

Zusammenfassend betonte der Autor, dass bei Einnahme von Cannabis erhebliche gesundheitliche Risiken bestehen, das Doping-Reglement bei den einzelnen Verbänden sehr unterschiedlich ist, Passivrauchen nicht zu positiven Dopingbefunden führt, während die Einnahme von Hanf-Produkten gefährlich ist.

Dopingrisiken im Zusammenhang mit Koffein und Ephedrin

A. Götzmann, Köln

Auch für die Stimulantien Koffein (12 µg/ml) und Ephedrin (10 µg/ml) existieren im Rahmen der Dopingbestimmungen Schwellenwerte.

Ursache für ein Überschreiten des Schwellenwertes bei Koffein kann ein erhöhter Konsum von Kaffee, Tee, Kola, Redbull sein, aber auch Mineraldrinks weisen bisweilen hohe Konzentrationen auf und einige Nahrungsergänzungsmittel enthalten Koffeinquellen (z.B. Guarana; da hier das Coffein natürlich in der Pflanze vorkommt, muss es nicht deklariert werden!). Auch weisen einige Athleten genetische Variationen auf, so dass es schon bei geringem Koffeingenuss zu Urinkonzentration oberhalb des Schwellenwertes kommt.

Während im Experiment nach der Aufnahme von 300 mg Coffein von 9 Probanden keiner die Schwellenwerte erreichte, zeigte derselbe Versuch bei einem Athleten mit positivem Dopingbefund ein deutliches Überschreiten der Schwelle. Bei unverständlichem Befund kann dieser Test daher angewandt werden, um mögliche genetische Varianten herauszufiltern. Trotzdem sollte der Athlet es vermeiden, mehr als 300 g Koffein (entspricht z.B. 2-3 Tassen Kaffee, 4-5 Tassen Tee, 1 l Redbull etc.) am Wettkampftag aufzunehmen.

Auch für das Ephedrin existieren Schwellenwerte (10 µg/ml). Bereits nach 1 Tablette Ma Huang (in der 333 mg Ephedrin enthalten sind) wird 4 h später ein Wert von 26 µg/ml erreicht, „empfohlen“ werden 2-4 Tabletten vor dem Wettkampf. 1999 wurden im Kölner Labor 29 positive Ephedrinfälle aufgedeckt. In allen akkreditierten Labors zusammen machen positive Ephedrinfälle 70% der Dopingfälle mit Stimulantien aus.

U.K.

Leserbrief zu Hertel P: Standards der Sportmedizin – Verletzungen der Kreuzbänder

(*Dtsch Z Sportmed* 53 S. 119 (2002))

Das interessante Referat von P. Hertel über Verletzungen der Kreuzbänder erschien im Rahmen der „Standards der Sportmedizin“. Eine Darstellung von Standards ist für die Verletzung des vorderen und hinteren Kreuzbandes in kurzen Worten schwierig und kann viele Prinzipien nur streifen.

Wenn man aber Standards, also strukturierte konsensorientierte Verfahren präsentieren möchte, sollte auf eine differenzierte Darlegung nicht verzichtet werden. Die Hinweise zur so wichtigen Nachbehandlung streifen die tatsächlichen Konzepte nur und fügten alle Verfahren für VKB und HKB zusammen. Ein Lerneffekt wird so kaum erzielt, was aber bei der Überschrift zu fordern wäre.

Bekanntermaßen verfügt der Autor über große Erfahrung und hätte vielleicht etwas mehr Seitenplatz für eine differenzierte Ausführung haben sollen.

Kommentar des Autors:

Vielen Dank an Herrn Brause für das kritische Lesen meines Beitrags.

In der Darstellung der Nachbehandlung wurde allerdings schon auf die differenzierte Behandlung von vorderen und hinteren Kreuzbandverletzungen, zumindest in wichtigen Einzelheiten, hingewiesen.

Abbildung 2 ist tatsächlich missverständlich durch die Bildunterschrift. Die rechte Abbildung mit der femoralen Fehlplatzierung des vorderen Kreuzbandes hätte links vor die Doppelabbildung der hinteren Schublade rechts/links gehört, dann wäre der Text verständlich.

Es handelt sich natürlich um zwei verschiedene Patienten, kenntlich an Schraubenposition und Schraubenform.

Zu kritisieren ist Abbildung 2, in der verschiedene Kniegelenke abgebildet werden. Links unten ist eine gute Schraubenplatzierung femoral gelungen (abgerundete Interferenzschraube; auch tibiale Schraube in situ), während im rechten Röntgenbild die Platzierung zu weit ventral und wahrscheinlich cranial ist (Schraube mit hoher Gewindesteigung ohne Kopf). Warum vom Autor anhand der persistierenden hinteren Instabilität unterstellt wird, dass der Operateur ein intaktes VKB zerstört hat, ist nicht verständlich. Es gibt natürlich auch kombinierte Verletzungen des vorderen und hinteren Kreuzbandes, wobei gerade die tibianahe HKB-Läsion übersehen werden könnte.

P. Brause, Bad Wimpfen

Selbstverständlich gibt es Kombinationsverletzungen von vorderem und hinterem Kreuzband - jedoch nur bei gleichzeitiger Verletzung eines Seitenbandes (z.B. Aufklappmechanismus Varus/Valgus). Dies lag bei dem dargestellten Fall eindeutig nicht vor. Es kann nicht deutlich genug auf die Verwechslung von hinterer mit vorderer Kreuzbandverletzung hingewiesen werden. Jeder Operateur muss sich vor einer Operation am vorderen Kreuzband dazu vergewissern.

P. Hertel, Berlin