aus der Gruppe Ballsportarten auffällig. Innerhalb der Präaktion sind innerhalb der Verteilung die Antwortgruppen *Turnen/Gymnastik/Leichtathletik* (7,8%) und Ballsportarten (7,7%) prozentual stärker vertreten. Jedoch weist die Gruppe der Ballsportler eine deutlich größere Anzahl an Personen in dieser Phase (n=14) auf als die Antwortgruppe Turnen/Gymnastik/Leichtathletik (n=4). In der Phase der Aktion/Postaktion ist die Antwortgruppe der Rückschlagspiele (*Tennis/Badminton/Tischtennis*) mit 7,3% vertreten. Die Variable Sportart gab auf die Verteilung der Phasen bei der statistischen Unabhängigkeitsprüfung einen signifikanten Wert von $< 0,05$. Demnach ist eine Abhängigkeit dieser Variable gegeben.

Wöchentlicher Zeitaufwand für den Sport

Anhand des zeitlichen Aufwandes, den die Kinder und Jugendlichen für ihre Sportart betrieben, wurden vier Kategorien gebildet (Tabelle 8.9): *Unter 3 Stunden*, *zwischen 3 und 6 Stunden* und *6 bis 12 Stunden* pro Woche. Der Einfluss des zeitlichen Aufwands für den Sport ergibt folgendes Bild im Hinblick auf die Phasenverteilung:

Innerhalb der 0-Kontemplationsphase finden sich die meisten Probanden der Antwortgruppe *6 bis 12 h* wieder (14,8%). Die gleiche Antwortgruppe ist auch innerhalb der präaktionalen Phase am stärksten vertreten (44,4%). Während sich innerhalb der Kontemplationsphase mit negativer Disposition prozentual viele Personen, die *weniger als 3 Stunden* Sport ausüben, befinden, sind innerhalb der positiven Disposition prozentual überdurchschnittlich viel Kinder und Jugendliche, die *12 h und mehr* Sport pro Woche ausüben (66,7%), versammelt. In der präaktionalen Phase stechen neben der Antwortgruppe *12 h und mehr* (16,7%) Personen der Antwortgruppe *3 bis 6 Stunden* (10,7%) prozentual hervor. Die Gruppe der Personen, die *3 bis 6 Stunden* Sport pro Woche ausüben, ist am stärksten (5,4%) in der aktional/postaktionalen Phase vertreten. Die Auswertung der Merkmalsausprägung *Zeitaufwand* ergab keine Signifikanz.

Tab. 8.9 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach wöchentlicher Zeitaufwand für Sport (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Wöchentlicher Zeitaufwand für Sport	Phasen						Verteilung
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. neg.Disp.	Kontempl. pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Postaktion	
unter 3 h	4,5	37,5	26,8	20,5	8,5	2,2	40,2
3 bis 6 h	3,6	30,4	23,2	26,8	10,7	5,4	10,1
6 bis 12 h	14,8	44,4	18,5	22,2	0,0	0,0	4,8
12 h und mehr	0,0	16,7	0,0	66,7	16,7	0,0	1,1
keine Angaben	11,5	41,0	20,9	19,3	3,7	3,7	43,8
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	100,0

Zeitaufwand für den Sport seit Jahren

Die Verteilung der Probanden im Bezug zur Kategorie Sportausübung seit Jahren wird in Tabelle 8.10 dargestellt. Demnach sind innerhalb der 0-Kontemplation besonders viele der Personen der Gruppe vertreten, die ihre Sportart seit *weniger als 2 Jahre* ausüben (12%). Innerhalb der Präkontemplation herrscht neben der Gruppe derer, die ihren Sport *seit 2 Jahren* ausüben (42,4%), die Gruppe derer vor, welche ihren Sport *seit 4 bis unter 6 Jahren* ausüben (43,6%). Innerhalb der Kontemplation mit negativer Disposition sind jene Personen prozentual stärker vertreten, welche zu den Antwortgruppen *4 bis unter 6 Jahren* (25,7%) sowie *6 Jahren und mehr* (25,9%) zählen. Die Kontemplation mit positiver Disposition ist von jenen stärker belegt, die ihren Sport *seit 2 bis unter 4 Jahren* (26%) und *seit 6 Jahren und mehr* (27,1%) ausüben. Innerhalb der Präaktion sind verstärkt Kinder und Jugendliche anwesend, welche ihren Sport *unter 2 Jahren* (7,6%) und *seit 2 bis 4 Jahren* (8%) ausüben. Die statistische Untersuchung auf Unabhängigkeit ergab eine Signifikanz von $< 0,001$, d.h. dass eine Abhängigkeit des *Zeitaufwandes für Sport seit Jahren* nach den Phasen des DRM gegeben ist.

Tab. 8.10 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach *Sportausübung seit Jahren* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Sportausübung seit Jahren (gruppiert)	Phasen						Verteilung
	0-Kontem- plation	Prä- kontempl.	Kontempl. neg.Disp.	Kontempl. pos.Disp.	Präaktion	Aktion/ Postaktion	
unter 2 Jahre	12,0	42,4	17,4	17,4	7,6	3,3	16,5
2- unter 4 Jahre	5,0	37,0	22,0	26,0	8,0	2,0	18,0
4- unter 6 Jahre	1,0	43,6	25,7	21,8	5,9	2,0	18,1
6 Jahre und mehr	4,8	34,3	25,9	27,1	4,2	3,6	29,8
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	100,0

Leistungssport

34,8% der Befragten gaben an Leistungssport zu betreiben (Tabelle 8.11). 63,9% behaupteten, ihre Sportart nicht leistungsorientiert auszuüben. Von 1,3% der Teilnehmer wurde diese Frage nicht beantwortet. Die Vergleichswerte der *Leistungssportler* und der *Nicht-Leistungssportler* werden aus Tabelle 8.11 ersichtlich. Demnach finden sich in den beiden ersten Phasen wesentlich mehr *Nicht-Leistungssportler* (10,1%, 43%) als *Leistungssportler* (3,6%, 29,4%) wieder. Das Verhältnis dreht sich in den oberen, fortgeschrittenen Phasen um. *Leistungssportler* haben sich bereits mehr mit dem Thema Doping beschäftigt als *Nicht-Leistungssportler*. Das Verhältnis zwischen der positiven und negativen Disposition in der Kontemplationsphase zeigt allerdings keinen Unterschied zwischen den *Nicht-Leistungssportlern* und den *Leistungssportlern*. In der Phase der Präaktion sind mehr *Leistungssportler* (7,7%) als *Nicht-Leistungssportler* (5,3%) vorhanden. Die Variable *Leistungssportler* gab auf die Verteilung der Phasen bei der statistischen Unabhängigkeitsprüfung einen signifikanten Wert von $< 0,05$. Demnach ist eine signifikante Abhängigkeit dieser Variable gegeben.

Tab. 8.11 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach *Leistungssportler* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Leistungs- sportler	Phasen						Verteilung
	0-Kontem- plation	Prä- kontempl.	Kontempl. neg.Disp.	Kontempl. pos.Disp.	Präaktion	Aktion/ Postaktion	
Ja	3,6	29,4	28,9	27,3	7,7	3,1	34,8
Nein	10,1	43,0	20,5	18,0	5,3	3,1	63,9
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	100,0

Eine weitere Unterscheidung in Kaderathleten und Nicht-Kaderathleten ergab keine statistisch signifikante Abhängigkeitsverteilung.

Diskussion der Ergebnisse

In der Hypothese 2.2 wurde der Einfluss des sportlichen Engagements auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum untersucht. Dafür wurden vier Unterhypothesen gebildet. In Hypothese 2.2.1 wurde ein positiver Zusammenhang der ausgeübten Sportart mit der Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum formuliert. Dieser konnte signifikant bestätigt werden. Mit der Hypothese 2.2.2 wurde der Zusammenhang des Zeitaufwandes für sportliche Aktivitäten und die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum untersucht. Dieser konnte nicht bestätigt werden. Der Einfluss der leistungsorientierten Sportausübung auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum wurde in Hypothese 2.2.3 formuliert. Auch diese Unterhypothese konnte nicht bestätigt werden. In Hypothese 2.2.4 wurde der Zusammenhang formuliert, dass die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum von einer Zugehörigkeit zu einem Sportleistungskader bzw. einer Auswahlmannschaft beeinflusst wird. Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Zusammengefasst: Die Hypothese 2.2 wird teilweise bestätigt.

Die Betrachtung der Auswirkung des sportlichen Engagements auf die Bereitschaft der Kinder und Jugendlichen, potenziell Dopingmittel zu nehmen, ergab folgendes Bild: Die Variable *Sportart* zeigt, dass vor allem Personen aus *Ballsportarten* (gruppiert) prozentual überdurchschnittlich ab der Kontemplationsphase mit positiver Disposition vertreten sind. Dementsprechend sind diese Kinder und Jugendlichen als am stärksten dopinggefährdet einzustufen. Innerhalb dieser Gruppe sind die Fußballer und Basketballer zahlenmäßig am stärksten präsent. Dieses Ergebnis überrascht insofern, als dass gerade Mannschaftssportarten in der Öffentlichkeit eher als vergleichsweise ungefährdet in Bezug auf Doping eingeschätzt werden (vgl. Wollin, 2007, S. 225). Auch die Gruppe der Personen aus den Sportarten *Bodybuilding/Kampfsport/Selbstverteidigung* und die der Sportarten *Turnen/ Gymnastik/Leichtathletik* fallen prozentual betrachtet mit einer reflektierten positiven Meinung zu Doping auf. Die stärkste prozentuale Ablehnung gegenüber Doping kommt aus der Personengruppe der *Sportartengruppe Schwimmen/Leichtathletik/Joggen*. Bislang am wenigsten mit dem Thema Doping in Berührung gekommen sind Personen der Gruppe *Tanz/Aerobic/Reiten*. Unter den aktuellen bzw. den bisherigen Dopingaktiven finden sich prozentual am meisten innerhalb der Gruppe *Bodybuilding/Kampfsport/Selbstverteidigung*. Diese Daten können andere Untersuchungen, wie die von Strigel et al. (2006) bestätigen.

In dieser Studie gaben 19,2% der männlichen Sportler in Fitnessstudios an sich zu dopen (vgl. Kap. 4.1). Aus der Variablen *wöchentlicher Zeitaufwand* konnte keine eindeutige Tendenz abgelesen werden. Dagegen belegt die Variable *Sportausübung seit Jahren*, dass die ersten zwei Jahre der Sportausübung als ungefährlich einzustufen sind. Besonders gefährdet zeigten sich die Zeitabschnitte der Sportausübung *2 und unter 4 Jahren* sowie *6 und mehr Jahre*. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Untersuchung von Boos et al. aus dem Jahre 1998 (vgl. Kap. 4.1), bei der die Sportler erst nach drei Jahren mit der Einnahme von leistungssteigernden Substanzen begonnen haben (vgl. Feiden & Blasius, 2002, S. 38). Die Variable *Leistungssportler* ergab, dass sich *Leistungssportler* bereits stärker mit dem Thema Doping beschäftigt haben. Darüber hinaus gaben prozentual mehr *Leistungssportler* als *Nicht-Leistungssportler* an, sie seien bereit Dopingmittel zu nehmen. Eine weitere Unterscheidung in *Kaderathleten* und *Nicht-Kaderathleten* ergab keine zusätzliche signifikante Abhängigkeit. Es sei hierbei angemerkt, dass allerdings zu präziseren Unterscheidungen zwischen den einzelnen Sportarten größere Stichproben notwendig sind.

8.4 Dopingwissen

Das bei den Kindern und Jugendlichen vorhandene Wissen über Doping wurde anhand von zwei Punkten abgefragt. Während sich der erste Fragekomplex mit Aspekten der Begriffsbestimmung von Doping auseinandersetzte, prüfte die zweite Frage, welche Dopingmittel bei den Probanden prinzipiell bekannt sind. Der aktuelle Doping-Sprachgebrauch wurde dabei nach einem Abgleich mit den drei folgenden in der Antwort enthaltenen bzw. nicht enthaltenen Komponenten in drei verschiedene Kategorien eingeteilt:

1. Medikamente(Arzneimittel), unerlaubte Mittel o. Ä.,
2. zur Leistungssteigerung bzw. zur Verbesserung der körperlichen/sportlichen Leistung o. Ä.,
3. unerlaubte bzw. unfaire Handlung.

Zur Kategorie *Begrifflichkeit korrekt gebraucht* zählte dann eine Antwort, wenn sie alle drei Komponenten beinhaltete. 7,9% der Antworten zählten zu dieser Kategorie. Der Kategorie *teilweise korrekt gebrauchte Begrifflichkeit* wurden Antworten, die zwei der drei Komponenten enthielten, zugeordnet. Dazu zählten die meisten (73,2%) Antworten. Der Rest wurde der Kategorie *Begrifflichkeit unkorrekt ge-*

braucht zugeteilt. 7,5% der Kinder und Jugendlichen haben den Begriff komplett falsch verwendet und 11,3% gaben keine Begriffserklärung an.

Die Tabelle 8.12 zeigt die Verteilung des Begriffsverständnisses auf die einzelnen Stadien. Kinder und Jugendliche der 0-Kontemplation können den Begriff nur unzureichend oder gar nicht wiedergeben. In der Phase der Präkontemplation sind vorwiegend Personen, welche der Kategorie *Begrifflichkeit komplett falsch gebraucht* (50%) und der Kategorie *Begrifflichkeit teilweise korrekt gebraucht* (41,4%) zugeordnet wurden. Personen der Kontemplationsphase mit negativer Disposition konnten vorwiegend der Gruppe *Begrifflichkeit Doping korrekt gebraucht* (40,9%) zugeschrieben werden. In den übrigen Phasen sind diesbezüglich keine gravierenden Unterschiede erkennbar. Die statistische Untersuchung auf Unabhängigkeit ergab eine Signifikanz von $< 0,001$, d.h. eine Abhängigkeit der *Definitionsgruppen* nach den Phasen des DRM.

Tab. 8.12 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Kategorie *Dopingbegriff* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Erklärung Dopingbegriff	Phasen						Verteilung
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. neg.Disp.	Kontempl. pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Postaktion	
Begriff korrekt gebraucht	0,0	27,3	40,9	22,7	6,8	2,3	7,9
Begriff teilweise korrekt gebraucht	0,5	41,4	24,0	23,8	6,9	3,4	73,2
Begriff unkorrekt gebraucht	4,8	50,0	19,0	21,4	2,4	2,4	7,5
keine Definition	63,6	19,1	8,0	3,2	4,4	1,7	11,3
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	100,0

Mit der zweiten Frage zum Dopingwissen sollte herausgefunden werden, welche Dopingmittel bzw. Dopingmethoden bei den Kindern und Jugendlichen bekannt sind. Dazu wurde die Frage offen formuliert. Wie Abbildung 8.4 zeigt, konnten hierbei 24,2% der Antworten den *anabolen Wirkstoffen*, 6,1% den *Stimulanzien*, 2,3% den *Narkotika* und 13,6% den *Dopingmethoden* wie Blutdoping zugeordnet werden. 13,3% der Befragten setzten Doping mit *Drogen* gleich.

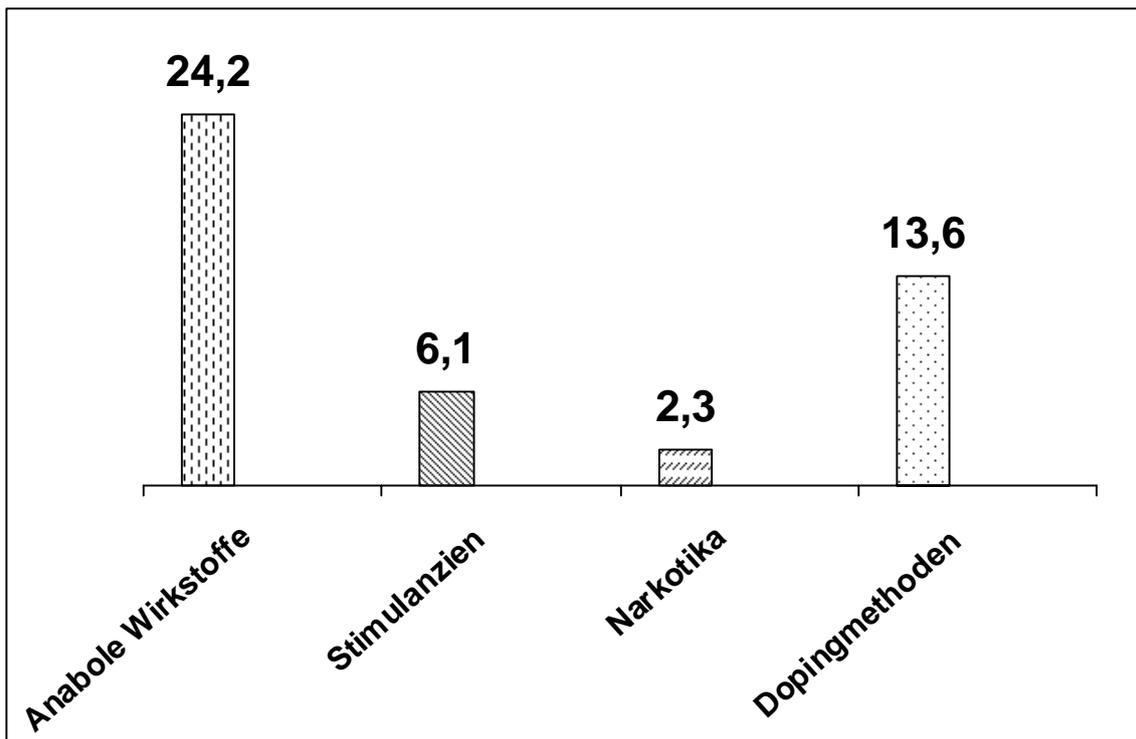


Abb. 8.4 Bekannte Dopingsubstanzen bei Kindern und Jugendlichen (Angaben in Prozent)

Diskussion der Ergebnisse

In der Hypothese 2.3 wurde die Annahme formuliert, dass das dopingspezifische Wissen einen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum hat. Diese Annahme ließ sich signifikant bestätigen.

Kinder und Jugendliche, bei denen ein *geringes dopingspezifisches Wissen* diagnostiziert wurde, befinden sich tendenziell in den ersten beiden Phasen des DRM. Haben sie sich jedoch bereits Gedanken über Doping gemacht, ist bei ihnen eher eine positive als eine negative Einstellung zum Doping festzustellen, wodurch sie sich von der Gesamtmenge abheben. Personen, die über ein *mittleres dopingspezifisches Wissen* verfügen, befinden sich vornehmlich in der Phase der Präkontemplation. Personen mit einem *hohen dopingspezifischen Wissen* konnten prozentual am stärksten innerhalb der Kontemplationsphase der negativen Disposition zugeordnet werden. Darüber hinaus belegen aber Kinder und Jugendliche dieser Gruppe auch die extrem dopinggefährdeten Nach-Rubikon-Phasen (präaktionale Phase und aktionale/postaktionale Phase). Es ist anzunehmen, dass

ein fundiertes dopingspezifisches Wissen über erwünschte und unerwünschte Wirkungen bei einigen Kindern und Jugendlichen abschreckend wirkt, bei anderen jedoch das Gegenteil auslöst. Daher liegt die Vermutung nahe, dass nicht allein eine möglichst umfangreiche Doping-Aufklärung wichtig ist, sondern dass der Inhalt, der Zeitpunkt und die Person der Wissensvermittlung mit zu berücksichtigen sind; letzteres ist im Weiteren noch zu belegen. Jedenfalls sprechen die bisherigen Ergebnisse für die Notwendigkeit einer gezielten und durchdachten Dopingprävention auf der Grundlage empirischer Daten, um bei Kindern und Jugendlichen eine Dopingresistenz und nicht eine unbeabsichtigte Dopingaffinität aufzubauen.

8.5 Einstellungs-Variablen

In diesem Abschnitt wird die Auswirkung der unterschiedlichen Einstellungen gegenüber Doping auf die Phaseneinteilung des DRM beleuchtet.

Tab. 8.13 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variable *Gründe gegen Doping* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Gründe gegen Doping	Phasen						Verteilung
	<i>0-Kontemplation</i>	<i>Prä-kontempl.</i>	<i>Kontempl. Neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. Pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/Post-aktion</i>	
Verbot	1,7	42,8	25,1	22,3	4,8	3,4	63,7
Gesundheit	1,7	41,7	25,7	23,3	4,9	2,7	74,0
fehlender sportlicher Nutzen	2,3	49,7	27,2	13,3	5,2	2,3	31,1
unfair	0,8	42,4	26,8	22,0	5,3	2,7	67,7
Entdeckungssangst	1,4	39,4	24,8	22,9	7,8	3,7	39,1
sonstige Gründe	4,0	42,7	20,0	25,3	5,3	2,7	13,5
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	100,0

Hierbei wurde zunächst nach den Gründen der Kinder und Jugendlichen gefragt, die gegen einen eigenen Dopingkonsum sprechen. Dazu wurden den Personen sechs Antwortkategorien vorgegeben. Am häufigsten wurde das Argument *Gesundheitliches Risiko* (74%) gegen einen eigenen Dopinggebrauch vorgebracht.

Danach kamen die Gründe *weil es unfair ist* (67,7%) und *weil es verboten ist* (63,7%). Die *Angst vor einer Entdeckung* nannten 39,1% und 31% führten einen *fehlenden sportlichen Nutzen* an. Von 13,1% wurden *andere Gründe* genannt. Die prozentuale Verteilung der Gründe auf die einzelnen Phasen des DRM soll Tabelle 8.13 verdeutlichen. Demnach ist innerhalb der Präkontemplationsphase prozentual das Argument *fehlender sportlicher Nutzen* mit 49,7% am stärksten vorhanden. Auch in der Phase der negativen Kontemplation steht dieses Argument prozentual an erster Stelle. In der Phase der Präaktion ist das Argument *Entdeckungsangst* (7,8%) überdurchschnittlich stark vertreten, während in der aktionalen/postaktionalen Phase neben dem Argument *Verbot* (3,4%) erneut das Argument *Entdeckungsangst* (3,7%) etwas über dem Schnitt der Gesamtheit liegt. Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Abhängigkeit der gesamten *Argumentationsgruppe gegen Doping* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab mit einem Wert von $p < 0,001$ eine hochsignifikante Abhängigkeit aller sechs Argumente im Hinblick auf die Phasenverteilung.

Tab. 8.14 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variable *Gründe gegen Doping* (Angabe in Prozent aus n=557)

Gegen Doping wegen	Phasen						Verteilung
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. Neg.Disp.	Kontempl. Pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Post-aktion	
Verbot	1,1	27,3	16,0	14,2	3,1	2,2	63,7
Gesundheit	1,3	30,9	19,0	17,2	3,6	2,0	74,0
fehlender sportl. Nutzen	0,7	15,4	8,4	4,1	1,6	0,7	31,1
unfair	0,5	28,7	18,1	14,9	3,6	1,8	67,7
Entdeckungsangst	0,5	15,4	9,7	9,0	3,1	1,4	39,1
sonstige Gründe	0,5	5,7	2,7	3,4	0,7	0,4	13,5
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	100,0

Einen anderen Überblick verschafft die Tabelle 8.14, welche die Gründe gegen Doping als Prozente aus der Gesamtmenge (n=557) wiedergibt. Demnach ist der

am häufigsten angegebene Grund (Prozent aus n) gegen einen eigenen Dopinggebrauch in allen Phasen außer der Aktion/Postaktion die *Gesundheit*.

In Frage 19 des Fragebogens wurde nach den *eigenen sportlichen Zielen* bzw. Ambitionen gefragt. Als Antwortmöglichkeiten konnten die Probanden die Kategorien *sehr niedrig*, *niedrig*, *hoch* und *sehr hoch* wählen. Die Abbildung 8.5 veranschaulicht die unterschiedlichen Antworthäufigkeiten. Demnach stufen 4,8% der Kinder und Jugendlichen ihre sportlichen Ziele als *sehr niedrig*, 30,5% als *niedrig*, 45,5% als *hoch* und 19,0% als *sehr hoch* ein.

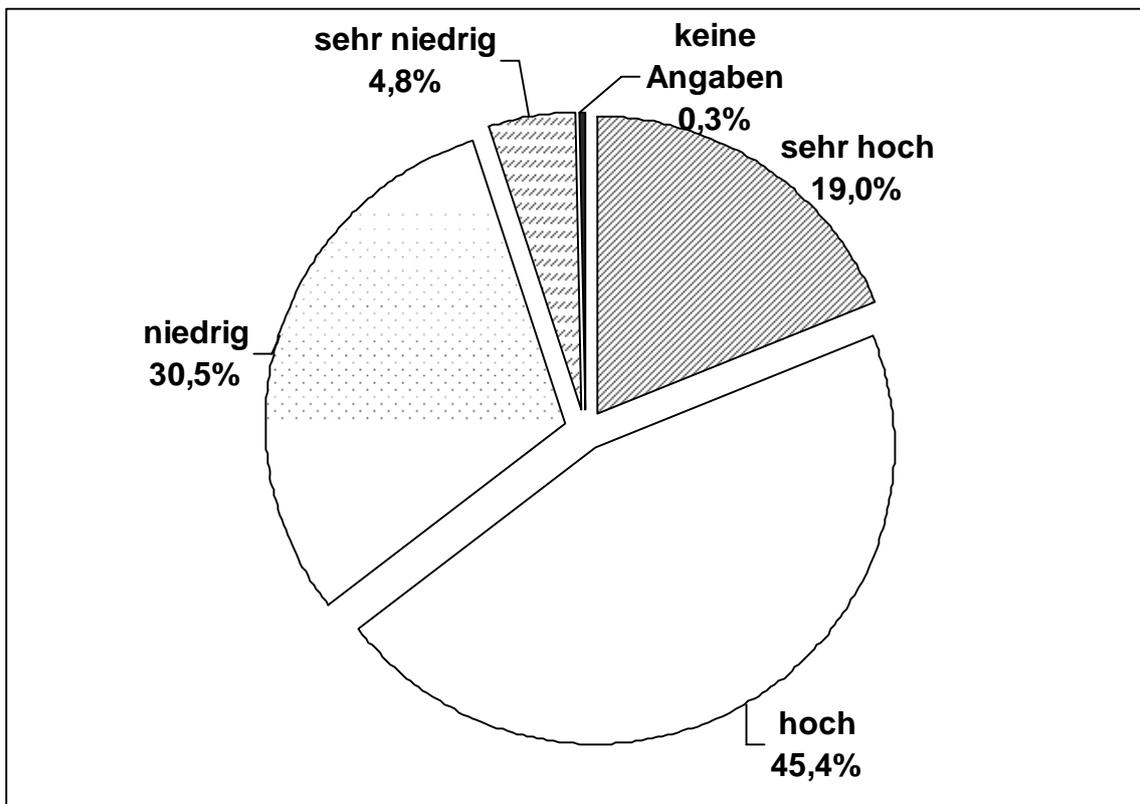


Abb. 8.5 Bedeutung der eigenen sportlichen Ziele bzw. Ambitionen von Kindern und Jugendlichen (Angaben in Prozent aus n)

Tabelle 8.15 zeigt die Verteilung (Prozente aus der Zeilensumme) der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Bedeutung der eigenen sportlichen Ziele*. Alle Antwortgruppen waren am häufigsten in der Präkontemplationsphase vertreten. Probanden, die ihre sportlichen Ziele als *sehr niedrig* einstufen, bildeten zum Zeitpunkt der Befragung den größten prozentualen Anteil dieser Phase (44,4%). Diese Probanden hatten gleichzeitig die geringste

Ausprägung in der Kontemplationsphase mit positiver Disposition (14,8%). Kinder und Jugendliche der Antwortkategorie *niedrig* stellten den geringsten Wert in der der Kontemplationsphase mit negativer Disposition (14,7%) dar. Innerhalb der Kontemplationsphase verschiebt sich das Verhältnis der Gruppen *hoch* und *sehr hoch* zwischen der negativen (26,9% bzw. 29,2%) und der positiven Disposition (21,7% bzw. 20,9%) deutlich in Richtung negative Disposition. Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Abhängigkeit der Gruppeneinteilung *Bedeutung der eigenen sportlichen Ziele* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab keinen signifikanten Wert ($p = 0,31800$).

Tab. 8.15 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variable *Gewichtung der sportlichen Ziele* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Gewichtung der sportlichen Ziele	Phasen						Verteilung
	<i>0-Kontemplation</i>	<i>Prä-kontempl.</i>	<i>Kontempl. Neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. Pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/Post-aktion</i>	
keine Angabe	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,2
sehr hoch	5,7	31,1	29,2	21,7	8,5	3,8	19,0
hoch	7,1	38,3	26,9	20,9	4,7	2,0	45,4
niedrig	10,6	42,4	14,7	21,8	6,5	4,1	30,5
sehr niedrig	7,4	44,4	18,5	14,8	11,1	3,7	4,8
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

In einer weiteren Variablenprüfung wurden die Probanden gefragt, ob sie glauben, sie könnten ihre sportlichen Ziele erreichen. Tabelle 8.16 gibt einen Überblick über die jeweilige prozentuale Verteilung der Antworten der Gruppierungen nach den Kategorien *mit Sicherheit, unter bestimmten Umständen, unwahrscheinlich* und *nein* der Zeilensummen. Demnach befinden sich im Vergleich zur Allgemeinheit (38,4%) relativ wenig Probanden der Antwort-Kategorie *mit Sicherheit* in der Phase der Präkontemplation (32,3%). Dafür sind diese Probanden verstärkt in der Phase der Kontemplation zu finden (50,5%). Der prozentuale Anteil aus n liegt in dieser

Phase bei 44,6%. Auffallend in dieser Phase ist die Tendenz der Probanden der beiden Gruppen, die sich negativ zur Zielerreichung geäußert haben. Bei beiden Gruppen ist die positive Disposition prozentual deutlich stärker vertreten (21,9% und 12,0%) als die negative Disposition (15,6% und 8%). Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Variable *Erreichung der eigenen sportlichen Ziele* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab keinen signifikanten Wert ($p = 0,09600$).

Tab. 8.16 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Erreichung der eigenen sportlichen Ziele*. (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Erreichen der eigenen sportlichen Ziele	Phasen						Verteilung
	<i>0-Kontemplation</i>	<i>Prä-kontempl.</i>	<i>Kontempl. Neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. Pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/Post-aktion</i>	
keine Angabe	0,0	75,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,7
mit Sicherheit	8,6	32,3	26,3	24,2	5,4	3,2	33,4
unter bestimmten Umständen	6,1	41,4	24,5	20,1	6,1	1,8	49,9
das wird sehr schwierig	9,4	40,6	15,6	21,9	6,3	6,3	11,5
nein	20,0	40,0	8,0	12,0	12,0	8,0	4,5
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Die *Einschätzung* der Probanden, *für welche sportliche Spitzenleistung man Dopingmittel heute benötigt*, wird in Frage 37 thematisiert. Dabei wurden vier Antwortvariablen mit der Kategorie *ja* und *nein* abgefragt:

Glaubst du, man kann ohne Dopingsubstanzen einzunehmen

- a) nationale Spitzenleistungen erreichen?
- b) internationale Spitzenleistungen erreichen?
- c) Olympiasieger oder Weltmeister werden?
- d) Weltrekorde erzielen?

Die Verteilung aller Antworten ist in Abbildung 8.6 abgebildet⁴⁷. Demnach zeigt sich, dass 13,6% der Beteiligten der Meinung sind, „es sei heute kein Weltrekord ohne Doping möglich“. Als zweithäufigste Antwort wurde genannt, dass „ohne Doping kein Olympiasieg möglich sei“ (10,8%). 6,5% der Befragten kreuzten an, dass „nach ihrer Meinung Doping für eine internationale Spitzenleistung verantwortlich sei“ und immer noch 5,4% aller Kinder und Jugendlichen waren der Meinung, „eine nationale Spitzenleistung sei ohne Doping nicht möglich“.

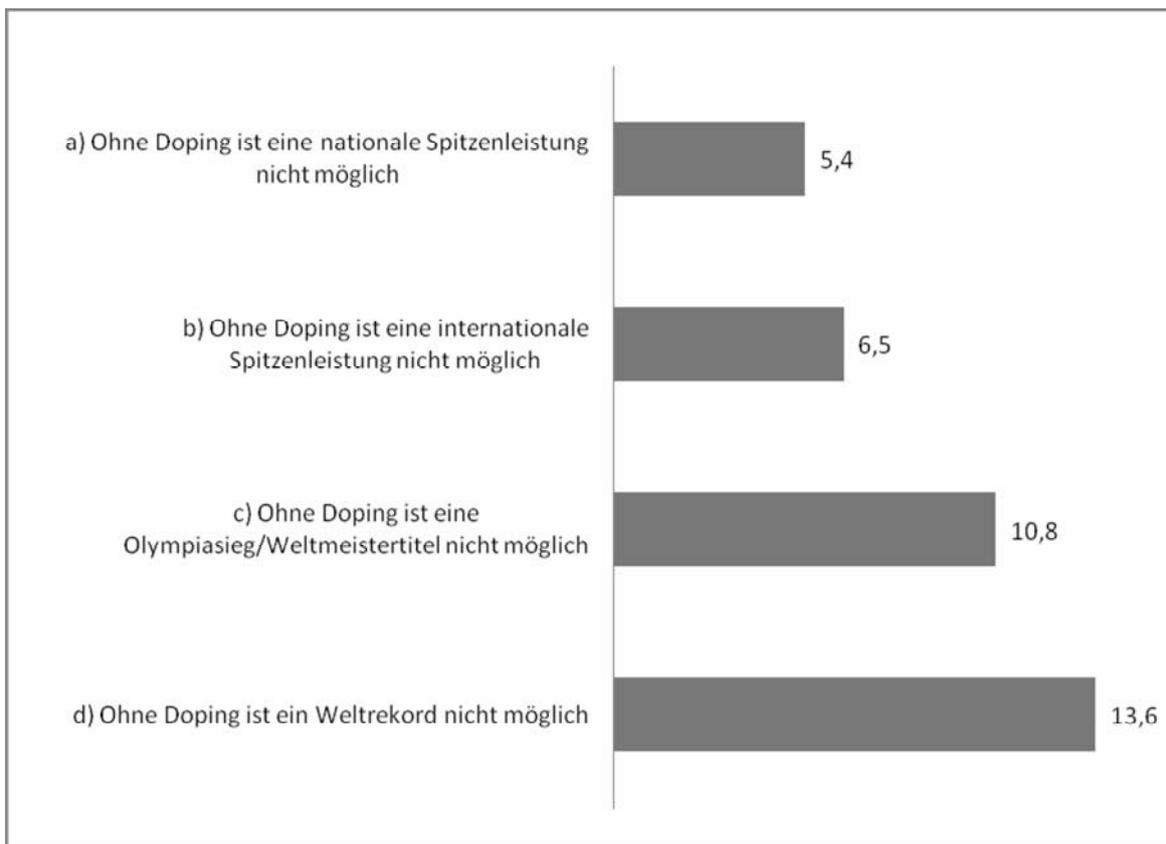


Abb. 8.6 Verteilung der Meinung „ohne Doping sei keine sportliche Höchstleistung möglich“ (Angaben in Prozent aus n)

Die Verteilung der Antworten auf die jeweilige Phase zeigt sich in Tabelle 8.17: Die Verteilung der Antwortgruppen auf die Phasen ergibt prozentual aus der Zeilensumme folgendes Bild: Alle Antwortgruppen lagen in der Phase der Präkontemplation oberhalb der prozentualen Gesamtverteilung.

⁴⁷ Eine Überprüfung der Abhängigkeit von Frage 37 in Bezug auf die abgefragten Sportarten bzw. Sportartenkategorien ergab keinen signifikanten Zusammenhang. Deshalb wurde in diesem Rahmen auf eine differenzierte Aufschlüsselung nach Sportarten verzichtet.

Tab. 8.17 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Einstellungsvariablen „*Leistungsfähigkeit ist ohne Doping nicht möglich*“ (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

	Phasen						Nennungen*
	0-Kontemplation	Prä-kontemplation	Kontempl Neg.Disp	Kontempl Pos.Disp	Präaktion	Aktion/Post-aktion	
a) <i>Ohne Doping ist eine nationale Spitzenleistung nicht möglich</i>	6,7	40,0	20,0	16,7	13,3	3,3	13,6
b) <i>Ohne Doping ist eine internationale Spitzenleistung nicht möglich</i>	5,6	33,3	22,2	19,4	16,7	2,8	10,8
c) <i>Ohne Doping ist ein Olympiasieg/ Weltmeistertitel nicht möglich</i>	5,0	36,7	20,0	23,3	11,7	3,3	6,5
d) <i>Ohne Doping ist ein Weltrekord nicht möglich</i>	3,9	39,5	15,8	25,0	13,2	2,6	5,4
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

*Mehrfachnennungen möglich

In der 0-Kontemplationsphase sind Personen aller 4 Antwortgruppen unterrepräsentiert. In der Präkontemplationsphase sind Personen der Antwortgruppe a „*Ohne Doping ist keine nationale Spitzenleistung möglich*“ am stärksten (40,0%) und Personen der Antwortgruppe b „*Ohne Doping ist keine internationale Spitzenleistung möglich*“ überdurchschnittlich schwach (33,3%) vertreten. Innerhalb der Kontemplationsphase zeigt sich eine heterogene Verteilung der 4 Antwortgruppen. Eine verstärkte negative Disposition liegt in der Antwortgruppe a mit 20,0% zu 16,7% und b mit 22,2% zu 19,4%, ähnlich der Gesamtmenge (23,2% zu 21,2%) vor. Hingegen ist in den Antwortgruppen c („*Ohne Doping ist kein Olympiasieg/ Weltmeistertitel möglich*“) mit 20,0% zu 23,3% und d („*Ohne Doping ist kein Weltrekord möglich*“) mit 15,8% zu 25,0% eine verstärkte positive Disposition erkennbar. Die präaktionale Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass sich dort in allen Antwortgruppen überdurchschnittlich viele Personen befinden. Der größte Wert wurde dabei in der Antwortgruppe b mit 16,7% festgestellt. Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Variable „*Meinung, ohne Doping-substanz sei keine Spitzenleistung möglich*“ und der Phaseneinteilung der Pro-

banden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab einen hochsignifikanten Wert von $< 0,01$.

Diskussion der Ergebnisse

In Hypothese 2.4 wurde die Annahme formuliert, dass in den Prozessstufen des DRM unterschiedliche Einstellungsvariablen bei Kindern und Jugendlichen messbar sind. Zur Überprüfung dieser Annahme wurden 11 Unterhypothesen gebildet. Die Hypothese 2.4 konnte teilweise signifikant bestätigt werden. Eine signifikante Abhängigkeit zwischen den Einstellungsvariablen und den jeweiligen Prozessstufen ergab sich für die Hypothesen 2.4.1 bis 2.4.5, die sich mit Gründen für eine negative Einstellung der Probanden gegenüber Doping beschäftigten. Darüber hinaus konnten auch die Hypothesen 2.4.8 bis 2.4.11, die sich mit der Meinung der Befragten zur Notwendigkeit von Doping für die Erbringung sportlicher Spitzenleistungen auseinandersetzten, signifikant bestätigt werden. Für die Hypothesen 2.4.6 und 2.4.7, welche die eigenen sportlichen Ziele und deren Erreichbarkeit beinhalten, konnte dagegen keine signifikante Abhängigkeit festgestellt werden.

Die Probanden wurden bei den Einstellungs-Fragen nach Motiven für ihre negative Haltung gegenüber Doping befragt. Damit sollte festgestellt werden, ob es Gründe gegen Doping gibt, die für eine bestimmte Phase bestimmend sind. Die Probanden der Antwortgruppe *fehlender sportlicher Nutzen* waren dabei prozentual stärker in der präaktionalen Phase und der Kontemplationsphase mit negativer Disposition vertreten als Probanden anderer Antwortgruppen. Sie sind also vermehrt in jenen Phasen anzutreffen, in denen sich Personen noch nicht aktiv mit dem Begriff Doping auseinandergesetzt haben oder bereits eine fundierte negative Einstellung gegen Doping aufweisen. Gleichzeitig sind sie innerhalb der Kontemplationsphase mit einer fundierten positiven Einstellung überdurchschnittlich schwach vertreten. Das lässt den Schluss zu, dass der sich potentiell aus einem Dopinggebrauch ergebende sportliche Vorteil einen relevanten Einfluss auf eine fundierte positive bzw. negative Einstellung gegenüber Doping ausübt. Er scheint damit wesentlich entscheidender zu sein als andere Gründe gegen Doping. Werden alle Nennungen betrachtet, sind die meist genannten Gründe gegen Doping die *Gesundheit* (74%) und die *Fairness* (67%). Bei beiden Argumenten zeigt sich allerdings, dass sie zwar am häufigsten aufgeführt wurden, dass aber Personen dieser Antwortgruppe

eher einer Normalverteilung angehören. Diese Variablen scheinen somit nicht als typische Prädiktoren für eine spezielle Phase geeignet.

Die Auswertung der Variable *Bedeutung der eigenen sportlichen Ziele* ergab keinen signifikanten Wert. Deshalb wurde auch dieser Variable keine besondere Bedeutung als Grundmerkmal einer einzelnen Phase zugeschrieben. Ähnliches ergab sich für die Variable *Erreichung der eigenen sportlichen Ziele*. Hier fiel lediglich die fundierte positive Einstellung zu Doping bei Kindern und Jugendlichen auf, welche zu der Gruppe gehören, die ihre Zielerreichung als sehr schwierig einstufen.

Die Variable „ohne Doping ist keine Spitzenleistung möglich“ ergab, dass Personen der Antwortgruppe c („ohne Doping ist kein Olympiasieg oder Weltmeistertitel möglich“) und d (*ohne Doping ist kein Weltrekord möglich*) im Gegensatz zu Gesamtmenge innerhalb der Kontemplation prozentual eher der positiven als der negativen Disposition angehören und dementsprechend eher aufgeschlossen gegenüber Doping sind. Darüber hinaus weisen im Vergleich zur prozentualen Verteilung der Gesamtheit Kinder und Jugendliche aller 4 Antwortmöglichkeiten (*a nationale Spitzenleistung, b internationale Spitzenleistung, c Olympiasieger und d Weltmeisterstitel/Weltrekord*) Einstellungen auf, die sie der präaktionalen Phase und somit der direkten Vorstufe zum Doping zuordnen ließen.

8.6 Multipler Substanzkonsum

In den Fragen 33, 44 und 45 des Fragebogens wird der Einfluss der Variablen untersucht, die dem multiplen Substanzkonsum zuzuordnen sind. Hierbei wurde nach dem Konsum von *Lifestyle-Getränken, Koffeintabletten, Cannabis, Kokain, Alkohol* und *Zigaretten* gefragt. Abbildung 8.7 zeigt die prozentuale Verteilung des multiplen Substanzgebrauchs. Demnach gaben 59,6% aller Befragten an, sie würden *Alkohol* zu sich nehmen. 59,3% der Befragten konsumieren *Lifestyle-Getränke* wie Red Bull, 24,9% aller Kinder und Jugendlichen gaben an, sie würden *rauchen*, 13,3% sie konsumierten *Cannabis*, 7,7% *Koffeintabletten*, und 1,5% *Ecstasy*.

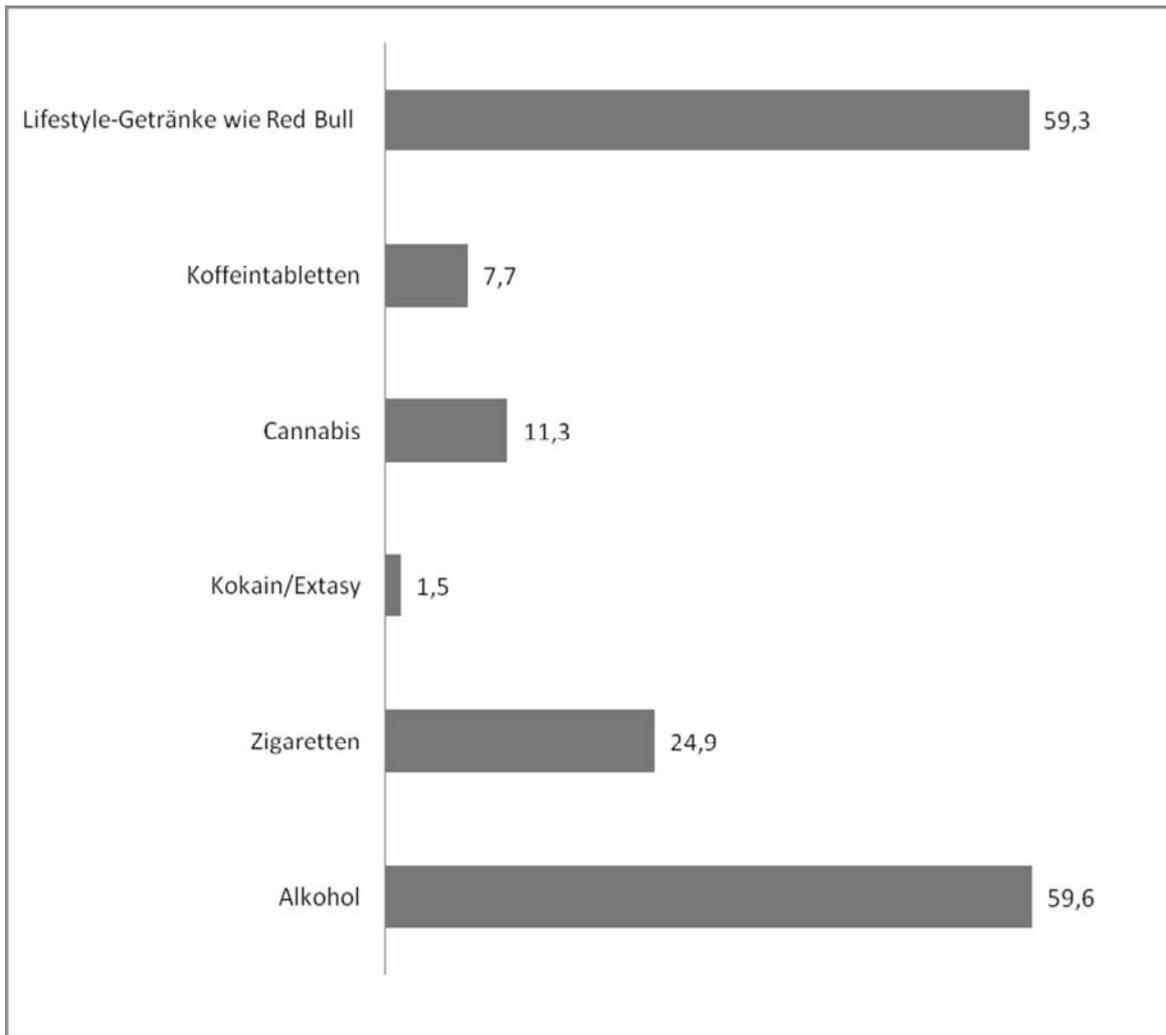


Abb. 8.7 Angaben zum Substanzgebrauch bei Kindern und Jugendlichen (Angaben in Prozent aus n)

Im Folgenden werden die Einflüsse der unterschiedlichen Substanzen auf die Phasenbelegung der Probanden dargestellt. Tabelle 8.18 zeigt, dass die Personen der Antwortgruppe *Konsumenten von Lifestyle-Getränken* wie Red Bull o. Ä. im Vergleich zu den *Nicht-Konsumenten* in den ersten beiden Phasen des DRM schwächer vertreten sind. Innerhalb der Kontemplationsphase sind die *Nicht-Konsumenten* stärker in Richtung negativer Disposition verteilt (29,3% zu 14,7%). Bei den *Konsumenten* verhält es sich dagegen umgekehrt: Dort sind mehr in der positiven Disposition als in der negativen Disposition vertreten (22,1% zu 27,3). In den weiteren Phasen (präaktional und aktional/postaktional) sind die *Konsumenten* deutlich stärker präsent als die *Nicht-Konsumenten* und zwar mit 9,1% zu 2,6% bzw. 4,2% zu 1,6%. Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Variablen *Einnahme von Lifestyle-Getränken* und der Phasenein-

teilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab einen hochsignifikanten Wert von $< 0,01$.

Tab. 8.18 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Einnahme von Lifestyle-Getränken* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Lifestyle-Getränke wie Red Bull o. Ä.	Phasen						Verteilung
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. Neg.Disp.	Kontempl. Pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Post-aktion	
keine Angabe	91,7	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	6,5
Konsumenten	1,5	35,8	22,1	27,3	9,1	4,2	59,3
Nicht-Konsumenten	3,1	48,7	29,3	14,7	2,6	1,6	34,3
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

In Tabelle 8.19 wird die Einflussgröße *Einnahme von Koffeintabletten* in der Phasenverteilung dargestellt. Auch hier zeigt sich ein ähnliches Verteilungsbild wie bei der letzten Variablen. Zunächst sind die *Nicht-Konsumenten* (2,3% und 42,1%) in den ersten beiden Phasen stärker vertreten als die *Konsumenten* (0% und 23,3%). Auch in der Kontemplationsphase verhält es sich tendenziell gleich: 25,2% der *Nicht-Konsumenten* haben eine negative und 21,2% eine positive Disposition zu Doping. Der Anteil der *Konsumenten* ist dagegen 20,9% (negative Disposition) zu 37,0% (positive Disposition). Auch die beiden nächsten Phasen sind von den *Koffeintabletten-Konsumenten* im Vergleich zur Vorgruppe mit 9,3% zu 6,5% und 9,3% zu 2,7% stärker besetzt. Der wesentliche Unterschied der Variablen *Koffeintablette* zur Variablen *Lifestyle-Getränke* liegt in der deutlich höheren Gesamtzahl der *Konsumenten von Lifestyle-Getränken* ($n = 330$ zu $n = 43$). Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Variablen *Koffeintabletten* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab einen hochsignifikanten Wert von $< 0,01$.

Tab. 8.19 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Einnahme von Koffeintabletten* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Koffeintabletten	Phasen						Verteilung
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. Neg.Disp.	Kontempl. Pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Post-aktion	
keine Angabe	89,2	8,1	0,0	2,7	0,0	0,0	6,6
Konsumenten	0,0	23,3	20,9	37,0	9,3	9,3	7,7
Nicht-Konsumenten	2,3	42,1	25,2	21,2	6,5	2,7	85,6
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Der Einfluss der Variablen *Cannabiskonsum*, die sich aus dem Konsum von Cannabisprodukten zusammensetzt, wird in Tabelle 8.20 gezeigt. Insgesamt gaben 63 Personen an, *Cannabis* o. Ä. eingenommen zu haben bzw. einzunehmen. Im Vergleich zu den beiden oberen Variablen (*legale Aufputschmittel* und *Koffeintabletten*) ist innerhalb der Kontemplationsphase bei den *Konsumenten* eine Tendenz (negative vs. positive Disposition) zur negativen Disposition zu erkennen (31,7% zu 28,6%). Dies stärkt zusätzlich die These, dass es sich bei den Konsumenten eher um Personen handelt, die Cannabis nicht aus leistungssteigernden Gründen einnehmen und dementsprechend auch nicht mit Doping in Verbindung bringen. In der Phase der Präaktion dominiert leicht die Gruppe der *Konsumenten* (9,5%) über die Gruppe der *Nicht-Konsumenten* (6,3%). Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Variablen *Cannabis* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab einen hochsignifikanten Wert von $< 0,01$.

Tab. 8.20 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Einnahme von Cannabis* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Cannabis-konsum	Phasen						Ver-teilung
	<i>0-Kontem- plation</i>	<i>Prä- kontempl.</i>	<i>Kontempl. Neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. Pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/ Post- aktion</i>	
keine Angabe	89,2	8,1	0,0	2,7	0,0	0,0	6,6
Konsumenten	0,0	25,4	31,7	28,6	9,5	4,8	11,3
Nicht-Konsumenten	2,4	42,7	23,9	21,7	6,3	3,1	82,0
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Die geringste Gruppenstärke wiesen die *Kokain-* bzw. *Ecstasy-Konsumenten* auf, die daher in einer aus acht Personen bestehenden Gruppe zusammengefasst wurden. Die Tabelle 8.21 zeigt die Verteilung der Personen dieser Variablen auf das DRM. Da es sich hierbei um eine extrem kleine Gruppe handelt, soll auf eine nähere Betrachtung verzichtet werden. Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Variablen *Kokain* bzw. *Ecstasy* und der Phaseinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab einen hochsignifikanten Wert von $< 0,01$.

Tab. 8.21 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Einnahme von Kokain bzw. Ecstasy* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Konsum von Kokain/Ecstasy	Phasen						Ver-teilung
	<i>0-Kontem- plation</i>	<i>Prä- kontempl.</i>	<i>Kontempl. Neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. Pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/ Post- aktion</i>	
keine Angabe	89,2	8,1	0,0	2,7	0,0	0,0	6,6
Konsumenten	0,0	12,5	12,5	50,0	0,0	25,0	1,5
Nicht-Konsumenten	2,1	41,0	25,0	22,1	6,8	2,9	91,9
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	100,0

Eine große Nennung erfuhr die Variable *Raucher*. Insgesamt 139 Personen gaben an, sie würden rauchen. In Tabelle 8.22 ist die Verteilung der *Raucher* und *Nicht-raucher* auf die einzelnen Phasen zu sehen. Während die *Nicht-raucher* eine eher negative Disposition zu Doping aufweisen, ist bei den *Rauchern* mit 21,6% zu 28,1% eher eine positive Disposition zu Doping erkennbar. Auch in den beiden späteren Phasen der Präaktion und der Aktion/Postaktion sind prozentual mehr *Raucher* als *Nicht-raucher* vertreten. Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Variablen *Raucher* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab einen hochsignifikanten Wert von $< 0,01$.

Tab. 8.22 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Konsum von Zigaretten* (Prozent aus Zeilensumme)

Konsum von Zigaretten	Phasen						Ver- teilung
	<i>0-Kontem- plation</i>	<i>Prä- kontempl.</i>	<i>Kontempl. Neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. Pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/ Post- aktion</i>	
keine Angabe	94,4	2,8	0,0	2,8	0,0	0,0	6,5
Konsumenten	1,4	36,7	21,6	28,1	8,6	3,6	24,9
Nicht- Konsumenten	2,1	42,4	25,9	20,4	6,0	3,1	68,6
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Die Tabelle 8.23 zeigt die Verteilung der 332 Alkohol-Konsumenten auf die Phasen des DRM. Auch hier sind in den ersten beiden Phasen mehr *Nicht-Konsumenten* als Konsumenten zu finden. Innerhalb der Kontemplation ist das Verhältnis der negativen zur positiven Disposition bei den *Nicht-Konsumenten* negativ (26,8% zu 20,5%) und das Verhältnis der *Konsumenten* ausgeglichen (23,5% zu 23,5%). Deutlich stärker sind die *Konsumenten von Alkohol* im Vergleich zu den *Nicht-Konsumenten* in den Phasen der Präaktion (9,0% zu 2,6%) und der Aktion/Postaktion (4,2% zu 1,6%) vertreten. Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Variablen *Alkoholkonsumenten* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab einen hochsignifikanten Wert von $< 0,01$.

Tab. 8.23 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Einnahme von Alkohol* (Prozent aus Zeilensumme)

Konsum von Alkohol	Phasen						Ver- teilung
	<i>0-Kontem- plation</i>	<i>Prä- kontempl.</i>	<i>Kontempl. Neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. Pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/ Post- aktion</i>	
keine Angabe	97,1	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	6,3
Konsumenten	0,9	38,9	23,5	23,5	9,0	4,2	59,6
Nicht- Konsumenten	3,7	44,7	26,8	20,5	2,6	1,6	34,1
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Die Tabelle 8.24 zeigt die Variable *Nahrungsergänzungsmittel*. 47 Kinder und Jugendliche gaben dabei an, *Nahrungsergänzungsmittel* einzunehmen, 73 konnten mit dem Begriff nichts anfangen und 436 zählen zu den *Nicht-Konsumenten* von *Nahrungsergänzungsmitteln*. Unter den *Konsumenten der Nahrungsergänzungsmittel* befinden sich prozentual im Vergleich zur Gesamtverteilung wenig in der Phase der 0-Kontemplation (4,3%) und Präkontemplation (34,0%). Innerhalb der Kontemplation ist das Verhältnis der negativen zur positiven Disposition bei den *Nicht-Konsumenten* negativ (25,0% zu 21,3%) und das Verhältnis bei den *Konsumenten* positiv (21,3% zu 25,5%). Stärker sind die *Konsumenten* von Nahrungsergänzungsmittel im Vergleich zu den *Nicht-Konsumenten* bzw. denen, die Nahrungsergänzungsmittel nicht kennen, in der Phase der Aktion/Postaktion vertreten (8,5% zu 2,5% zu 2,5%). Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen der Variablen *Nahrungsergänzungsmittel* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab keinen signifikanten Zusammenhang.

Tab. 8.24 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

<i>Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln</i>	Phasen						Verteilung
	<i>0-Kontemplation</i>	<i>Prä-kontempl.</i>	<i>Kontempl. Neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. Pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/Post-aktion</i>	
Konsumenten	4,3	34,0	21,3	25,5	6,4	8,5	8,4
Nicht-Konsumenten	7,1	38,1	25,0	21,3	6,0	2,5	78,3
kenn ich nicht	15,1	43,8	13,7	16,4	8,2	2,7	13,1
keine Angabe	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,2
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

Diskussion der Ergebnisse

In Hypothese 2.5 wurde der Zusammenhang zwischen einem Konsum von *legalen aufputschenden Mitteln, Nahrungsergänzungsmitteln* bzw. *legalen/illegalen Drogen* und der Bereitschaft zum Dopingmittelkonsum überprüft. Die Auswertung der Untersuchungsergebnisse konnte für alle Unterhypothesen (2.5.1 bis 2.5.9) mit Ausnahme der Hypothese 2.5.3, welche sich auf den Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln bezieht, einen signifikanten Zusammenhang widerspiegeln.

Im Fragenkomplex *Substanzgebrauch* wurden die Probanden nach dem Konsum unterschiedlicher Substanzen befragt. Personen, die der Gruppe der *Konsumenten von Lifestyle-Getränken* zuzuordnen sind, sind stärker in der Phase der Disposition mit positiver DopingEinstellung aufzufinden als Personen, die der Gruppe nicht angehörten. Da zudem 59,3% aller Kinder und Jugendlichen der Gruppe der *Konsumenten von Lifestyle-Getränke* angehören muss dieser Variable eine starke Bedeutung innerhalb der Kontemplationsphase zugesprochen werden. Auch in den folgenden Phasen befinden sich vergleichsweise mehr Personen dieser Gruppe als solche, die ihr nicht angehören. Eine vom Volumen her weniger gewichtige Gruppe bilden die *Konsumenten von Koffeintabletten* (7,7%). Dennoch weisen sie ein ähnliches Verteilungsbild wie die Konsumenten der Vorgruppe auf. *Nicht-Konsumenten von Koffeintabletten* befinden sich verstärkt in den ersten beiden Phasen des DRM, während die *Koffeintabletten-Konsumenten* vermehrt ab der

Kontemplationsphase zu finden sind. In der präaktionalen und der aktional/postaktionalen Phase ist prozentual sogar eine noch stärkere Konzentration von *Koffeintablettenkonsumenten* als von *Konsumenten von Lifestyle-Getränken* festzustellen. Anders ist die Verteilung der *Cannabiskonsumenten* zu bewerten. 11,3% aller Befragten gaben an *Cannabis* einzunehmen. Die Verteilung der *Cannabiskonsumenten* auf die einzelnen Phasen des DRM ergab eine stärkere Präsenz der Konsumenten ab der Kontemplationsphase. Allerdings standen Personen dieser Gruppe innerhalb der Kontemplationsphase einem eigenen möglichen Dopinggebrauch eher negativ als positiv gegenüber. Innerhalb der Nach-Rubikon-Phasen ist die Variablengruppe *Cannabiskonsumenten*, wie die Gruppen der *Konsumenten von Lifestyle-Getränken* und der *Koffeintabletten-Konsumenten*, als hoch gefährdet zu betrachten. Wie bereits weiter oben beschrieben und begründet, liegen Ergebnisse von Dopingkonsumenten anderer Studien deshalb höher, weil sie im Gegensatz zu dieser Untersuchung, in der zusätzlich erfragt wurde, ob *Cannabis* zur Leistungssteigerung eingenommen wurde, *Cannabis* generell zu den Dopingsubstanzen gerechnet haben. Während die Gruppe der *Kokainkonsumenten* (1,5%) zu klein für eine aussagekräftige Bewertung war, fanden sich in der Gruppe der *Raucher* nahezu ähnlich viele Personen (59,6%) wie in der Gruppe der *Konsumenten von Lifestyle-Getränken* (59,3%) wieder. Beide Konsumentengruppen weisen zudem eine ähnliche Verteilung auf die einzelnen Phasen des DRM auf. *Raucher* verfügen über eine verstärkt positive Disposition und sind in den Folgephasen stärker vertreten. Demnach sind sie gegenüber einem möglichen Dopingkonsum als verstärkt gefährdet einzuschätzen. *Alkoholkonsumenten* dagegen weisen ein leicht verändertes Bild auf. Auch sie sind in den ersten Phasen unterrepräsentiert, spiegeln aber in der Kontemplationsphase ein ausgeglichenes Bild wieder. In den nachfolgenden Phasen weisen sie ebenfalls eine verstärkte Präsenz auf. Die Variablen-Gruppe der *Konsumenten von Nahrungsergänzungsmitteln* ist dadurch geprägt, dass auch sie eine verstärkte positive Disposition innerhalb der Kontemplationsphase aufweist und vor allem in der aktionalen/postaktionalen Phase überdurchschnittlich viele Konsumenten vertreten sind. Allerdings konnte für diese Variable kein signifikanter Zusammenhang konstatiert werden.

8.7 Gründe für die Einnahme von Medikamenten

Als nächster Untersuchungskomplex wird die Auswirkung unterschiedlicher Gründe für eine Medikamenteneinnahme (M.E.) auf die Phasenentwicklung im DRM von Kindern und Jugendlichen vorgestellt. Dafür lagen den Probanden mehrere standardisierte Antwortmöglichkeiten vor. Eine Mehrfachnennung war dabei möglich. Zunächst wurde eruiert, unter welchen Bedingungen die Probanden vorwiegend bereit wären, Medikamente einzunehmen. Daran an schloss sich eine phasenanteilige Darstellung der Antworten.

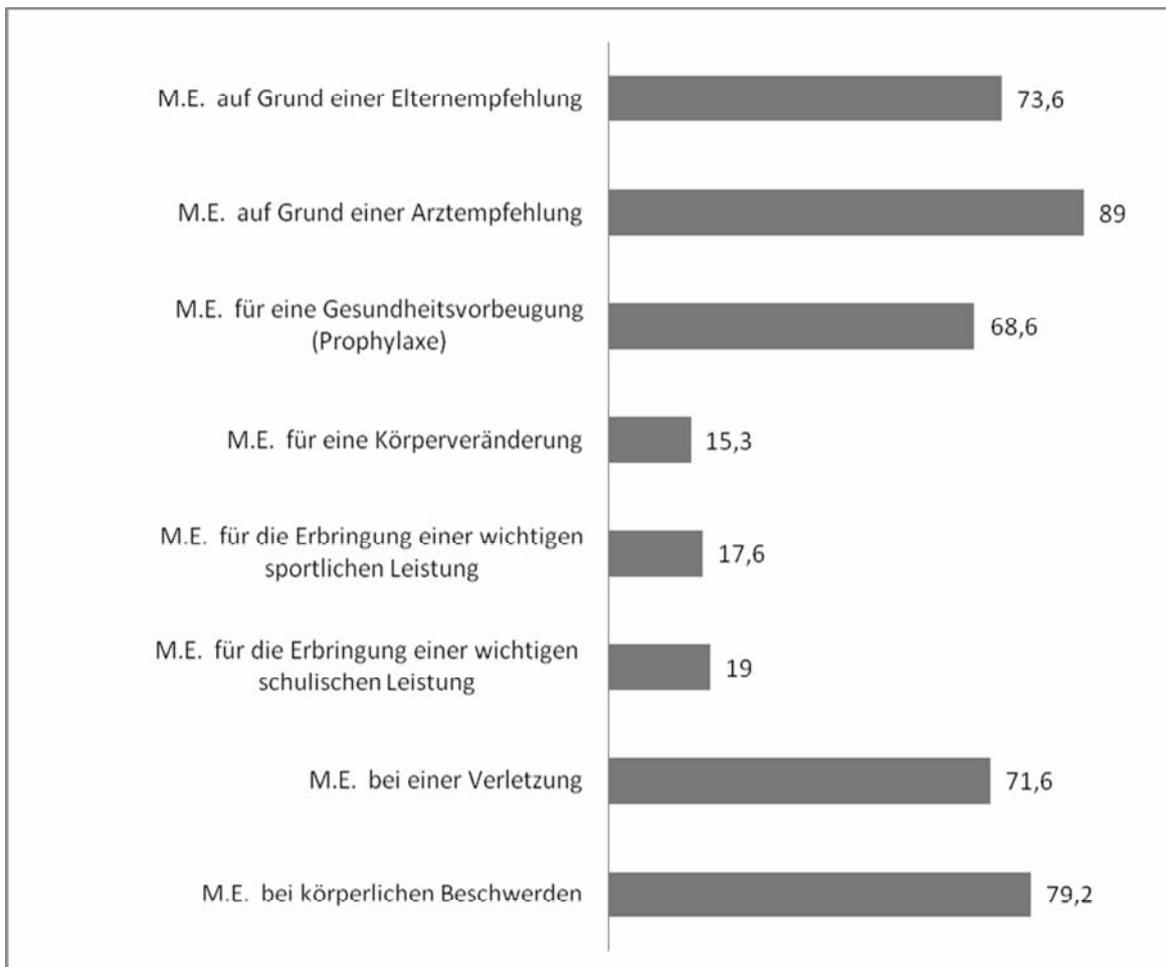


Abb. 8.8 Gründe für eine Medikamenteneinnahme (M.E.) bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von unterschiedlichen Bedingungen (Angaben in Prozent aus n)

Die Gründe für eine Medikamenteneinnahme in Abhängigkeit von unterschiedlichen Bedingungen werden in Abbildung 8.8 gezeigt. Ihr ist zu entnehmen, dass die meisten Personen *auf die Empfehlung eines Arztes* (89%) und *auf die Empfehlung durch die Eltern* (72,6%) Medikamente zu sich nehmen würden. Als

häufigste Gründe für einen Medikamentengebrauch wurden die Antworten *bei Beschwerden wie Halsschmerzen oder Husten (79,2%), bei Verletzungen wie Muskelverletzungen oder Brüchen (71,6%)* und *zur Gesundheitsvorbeugung (68,6%)* genannt. Die seltenste Antwort für einen Medikamentengebrauch war die *M.E. zu einer Veränderung des Körpers (15,3%)*.

Tab.8.25 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Gründe für eine M.E. bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von unterschiedlichen Bedingungen* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

	Phasen						Nennungen*
	0-Kontemplation	Prä-kontempl.	Kontempl. Neg.Disp.	Kontempl. Pos.Disp.	Präaktion	Aktion/Postaktion	
M.E. bei körperlichen Beschwerden	6,3	38,8	22,7	22,0	6,8	3,4	79,2
M.E. bei einer Verletzung	7,0	37,8	22,3	22,6	6,8	3,5	71,6
M.E. für die Erbringung einer wichtigen schulischen Leistung	10,4	34,0	18,9	21,7	10,4	4,7	19,1
M.E. für die Erbringung einer wichtigen sportlichen Leistung	11,2	35,7	16,3	23,5	10,2	3,1	17,6
M.E. für eine Körperveränderung	10,6	31,8	9,4	24,7	16,5	7,1	15,3
M.E. auf Grund einer Arztempfehlung	7,3	39,5	23,0	20,8	6,5	3,0	89,0
M.E. auf Grund einer Elternempfehlung	9,0	38,3	24,1	20,0	5,4	3,2	72,6
M.E. eine Gesundheitsvorbeugung (Prophylaxe)	6,8	39,0	21,5	21,5	8,4	2,9	68,6
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

*Mehfachnennungen möglich

Tabelle 8.25 zeigt die genaue Verteilung der Antwortgruppen auf die jeweiligen Phasen. In der Phase der Kontemplation zählen innerhalb der Gruppen mit negativer und positiver Dispositions-Gewichtung drei zu den positiv orientierten. Dazu gehören die Gruppen, welche *M.E. zur Erbringung wichtiger schulischer*

Leistungen (18,9% zu 21,7%), *M.E. zur Erbringung wichtiger sportlicher Leistungen* (16,3% zu 23,5%), *M.E. zur Veränderung des Körpers* (9,4% zu 24,7%) angaben. Während die Gruppen *M.E. auf Grund einer Arztempfehlung* (23,0% zu 20,8%) und *M.E. auf Grund einer Elternempfehlung* (24,1% zu 20,0%) negativ dominiert sind, hält sich in den übrigen Antwortgruppen ein Gleichgewicht zwischen der negativen und positiven Disposition. Auch die Phase der Präaktion wird durch die drei Antwortgruppen *M.E. zur Erbringung wichtiger schulischer Leistungen* (10,4%), *M.E. zur Erbringung einer wichtigen sportlichen Leistung* (10,2%) und *M.E. zur Veränderung des Körpers* (16,5%) maßgeblich bestimmt. In der Phase der Aktion/Präaktion sind die Personen der Antwortgruppe *M.E. zur Veränderung des Körpers* (7,1%) prozentual am stärksten vertreten. Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs ergab zwischen der Abhängigkeit der Antwortgruppen *M.E. zur Erbringung wichtiger sportlicher Leistungen* sowie *M.E. zur Veränderung des Körpers* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test mit einem Wert von $p < 0,001$ eine hochsignifikante Abhängigkeit im Hinblick auf die Phasenverteilung. Für die anderen Antwortgruppen wurde keine signifikante Abhängigkeit festgestellt.

Diskussion der Ergebnisse

In der Hypothese 2.6 wurde der Zusammenhang zwischen der gesteigerten Akzeptanz gegenüber einem Medikamentenkonsum und der Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum formuliert. Dafür wurden acht Unterhypothesen erarbeitet und untersucht. Als Ergebnis kann festgestellt werden, dass lediglich für die Unterhypothesen 2.6.4 („*es ist in Ordnung, Medikamente zur Erbringung sportlicher Leistung einzunehmen*“) und 2.6.5 („*es ist in Ordnung, Medikamente zur Veränderung des Körpers einzunehmen*“) ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden konnte. Für alle anderen konnte keine signifikante Abhängigkeit bestätigt werden.

Der Fragenkomplex *Akzeptanz eines Medikamentenkonsum* ergab einen sehr großen Einfluss der *Ärzte* auf die M.E. der Kinder und Jugendlichen (89%). Der stärkste akzeptierte Grund war dabei die Antwortvariable *Beschwerden wie Halsschmerzen oder Husten*. Für die beiden Antwortvariablen mit signifikantem Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingmittelkonsum ergab sich, dass sich Personen der Antwortgruppe „*es ist in Ordnung Medikamente zur Veränderung des*

Körpers einzunehmen“ und der der Antwortgruppe „*es ist in Ordnung zur Erbringung sportlicher Leistung Medikamente einzunehmen*“ im Vergleich zur Gesamtmenge verstärkt in der 0-Kontemplationsphase befinden. Somit gehören sie zu den Personen, die noch nichts über Doping wissen und einen Medikamentengebrauch möglicherweise gerade deswegen als akzeptabel einstufen. Beide Gruppierungen sind dafür in der präaktionalen Phase unterrepräsentiert. In der Phase der Kontemplation verfügen beide über mehr Personen mit einer positiven als Personen mit einer negativen Einstellung. Bei beiden Gruppierungen ist die negative Disposition unterhalb des Durchschnittswertes (23,2%), wobei dieser für die Antwortgruppe „*es in Ordnung zur Veränderung des Körpers Medikamente einzunehmen*“ (9,4%) den vergleichsweise kleinsten Wert aller Antwortvariablen dieses Fragekomplexes ausmachte. Auffällig sind in dieser Gruppe auch die erhöhten Werte in der Phase der Präaktion (16,5%) und Aktion/Postaktion (7,1%). Die Antwortgruppe „*es ist in Ordnung zur Erbringung sportlicher Leistung Medikamente einzunehmen*“ dagegen ist lediglich noch in der präaktionalen Phase (10,2%) gegenüber der Gesamtheit (6,3%) erhöht. Beide Antwortgruppen fallen vor allem über ihre weitestgehend positive Einstellung gegenüber Doping und innerhalb der Phasen des DRM weit fortgeschrittenen Vertreter auf. Interessanter Weise ergab sich aber aus den anderen Antwortvariablen keine Signifikanz. Diese Ergebnisse bestätigen andere Untersuchungen wie die von Striegel et al. (2006), die eine hohe Anzahl von Fitnessclubbesuchern und damit jene Personen, die primär das Erscheinungsbild ihres Körpers verändern wollen, als dopinggefährdet bzw. dopend einstufen.

8.8 Informationsquellen

In diesem Bereich wurde der Frage nachgegangen, von wem die Kinder und Jugendliche ihre Informationen über Doping bekamen. Eine Mehrfachnennung war dabei möglich. Die Antworthäufigkeiten (Prozent aus n) sind in Abbildung 8.9 zusammengefasst. Als Antwortvorgaben wurden *Schule, Verein, Eltern/Geschwister, Freunde, TV/Zeitung, Internet, Mitsportler, Arzt* und sonstige gegeben. Demnach sind die meisten Probanden über das *Fernsehen* und die *Zeitung* (37,9%) informiert worden. Danach folgten als Informationsgeber die *Schule* (21,9%) und die *Familie* (20,6%). Am wenigsten wurde neben der Antwortmöglichkeit *sonstige* (3,8%) die Kategorie *Mitsportler* (4,1%) gewählt.

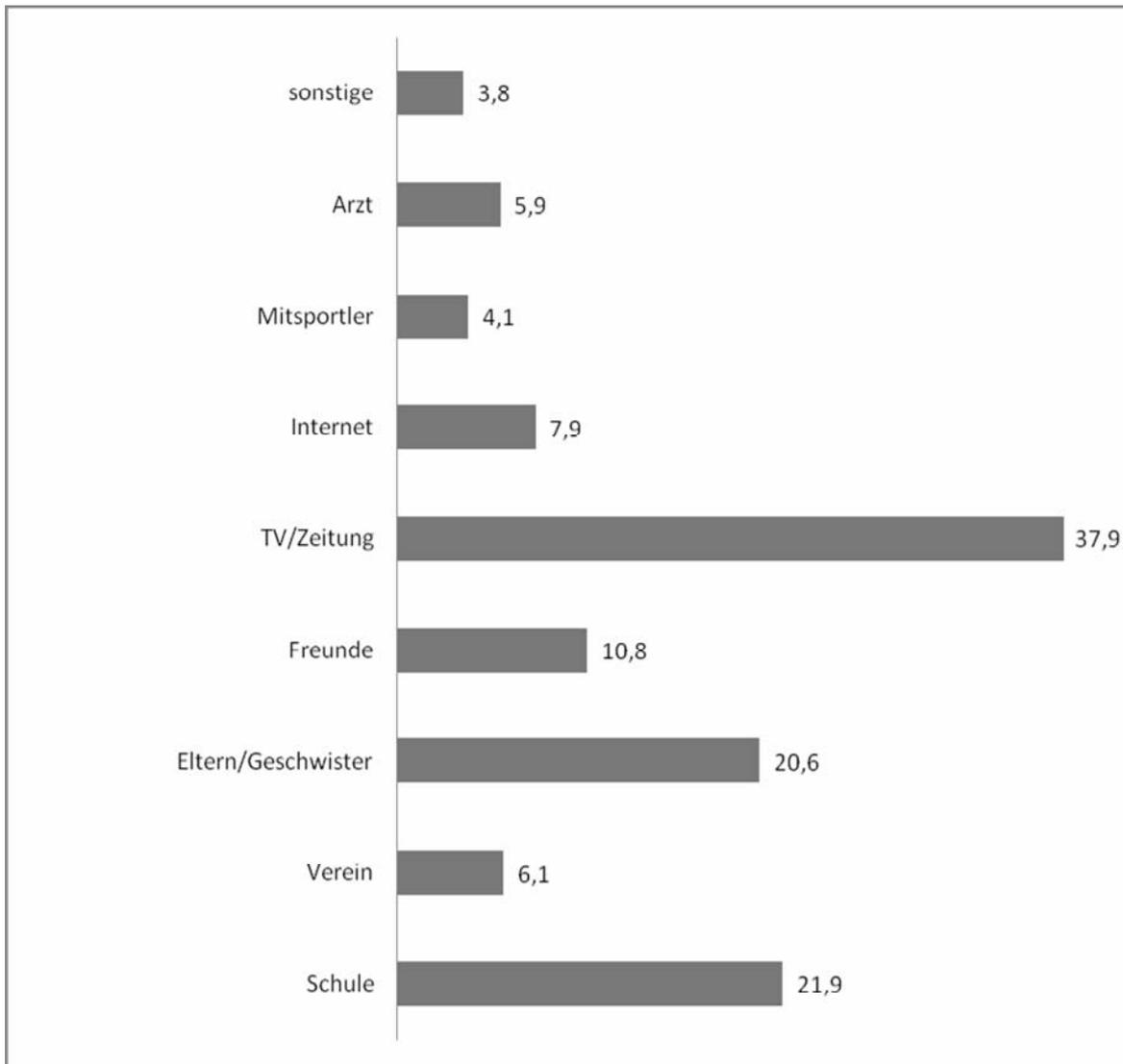


Abb. 8.9 Quellen der Information über Doping (Angaben in Prozent aus n)

Zudem wurde untersucht, ob einzelne Informationsquellen eine Auswirkung auf die Phasenentwicklung im DRM ausüben. Tabelle 8.25 zeigt die diesbezügliche Verteilung auf die einzelnen Phasen. Personen, die bereits über eine Information von Dritten über Doping verfügen, befinden sich fast ausnahmslos nach der Kontemplationsphase und überdurchschnittlich wenig in der prädeziationalen Phase. Am stärksten ist der Wert innerhalb dieser Phase bei der Gruppe, die durch die *Schule* (32,8%), *Eltern/Geschwister* (32,2%) und *TV/Zeitung* (32,2%) informiert wurde, ausgeprägt. Am kleinsten ist er bei der Gruppe, welche durch *Freunde* (20%) informiert wurde. Auch die Kontemplationsphase bietet ein heterogenes Erscheinungsbild. Demnach sind Personen der Gruppe, die durch die *Schule* informiert wurden, gleichermaßen in der negativen und der positiven Disposition mit jeweils 27,0% vertreten. Eine stärkere positive Disposition ist für Personen der

Gruppen, welche über den *Verein* (32,4%) oder einen *Arzt* (33,3%) Informationen erhalten haben, ersichtlich. Die Gruppen, welche durch *Eltern/Geschwister* (33,9%), *Freunde* (36,7%), *TV/Zeitung* (29,9%), *Internet* (36,4%) informiert wurden, tendieren in Richtung negativer Disposition. In der präaktionalen Phase sind vor allem Kinder und Jugendliche der Gruppen, die durch die *Freunde* (13,3%) und das *Internet* (11,4%) aufgeklärt wurden, stark vertreten. In der Phase der Aktion/Postaktion befinden sich prozentual am stärksten die Gruppen, die ihre Information über den *Arzt* (9,1%) und *Freunde* (6,7%) erhielten. Die statistische Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen den Variablen der *Quelle der Information über Doping* und der Phaseneinteilung der Probanden nach dem DRM durch den Chi-Quadrat-Test ergab einen für alle Gruppen einen hochsignifikanten Wert von $< 0,01$.

Tab. 8.26 Einteilung der Kinder und Jugendlichen auf die Phasen des DRM nach der Variablen *Quelle der Information über Doping* (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

	Phasen						Nennungen*
	<i>0-Kontemplation</i>	<i>Prä-kontempl.</i>	<i>Kontempl. Neg.Disp.</i>	<i>Kontempl. Pos.Disp.</i>	<i>Präaktion</i>	<i>Aktion/Postaktion</i>	
Information über Schule	0,8	32,8	27,0	27,0	6,6	5,7	21,9
Information über Verein	0,0	26,5	26,5	32,4	8,8	5,9	6,1
Information über Eltern/Geschwister	0,9	32,2	33,9	18,3	9,6	5,2	20,6
Information über Freunde	3,3	20,0	36,7	20,0	13,3	6,7	10,8
Information über Fernsehen/Zeitung	0,5	32,2	29,9	24,2	9,5	3,8	37,9
Information über Internet	0,0	27,3	36,4	25,0	11,4	0,0	7,9
Information über Mitsportler	0,0	30,4	39,1	21,7	8,7	0,0	4,1
Information über Arzt	0,0	30,3	21,2	33,3	6,1	9,1	5,9
Prozent aus n	7,9	38,4	23,2	21,2	6,3	3,1	

*Mehfachnennungen möglich

Diskussion der Ergebnisse

Information

In Hypothese 2.7 wurde der Einfluss der über Doping informierenden Quelle auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum beschrieben. Dafür wurden die Einflüsse der acht Informationsquellen (*Schule, Verein, Eltern/Geschwister, Freunde, TV/Zeitung, Internet, Mitsportler, Arzt*) als Unterhypothesen formuliert und überprüft. Ein signifikanter Einfluss konnte für alle bestätigt werden.

Die verschiedenen Informationsquellen zu Doping besitzen einen heterogenen Einfluss auf die Bereitschaft zu einem möglichen Dopingkonsum. Kinder und Jugendliche die der Präkontemplationsphase angehören, sind noch verhältnismäßig wenig über Doping informiert worden. Für eine negative Disposition konnten die auffälligen Informationsquellen *Eltern/Geschwister, TV/Zeitung, Freunde* und *Internet* ausfindig gemacht werden. Für eine positive Disposition waren dagegen die Quellen *Verein* und *Arzt* verantwortlich. Informationen, die Kinder und Jugendliche über ihre *Schule* bekamen, spielen hinsichtlich der Disposition zu Doping keine entscheidende Rolle. Jenseits des Rubikons nimmt neben den Quellen *Internet* und *Arzt* vor allem die Informationsquelle *Freunde* an Bedeutung zu und dokumentiert damit den wachsenden Einfluss von Peer-Groups bei zunehmendem Alter. Betrachtet man dazu die Häufigkeit der Quellen-Nennungen, so wird die Bedeutung der Medien, in erster Linie die des Fernsehens und der Zeitung, hinsichtlich der Einstellung zu Doping deutlich.

8.9 Gründe des Dopingkonsums

Die Probanden der Untersuchung wurden mit zwei unterschiedlichen Variablenkomplexen konfrontiert, unter denen sie sich vorstellen könnten, Dopingmittel einzunehmen. Ein Variablenkomplex bezog sich dabei auf die Erreichung sportlicher Höchstleistung und einer auf akzeptable Gründe eines möglichen Dopingkonsums. Diese Fragen wurden nicht als Hypothesen formuliert, da sie bereits zur Phaseneinteilung hinzugezogen wurden, wodurch eine objektive Abhängigkeitsprüfung nicht möglich wird.

In Frage 36 wurde nach der Bereitschaft gefragt, Dopingmittel für spezielle sportliche Höchstleistungen zu sich zu nehmen:

Würdest Du zu Dopingmitteln greifen, um

- a) nationale Spitzenleistungen zu erreichen?
- b) Internationale Spitzenleistung zu erreichen?
- c) Olympiasieger zu werden?
- d) Weltrekorde zu erzielen?

Die Antworten werden in Abb. 8.10 angeführt⁴⁸. Demnach wären mehr Kinder und Jugendliche dazu bereit, Dopingmittel zu nehmen, um *Olympiasieger* bzw. *Weltmeister* (9,3%) zu werden und *Weltrekorde* (10,6%) zu erzielen, als (nur) *nationale Spitzenleistungen zu erreichen* (4,8%).

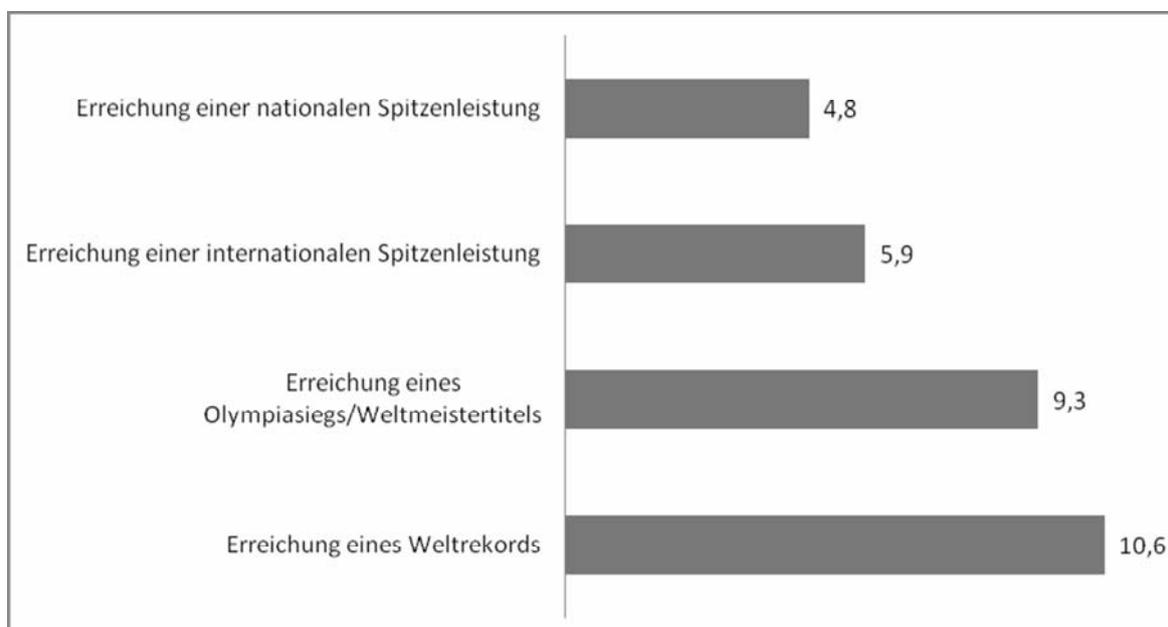


Abb. 8.10 Bereitschaft zur Einnahme von Dopingmitteln für sportliche Spitzenleistungen (Angaben in Prozent aus n)

Die Frage, unter welchen Umständen Kinder und Jugendliche bereit sind, Dopingmittel zu sich zu nehmen, wird in Abbildung 8.11 dargestellt. Als Antwortmöglichkeit wurden den Probanden sechs Varianten vorgegeben. Zusätzlich konnten sie eine freie Antwort wählen und die Rubrik *unter keinen Umständen* ankreuzen. Eine Mehrfachnennung war in dieser Frage möglich. Die Rubrik *unter keinen Umständen* wurde von 46,7% aller Befragten angegeben. Als häufigster Grund wurde von 19,7% aller Teilnehmer *sportlicher Erfolg* angegeben. Die weiteren häufig ge-

⁴⁸ Eine Überprüfung der Abhängigkeit von Frage 38 in Bezug auf die abgefragten Sportarten bzw. Sportartenkategorien ergab keinen signifikanten Zusammenhang. Deshalb wurde in diesem Rahmen auf eine differenzierte Aufschlüsselung nach Sportarten verzichtet.

nannten Antworten waren: *Nach einer Verletzung* (18,7%), *zur Veränderung/Verschönerung des Köpers* (17,2%) und *wenn die Konkurrenz sich dopen würde* (14,5%).



Abb. 8.11 Gründe für einen möglichen Dopingkonsum (Angaben in Prozent aus n)

9 Zusammenfassung und Interpretation der Phasen

Im Folgenden werden die Prädiktoren der einzelnen Phasen bestimmt und die signifikanten Unterschiede ihrer Verteilung auf das DRM im Vergleich zur Gesamtmenge interpretiert⁴⁹. Im Anschluss daran werden die jeweils Prominentesten hinsichtlich einer möglichen Prävention besprochen.

Die Prädiktoren der 0-Kontemplationsphase

Für Personen dieser Phase ist das Thema Doping noch nicht in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit gerückt. Obwohl Doping in jüngster Vergangenheit eine ausgesprochene Medienpräsenz erfahren hat, ist davon auszugehen, dass dafür in erster Linie die soziodemographischen Voraussetzungen verantwortlich sind. Diese werden in Abbildung 9.1 mit den sechs Prädiktoren der 0-Kontemplationsphase aufgezeigt. Zu den auffälligen soziodemographischen Variablen zählen: *weiblich, unter 13 Jahre, 13 bis 15 Jahre, ausländische Nationalität, Hauptschule und Berufsschule*. Überdurchschnittlich viele Personen einer dieser Variablengruppen verfügen über keinerlei Doping-Wissen. Signifikant erscheint zudem eine ähnlich wie bei den Dopingsubstanzen überdurchschnittliche Unbefangenheit der Personen gegenüber anderen (Drogen-) Substanzen. Überdurchschnittlich viele Kinder und Jugendliche dieser Phase konsumieren demnach weder *Cannabis, Alkohol, Zigaretten, Koffeintabletten, Kokain oder legale Aufputschmittel wie Red Bull*. In dieser Phase befinden sich desweiteren überdurchschnittlich viele Personen, welche ihre *Sportart seit maximal 2 Jahren ausüben*, aus der *Sportartengruppe Tanz, Aerobic und Reiten* stammen und ihren Sport *nicht leistungsorientiert betreiben*. Demzufolge scheint die Sportausübung dieser Kinder und Jugendlichen derzeit eine eher untergeordnete Rolle zu spielen.

Hinsichtlich der *Bereitschaft einer Medikamenteneinnahme* konnten in dieser Phase vier Variablen als Prädiktoren festgestellt werden: *„Eine Medikamenteneinnahme zur Veränderung des Körpers ist in Ordnung“*, *„eine Medikamenteneinnahme zur Erbringung sportlicher Leistung sei in Ordnung“*, *„eine Medikamenteneinnahme zur Erbringung einer schulischen Verbesserung ist in Ordnung“* und *„eine Medikamenteneinnahme auf Grund einer elterlichen Empfehlung ist in*

⁴⁹ Als Prädiktoren wurden jene Variablen festgelegt, welche als signifikant bestätigt wurden und deren Werte zudem mindestens 10% höher lagen, als dies bei der Normalverteilung der Fall war.

Ordnung“. In keiner anderen Phase wird eine solch unkritische Haltung zu Medikamenten festgestellt wie in dieser. Ein bedeutender Einfluss in dieser Phase scheint das kindliche Alter und der damit einhergehende entwicklungspsychologische Stand zu sein. Während in jüngeren Jahren noch von einer stärkeren Orientierung am Elternhaus auszugehen ist, wächst im Laufe der Zeit der Einfluss der Peer-Groups (vgl. Böhnisch, 1993, S. 170). Eine Information in der Schule oder im Verein zum Thema Doping findet, wenn überhaupt, erst später statt⁵⁰. Darüber hinaus sind Abweichungen in der Erziehung und Sozialisation durch unterschiedliche Nationalitäten auf kultureller Ebene bzw. hinsichtlich des Geschlechts bekannt und können demnach als Grund für die auffälligen Prädiktoren *ausländische Nationalität* und weibliches *Geschlecht* dieser Phase interpretiert werden (vgl. Bauer, 1989, S.170).

Mögliche Präventionsmöglichkeiten sind hinsichtlich der in dieser Phase vorherrschenden Bewusstseinslage ähnlich denen der Phase der Präkontemplation einzustufen und werden deshalb dort besprochen.

⁵⁰ In Baden-Württemberg ist das Thema Doping lediglich in Gymnasien für die Klassenstufe 10 vorgesehen (vgl. Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, 2004, S. 305 und S. 423).

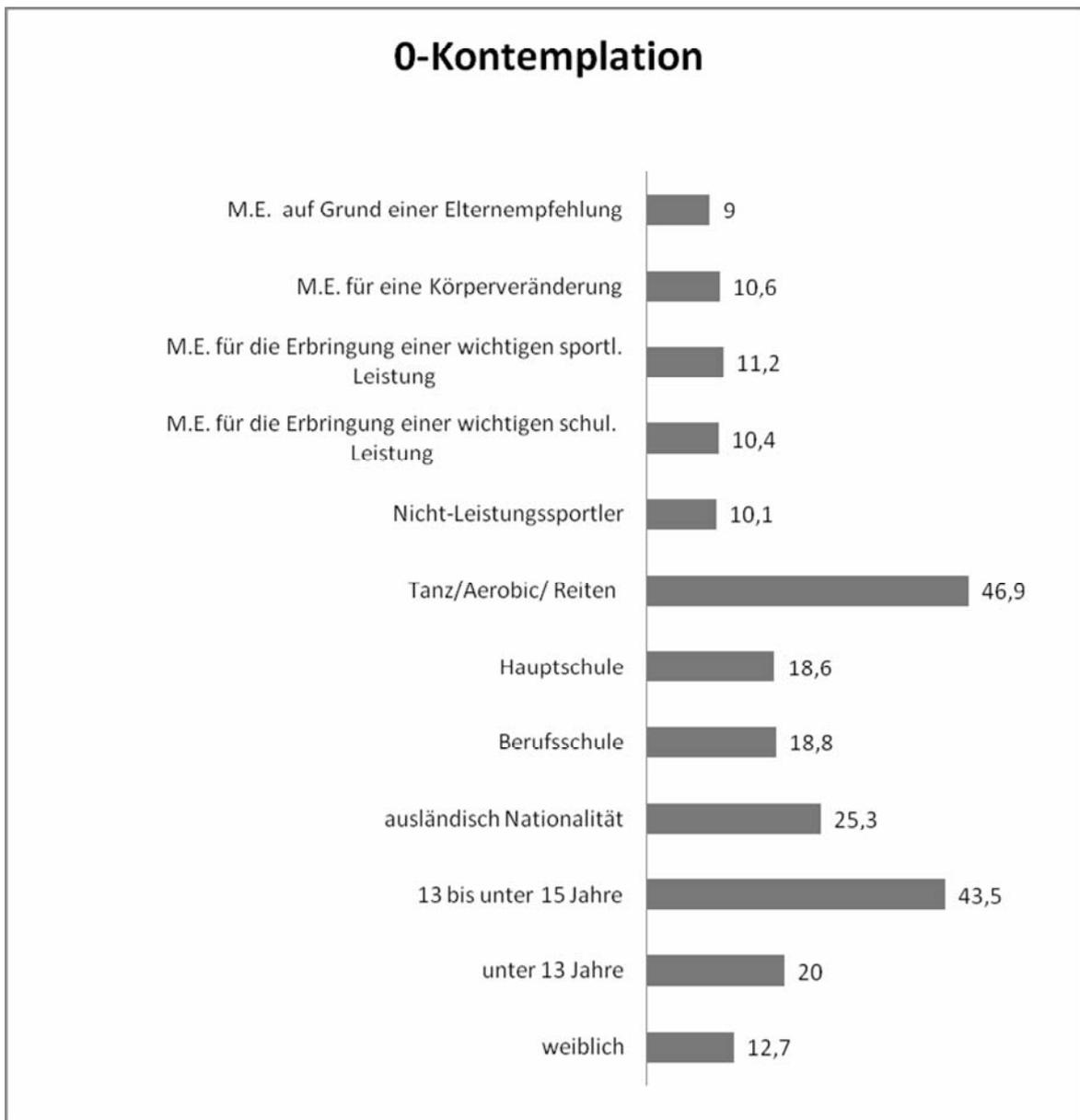


Abb. 9.1 Prädiktoren der 0-Kontemplationsphase (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Die Prädiktoren der Präkontemplationsphase

In der präkontemplationalen Phase wurden acht Prädiktoren ausfindig gemacht (vgl. Abb. 9.2). In dieser Phase sind vergleichsweise viele Kinder und Jugendliche vertreten, welche *13 bis 15 Jahre alt* sind und eine *Hauptschule* besuchen. Sie können bereits den Begriff *Doping* zuordnen, wenngleich die Informationen über und die Beschäftigung mit Doping eher oberflächlicher Natur sind. In der Phase zuvor (0-Kontemplationsphase) ist die Gruppe der *unter 13jährige* noch überdurchschnittlich stark vertreten. Offensichtlich nehmen die *Informationen* über bzw. das Interesse an Doping entsprechend dem Alter zu, wobei die Beeinflussung durch

Eltern, Schule und Peer-Groups sich zunehmend auf letztere verlagert (vgl. Grupe & Krüger, 1997, S. 153-154; Bronfenbrenner, 1990, S. 76-79).

Die auffälligen Sportaktivitäten dieser Phase sind *Tanzen, Aerobic* und *Reiten*. In dieser Präkontemplationsphase sind Kinder und Jugendliche, die *seit 4 bis 6 Jahren ihren Sport ausüben*, und Personen mit *geringfügigem Dopingwissen* stärker repräsentiert. Die Tatsache, dass wie in der 0-Kontemplationsphase *Tanzen, Aerobic* und *Reiten* betrieben wird, weist – trotz der weitgehend unreflektierten Meinung zum „Doping“ – diese Sportarten als vergleichsmäßig ungefährdete Sportartgruppe aus. Die prozentual hoch vertretene Auffassung vom *fehlenden sportlichen Nutzen durch Doping* belegt die unreflektierte Meinung zum „Doping“. Weiterer Anti-Dopinggründe dieser Phase sind *„Doping ist unfair“* und *„Doping ist verboten“*. Die Antworten verdeutlichen, dass es sich bei Doping in dieser Altersstufe im Gegensatz zu älteren Jugendlichen um ein normkonformes Verhalten handelt (vgl. Bannenberg & Rössner, 2005, S. 30). Heinemann bezeichnet ein solches Verhalten als normative Konformität. Er beschreibt damit die erste Aufgabe einer Sozialisation, Werte und Normen spontan als richtig einzustufen (vgl. 1998, S. 161). Dementsprechend konsumieren Kinder und Jugendliche der 0-Kontemplations- wie der Präkontemplationsphase verhältnismäßig wenig *Cannabis, Alkohol, Zigaretten, Koffeintabletten, Kokain, Ecstasy* oder *Lifestyle-Getränke*. Trotz negativer Grundhaltung zum Doping wird verstärkt die Meinung vertreten, für eine nationale Spitzenleistung seien Dopingmittel unumgänglich (*„ohne Doping ist keine nationale Spitzenleistung möglich“*). Im Hinblick auf eine mögliche Dopingprophylaxe erscheint hier die Bezugnahme zur Bewusstseinslage von Bedeutung. In der vorherrschenden frühen Phase der abwägenden Bewusstseinslage besitzen Kinder und Jugendliche eine relative Offenheit hinsichtlich der Vor- und Nachteile von Handlungsdurchführungen (vgl. Gollwitzer, 1996, S. 545). Wegen der oberflächlichen Meinung über Doping (vgl. Kap. 6.2.1) sind sie leicht beeinflussbar. Aus diesem Grund ist in dieser Phase eine geeignete Primärprävention⁵¹ besonders erfolgsversprechend, zumal diese Präkontemplationsphase mit 38,4% aller Beteiligten im vorgestellten DRM die größte Gruppe darstellt.

⁵¹ Unter dem Begriff Primärprävention werden in diesem Zusammenhang jene Maßnahmen verstanden, welche vor Auftreten einer Störung (Doping) ansetzen sollen.



Abb. 9.2 Prädiktoren der Präkontemplationsphase (angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Die Prädiktoren der Kontemplationsphase mit negativer Disposition

In Abbildung 9.3 werden die 17 Prädiktoren der Kontemplationsphase mit negativer Disposition aufgezeigt. Diese Phase gilt als das gegenüber einem möglichen Dopingkonsum am wenigsten gefährdete Stadium. Hierzu zählen die soziodemographischen Variablen *18 Jahre und älter*, *Gymnasium* und *deutsche Nationalität*. Die auffällig vertretene Altersgruppe *18 Jahre und älter* - die älteste Gruppierung dieser Untersuchung - haben sich eine grundlegend negative Einstellung zu Doping angeeignet. Sie sind dem Alter, in dem man besonders gefährdet ist Grenzen zu überschreiten (vgl. Bannenberg & Rössner, 2005, S. 26), entwachsen. Die stabile Einstellung gegenüber einer möglichen Dopingversuchung ist aus soziologischer Sicht als erfolgreiches Gelingen einer Sozialisation einzuordnen. Die Balance der normativen Konformität zwischen Ich-Stärke, Ich-Identität und Solidarität ist erreicht (vgl. Heinemann, 1998, S. 162).

Auffällig demgegenüber ist ein hoher Cannabiskonsum (31,7 %). Möglicherweise wird letzterer bei Jugendlichen nicht als nonkonformes Verhalten angesehen bzw. innerhalb von Peer-Groups erwartet. Erwartungsgemäß wurde – anders als in den Phasen zuvor - der Dopingbegriff korrekt wiedergegeben. Die Gruppe ist über verschiedene Quellen wie *Mitsportler*, *Internet*, *Fernsehen/Zeitung*, *Freunde*, *Eltern/Geschwister*, *Verein* und *Schule* bestens informiert.

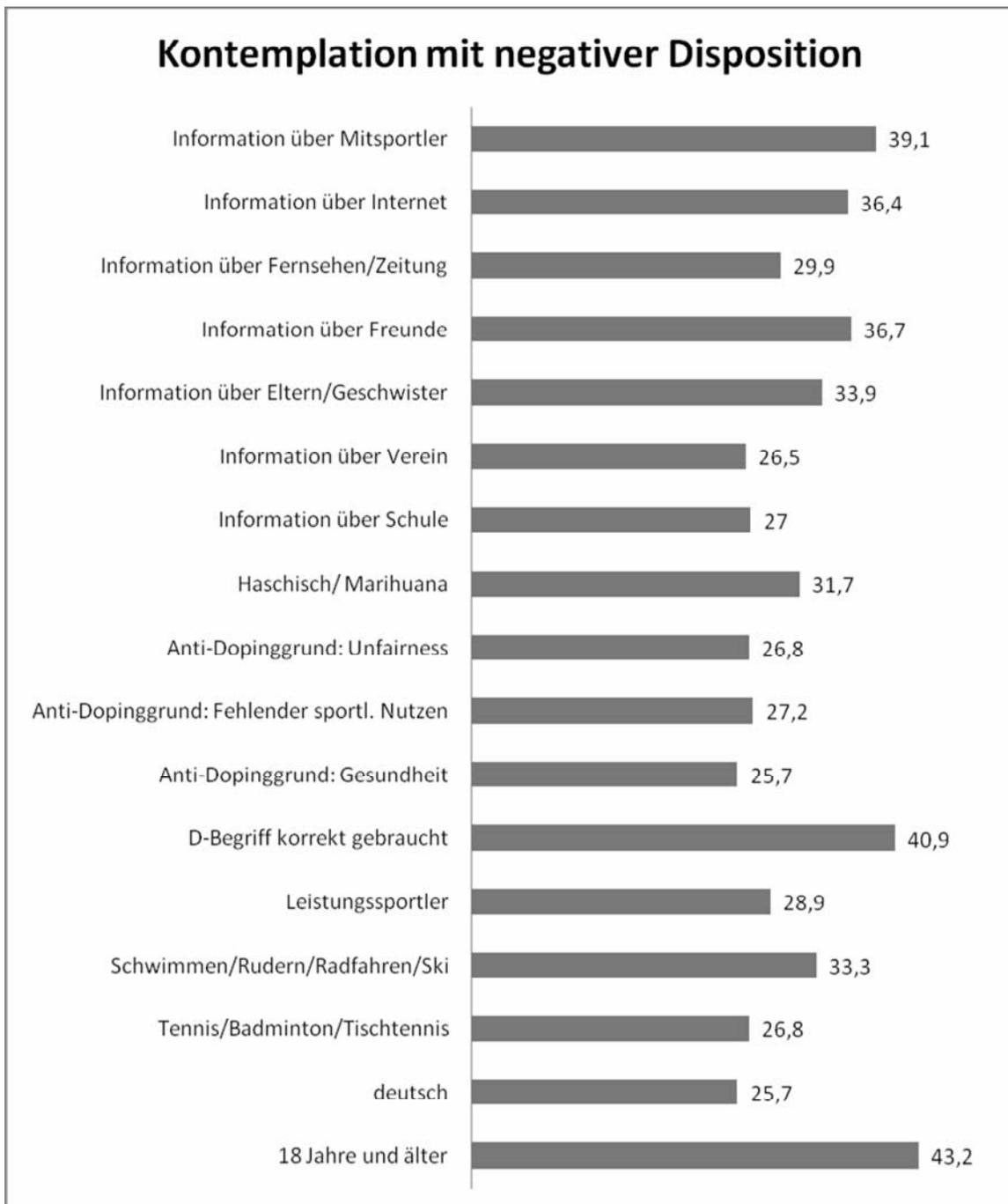


Abb. 9.3 Prädiktoren der Kontemplationsphase mit negativer Disposition (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Die Kontemplationsphase mit negativer Disposition wird durch die abwägende Bewusstseinslage bestimmt (vgl. Kap. 6.2.1). Personen setzen sich mit den Vor- und Nachteilen des Dopens solange aktiv auseinander, bis sich daraus eine Zielintention entwickelt. Als Entscheidungsfaktoren wurden bereits mögliche Konstrukte diskutiert. Die Prädiktoren sind: *die gesundheitliche Gefährdung, durch Doping verspreche ich mir keinen sportlichen Nutzen* und *Doping ist unfair*. Daraus ergibt sich, dass neben der Konsequenzenerwartung (die gesundheitliche Gefährdung) und dem (fehlenden) zu erwartender subjektiven Nutzen (fehlender sportlicher Nutzen) auch die normative Konformität (Doping ist unfair) als Entscheidungsfaktor beachtet werden müssen.

Das *sportliche Engagement* dieser Phase wird durch die Prädiktoren *Sportartengruppe Schwimmen/Rudern/Radfahren/Skifahren bzw. Tennis/Badminton/Tischtennis* und *„Leistungssportler* bestimmt. Bemerkenswert ist, dass sich viele Athleten aus im Brennpunkt der öffentlichen Dopingkritik stehenden Sportarten, wie Radfahren oder Schwimmen, gegen Doping aussprechen. Zudem sind Leistungssportler überdurchschnittlich stark vertreten.

Die Prädiktoren der Kontemplationsphase mit positiver Disposition

Wie Abbildung 9.4 zeigt, wurden innerhalb der Kontemplationsphase mit positiver Disposition 20 Prädiktoren lokalisiert. Im Gegensatz zur vorherigen Phase sind die Personen dadurch gekennzeichnet, dass sie *13 bis unter 15 Jahre alt* sind. In diesem Alter sind Kinder und Jugendliche ausgesprochen experimentierfreudig und risikobereit (Engel & Hurrelmann, 1998). Überdurchschnittlich viele Jugendliche stammen aus einer *Berufsschule* und sind *männlich*. Im direkten Vergleich zur Kontemplationsphase mit negativer Disposition weisen die Personen dieser Phase überdurchschnittlich häufig einen niedrigeren Bildungsgrad auf. Die verhältnismäßig starke Beteiligung von männlichen gegenüber weiblichen Dopependen wurde bereits in vielen anderen Studien erwähnt (vgl. Kapitel 4.2) und wird hier durch eine überdurchschnittlich positive Einstellung der männlichen Probanden zu Doping bestätigt. In Zusammenhang mit der Einnahme anderer Substanzen wurden im Vergleich zur negativen Disposition wesentliche Prädiktoren ausfindig gemacht. Zu ihnen zählt die Einnahme von *Lifestyle-Getränken, Koffeintabletten, Cannabis, Alkohol, Kokain/Ecstasy und Nikotin*. Engel & Hurrelmann (1998) stellen die Einnahme von legalen und illegalen Substanzen anfangs der Adoleszenz als Be-

wältigung von Entwicklungsaufgaben dar. Einen leichteren Zugang zu Dopingmitteln durch legale Drogen beschreibt auch Wanjek (2006) in den Ergebnissen ihrer Studie. Innerhalb der positiven Disposition fällt im Vergleich zur negativen Disposition, in der keinerlei Medikamentenkonsum als Prädiktor diagnostiziert werden konnte, die positive Einstellung zum Medikamentenkonsum auf: *„es ist in Ordnung Medikamente zur Veränderung des Körpers einzunehmen“* und *„es ist in Ordnung zur Erbringung sportlicher Leistung Medikamente einzunehmen“*. Beide angegebenen Gründe können auch als direkte Dopinggründe interpretiert werden.

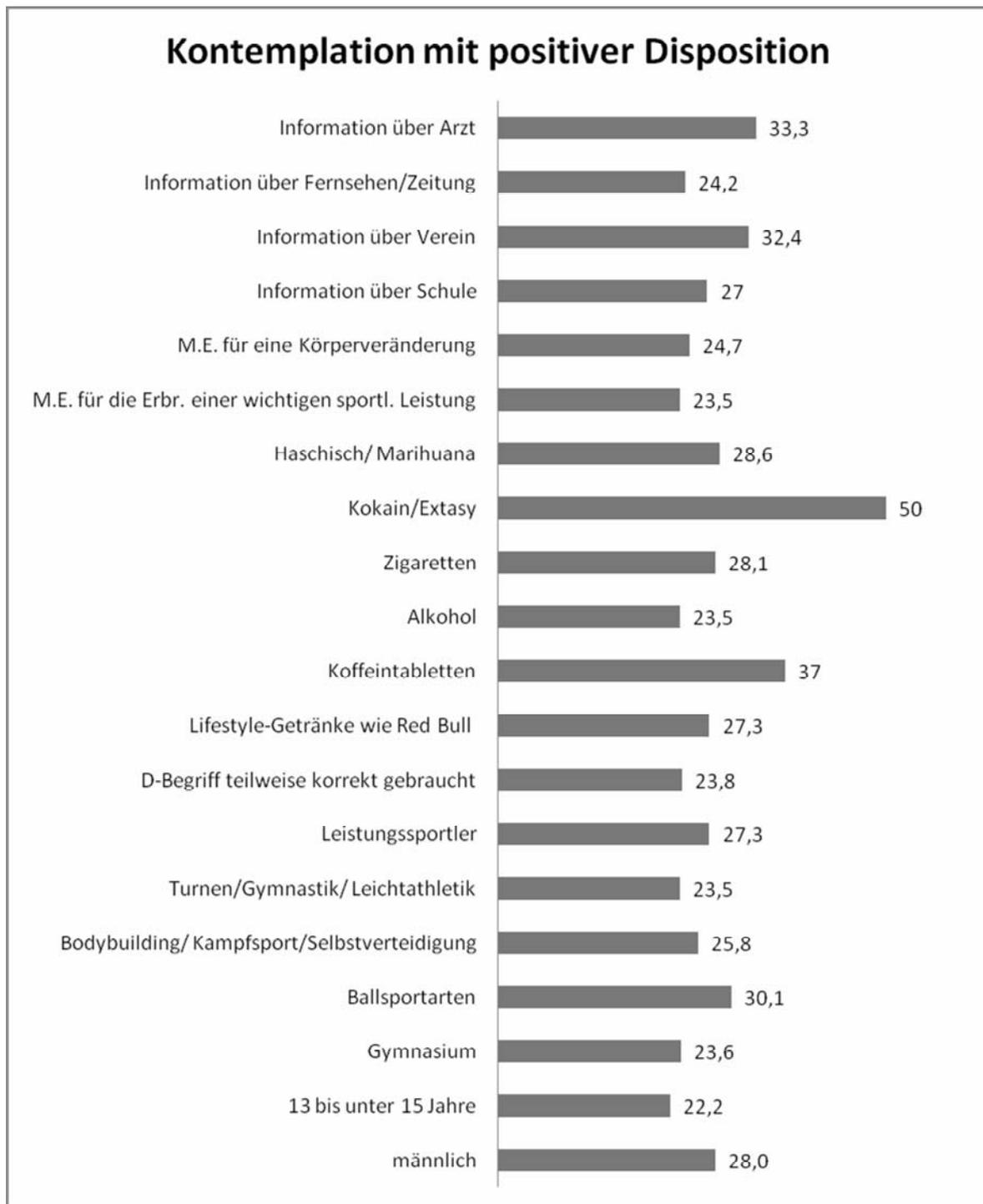


Abb. 9.4 Prädiktoren der Kontemplationsphase mit positiver Disposition (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Weiter unterscheiden sich Personen der positiven Disposition von Personen der negativen Disposition durch ihr geringes bzw. nicht vorhandenes Dopingwissen. In Bezug auf die Bewusstseinslage ist eine wirkungsvolle Dopingprävention bei Personen mit einer positiven Disposition solange möglich, wie noch keine Zielintention feststeht. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, diese Personen zunächst

über Doping und die dadurch entstehenden gesundheitlichen Gefahren aufzuklären. Ihre bisherigen Informationen über Doping bekamen die Kinder und Jugendlichen dieser Phase verstärkt über Schule, Verein, Fernsehen/Zeitung und den Arzt.

Das Sportengagement der Kinder und Jugendlichen dieser Phase zeigt folgendes Bild: *Ballspieler, Sport seit 6 Jahren und mehr* und *Leistungssportler*.

Zu den weiteren signifikanten Prädiktoren zählen die Einstellungsvariablen: *„Ich würde Doping zu mir nehmen, um Olympiasieger bzw. Weltmeister zu werden“* bzw. *„um Weltrekorde zu erzielen“*, sowie die Meinung *„ohne Doping sei kein Olympiasieg möglich“* bzw. *„ohne Doping ist kein Weltrekord möglich“*.

Präaktionale Phase

Mit Beginn der präaktionalen Phase haben die Personen ihre abwägende Bewusstseinslage abgeschlossen und sind in die planende Bewusstseinslage eingetreten. In ihr sind die kognitiven Prozesse auf die Vorbereitung des zielrealisierenden Handelns ausgelegt (vgl. Kap. 6.2.2). Die 24 Prädiktoren dieser Phase setzen sich u. a. aus den soziodemographischen Variablen *„männlich“* und *„Realschule“* zusammen (Abb. 9.5) Weibliche Probanden sind verhältnismäßig wenig vertreten. Überdurchschnittlich viele Personen dieser Phase konsumieren wie in der Phase zuvor die Substanzmittel *Lifestyle-Getränke, Koffeintabletten Cannabis, Alkohol und Nikotin*. Diesbezüglich ist ein ähnlicher Erklärungsansatz hinsichtlich der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (Engel & Hurrelmann, 1998) denkbar. Das Sportengagement kann mit den Prädiktoren *„Ballsportarten“*, *„Turnen/Gymnastik/ Leichtathletik“* und *„Sportausübung seit 2 bis unter 4 Jahren“* beschrieben werden. Zum ersten Mal fällt die Sportartengruppe *„Turnen Gymnastik und Leichtathletik“* ins Gewicht. Ferner gehören verhältnismäßig viele *Leistungssportler* dieser Phase an.

Personen dieser Phase gaben an, sie seien bereit Doping zu sich nehmen, um *„eine sportliche Spitzenleistung zu erzielen“*. Für viele dieser Personen liegt diesbezüglich jedoch weder eine Gewohnheit noch ein Vorsatz vor. Vielmehr wird die Aufmerksamkeit auf jene Informationen gelenkt, die einen möglichen Dopingkonsum unterstützen. So ist eine überdurchschnittlich große Zahl der Meinung, *„ohne Doping sei keine nationale oder internationale sportliche Spitzenleistung, kein Olympiasieg bzw. Weltmeistertitel und auch kein Weltrekord möglich“*.

Ausschlaggebend für die Einstellung zur Problematik Doping in dieser Bewusstseinslage ist die Wahrnehmung. Störende Informationen, die Argumente gegen einen möglichen Handlungsbeginn beinhalten, werden ignoriert oder subjektiv interpretiert (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 282).

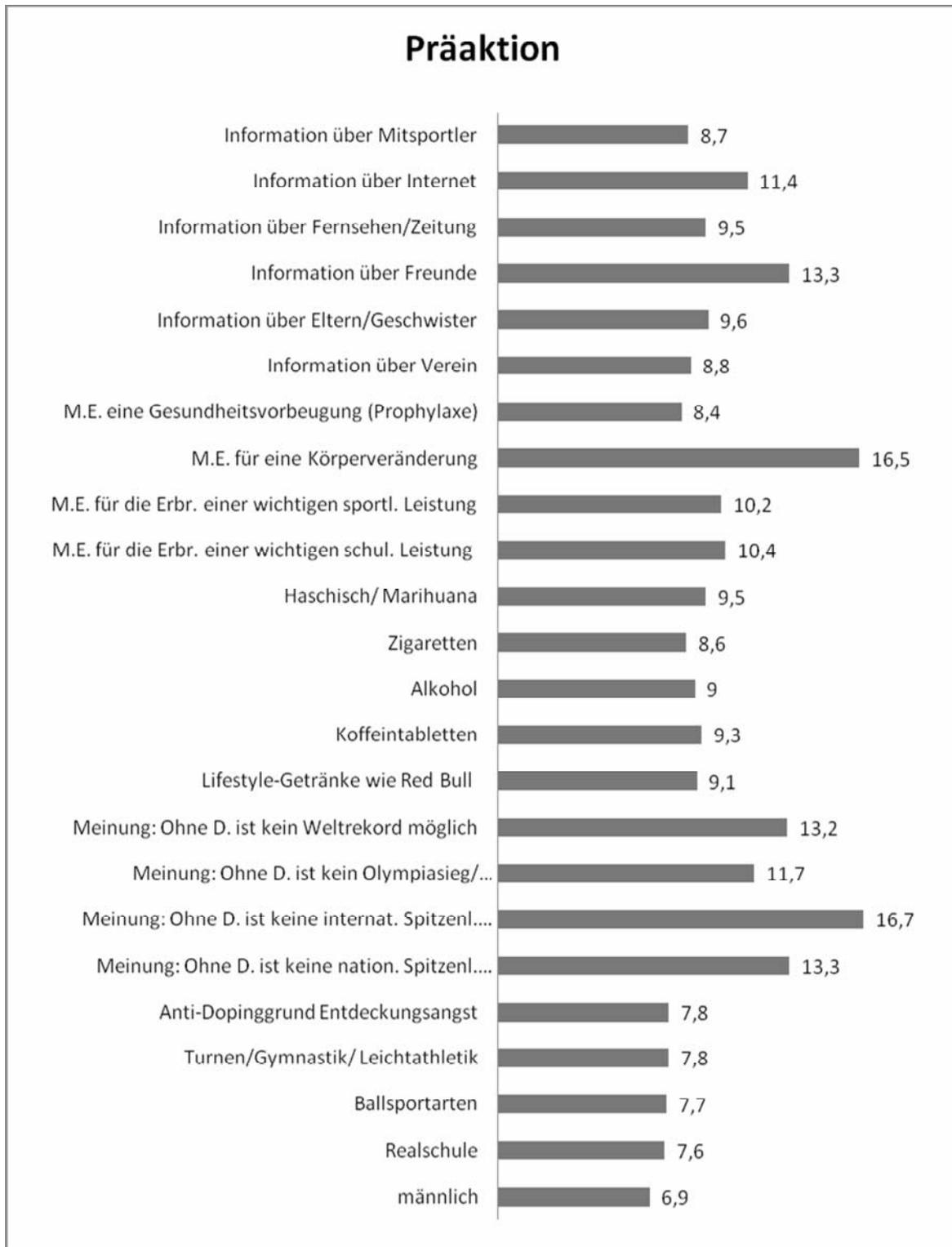


Abb. 9.5 Prädiktoren der präaktionalen Phase (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

In dieser Phase wurden die Informationen aus vielen unterschiedlichen Quellen bezogen, z.B. *Mitsportler, Verein, Internet, Freunde, Eltern und Geschwister* sowie *Fernsehen und Zeitung*, d.h. es lassen sich mehr Prädiktoren der Informationsquellen als in den Phasen zuvor lokalisieren.

Wie in der Phase zuvor (Kontemplationsphase mit positiver Disposition), gaben überdurchschnittlich viele Personen an, dass es für sie in Ordnung sei „*Medikamente zur Veränderung des Körpers*“, „*zur Erbringung einer wichtigen sportlichen Leistung*“ und „*zur Gesundheitsprophylaxe*“ einzunehmen. Eine überdurchschnittlich hohe Bereitschaft, Medikamente zu konsumieren, ist nicht zu übersehen.

Aktionale und postaktionale Phase

Die aktionale und postaktionale Phase werden wie bereits oben beschrieben und begründet zusammengefasst. Es wurden für beide Phasen zusammen 29 Prädiktoren ermittelt (Abb. 9.6).

In der aktionalen Phase herrscht eine selektive Wahrnehmung vor. Der Dopende konzentriert sich auf die den Handlungsverlauf unterstützende Informationen, während Aspekte, die zu einem Handlungsabbruch führen könnten, vernachlässigt werden (vgl. Achtziger & Gollwitzer, 2006, S. 283). In der postaktionalen Phase liegt das Ziel in der Bewertung der Handlungsergebnisse. Um auf der Grundlage dieser Bewertung eine Entscheidung für oder gegen einen weiteren Dopingkonsum fällen zu können, werden entscheidungsrelevante Informationen gesammelt (vgl. Kap. 6.2.4).

Überdurchschnittlich viele Personen dieser Phase sind *männlich, ausländischer Nationalität, über 18 Jahre* alt und kommen aus einer *Berufsschule*. Auf die große Anzahl der männlichen Dopeenden aus anderen Studien wurde bereits mehrmals hingewiesen. Der Prädiktor *ausländische Nationalität* lässt zumindest die Vermutung offen, dass es kulturelle Unterschiede in Bezug auf einen Dopinggebrauch gibt. Die geringen Nennungen bei dieser Variablen schließen weitere Interpretationen aus.

Als Prädiktoren eines multiplen Substanzgebrauchs wurden *Lifestyle-Getränke, Koffeintabletten, Cannabis, Alkohol, Ecstasy bzw. Kokain* und *Nikotin* registriert. In höheren Phasen wird offensichtlich ein fortschreitender multipler Substanzmittelgebrauch erkennbar.

Die Medikamenteneinnahme wird akzeptiert: zur *Veränderung des Körpers*, zur *Erbringung wichtiger schulischer Leistungen*, bei *schweren Verletzungen* und bei *körperlichen Beschwerden*.

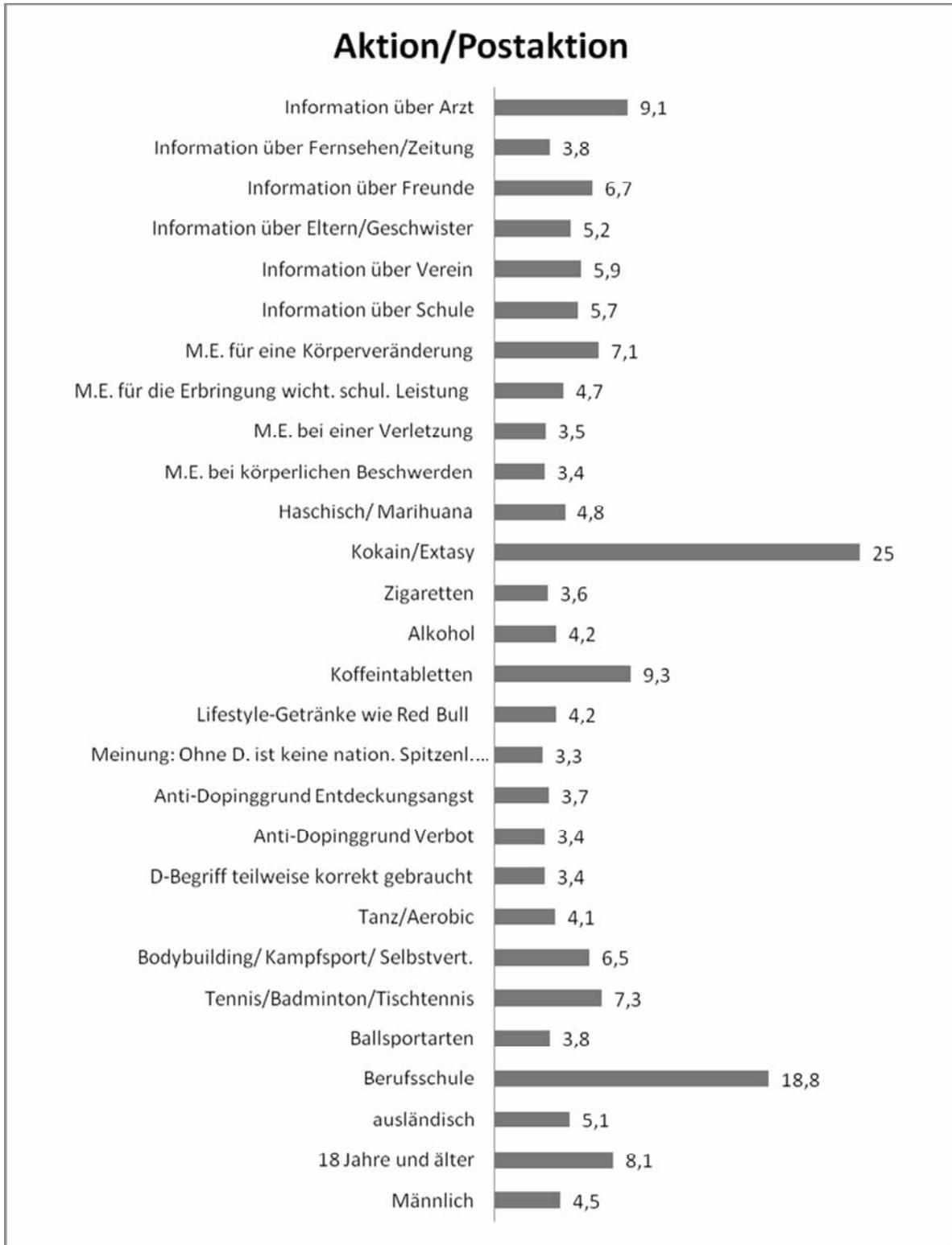


Abb 9.6 Prädiktoren der aktionalen/postaktionalen Phase (Angaben in Prozent aus Zeilensummen)

Ihre Informationen über Doping holen Personen dieser Phase vorwiegend aus den Informationsquellen *Arzt, Eltern/Geschwister, Schule, Verein, Fernsehen und Zeitung*. Interessanterweise konnte in dieser Phase der Begriff *Doping* von überdurchschnittlich vielen Kindern und Jugendlichen nicht korrekt wiedergegeben werden. Ein weiterer Prädiktor ist: *ohne Doping ist keine nationale Spitzenleistung möglich*. Außergewöhnlich erscheinen hier die Anti-Dopinggründe *Entdeckungssangst* und *Verbot* als Prädiktoren. Beide sind jedoch in dieser Phase nicht widersprüchlich, sondern unterstreichen eher die kognitive Beschäftigung mit einer non-konformen Verhaltensweise.

Als für diese Phase relevante Sportarten Phase können neben den Ballsportarten die Sportartengruppen *Tennis/Badminton/Tischtennis, sowie Tanz/Aerobic und Bodybuilding/Kampfsport/Selbstverteidigung* diagnostiziert werden.

10 Zusammenfassung und Ausblick

Doping existiert seit sich Menschen im sportlichen Wettkampf messen. Aus dem wettkampforientierten Prinzip des „Schneller, Höher, Weiter“ entwickelte sich sehr rasch ein Problem der Gesellschaft, die den Missbrauch mit leistungssteigernden Mitteln auf der einen Seite zwar missbilligt, ihn aber auf der anderen Seite durch bestimmte Wertmaßstäbe und soziale Prämissen quasi zwingend einfordert. Unter dem Einfluss dieser Dialektik von gesellschaftlicher Ablehnung und sozialem Zwang stehen junge Nachwuchssportler, die sich vor dem Hintergrund spezifischer Faktoren der Entscheidung für oder gegen eine Dopingkarriere zu stellen haben.

Unter der Voraussetzung, dass Personen in komplexen Entscheidungssituationen unterschiedliche Stadien durchlaufen, wird in der vorliegenden Arbeit das Ziel verfolgt, diesen Entscheidungsprozess im Hinblick auf die Dopingdisposition von Kindern und Jugendlichen zu durchleuchten. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche inneren und äußeren Indikatoren in den jeweiligen Phasen zu diagnostizieren sind, um anschließend sinnvolle Maßnahmen zur Dopingprävention formulieren zu können.

Die Auseinandersetzung mit dem Verständnis von Doping im wissenschaftlichen Bereich und im Sprachgebrauch von Kindern und Jugendlichen dient als Basis für die Untersuchungsauswertung und die Formulierung eines Drogenpräventionsansatzes (Kap. 2). Die terminologische Unschärfe und Uneinheitlichkeit des Doping-Begriffes erschwert eine einheitliche Auseinandersetzung und Lösung des Problems. Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung und Veränderung des Dopingbegriffs wird deutlich, dass eine sukzessive Modifikation der Definition notwendige und logische Konsequenz des medizinischen Fortschritts sowie der immer komplexeren und variableren Manipulationsverfahren ist. Dies führte schließlich im Jahr 2003 zu der derzeit gültigen Dopingdefinition von WADA bzw. NADA, die sowohl terminologisch als auch inhaltlich als Basis für eine einheitliche und juristisch haltbare Dopingbekämpfung angesehen wird. War der Dopingbegriff bis dato allein auf der Einnahme verbotener Substanzen zur Leistungssteigerung mit anschließendem positivem Kontrollbefund beschränkt, so werden darunter nunmehr bereits der bloße Versuch zur Einnahme verbotener Substanzen, die Verletzung geltenden Regularien der Dopingkontrolle sowie der Besitz, die Weitergabe und die Anstiftung zur Einnahme verbotener Substanzen festgeschrieben und sind entsprechend zu sanktionieren.

Unter den verbotenen Substanzen werden hauptsächlich Medikamente aufgelistet (vgl. Tab. 2.1 S.7). Ob Doping aus diesem Grund als eine Art von Medikamentenmissbrauch zu verstehen ist, ist in der Forschung umstritten und wird durchaus kontrovers diskutiert. Den Terminus Doping beziehen einige Forschergruppen ausschließlich auf den lizenzierten Wettkampfsport und reservieren den Begriff Medikamentenmissbrauch für den Breitensport. Damit wird die Existenz einer Schnittmenge zwischen den Bedeutungsinhalten beider Begriffe, die sowohl hinsichtlich der Dopingdefinition als auch der Dopingbekämpfung von einiger Relevanz wäre, verneint. Die Tatsache, dass beispielsweise in bestimmten Ausdauersportarten die Zahl der aufgrund von Atemwegserkrankungen erwirkten Sonderregelungen für die Einnahme auf der Dopingliste stehender Substanzen unverhältnismäßig hoch ist, verweist gerade auf eine solche Überschneidung. In der vorliegenden Arbeit werden folglich beide Begriffe nicht vollständig getrennt, sondern es wird von einer ursprünglich nicht vorgesehenen medizinischen Indikation des jeweils verwendeten Mittels als gemeinsamer inhaltlicher Basis ausgegangen. Während der Begriff Doping seinen semantischen Schwerpunkt in der

Vorteilsnahme durch eine irreguläre bewusste Leistungssteigerung für den Wettkampf hat, wird unter Medikamentenmissbrauch ein zweckentfremdender Gebrauch eines Arzneimittels ohne medizinische Notwendigkeit gesehen. Ein Athlet, der sich mit einer vorgetäuschten Erkrankung die Einnahme eines auf der Dopingliste stehenden Medikaments erschleicht, begeht daher sowohl einen Medikamentenmissbrauch als auch ein Dopingvergehen.

Den Abschluss des *zweiten Kapitels* bildet die Auseinandersetzung mit dem Verständnis von Doping im Sprachgebrauch von Kindern und Jugendlichen als Basis für die später erfolgende Untersuchungsauswertung und einen zu formulierenden Ansatz zur Dopingprävention. Ein im Rahmen einer Vorabbefragung durchgeführter Abgleich resultiert in einen Merkmalskatalog aus den Teilaspekten Sport, Einnahme von Aufputzmitteln bzw. Medikamenten und ethisch-moralische Verwerflichkeit. Letzterer Teilaspekt greift den gesellschaftlichen Rahmen mit seinen Werten und Normen auf und besitzt somit einen engen Bezug zum Thema Doping.

Darauf aufbauend setzt sich das *dritte Kapitel* mit der Relation zwischen einem sich verändernden und entwickelnden gesellschaftlichen Hintergrund mit ganz spezifischen Wertmaßstäben und Normvorgaben und dem Thema Doping auseinander. Ausgangspunkt ist zunächst die These, dass Doping zwar ein sportspezifisches Phänomen darstellt, aber dennoch von spezifischen Bedingungen einer Gesellschaft beeinflusst wird. Vonseiten der Forschung wird für Gesellschaft ein sich weiter entwickelnder Wertewandel konstatiert, der sich in neuen normativen Orientierungen und anders akzentuierten Verhaltensmustern Ausdruck verschafft. Dabei existieren drei unterschiedliche Konzeptionen des Wertewandels: Während die Postmaterialismustheorie von Inglehart (a) einen Wandel von materialistischen zu postmaterialistischen Werten propagiert und diesen als positiven Fortschritt in Richtung eines qualitativ höheren kulturellen und politischen Entwicklungsniveaus interpretiert, vertritt Noelle-Neumann die kulturpessimistische These eines kontinuierlichen Werteverfalls (b). Dieser äußert sich in Bindungsverlusten, in der Infragestellung bisher geltender Autoritäten und Hierarchien, einer verstärkten Individualisierung und dem Verlust der bestehenden bürgerlichen Ethik. Klages Ansatz des mittleren Weges (c) dagegen beschreibt zwar ebenfalls einen Trend in Richtung von Selbstentfaltungswerten im Zuge einer erhöhten Individualisierung, sieht diesen allerdings nicht als bloßen Werteverfall, sondern als ambivalente Entwicklung, die positive wie negative Möglichkeiten beinhaltet. Konkrete empirische

Untersuchungen zum Wertewandel bei Jugendlichen weisen tatsächlich sowohl auf verstärkt hedonistisch-materialistische Wertorientierungen als auch auf die Hinwendung zu individualistischen Selbstentfaltungswerten hin, was zu einer Wertelinflation und einer damit direkt in Relation stehenden Werteunsicherheit führt. Dies beeinflusst zwangsläufig die Einstellung der jungen Generation zum Thema Doping.

Des Weiteren wird im dritten Kapitel das Verhältnis zwischen Doping und Kriminalität sowie der Verlauf und aktuelle Stand der Dopingbekämpfung thematisiert. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass Doping zwar zumeist nur mit Sport in Verbindung gebracht wird, dass vergleichbare Phänomene und identische non-konforme Verhaltensweisen in anderen gesellschaftlichen Bereichen erkennbar sind. So ist es etwa mittlerweile Usus, Medikamente zur Bewältigung von Alltagsproblemen wie Prüfungsangst oder Stress im Beruf einzusetzen. Folglich spiegelt sich im Doping das kulturelle und soziale Verhalten einer Gesellschaft, gegen die sich der Missbrauch von leistungsfördernden Substanzen richtet, wieder. Doping wird so gleichsam zu einem kriminellen Akt gegen ein soziales Gefüge. Der uneinheitlich gesetzliche Umgang mit Doping bereitet grundsätzliche Schwierigkeiten in der Verfolgung, Aufdeckung und Bestrafung von Dopingdelikten. Eine konsequente Dopingbekämpfung verlangt nicht nur ein einheitliches und homogenes Kontrollsystem, wie es von den Sportverbänden in den letzten Jahren etabliert wurde, sondern auch eine damit harmonisierte, staatlich vorgegebene Anti-Doping-Gesetzgebung, die bis heute nicht existiert.

Das *vierte Kapitel* setzt sich mit einigen aufgrund ihres Untersuchungsgegenstandes für die vorliegende Arbeit relevanten empirischen Studien zur Dopingproblematik im Freizeit- und Spitzensport auseinander. Unterschieden wird dabei zwischen Untersuchungen, die eine exakte quantitative Bestimmung des Dopingkonsums verfolgen, und zwischen Forschungsarbeiten, die nach Erklärungsansätzen für einen sich permanent steigernden Dopingmissbrauch suchen. Dass auch in Breitensportveranstaltungen massiv Missbrauch mit Medikamenten getrieben wird, zeigen Untersuchungen aus der Schweiz. So erklärten 13,5 % der Teilnehmer des Swiss Alpin Marathons, den Lauf mit Medikamentenunterstützung bestritten zu haben, beim Jungfrau Marathon lag die Quote mit 34 % sogar noch deutlich höher. Zahlreiche Untersuchungen zum Anabolikamissbrauch im Breitensport liefern weltweit ein ähnliches Bild: Im Durchschnitt greifen 20 % der Freizeit-

sportler in Fitnessstudios auf den Muskelaufbau künstlich unterstützende Präparate zurück, wobei die Zahl der dopenden Männer ungleich höher als die der dopenden Frauen ist. Bei Jugendlichen gehört der Missbrauch von anabolen Steroiden inzwischen ebenfalls zum Standard. So nehmen zwischen 5 % und 10 % aller männlichen Jugendlichen von 14 bis 19 Jahren regelmäßig illegale, muskelaufbauende Präparate; für das legale Nahrungsergänzungsmittel Kreatin liegen die Zahlen mit 44 % sogar noch deutlich darüber.

Bei der Suche nach Erklärungen für den gesteigerten Dopingkonsum im Breiten- und Jugendsport kommt man je nach Erklärungsansatz zu unterschiedlichen Ergebnissen. So besteht offenbar ein enger Zusammenhang zwischen der Einnahme von Dopingmitteln wie Anabolika einerseits und Konsumgütern wie Alkohol, Nikotin und weichen Drogen andererseits. Zudem korreliert der Anabolikamissbrauch mit dem gesteigerten Körperkult der westlichen Welt, der sich bei zahlreichen Freizeitsportlern in einem körperzentrierten Selbstkonzept und einer gesteigerten körperlichen Orientierung manifestiert.

Auf den Zusammenhang zwischen dem äußeren gesellschaftlichen Druck und der Einnahme leistungssteigernder Mittel bei Spitzenathleten verweisen soziologisch orientierte Untersuchungen. Doping wird als Reaktion auf den immensen Druck, dem Profisportler ausgesetzt sind, angesehen, womit dem Athleten eher eine Opfer- als eine Täterrolle zugewiesen wird. Psychologisch orientierte Ansätze folgen dagegen einem betriebswirtschaftlichen Zugang und versuchen den Dopingmissbrauch mit Hilfe eines Kosten-Nutzen-Effektes für den Sportler zu erklären. Insgesamt greifen all diese Erklärungsansätze jedoch zu kurz und vernachlässigen wichtige Aspekte der Dopingproblematik.

Das *fünfte Kapitel* beschäftigt sich mit komplexeren Theorien und differenzierteren Erklärungsmodellen. Diese werden gleichzeitig auf ihre Nutzbarkeit für die Thematik der vorliegenden Arbeit geprüft und entsprechend modifiziert und angepasst, sodass daraus ein auf den Forschungsgegenstand der Arbeit anwendbares Modell abgeleitet werden kann. Eine erste Gruppe von Erklärungsmodellen stützt sich auf Ergebnisse der Determinantenforschung. Letztere versucht, kausale Zusammenhänge zwischen verschiedenen Einflussvariablen und spezifischen Verhaltensmustern zu identifizieren. Unterschieden wird dabei zwischen äußeren und inneren Bedingungen, welche als die bestimmte Entscheidungen beeinflussenden

Faktoren anzusehen sind. Hieraus resultiert die Trennung in soziologischer und in psychologischer Betrachtungsweise. Im Gegensatz zu soziologischen Ansätzen, die äußere Faktoren als dominant handlungssteuernd ansehen, betrachten psychologische Konzepte innere Prozesse als primär das Verhalten steuernde Faktoren. Gerade diese einseitige Fokussierung der Determinantenforschung erweist sich für eine in der Realität sehr viel komplexer funktionierende motivationale und volitionale Verhaltenssteuerung als höchst kritisch. Zudem lassen Modelle der Determinantenforschung aufgrund ihrer statischen Ausrichtung Veränderungen des Verhaltens in der Zeit sowie eine differenzierte Betrachtung von einzelnen Determinanten innerhalb der unterschiedlichen Phasen unberücksichtigt. Aus diesem Grunde greifen Modelle aus der Determinantenforschung in der Beantwortung der Kernfrage zu kurz, nämlich in wie weit es sich bei einer Dopingkarriere um ein willentlich, von bestimmten Faktoren gesteuertes und sich in der Zeit entwickelndes Verhalten handelt. Demzufolge ist deren Statik aufzulösen, psychologische als auch soziologische Einflussfaktoren in ihrem Kausalzusammenhang zu betrachten und diese als phasenhaft, d.h. unter motivationalen und volitionalen Einflüssen der Verhaltenssteuerung anzusehen. Einen ersten Ansatz liefern diesbezüglich sogenannte Strukturmodelle. Sie bestimmen Prädiktorenvariablen, die zu einem bestimmten Verhalten in kausalem Zusammenhang stehen und überzeitliche psychische oder soziale Zustände abbilden. Als problematisch erweist sich, dass die rein motivationale Ausrichtung dieser Konzepte zwar Abhängigkeiten zwischen Intention und Verhalten, nicht aber den Kausalzusammenhang zwischen einer Handlungsintention und deren tatsächlicher Realisierung erklären. Dazu bedarf es der verstärkten Erfassung volitionaler Prozesse der Handlungsumsetzung. Diese setzen als nicht gleichzeitig ablaufende, komplexe Handlungen, denen eine Entstehungsphase vorausgeht, die Annahme einer Entwicklungsperspektive voraus.

Bezogen auf das Verhaltensmuster Dopingaufnahme bedeutet dies konkret, dass

- Variablen wie subjektiv empfundener Leistungsdruck, Versagensängste, ökonomische und sportliche Perspektiven, die hier nur als abstrakte Kategorien auftauchen, verhaltensspezifisch genauer erfasst werden müssen;
- unterschiedliche Motivations- und Volitionsstadien einer Dopingkarriere sowie deren jeweils signifikanten inneren und äußeren Einflussfaktoren bestimmt und zugeordnet werden können.

Letzteres garantiert erst die Kontrollierbarkeit der einzelnen Stadien und damit auch eine mögliche Steuerung bzw. Umkehrung des Verhaltens.

Die sogenannten Stadienmodelle versuchen diese diskret aufeinander folgenden Entwicklungsphasen zu erfassen, indem sie neben dem beobachtbaren Handeln auch das die Handlung steuernde motivationale und volitionale Agens berücksichtigen. Das von Schwarzer entwickelte HAPA-Modell unterscheidet drei unterschiedlichen Stadien, nämlich (1) die Phase der Intentionsbildung, (2) die volitionale Prozessphase und (3) die Handlungsphase. In diesem sozial-kognitiven Prozessmodell wird zwischen einer präintentionalen Motivationslage und post-intentionalen Volitionsprozessen differenziert, welche – wie die das Konzept mitbestimmenden Faktoren der Risikowahrnehmung und der Handlungsergebniserwartung - für die Erklärung einer möglichen Dopingkarriere durchaus relevant erscheinen. Andere Aspekte wie soziale Einflussgrößen werden jedoch nicht berücksichtigt, sodass das Modell in seiner Gesamtheit auf die Fragestellung der Arbeit nicht anwendbar ist.

Eine Weiterentwicklung des HAPA-Modells stellt das transtheoretische Modell von Prochaska und DiClemente dar, das fünf auf- bzw. und absteigend Stufen der Verhaltensänderung beinhaltet. Zwar bleibt in diesem Modell die Bedeutung einer ausgeprägten Veränderungsstrategie zur Erreichung der nächsten Prozessstufe ungeklärt, die Tatsache aber, dass Verhaltensänderungen als kontinuierliche, lange vor dem sichtbaren Verhalten beginnende Prozesse angesehen werden, und dass die fünf Stufen der Verhaltensänderung nicht zwingend linear verlaufen müssen, ist durchaus für theoretische Überlegungen zur Dopingdisposition interessant.

Das von Fuchs entwickelte Berliner Sportstadien-Modell (BSM) umfasst acht Handlungsstadien, zwei prädezesionale und sechs postdezesionale. Bestimmt wird das Modell von der Annahme, dass mit dem Übergang von einem Stadium zum nächsten qualitative Veränderungen eintreten, die sich auf der Ebene des Denkens, der Gefühle, der generellen Bewusstseinslage oder des Verhaltens festmachen lassen. Zwar erscheint eine detaillierte Beschreibung einzelner Handlungsphasen wie im BSM angewendet auch hinsichtlich der Fragestellung der vorliegenden Arbeit als sinnvoll, in einer exakteren Analyse des BSM konnte jedoch

aufgezeigt werden, dass dessen Ausdifferenzierung zur Erklärung des Sporttreibens nicht deckungsgleich auf die Dopingproblematik übertragen werden kann.

Allen vorgestellten Modellen liegt das sogenannte Rubikon-Modell von Heckhausen zugrunde. Im *Kapitel 6* wird ausführlich auf seine inhaltliche Ausrichtung und seine Anwendungsmöglichkeit auf den Dopingkontext eingegangen, um ein an die Doping-Fragestellung angepasstes Rubikon-Modell zu entwickeln. Darin wird der Wunsch nach einer Handlungsdurchführung bis zur Realisierung der Intention und zur abschließenden Bewertung eines erreichten Handlungsziels als periodischer Weg aus vier zeitlich aufeinander folgende Handlungsphasen beschrieben, denen jeweils verschiedene Bewusstseinslagen zugeordnet werden.

Im prädezisionalen Handlungsstadium wird die Realisierbarkeit und Wünschbarkeit potentieller Handlungsergebnisse mit dem Ziel einer Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Handlungsoption verglichen. Zur Beendigung der prädezisionalen Phase genügt folglich keine möglichst hohe Motivationstendenz, sondern allein die Bildung einer Zielintention. Diese wird im Modell als Überschreiten des Rubikons bezeichnet.

In der sich daran anschließenden präaktionalen Handlungsphase des Rubikon-Modells operierende Personen befinden sich in einem volitional ausgerichteten, postdezisionalen Zustand. Im Mittelpunkt steht hier nach Beendigung des motivationalen Abwägens die Realisierung des im Ziel spezifizierten Zielzustandes mit Hilfe zielfördernder Handlungen.

Der Übergang zur folgenden volitional geprägten Handlungsphase vollzieht sich mit der Handlungsinitiierung in Form der Realisierung von in der präaktionalen Handlungsphase festgelegten Plänen. Das Stadium endet entweder mit der erfolgreichen Umsetzung der geplanten Zielhandlung, oder - bei Unklarheit über die Zielerreichung - mit dem Abbruch der Handlung.

Mit der sich anschließenden postaktionalen Handlungsphase und der dort zentralen Bewertung des Handlungsergebnisses in Bezug auf die am Ende der prädezisionalen Phase gesetzten Ziele hat der Handelnde wieder eine motivationale Aufgabe zu bewältigen. Charakteristisch für jedes Handlungsstadium des Rubikon-Modells ist eine bestimmte Art und Weise der kognitiven Orientierung, wobei den jeweiligen Phasen eine abwägende, eine planende, eine aktionale und eine bewertende Bewusstseinslage entsprechen.

Die in der prädeziSIONalen Handlungsphase dominierende abwägende Bewusstseinslage ist gekennzeichnet durch die Spezifik der Zielauswahl und damit in Zusammenhang stehende Bewertungs- und Abwägestrategien hinsichtlich bestimmter Ziel- bzw. Handlungsoptionen. Diese Phase stellt im Bezug auf den Forschungsgegenstand der Arbeit die bedeutendste Bewusstseinslage dar und stand daher auch im Mittelpunkt der Untersuchung. Vor dem Hintergrund ihrer relativen Offenheit werden hier Gründe für oder gegen einen möglichen Dopinggebrauch gegeneinander abgewogen und letztendlich die später entscheidungsrelevante Dopingdisposition herausgebildet.

Die Komplexität des Themas Dopingmissbrauch erforderte jedoch eine im Vergleich zum Rubikon-Modell spezifischere Ausdifferenzierung dieses Stadiums, das folglich im auf Doping angewandten Rubikon-Modell (DRM) teilweise in Anlehnung an das BSM in eine Phase der 0-Kontemplation, der Präkontemplation und der Kontemplation unterteilt wurde.

Der 0-Kontemplationsphase wurden Personen zugeordnet, die den Begriff „Doping“ nicht kennen bzw. falsch verwenden, während im Stadium der Präkontemplation der Dopingbegriff zwar oberflächlich bekannt ist, ein eigener Dopinggebrauch als Zielhandlung jedoch nicht zur Debatte steht. Die Phase der Kontemplation dagegen ist durch aktive kognitive Vorgänge in Form von Reflexionen über eine mögliche Dopingkarriere gekennzeichnet. Dieser Phase galt ein besonderes Interesse der Arbeit, da sich hier, anders als in späteren Stufen, besonders leicht Einstellungsveränderungen zum Doping vollziehen. Daneben ließ sich in diesem Stadium eine positive bzw. negative Dopingdisposition über damit verknüpfte Faktoren bzw. Merkmalsausprägungen, die im empirischen Teil analysiert wurden, bestimmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass individuelle Entscheidungsprozesse, die zu einer positiven bzw. negativen Dopingdisposition führen, mit dem Rubikon-Modell grundlegend erklärbar sind. Um dem Forschungsgegenstand der Arbeit optimal gerecht zu werden, musste das Modell im Hinblick auf die Dopingthematik wie beschrieben allerdings weiter spezifiziert und differenziert werden.

Im *siebten Kapitel* wird mit den beschriebenen theoretischen Grundlagen als Basis eine nach einem Pretest an insgesamt acht Schulen in den Regionen Tübingen und Stuttgart durchgeführte Querschnittsuntersuchung in Form eines anonym aus-

zufallenden Fragebogens beschrieben. Befragt wurden insgesamt 557 Schüler mit einem Durchschnittsalter von 14,6 Jahren, von denen 48,1% weiblich und 51,9% männlich waren. Hauptziel der beschriebenen Untersuchung war die Zuordnung der Teilnehmer auf die einzelnen Stadien einer möglichen Dopingkarriere. Ein allgemeingültiger, repräsentativer Anspruch wurde mit der Studie nicht angestrebt, sodass die sich aus der geringen Anzahl der Probanden ergebende Problematik ihrer wissenschaftlichen Repräsentativität bewusst in Kauf genommen wurde.

Neben einer solchen Stadiendiagnostik sollten mit der Studie verschiedene soziologische und psychologische Motive und Variablen herausgearbeitet werden, die für die jeweilige Stadienzugehörigkeit als bestimmend angesehen werden können. Berücksichtigt wurden diesbezüglich soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Nationalität, Schulbildung, Wohnumfeld), das sportliche Engagement (ausgeübte Sportart, Zeitaufwand, Leistungsniveau), das Wissen über Doping, ein möglicher multipler Substanzkonsum, die generelle Einstellung zur Medikamenteneinnahme sowie Informationsquellen über Doping betreffende Faktoren.

Im *achten Kapitel* werden die aus der Datenerfassung gewonnenen empirischen Daten präsentiert und diskutiert. Zunächst werden die Ergebnisse einzelner, in den Untersuchungsbereichen formulierter Hypothesen vorgestellt. Anschließend werden die für jede Variablengruppe signifikanten Werte ihren typischen Prädiktoren zugeordnet. Als grundlegendes Ergebnis kann festgestellt werden, dass alle Kinder und Jugendliche einer der Phasen des abgewandelten Rubikon-Modells zugeordnet werden können. Danach befinden sich in der 0-Kontemplation 7,9 % (= 44 Personen), in der Präkontemplation 38,4 % (= 214 Personen), in der Kontemplation mit negativer Disposition 21,2 % (= 118 Personen), in der Kontemplation mit positiver Disposition 23,2 % (= 129 Personen), in der Präaktion 6,3 % (= 35 Personen) und in der Aktion bzw. Postaktion 3,1 % (= 17 Personen). Geht man von einer potentiellen Gefährdung der Kinder und Jugendlichen aufgrund einer Zugehörigkeit zur Kontemplation mit positiver Disposition oder höheren Phase aus, sind 30,6% aller Beteiligten als dopinggefährdet einzustufen.

Die labilste Gruppe innerhalb der Befragten bilden die 13-15-Jährigen, die sich mit ihrer weitestgehend noch unreflektierten Meinung zu Doping fast zur Hälfte in der Phase der Präkontemplation befinden. Da eine möglichst effektive Dopingprävention gerade in solch frühen Phasen, in denen Informationen noch nicht selektiv,

sondern offen angenommen werden, ansetzen soll, muss diese Gruppe zwangsläufig in den Fokus möglicher Vorsorgemaßnahmen zur Dopingprophylaxe treten. Hinzu kommt, dass Jugendliche in dieser Altersklasse mit dem Konsum ihnen bisher unbekannter Substanzen wie Alkohol oder Nikotin beginnen, und dass gerade der Prädiktor Substanzgebrauch eine hinsichtlich positiver Dopingdisposition auffällige Verteilung zeigt.

So befinden sich unter den Konsumenten sogenannter Lifestyle-Getränke, der 59,3% aller Befragten angehören, verstärkt Personen in der Phase der Kontemplation oder gar in späteren Stadien mit positiver Dopingdisposition. Ein ähnliches Verteilungsbild zeigt die zahlenmäßig kleinere Gruppe der Konsumenten von Koffeintabletten sowie die Gruppe der Raucher, der ähnlich viele Personen (59,6%) wie der der Konsumenten von Lifestyle-Getränken angehören. Die Variablen-Gruppe der Verbraucher von Nahrungsergänzungsmitteln ist ebenfalls dadurch charakterisiert, dass sie eine verstärkte positive Disposition innerhalb der Kontemplationsphase zeigt und zudem im aktionalen und postaktionalen Stadium überdurchschnittlich stark präsent ist. Kinder und Jugendliche, die dementsprechende Konsumgüter zu sich nehmen, sind also prinzipiell als extrem dopinggefährdet einzustufen, was in Relation mit der oben angedeuteten Disposition bzw. Phasenverteilung der 13-15 Jährigen entscheidende Konsequenzen für eine sinnvolle Dopingprävention haben muss. Zum einen sollte diese nämlich, um eine möglichst hohe Erfolgswahrscheinlichkeit zu besitzen, genau in dieser frühen Phase und an der Altersklasse der 13-15 Jährigen ansetzen. Zum anderen sollten Präventionsmaßnahmen aufgrund der zumeist unreflektierten Meinung der Jugendlichen zu unbekanntem Substanzen generell aufklärerischer Natur sein und Aspekte der Gesundheitsgefährdung in Form von Konsumgütern wie Alkohol, Nikotin, Drogen und Dopingmittel argumentativ in den Vordergrund stellen. Als die diese Art der Prävention tragende und vermittelnde Instanzen bieten sich zunächst einmal die Schulen sowie schulische Einrichtungen wie Lehrerbildungsseminare etc. an. Innerhalb dieser Institutionen müssten dann effektive Programme und Curricula, etwa in Form von Fächer übergreifenden Programmen und Projekten mit entsprechend daran angepassten Lehr- und Lernmaterialien mit dem Ziel entwickelt werden, entsprechende Dopingaufklärung zu leisten. Denkbar wäre zudem die Einrichtung von schulischen Beratungsstellen, in denen z.B. ein Sportlehrer

oder ein unabhängiger Schulpsychologe als Anlaufstelle für die betreffenden Schüler fungieren könnte.

Nicht zu unterschätzen hinsichtlich der Dopingproblematik und –prävention ist schließlich auch die Rolle der Ärzte bzw. des Gesundheitssystems. So ergab sich aus dem Fragenkomplex Akzeptanz eines Medikamentenkonsums, dass sich Personen der Antwortgruppe „es ist in Ordnung, Medikamente zur Veränderung des Körpers einzunehmen“ und „es ist in Ordnung, zur Erbringung sportlicher Leistung Medikamente einzunehmen“ im Vergleich zur Gesamtmenge verstärkt in der 0-Kontemplationsphase befinden. Zudem befinden sich aus beiden Gruppen mehr Probanden im Stadium der Kontemplation mit einer positiven als mit einer negativen Disposition. Auffällig sind innerhalb dieses Personenkreises auch die erhöhten Werte in der Phase der Präaktion (16,5%) und Aktion/Postaktion (7,1%). Die Antwortgruppe „es ist in Ordnung, zur Erbringung sportlicher Leistung Medikamente einzunehmen“ ist dagegen lediglich noch in der präaktionalen Phase (10,2%) gegenüber der Gesamtheit (6,3%) erhöht. Infolgedessen wären additive Maßnahmen wie etwa Vortragsreihen zur Dopingprävention vonseiten der Mediziner, Krankenkassen oder Gesundheitsministerien denkbar, die dementsprechende gesundheitliche Aspekte als einen Verzicht auf Doping rechtfertigende Argumente einbringen dürften.

Einen breiten Raum innerhalb der empirischen Untersuchung nehmen Fragen zur Kategorie sportliches Engagement ein, deren Auswertung folgendes Bild ergibt. Aus der Variablen Sportart lässt sich ablesen, dass vor allem Ballspieler, und innerhalb dieser Gruppe verstärkt Fußballer und Basketballer, in den dopinggefährdeten Stadien ab der Kontemplationsphase mit positiver Disposition vertreten sind. Auch Personen der Sportarten Bodybuilding/Kampfsport/Selbstverteidigung und Turnen/Gymnastik/Leichtathletik sind mit einer reflektiert positiven Meinung zu Doping auffällig. Während aus der Variablen wöchentlicher Zeitaufwand keine eindeutige Tendenz abgelesen werden kann, belegt der Prädiktor Sportausübung seit Jahren, dass die Zeitabschnitte der Sportausübung zwei bis vier Jahre sowie sechs und mehr Jahre als besonders dopinggefährdet einzustufen sind. Zudem lässt sich aus der Befragung ableiten, dass Leistungssportler generell eher bereit sind, zu leistungsfördernden Substanzen zu greifen als Nicht-Leistungssportler. Den entscheidenden Faktor für eine positive Dopingdisposition innerhalb der Kategorie Sportausübung stellt

jedoch der sich aus dem Dopinggebrauch ergebende Prädiktor sportlicher Nutzen bzw. Vorteil dar. Dementsprechend ergibt sich für die Variable „Erreichung der sportlichen Ziele“ eine fundiert positive Einstellung zu Doping bei Probanden, die ihre sportliche Zielerreichung als sehr schwierig einstufen. In dieselbe Richtung weist die Variable „ohne Doping ist keine Spitzenleistung möglich“. So gehören Personen der Antwortgruppe c („ohne Doping ist kein Olympiasieg oder Weltmeistertitel möglich“) und d („ohne Doping ist kein Weltrekord möglich“) im Gegensatz zur Gesamtmenge innerhalb der Kontemplationsphase verstärkt der positiven Disposition an. Darüber hinaus weisen im Vergleich zur prozentualen Gesamtverteilung Personen aller vier Antwortmöglichkeiten (a nationale Spitzenleistung; b internationale Spitzenleistung; c Olympiasieg/Weltmeistertitel; d Weltrekord) Einstellungen auf, die sie der präaktionalen Phase und somit der direkten Vorstufe zum Doping zuordnen lassen.

In der Konsequenz lassen sich aus diesen Ergebnissen daran anschließende bzw. darauf rekurrierende Forschungsprojekte etwa zur Evaluation von Aufklärungsmaßnahmen oder zur konkreten Methodik von Präventionsmaßnahmen ableiten. Für die Dopingprävention bedeuten sie die Notwendigkeit eines verstärkten Engagements der Sportverbände und Sportvereine, die an ihrer Basis - also an den Sportlern - dementsprechende Aufklärungsarbeit zu leisten haben. Ihr Argumentationsschwerpunkt sollte dabei auf einer ethisch-moralischen Ebene ansetzen, wo Grundwerte des Sports wie Fairness, Fair-Play und Respekt vor dem Gegner als Eckpfeiler sportlicher Leistung vermittelt werden können und müssen. Denkbar ist diesbezüglich etwa die Einsetzung verbandsinterner Anti-Doping-Beauftragter, welche in den Vereinen regelmäßige Informationsveranstaltungen zur Dopingproblematik durchführen. Daneben dürfte eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Thematik in der Trainerausbildung zwingend erforderlich sein, da gerade die Trainer in ihrer Rolle als Bindeglied zwischen Verband und Athlet und als direkte Ansprechpartner der Sportler einen immensen Einfluss ausüben.

Besonders jungen Athleten, die am Anfang ihrer Karriere zumeist noch keine dezidierte Meinung zum Thema Doping mitbringen, sollten frühzeitig die richtige Einstellung und Haltung zur Problematik Doping im Sport vermittelt werden, um dessen zentrale Position im Leben unserer Gesellschaft zu sichern. Wege und Lösungen hierzu zu finden, war ein Ziel und Anliegen dieser Arbeit. Letztendlich gilt es sich aber klar zu machen, dass die oben aufgezeigten, aus der Korrelation der

Prädiktoren der empirischen Untersuchung und der Handlungsphasen des DRM direkt ableitbaren Präventionsmaßnahmen zwar greifen und zur Verringerung des Missbrauchs mit leistungssteigernden Substanzen beitragen können und werden. Unbestritten ist jedoch, dass daneben wirkungsvolle Präventionsmechanismen wie Kontrollen zur Abschreckung und Strafen notwendig sind oder um mit Digel zu sprechen als „Schutz des Fair-Play-Prinzips, der für das Überleben des Sportsystems von grundlegender Bedeutung ist“, absolut unverzichtbar erscheinen. Garantieren und fixieren kann das langfristige Überleben des Sports allerdings nur eine Gesellschaft, die dem Doping als einem gesellschaftlichen Problem in ihrer Gesamtheit und als ganzheitliches präventives und regulatives System entgegentritt.

11 Literaturverzeichnis

- Achtziger, A. & Gollwitzer, P.M. (2006). In H. Heckhausen & J. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (3. Aufl., S. 277-302). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50 (2), 179-211.
- Armor, D.A. & Taylor, S.E. (2003). The effects of mindset on behaviour: Selfregulation in deliberative and implemental frames of mind. *Personality an Social Psychology Bulletin*, 29, 86-95.
- Atkinson, J.W. (1964). *An introduction to motivation*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Bahrke, M.S., Yesalis, C.E., Kopstein, A.N. & Stephens, J.A. (2000). Risk factors associated with anabolic-androgenic steroid use among adolescents. *Sports Medicine*, 29, 397–405.
- Bamberger, M. & Yaeger, D. (1997). Over the edge: special report. *Sports Illustrated*, 86, 64.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2000). Social cognitive theory. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (S. 212-213). New York: Oxford University Press.
- Bayer, U.C., & Gollwitzer, P.M. (2005). Mindset effects on information search in self-evaluation. *European Journal of Social Psychology*, 35, 1-15.
- Bayer, U.C. & Gollwitzer, P. M. (2007). Boosting scholastic test scores by willpower: The role of implementation intentions. *Self and Identity*, 6, 1-19.
- Bannenberg, B. & Rössner, D. (2005). *Kriminalität in Deutschland*. München: Beck.
- Baumeister, R.F. (2000). Ego-depletion and the self's executive function. In A. Tesser & R. Felson (Eds.), *Psychological perspectives on self and identity* (S. 9-33). Washington: American Psychological Association.
- Becker, H.S. (1973). *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Beckmann, J. & Heckhausen, H. (2006). Motivation durch Erwartung und Anreiz. In H. Heckhausen & J. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (3. Aufl., S. 105-142). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology* (6th ed., S. 1-62). New York: Academic Press.
- Bette, K.-H. & Schiemank, U. (1995). *Doping im Hochleistungssport. Anpassung durch Abweichung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bette, K.-H., Schimank, U., Wahlig, D. & Weber, U. (2002). *Biographische Dynamiken im Leistungssport. Möglichkeiten der Dopingprävention im Jugendalter*. Köln: Sport und Buch Strauß.
- Bette, K.-H. & Schimank, U. (2006). *Die Dopingfalle. Soziologische Betrachtungen*. Bielefeld: transcript.
- Beuker, F. (1993). Alles über Doping I. *Sportrevue*, 53 – 55.
- Beuker, F. (1997). Die gedopte Gesellschaft. In S. Yaldai (Hrsg.), *Menschen im Sport. Geschichtliche, ethische, pädagogische, gesellschaftliche und gesundheitliche Aspekte* (S. 282-289). Köln: Sport und Buch Strauß.
- Biddle, S.J.H. & Nigg, C.R. (2000). Theories of exercise behavior. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 290–304.
- Böhnisch, L. (2006). *Abweichendes Verhalten. Eine soziologisch-pädagogische Einführung*. Weinheim, München : Juventa.
- Boos, C., Wulff, P., Kujath, P. & Bruch, H.-P. (1998). Medikamentenmissbrauch bei Freizeitsportler im Fitneßbereich. *Deutsches Ärzteblatt*, 95, 953-957.
- Boos, C. & Wulff, P. (2001) *Der Medikamentenmissbrauch bei Freizeitsportlern im Fitnessbereich*. Öffentliche Anhörung zum Doping im Freizeit- und Fitnessbereich. Protokoll der 38. Sitzung des Sportausschusses. 14. Wahlperiode, S. 115-152.
- Brandstädter, J. (2001). *Entwicklung, Intentionalität, Handeln*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandstätter, V. & Frank, E. (2002). Effects of deliberative and implemental mind-sets on persistence in goal-directed behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1366-1378.
- Bronfenbrenner, U. (1990). Ökologische Sozialisationsforschung. In: L. Kruse, C.F. Graumann & E.D. Lantermann (Hrsg.), *Ökologische Psychologie* (S. 76-79). Stuttgart: Enke.
- Buckley, W.E., Yesalis, C.E. & Bennell, D.L. (1993). A study of anabolic steroid use at the secondary school level: Recommendations for prevention. In C.E. Yesalis (Hrsg.), *Anabolic steroids in sport and exercise* (S. 71-86). Champaign, IL: Human Kinetics.

- Buckley, W.E., Yesalis, C.E., Friedl, K.E., Anderson, W.A., Streit, A.L. & Wright, J.E. (1988). Estimated prevalence of anabolic steroid use among male high school seniors. *Journal of the American Medical Association*, 260, 3441-3445.
- Calfee, R. & Fadale, P. (2006). Popular Ergogenic Drugs and Supplements in Young Athletes. *Pediatrics*, 117, 577-589.
- Clarke, J. (1999). *Anabolic steroids – a growing problem* (10thed.). Liverpool: Healthwise.
- Clasing, D. (2004). *Doping und seine Wirkstoffe – Verbotene Arzneimittel im Sport*. Balingen: Spitta.
- Clasing, D. & Donike, M. (1996). Non-banned drug used by athletes: for example cyclist. *International Journal of Sports Medicine*, 17, 45.
- Clasing, D. & Müller, R.K. (2001). *Dopingkontrolle. Information für Aktive, Betreuer und Ärzte zur Bekämpfung des Medikamentenmissbrauchs im Sport*. Köln: Sport und Buch Strauß.
- Copeland, J., Peters, R. & Dillon, P. (2000). Anabolic-androgenic steroid use disorders among a sample of Australian competitive and recreational users. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 91-96.
- Dawson, R.T. (2001). Drugs in sport - the role of the physician. *Journal of Endocrinology*, 170 (1), 55-61.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “what” and the “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Dezelsky, T.L., Toohey, J.V. & Shaw, R.S. (1985). Non-medical drug use behavior at five United States universities: a 15-year study. *Bulletin on Narcotics*, 37, 49-53.
- Di Pasquale, M. G. (1992). Clenbuterol: A new anabolic drug. *Drugs in Sports*, 1, 1-8.
- Digel, H. (1986). Über den Wandel der Werte in der Gesellschaft, Freizeit und Sport. In DSB (Hrsg.), *Die Zukunft des Sports. Materialien zum Kongreß Menschen im Sport 2000* (S. 14-43). Schorndorf: Hofmann.
- Digel, H. (1990). Wertewandel im Sport. Eine These und deren begriffliche, theoretische und methodische Schwierigkeiten. In G. Anders (Hrsg.), *Vereins-sport an der Wachstumsgrenze? Sport in der Krise der Industriegesellschaft*. (S. 59-85). Witten: am Steinberg Gerd May.
- Digel, H. (2001). *Spitzensport. Chancen und Probleme*. Schorndorf: Hofmann.

- Digel, H. (2002). Ist das Dopingproblem lösbar? In H. Digel & H.-H. Dickhuth (Hrsg.), *Doping im Sport* (S. 1-38). Tübingen: Attempto.
- Digel, H. (2007). Dopingbekämpfung im internationalen Vergleich. In R. Nickel & T. Rous (Hrsg.), *Das Anti-Doping-Handbuch*, (Bd.1, S.93-117). Aachen: Mayer & Mayer.
- Dilger, A. & Tolsdorf, F. (2004). Doping als Wettkampfphänomen. In H.-D. Horch, J. Heydel, & A. Sierau, (Hrsg.): *Events im Sport: Marketing, Management, Finanzierung – Beiträge des 3. Deutschen Sportökonomie-Kongresses* (S. 153-162). Köln: Institut für Sportökonomie und Sportmanagement.
- Drexel, G. (1994). Sportiver Egoismus – zur Ethik wettkampfsportlichen Handelns. In T. L. Heck (Hrsg.), *Das Prinzip Egoismus* (S. 505 – 528). Tübingen: Nous.
- Drexel, G. (2002). *Paradigmen in Sport und Sportwissenschaft*. Schorndorf: Hofmann.
- Duda, J.L. & Hall, H. (2001) Achievement goal theory in sport: Recent extensions and future directions. In R.N. Singer, H.A. Hausenblas & C.M. Janell (Eds.), *Handbook of sport psychology* (S. 417-443). New York: Wiley.
- Duden (2006). *Das große Fremdwörterbuch: Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter* (9. Aufl.). Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Duden.
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1998). *Was Jugendliche wagen: eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Streßreaktionen und Delinquenz im Jugendalter* (3. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Faigenbaum, A.D., Zaichowsky, L.D., Gardner, D.E. & Micheli, L.J. (1998). Anabolic steroid use by male and female middle school students. *Pediatrics*, 6, 101-105.
- Feiden, K. & Blasius, H. (2002). *Doping im Sport. Wer – Womit – Warum*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fritsche, Y. (2000). Moderne Orientierungsmuster: Inflation am Wertehimmel. In Deutsche Shell (Hrsg.), *Jugend 2000* (S. 93 – 157). Opladen: Leske + Budrich.
- Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S., Rogers, R.W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 407-429.

- Fuchs, R. (1997). *Psychologie und körperliche Bewegung*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2001). Entwicklungsstadien des Sporttreibens. *Sportwissenschaft*, 31 (3), 255-281.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Gabler, H. (2002). *Motive im Sport*. Schorndorf: Hofmann.
- Gagné F.M. & Lydon, J.E. (2001a). Mind -set and close relationships: When bias leads to (in)accurate predictions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 85-96.
- Gagné, F.M. & Lydon, J.E. (2001b). Mind-set and relationship illusions: The moderating effects of domain specificity and relationship commitment. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1144-1155.
- Gensicke, T. (2002). Individualität und Sicherheit in neuer Synthese? Wertorientierungen und gesellschaftliche Aktivitäten. In Deutsche Shell (Hrsg.), *Jugend 2002: zwischen pragmatischem Idealismus und robustem Materialismus* (S. 139-213). Frankfurt a. M.: Fischer-Taschenbuch.
- Gerjets, P. (1995). *Zur Verknüpfung psychologischer Handlungs- und Kognitionstheorien*. Frankfurt a.M.: Lang.
- Glaeske, G. (2007). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 07* (S.70 - 85). Geesthacht: Neuland.
- Gollwitzer, P.M. (1987). Suchen, Finden und Festigen der eigenen Identität: Unstillbare Zielintentionen. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer, F.E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 176-189). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gollwitzer, P.M. (1991). *Abwägen und Planen: Bewußtseinslagen in verschiedenen Handlungsphasen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Gollwitzer, P.M. (1993). Goal achievement: the role of intentions. *European Review of Social Psychology*, 4, 141-185.
- Gollwitzer, P.M. (1996). Rubikonmodell der Handlungsphasen. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation, Volition und Handlung* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie IV: Motivation und Emotion, S. 531-573). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Gollwitzer, P. M. (2003). *Why we thought that action mindsets affect illusions of control*. *Psychological Inquiry*, 14, 261-269.
- Gollwitzer, P.M. & Brandstätter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 186-199.
- Gollwitzer, P. M., & Bayer, U. (1999). Deliberative versus implemental mindsets in the control of action. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories in social psychology* (S. 403-422). New York: Guilford.
- Gollwitzer, P.M., Bayer, U. & McCulloch, C. (2005). The control of the unwanted. In R. Hassin, J. Uleman & J.A. Bargh (Eds.), *The new unconscious* (S. 485-515). Oxford: Oxford University Press.
- Oettingen, G., & Gollwitzer, P. M. (2000). Das Setzen und Verwirklichen von Zielen. *Zeitschrift für Psychologie*, 208, 406-430.
- Gollwitzer, P.M., Heckhausen, H. & Ratajczak, H. (1990). From weighing to willing: Approaching a change decision through pre- or postdecisional mentation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 45, 41-65.
- Gollwitzer, P.M., Heckhausen, H. & Steller, B. (1990). Deliberative vs. implemental mind-sets: Cognitive tuning toward congruous thoughts and information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1119-1127.
- Gollwitzer, P.M. & Malzacher J.T. (1996). Absichten und Vorsätze. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation, Volition und Handlung* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie IV: Motivation und Emotion, S. 427-468). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Gollwitzer, P.M. & Schaal, B. (1998). Metacognition in action: The importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2, 124-136.
- Grupe, O. (2002). Doping und Leistungsmanipulation aus sportethischer Sicht. In H. Digel & H.-H. Dickhuth (Hrsg.), *Doping im Sport* (S. 58-76). Tübingen: Attempto.
- Grupe, O. & Krüger, M. (1997). *Einführung in die Sportpädagogik*. Schorndorf : Hofmann.
- Haug, T. (2006). *Doping – Dilemma des Leistungssports*. Hamburg: Merus.
- Hartfield, G. (1976). *Wörterbuch der Soziologie* (2. Aufl.). Stuttgart: Kröner.

- Heckhausen, H. (1980). Ein kognitives Motivationsmodell und die Verankerung von Motivationsstrukturen. In H. Lenk (Hrsg.), *Handlungstheorien - interdisziplinär* (Bd. 3/I, S. 283-352). München: Wilhelm Fink.
- Heckhausen, H. (1987a). Intentionengeleitetes Handeln und seine Fehler. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 143-175). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Heckhausen, H. (1987b). Wünschen-Wählen-Wollen. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 3-9). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11, 101-120.
- Heckhausen, H. & Heckhausen, J. (2006). *Motivation und Handeln* (3. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hepp, G.F. (2001). Wertewandel und Bürgerschaftliches Engagement – Perspektiven für die politische Bildung. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 29, 31–38.
- Heinemann, K. (1998). *Einführung in die Soziologie des Sports*. Schorndorf: Hofmann.
- Höner, O. (2005). *Entscheidungshandeln im Sportspiel Fußball – Eine Analyse im Lichte der Rubikontheorie*. Schorndorf: Hofmann.
- Hurrelmann, K. (1990). *Familienstreß, Schulstreß, Freizeitstreß. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K. & Altgeld, T. (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* Bern: Huber.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2005). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows* (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Joas, H. (2001). *Lehrbuch der Soziologie*. Frankfurt, New-York: Campus.
- Johnson, M.D., Jay, M.S., Shoup, B. & Rickert, V.I. (1989). Anabolic steroid use by male adolescents. *Pediatrics*, 83, 921-924.

- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., & Schulenberg, J. E. (2006). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2005: Volume I, Secondary school students*. NIH Publication No. 06-5883. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kamber, M. (1996). Umfrage bei der Schweizer Bevölkerung - Einschätzung des Dopingproblems. *Sportwissenschaft*, 9, 9-11.
- Kanayama, G., Gruber, A.J., Pope, H.G. jr., Borowiecki, J.L. & Hudson, J.J. (2001). Over-the-counter drug use in gymnasiums: an underrecognized substance abuse problem? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(3), 137–140.
- Keller, S. (1999). *Motivation zur Verhaltensänderung. Das transtheoretische Modell nach Prochaska*. Freiburg: Lambertus.
- Keller, S. (2002). Transtheoretisches Modell. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A-Z* (S. 604-608). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Keller, S. (2004). Motivation zur Verhaltensänderung – Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12, 35-38.
- Kelman, H.C. (1974). Attitudes are alive and well and gainfully. Employed in the sphere of action. *American Psychologist*, 29, 310-324.
- Kendzierski, D. (1994). Schema-Theory: Information processing focus. In: R. Dishman (ed.): *Advances in Exercise Adherence*, Champaign, IL: Human Kinetics Pub Inc, 137-159.
- Kern, J. (2002). *Das Dopingproblem*. Wien: Wilhelm Maudrich.
- Klages, H. (2001). Brauchen wir eine Rückkehr zu traditionellen Werten? *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 29, 8–14.
- Kindermann, W. (2004). Dopingproblematik und aktuelle Dopingliste. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 55 (4), 90-95.
- Kmieciak, P. (1976). *Wertestrukturen und Wertewandel in der Bundesrepublik Deutschland: Grundlagen einer interdisziplinären empirischen Wertforschung mit einer Sekundäranalyse von Umfragen*. Göttingen: Schwartz.
- Korkia, P. & Stimson, G.V. (1997). Indications of prevalence, practice and effects of anabolic steroid use in Great Britain. *International Journal of Sports Medicine*, 18 (7), 557-562.

- Kovar, K.-A. (2007). Arzneimittelmisbrauch und Suchtgefahren. In K.-A. Kovar (Hrsg.), *Pharmazeutische Praxis* (7. Aufl. S. 408-457). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kornadt, H.-J. (1988). Entwicklungsbedingungen unterschiedlicher Aggressivität in Japan und Deutschland: Beitrag des Kulturvergleichs zur Motivations-
theorie. *Psychologische Beiträge*, 30, 344-374.
- Kraus, L. (1996). Ergebnisse der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen 1995. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 97* (S. 93-112). Geesthacht: Neuland.
- Kuhl, J. (1998). Wille und Persönlichkeit: Funktionsanalyse der Selbststeuerung. *Psychologische Rundschau* 49, 61-77.
- Kurz, D. (1997). Sporterziehung und Aufklärung in der Jugend als Maßnahme einer frühen Anti-Doping-Edukation. In D. Kurz & J. Mester (Hrsg.), *Doping im Sport: zwischen biochemischer Analytik und sozialem Kontext, Symposium Köln, 4.11.1995.* (S. 59 - 65). Köln: Sport und Buch Strauß.
- Laure, P. (1997). Epidemiologic approach of doping in sport. A review. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 37, 218-24.
- Luetkemeier M.J., Bainbridge C.N., Walker J., Brown D.B. & Eisenman P.A. (1995). Anabolic-androgenic steroids: prevalence, knowledge, and attitudes in junior and senior high school students. *Journal of Health Education*. 26, 4-9.
- Mahler, N. (2001) Medikamentenmissbrauch im Breitensport. *Therapeutische Umschau*, 58, 226-231.
- Mareck-Engelke, U., Geyer, H. & Schänzer, W. (2001). Cannabismisbrauch im Hochleistungssport. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 52 (10), 280-284.
- Martineau, L., Horan, M.-A. & Rothwell, N.J. (1992). Salbutamol, a beta-2-adrenoreceptor agonist, increases skeletal muscle strength in young men. *Clinical Science*, 83, 615-616.
- McGuire, W.J. (1976). The concept of attitudes, and their relations to behaviors. In H.W. Sinaiko & L.A. Broedling (Ed.), *Perspectives on attitude assessment: Surveys and their alternatives*. Champaign, IL: Pendleton.
- Melia, P., Pipe, A. & Greenberg, L. (1996). The use of Anabolic – Androgenic Steroids by Canadian Students. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 6, 9-14.
- Metzl, J.D., Small, E., Levine, S.R. & Gershel, J. C (2001). Creatine Use Among Young Athletes. *Pediatrics*, 108, 421-425.

- Milne, S., Orbell, S. & Sheeran, P. (2002). Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions. *British Journal of Health Psychology*, 7, 163-184.
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2004). *Bildungsplan Grundschule*. Ditzingen: Reclam.
- Müller-Platz, C., Boos, C. & Müller, R.K. (2006). *Doping in Breiten- und Freizeitsport*. Aus der Reihe "Gesundheitsberichterstattung des Bundes" Heft 34. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Mutschler, E., Geisslinger G., Kroemer, H.K. & Schäfer-Korting, M. (2001). *Arzneimittelwirkungen* (8. Aufl.). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- NADA, Nationale Anti Doping Agentur (2006). Welt Anti Doping Code. Stand 1. Januar 2006. Bonn: NADA.
- Nickel, R. & Rous, T. (2007). *Das Anti-Doping-Handbuch* (Band 1). Aachen: Mayer & Mayer.
- Nilsson, S. (1995). Androgenic anabolic steroid use among male adolescents in Falkenberg. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 48, 9-11.
- Nilsson, S., Baigi, A., Marklund, B. & Fridlund, B., (2001). The prevalence of the use of androgenic anabolic steroids by adolescents in a country of Sweden. *European Journal of Public Health*, 11, 195-197.
- Noelle-Neumann, E. & Pettersen, T. (2001). Zeitwende - Der Wertewandel 30 Jahre später. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 29, 15-22.
- Nordlohne, E. (1992). *Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter*. Weinheim, München: Juventa.
- Opp, K.-D. (1976). *Methodologie der Sozialwissenschaften: Einführung in Probleme ihrer Theoriebildung*. Hamburg: Rowohlt.
- Orbell, S. & Sheeran, P. (2000). Motivational and volitional processes in action initiation: A field study of the role of implementation intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 780-797.
- Ottmer, H.-M. (1979). *Die Rubikon-Legende: Untersuchungen zu Caesars und Pompeius` Strategie vor und nach Ausbruch des Bürgerkrieges*. Boppard am Rhein: Boldt.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones/Irwin.

- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress on behavior modification* (S.184-214). Sycamore: Sycamore Press.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1998). Comments, criteria and creating better models in response to Davidson. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (S. 39-45). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Fava, J.L., Ruggiero, L., Laforge, R.G., Rossi, J.S., Johnson, S.S. & Lee, P.A. (2001). Counsellor and stimulus control enhancements of a stage-matched expert system intervention for smokers in a managed care setting. *Preventive Medicine*, 32, 23-32.
- Prokop, L. (1970). Zur Geschichte des Dopings und seiner Bekämpfung. *Sportarzt und Sportmedizin*, 21, 125 - 132.
- Puca, R.M. (1996). *Motivation diesseits und jenseits des Rubikon*. Dissertation, Bergische Universität - Gesamthochschule Wuppertal.
- Puca, R.M. & Schmalt, H. (2001). The influence of the achievement motive on spontaneous thoughts in pre and post decisional action phases. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 302-308.
- Rathgeber, T. (2004). *Doping – Eine Gefahr für den Jugendsport?* Berlin: Weißensee.
- Rössner, D. (2002). Doping aus kriminologischer Sicht - brauchen wir ein Anti-Dopinggesetz? In H. Digel & H.-H. Dickhuth (Hrsg.), *Doping im Sport* (S. 118-139). Tübingen: Attempto.
- Rosenstock, I. (1990). The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies. In K. Glanz, F. Lewis & B. Rimer (eds.): *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schneider-Grohe, Ch. (1979). *Doping – eine kriminologische und kriminalistische Untersuchung zur Problematik der künstlichen Leistungssteigerung im Sport und zur rechtlichen Handhabung dieser Fälle*. Dissertation, Universität zu Lübeck.
- Scanlan, T., Carpenter, P., Schmidt, G., Simons, J. & Keller, B. (1993). An introduction to the sport commitment model. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 15, 1-15.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schwarzer, R. (2002). *Gesundheitspsychologie von A bis Z: ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior action self-efficacy and coping self-efficacy, *Health Psychology*, 19, 487-495.
- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie SASP (2000). *Wettkampfsport und Doping*. Positionspapier der SASP Nr. 1. Zugriff am 22 Februar 2007 unter <http://www.sportpsychologie.ch/downloads/ps1-doping.pdf>
- Seifert, A. (2001). *Fairness leicht gemacht: Zur Rolle von Diskrepanzprozessen in der vorsatzgesteuerten sozialen Urteilsbildung*. Dissertation, Universität Konstanz.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. *Health Psychology*, 19, 283-289.
- Silbereisen, R.K., Vaskovics, L.A. & Zinnecker, J. (1996). *Jungsein in Deutschland. Jugendliche und junge Erwachsene*. Opladen: Budrich.
- Singler, A. & Treutlein G. (2001). *Doping – von der Analyse zur Prävention*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Singler, A. & Treutlein G. (2006) *Doping im Spitzensport – Sportwissenschaftliche Analysen zur nationalen und internationalen Leistungsentwicklung (3. überarb. Auflage)*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Smith, P. (2001, 21. Juni). Spitzensportler leiden oft unter Asthma - aber so oft wie angezeigt? [Elektronische Version]. Offenbach: *Ärzte Zeitung*.
- Sniehotta, F.F. (2002). Gesundheitsverhaltenstheorien. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. Göttingen: Hogrefe.
- Spitzer, M. (2004). *Selbstbestimmen - Gehirnforschung und die Frage: Was sollen wir tun?*. München: Elsevier.
- Steller, B. (1992). *Vorsätze und die Wahrnehmung günstiger Gelegenheiten*. München: tuduv.
- Stilger, V.G. & Yesalis, C.E. (1999). Anabolic-androgenic steroid use among high school football players. *Journal of Community Health*, 24, 131-145.
- Striegel, H., Simon, P., Frisch, S., Roecker, K., Dietz, K., Dickhuth, H.H. & Ulrich, R. (2006). Anabolic ergogenic substance users in fitness-sports: A distinct group supported by the health care system. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 11-19.
- Sutton, S.R. (1997). Transtheoretical model of behavior change. In A. Baum, C. McManus, S. Newman, J. Weinman & R. West (Eds.), *Cambridge Handbook*

of Psychology, Health and Medicine (S. 180-183). Cambridge: Cambridge University Press.

- Sutton, S.R. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the trans theoretical model to substance abuse. *Addictions*, 96, 175-186.
- Tanner, S.M., Miller, D.W. & Alongi, C. (1995). Anabolic-Steroid Use by Adolescents - Prevalence, Motives, and Knowledge of Risks. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 5(2), 108-115.
- Terney, R. & Mc Lain, L.G. (1990). The use of anabolic steroids in high school students. *Austrian Journal of Development Studies*, 144, 99-103.
- Thönneßen, A. (2000). *Doping beginnt in der Schule? Leistungsstimulierende Substanzen als thematische Gegenstände der Gesundheitserziehung im Sportunterricht*. Hamburg: Kovac.
- van Baak, M., de Hon, O., Hartgens, F. & Kuipers, H. (2004). Inhaled salbutamol and endurance cycling performance in non-asthmatic athletes. *International Journal Sports Medicine*, 25, 533-538.
- Waldbröl, H.-J. (2006, 3. März). Ohne strafrechtliches Dopingverbot geht es nicht. *Frankfurter Allgemeine*, 53, 32.
- Wanjek, B. (2006). Doping, Drogen und Medikamente im Sport: Determinanten des Substanzkonsums bei Thüringer Jugendlichen (Zugriff am 01. Februar 2007 unter <http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=982765584>).
- Webb, T.L. & Sheeran, P. (2003). Can implementation intentions help to overcome ego-depletion? *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 279-286.
- Weinstein, N.D., & Sandman, P.M. (2002). The Precaution Adoption Process Model and its application. In R.J. DiClemente, R.A. Crosby & M.C. Kegler (Eds.) *Emerging theories in health promotion practice and research. Strategies for improving public health* (S. 16-39). San Francisco: Jossey-Bass.
- Westermann, R., Gerjets, P. & Heise, E. (1992). *Strukturalistische Analysen zur Rubikontheorie der Handlungsphasen* (Arbeitsbericht). Göttingen: Institut für Psychologie der Georg-August-Universität.
- Wicker, A.W. (1969). Attitude versus action : The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. *Journal of Social Issues*, 25, 41-78.
- Windsor, R. & Dumitru, D. (1989). Prevalence of anabolic steroid use by male and female adolescents. *Medical Science in Sports*, 21, 494-497.
- Wollin, A. (2007). *Doping. Der Drang zum Betrug*. Marburg: Tectum.

- World Anti-Doping Agency (WADA) (2008). *List of prohibited substances and methods*. o.O.: o.V.
- Yesalis, C.E. & Bahrke, M.S. (2000). Doping among adolescent athletes. Baillieres Best Practice & Research. *Clinical Endocrinology & Metabolism*, 14 (1), 25-35.
- Yesalis, C.E. (1993). *Anabolic steroids in sport and exercise*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Zylka-Menhorn, V. (2006). Doping im Freizeitsport: Akne ist häufig ein Hinweis auf Abusus. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (3) A-98/ B84/ C84. Zugriff am 01. Februar 2007 unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=498>.

Anhang Fragebogen

In dem folgenden Fragebogen findest du eine Reihe von Fragen und Antwortmöglichkeiten. Jede Antwort stellt eine Meinung dar, über die man durchaus verschiedener Ansicht sein kann. Manche werden einigen dieser Meinungen zustimmen und andere werden sie ablehnen. Für dich ist es wichtig, dass es hierbei nicht um richtig oder falsch geht, denn dies ist keine Prüfung, sondern eine Meinungsabfrage, die statistisch ausgewertet wird. Antworte deshalb bitte aufrichtig und ohne lange zu überlegen und lass keine Antwort aus. Diese Untersuchung dient allein wissenschaftlichen Forschungszwecken. Der Datenschutz ist gewährleistet; gib deshalb bitte deinen Namen **nicht** an, sondern mach lediglich einige Angaben zu deiner Person.

1. Dein Geschlecht:

Männlich	Weiblich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Dein Alter

<input type="text"/>	Jahre
----------------------	-------

3. Deine Nationalität

<input type="text"/>

4. Deine Ausbildung (Mehrfachnennung möglich)

a) Angestrebter Schulabschluss:	Gymnasium	Realschule	Hauptschule	Klassenstufe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b) weiterführende Ausbildung/Beruf				
Berufsschule	beruflicher Bereich			<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>				

5. Lebst du in einer Stadt oder auf dem Land?

Großstadt über 50.000 Einwohner	Stadt unter 50.000 E.	Land
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Bitte gib die Art des Wohnhauses an in dem du lebst

Hochhaus	Mehrfamilienhaus	Einfamilienhaus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Welche Sportart übst du hauptsächlich aus?

<input type="text"/>

8. Seit wie vielen Jahren übst du deine Sportart aus?

<input type="text"/>

9. **Wöchentlicher Zeitaufwand für den Sport (alle Sportarten):**

In Stunden pro Woche
davon in der Schule
davon im Verein
davon selbstständig (z. B. im Fitnessstudio)

10. **Betreibst du Leistungssport (mehrmals pro Woche eine bestimmte Sportart mit Wettkämpfen?)**

nein	ja	(wenn ja) welche?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

11. **Gehörst du einer Auswahlmannschaft (z.B. Bezirksauswahl) oder einem Leistungskader an?**

Nein	weiß ich nicht	ja	Art:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

12. **Wann ist es deiner Meinung nach in Ordnung Medikamente zu nehmen?**

a) Zur schnelleren Abhilfe von körperlichen Beschwerden (z. B. Halsschmerzen, Fieber)

Ja	unter bestimmten Umständen	jaeher	nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Zur schnellen Genesung nach Verletzungen (z. B. Muskelverletzung oder Brüchen)

Ja	unter bestimmten Umständen	jaeher	nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Zur Erbringung einer wichtigen schulischen Leistung

Ja	unter bestimmten Umständen	jaeher	nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Zur Erbringung einer wichtigen sportlichen Leistung

Ja	unter bestimmten Umständen	jaeher	nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Für eine Unterstützung zur Veränderung des Körpers (Zunahme der Muskelmasse oder Gewichtsabnahme)

Ja	unter bestimmten Umständen	jaeher	nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Wenn es mir ein Arzt empfiehlt

Ja	unter bestimmten Umständen	jaeher	nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g) Wenn es mir meine Eltern empfehlen würden

Ja	unter bestimmten Umständen	jaeher nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h) Für die Gesundheit (prophylaktisch)

Ja	unter bestimmten Umständen	jaeher nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i) Anderer Grund:

.....

13. Wie würdest du deine schulischen Ziele einordnen?

Sehr hoch	hoch	niedrig	sehr niedrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Glaubst du, du kannst deine schulischen Ziele erreichen?

Ja, sicher	Unter bestimmten Umständen	ja	das wird sehr schwierig	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie würdest du deine sportlichen Ziele einordnen?

Sehr hoch	hoch	niedrig	sehr niedrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Glaubst du, du kannst deine sportlichen Ziele erreichen?

Ja, sicher	unter bestimmten Umständen	ja	das wird sehr schwierig	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wie wichtig ist dir dein eigener Sport?

Sehr wichtig	wichtig	eher unwichtig	unwichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Um meine körperliche (sportliche) Leistungsfähigkeit zu erhöhen, würde ich gerne noch mehr trainieren.

Ja	unter bestimmten Umständen	ja	eher nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Um meine körperliche (sportliche) Leistungsfähigkeit zu erhöhen, würde ich gerne noch mehr Zeit aufwenden.

Ja,	unter bestimmten Umständen	ja	eher nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Um meine körperliche (sportliche) Leistungsfähigkeit zu erhöhen, würde ich Nahrungsergänzungsmittel zu mir nehmen.

Ja,	unter bestimmten Umständen	ja	eher nein	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Um meine körperliche (sportliche) Leistungsfähigkeit zu erhöhen, würde ich Medikamente zu mir nehmen.

Ja, <input type="checkbox"/>	unter bestimmten Umständen ja <input type="checkbox"/>	eher nein <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	---------------------------------------	----------------------------------

22. Ich bin mit meinem Körperbau zu frieden

Ja <input type="checkbox"/>	ja, größtenteils <input type="checkbox"/>	eher nicht <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	--	----------------------------------

23. Hast du schon einmal Kreatin eingenommen?

Kenn ich nicht <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	--------------------------------

24. Nimmst du Nahrungsergänzungsmittel?

Kenn ich nicht <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	--------------------------------

25. Kennst du den Begriff Doping?

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------

26. Was verstehst du unter dem Begriff Doping?

27. Welche Dopingmittel / Dopingmethoden kennst du?

28. a) Bist du schon einmal über Doping informiert worden?

Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------

b) (falls ja) von wem bist du schon einmal über Doping informiert worden?

Schule <input type="checkbox"/>	Verein <input type="checkbox"/>	Eltern/Geschwister <input type="checkbox"/>	Freunde <input type="checkbox"/>	Fernsehen/Zeitung <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/>
Mitsportlern <input type="checkbox"/>		Arzt <input type="checkbox"/>	sonstige..... <input type="checkbox"/>		

29. Hast du dir schon einmal über die Vor- und Nachteile des Dopens Gedanken gemacht?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------

30. Hast du schon einmal eins der folgenden Mittel/Getränke zu dir genommen? (auch für den Sport?)

	Generell		aus sportlichen Gründen	
Red Bull, Guarana oder ähnliches	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Koffeintabletten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haschisch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kokain	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Extasy	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

31. Wie hoch würdest du deine eigene Bereitschaft zu dopen derzeit einschätzen?

Ausgeschlossen <input type="checkbox"/>	weiß ich nicht <input type="checkbox"/>	kommt auf die Situation an <input type="checkbox"/>	gut möglich (irgendwann) <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	---------------------------------------

32. Würdest du zu Dopingmitteln greifen um....

nationale Spitzenleistungen zu erreichen	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
internationale Spitzenleistungen zu erreichen	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Olympiasieger oder Weltmeister zu werden	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Weltrekorde zu erzielen	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

33. Glaubst du man kann ohne Dopingsubstanzen einzunehmen ...

nationale Spitzenleistungen erreichen	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
internationale Spitzenleistungen erreichen	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Olympiasieger oder Weltmeister werden	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Weltrekorde erzielen	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

34. Welchen der folgenden Aussagen stimmen deiner Meinung nach?

Mit Doping kann man....

... seine sportliche Leistungsfähigkeit verbessern	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
.....mehr und härter trainieren	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
.....seine sportl. Leistungsfähigkeit verbessern ohne mehr zu trainieren	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

35. Welche der nachfolgenden Aussagen (Gründe) sprechen bei dir gegen einen Dopinggebrauch?

Weil es verboten ist	<input type="checkbox"/>
Weil es ungesund ist	<input type="checkbox"/>
Weil es mir sportlich nichts bringen würde	<input type="checkbox"/>
Weil es unfair ist	<input type="checkbox"/>
Weil ich Angst vor einer Entdeckung hätte	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

36. Glaubst du, dass es in deiner Sportart Sportler/innen gibt die sich dopen?

Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------

37. Ärgert es dich das es Sportler gibt die sich heimlich dopen?

Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------

38. Sollen Sportler, die sich dopen bestraft werden?

Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------	----------------------------------

39. Hast du schon einmal Dopingmittel zu dir genommen?

Nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	wenn ja welche?.....)
----------------------------------	--------------------------------	-----------------------

40. Rauchst du?

Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/>	ja, selten <input type="checkbox"/>	nein, nicht mehr <input type="checkbox"/>	nein, noch nie <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

41. Trinkst du Alkohol?

Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/>	ja, selten <input type="checkbox"/>	nein, nicht mehr <input type="checkbox"/>	nein, noch nie <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

42. Entscheide unter welchen Umständen du dir vorstellen könntest eventuell ein Dopingmittel auszuprobieren? (Mehrfachnennungen möglich)

keine <input type="checkbox"/>	Leistungsstagnation <input type="checkbox"/>	nach Verletzung <input type="checkbox"/>	Anerkennung bei anderen <input type="checkbox"/>
finanzielle Aspekte <input type="checkbox"/>	Veränderung/Verschönerung des eigenen Körpers <input type="checkbox"/>		Empfehlung des Trainers <input type="checkbox"/>
Empfehlung von Freunden <input type="checkbox"/>	Empfehlung von Eltern <input type="checkbox"/>	wenn sich meine Konkurrenten Dopen würden <input type="checkbox"/>	
Stärkung des Selbstbewusstseins <input type="checkbox"/>	Andere <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	Sportlicher Erfolg <input type="checkbox"/>	

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens !!!!!!!!!