

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie in Österreich – Übersicht // Sports Psychiatry and Sports Psychotherapy in Austria

Schorb A, Friedrich F

van der Kallen F, Hammer-Weber U

Trost-Schrems J, Pennwieser W

Preinsperger W, Hufner K

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2026; 27 (2), 35-42

Homepage:

www.kup.at/

[JNeuroI NeurochirPsychiatr](http://www.kup.at/JNeuroI NeurochirPsychiatr)

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



DGNC



© engel.ac-book.ac.be

2026

7.–10. Juni

AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch

Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

dgnc-kongress.de

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie in Österreich – Übersicht

A. Schorb¹, F. Friedrich², F. van der Kallen³, U. Hammer-Weber⁴, J. Trost-Schrems⁵, W. Pennwieser⁶, W. Preinsperger⁷, K. Hüfner⁸

Kurzfassung: Psychische Belastungen und Erkrankungen im Leistungssport kommen häufig vor. Dennoch finden betroffene Athletinnen und Athleten selten den Weg in eine fachgerechte Behandlung. Sportlicher Erfolg und psychische Gesundheit dürfen jedoch kein Widerspruch sein. Spezialisierte Behandlungen können in der Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie angeboten werden. Solche Behandlungen sollten möglichst in enger Zusammenarbeit mit dem bestehenden sportlichen und medizinischen Umfeld erfolgen.

In den letzten Jahren ist der Fachbereich Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie erkennbar gewachsen. Im deutschsprachigen Raum haben sich darüber hinaus Fachgesellschaften gebildet: die Deutsche Gesellschaft für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie (DGSP), die Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie (SGSP) und die Österreichische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie (ÖGSPP). Länderübergreifend ist die International Society for Sports Psychiatry (ISSP) zu nennen. Ziel der Gesellschaften ist die Förderung der Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie über die Lebensspanne sowohl im Leistungssport als auch in der Allgemeinbevölkerung.

Hieraus ergeben sich drei Tätigkeitsfelder: 1.) psychische Gesundheit und Erkrankungen im Leistungssport; 2.) psychische Gesundheit und sport-spezifische psychische Störungen im Freizeitsport; 3.) Sport und Bewegung als Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen. Auf diese Tätigkeitsfelder

wird eingegangen, darüber hinaus auf entsprechende Versorgungsstrukturen in Österreich. Außerdem wird das Thema Bergsport in der Therapie psychischer Erkrankungen dargestellt, insbesondere da Österreich aufgrund seiner geografischen Lage dazu prädestiniert erscheint. Auch psychiatrische Aspekte der Höhenmedizin werden in diesem Rahmen thematisiert sowie aktuelle Aspekte sportpsychiatrischer und sportpsychotherapeutischer Versorgung und Forschung.

Schlüsselwörter: Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie, psychische Gesundheit im Leistungssport, sport-spezifische psychische Störungen im Freizeitsport, Sport und Bewegung als Therapie bei psychischen Erkrankungen, Bergsport, Höhenmedizin, Sportmedizin, Österreichische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie (ÖGSPP)

Abstract: Sports Psychiatry and Sports Psychotherapy in Austria. Mental stress and disorders in competitive sports are common. However, competitive athletes are less likely to find their way to professional treatment. Athletic success and mental health should not be a contradiction. Specialized treatments can be offered in sports psychiatry and psychotherapy. Such treatments should be carried out in close cooperation with the existing sports and medical environment.

In recent years, the field of sports psychiatry and psychotherapy has grown noticeably. In addition, professional societies have been formed in German-

speaking countries: the German Society for Sports Psychiatry and Psychotherapy (DGSP), the Swiss Society for Sports Psychiatry and Psychotherapy (SGSP), and the Austrian Society for Sports Psychiatry and Psychotherapy (ÖGSPP). Internationally, the International Society for Sports Psychiatry (ISSP) should be mentioned.

Goal of the societies is to promote sports psychiatry and psychotherapy across the lifespan, both in competitive sports and in the general population. This results in three areas of activity: (1) mental health and disorders in competitive sports; (2) mental health and sports-specific mental disorders in recreational sports; (3) sports and exercise as prevention and therapy for mental disorders. This is presented in the article, as well as corresponding care structures in Austria. In addition, mountain sports for the therapy of mental illness is presented. Austria seems predestined for this due to its geographical location. Psychiatric aspects of high-altitude medicine are also discussed in this context, as well as current aspects of sports psychiatric and psychotherapeutic care and research. **J Neurol Neurochir Psychiatrie 2026; 27 (2): 35–42.**

Keywords: Sports psychiatry, mental health in competitive sports, sports-specific mental disorders in recreational sports, sports and exercise as therapy for mental disorders, mountain sports, high-altitude medicine, sports medicine, Austrian Society for Sports Psychiatry and Psychotherapy (ÖGSPP)

■ Einleitung und Methodik

Der Fachbereich Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie gewinnt zunehmend an Bedeutung. Das Tätigkeitsfeld umfasst heute nicht nur die Betreuung von Leistungs- und Spitzensportlern, sondern auch die Behandlung von sport-spezifischen psychischen Störungen im Freizeitsport sowie den Einsatz von Sport und Bewegung in der Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen. Dieser Artikel bietet einen Überblick über die Bereiche und Aufgaben des jungen Fachgebietes sowie Anregungen für die Weiterentwicklung der sportpsy-

chiatischen und sportpsychotherapeutischen Versorgung und Forschung in Österreich.

Der Artikel wurde von den Autoren im Rahmen ihrer Tätigkeit im Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie (ÖGSPP) entwickelt. Die Autoren kommen aus verschiedenen Bundesländern, in denen sich Initiativen zur Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie mit spezialisierter Versorgung und Forschung entwickelt haben. Die Autoren sind auch Vertreter verschiedener Gesellschaften und Arbeitsgruppen auf internationaler Ebene. Alle Autoren haben mit ihrem Fachwissen, ihrem akademischen Hintergrund und/oder ihrer Behandlungserfahrung zu dieser Arbeit beigetragen. Die aktuelle Literatur sowie relevante Veröffentlichungen wurden mit eingebracht.

■ Psychische Gesundheit und Erkrankungen im Leistungssport

Psychische Belastungen und Erkrankungen im Leistungssport können sich als sport-spezifische und -unspezifische Störungen

Eingelangt am: 09.12.2025, angenommen am: 01.03.2026

Aus: ¹Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg, ²Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, ³Freie Praxis Leoben, ⁴Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie 3, LKH Graz II, ⁵Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg, ⁶Freie Praxis Wien, ⁷Freie Praxis, Mödling, ⁸Department für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, Universitätsklinik für Psychiatrie II, Medizinische Universität Innsbruck, Österreich

Korrespondenzadresse: Ltd. OA Dr. med. Alexander Schorb, Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, A-5020 Salzburg, Ignaz-Harrer-Straße 79, E-Mail: a.schorb@salk.at

Tabelle 1: Empfohlene Inhalte des psychiatrischen Basis-Assessments (PBA) im Sport (mod. nach [11])**Allgemeine Fragen**

Psychiatrische Vordiagnose
Allgemeine psychische Beschwerden
Psychosoziale Risikofaktoren
Soziale Integration
Allgemeine Lebenszufriedenheit
Allgemeines Wohlbefinden

Substanzanamnese

Medikamente inkl. Supplemente
Ausnahmebewilligung (ATZ/TUE)
Nikotin
Alkohol
Drogen
Dopingmittel

Beschwerdespezifische Inhalte

Depressive Beschwerden
Ängste
Schlafstörungen
Konzentration
Essverhalten
Gewalterfahrungen

Leistungsbezogene Fragen

Erholung
Leistungsfähigkeit
Körperbauzufriedenheit
Schmerzen
Gewicht, HWR, Bauchumfang, BMI

zeigen [1]. Sie können die Leistung mindern und sich bis über das Karriereende hinaus auswirken [1]. Psychische Erkrankungen im Leistungssport treten mindestens genauso häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung [1]. In manchen Sportarten und geschlechtsspezifisch sind bestimmte psychische Erkrankungen im Leistungssport sogar häufiger zu beobachten [1]. Im Leistungssport kann beispielsweise ein zusätzliches Risiko für die Ausbildung einer Essstörung bestehen. In einer australischen Studie wurde gezeigt, dass im Vergleich zu 1 % in der Allgemeinbevölkerung 15 % der Sportlerinnen in ästhetischen Sportarten Symptome einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa aufweisen [2]. Athleten mit ADHS-Symptomen sind im Sport etwa doppelt bis dreimal so häufig anzutreffen [3]. Auch neuropsychiatrische Folgen von Kopfverletzungen können genannt werden [4].

Psychische Belastungen und Erkrankungen im Sport können nicht nur Einfluss auf die Leistung haben, sondern auch das Risiko für körperliche Verletzungen erhöhen [5] und eine anschließende Rehabilitation verlängern. Verletzungen wiederum haben einen Einfluss auf die Leistung und sind Belastungen und Risiken für die psychische Gesundheit [6]. Nicht erkannte oder nicht adäquat berücksichtigte psychische Belastungen und Störungen bei Leistungssportlern können gravierende gesundheitliche und letztlich auch existenzielle Konsequenzen haben [7]. Trotz außerordentlicher mentaler Stärke können Leistungssportler psychische Störungen entwickeln.

Für ein psychiatrisches Screening wird im olympischen Sport derzeit das „Sport Mental Health Assessment Tool 1“ (SMHAT-1) angewendet [8]. Es gewährleistet eine umfassende testpsychologische Untersuchung von Athleten. Die prädiktive Validität seiner Triage variiert jedoch je nach Bereich der

psychischen Gesundheit (5–60 % falsch-negative Ergebnisse), während der vollständige Algorithmus einen erheblichen Zeitaufwand für Routineuntersuchungen mit sich bringt. Eine kürzere ökonomische Alternative unter Verwendung von im SMHAT-1 enthaltenen Items wurde kürzlich als AMHS-18 validiert [9]. Das AMHS-18 ist ein zeitsparendes Instrument für die psychische Gesundheitsuntersuchung bei Sportlern. Es bietet eine praktische Alternative zum SMHAT-1, insbesondere in Situationen, in denen Zeit und Ressourcen begrenzt sind, oder wenn Sportler regelmäßiger untersucht werden. Aus dem polnischen olympischen Sport wurde kürzlich das „Athlete Mental Health Screening and Support System“ publiziert [10]. Es besteht aus vier Schritten: 1. Initial Meeting, 2. Questionnaire Administration, 3. Brief Clinical Intake Interview, 4. Post-Interview Feedback and Mental Health Recommendations.

Im D-A-CH-Raum wird derzeit das Modell einer strukturierteren, mehrstufigen psychiatrischen Diagnostik im Leistungssport entwickelt, welches ein psychiatrisches Basis-Assessment innerhalb der jährlichen oder halbjährlichen sportmedizinischen Untersuchung umfasst (PBA-Sport) (Tabelle 1) [11]. Im Rahmen dessen soll ein dreistufiges diagnostisches Vorgehen mit Erhebung des Ausmaßes von Beeinträchtigungen, des psychischen Funktionsniveaus, der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und der Resilienz im ersten Schritt, einem strukturierten Interview psychiatrischer Beschwerden im zweiten Schritt sowie einer symptom- und störungsspezifischen Diagnostik im dritten Schritt, implementiert werden [11]. Inkludiert im ersten Schritt sind definierte Red-Flags, die einen unmittelbaren Abklärungsbedarf anzeigen.

Ein sicherer Umgang mit psychischen Störungen erfordert jedenfalls Fachpersonal mit entsprechender Aus- und Weiterbildung, um der Gefahr einer Gleichsetzung von Screening und Diagnose entgegenzuwirken. Psychiater und Psychotherapeuten mit einer spezifischen Expertise im Sport (Sportpsychiater und Sportpsychotherapeuten) sollten dabei konsultiert werden. Sie sind aber bisher noch nicht fester Bestandteil in den Versorgungsstrukturen des Sports [7]. Allein die zuständigen Verbandsärzte aus der Sportmedizin entscheiden derzeit über eine Freigabe der Athleten. In der Praxis wird bei schweren Fällen, beispielsweise im Rahmen einer ausgeprägten Essstörung, sportpsychiatrische Expertise hinzugezogen. Grundsätzlich sind dabei immer die Wechselwirkungen von Belastung, Leistung und psychischer Gesundheit zu berücksichtigen [12].

Die derzeitige Praxis der sportpsychiatrischen und sportpsychotherapeutischen Versorgung ist heterogen. Empfohlen wird sowohl in den Vereinen als auch auf Verbandsebene, sportpsychiatrische Expertise vorzuhalten. Diese kann in speziellen Versorgungskonzepten integriert sein [12]. Grundsätzlich sollten die Psychiater jedoch nicht nur zur Behandlung von Störungen hinzugezogen werden, sondern auch bereits im Vorfeld zu präventiven und differentialdiagnostischen Interventionen, da die Sportler dann auch innerhalb des Systems begleitet werden könnten [13]. Nicht selten werden Störungen aus Mangel an Fachwissen innerhalb des Systems erst spät einer Behandlung zugeführt [13].

Zu berücksichtigen bei einer Betreuung oder Behandlung von Spitzensportlern sind auch Rollenkonflikte. Behandler sollten

in keinem Fall die Rolle eines Coaches oder Trainers einnehmen, mit dem ausschließlichen Ziel, die Leistung zu steigern. Darüber hinaus dürfen keine experimentellen Behandlungen angeboten werden oder verkürzte und nicht leitliniengerechte Behandlungen, um im Rahmen dessen den Athleten falsche Tatsachen zu vermitteln oder falsche Hoffnungen zu machen [14].

Die Behandlung von Spitzensportlern ist aufwendig. Die Terminierung von Sitzungen muss flexibel gestaltet werden sowie angepasst an Reiseaktivitäten und Zeitonenwechsel. Außerdem sollten Konsultationen stets in einem hochdiskreten Umfeld erfolgen. Von öffentlichen Wartezimmern muss Abstand genommen werden. Bei Calls über Kontinente hinweg muss Datenschutz gewährleistet sein. Olympiazentren, Verbände und Vereine sind sehr offen hinsichtlich psychiatrischer Versorgungskonzepte. Qualifizierte Versorger sollten differenzierte Strukturen und flexible Ressourcen vorhalten können [12, 14].

In Bezug auf Regeln und Reglements in den einzelnen Sportarten sowie den damit verbundenen gesundheitsbezogenen Voraussetzungen sollten auch Psychiater mitverantwortlich und zuständig sein. Internationale Verbände sollten Psychiater diesbezüglich zu Rate ziehen [1]. Entsprechende Zuständigkeiten sollten in den Statuten der Verbände verankert werden [1].

■ Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie im Bereich Leistungssport [12]

Aufgaben

- Prävention und qualifizierte Behandlung (regional, überregional, international)
- Eintreten für die psychische Gesundheit im Sport über die gesamte Lebensspanne
- Integration von Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie in den Sport und Kommunikation mit anderen Bereichen der Medizin
- Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen im Sport
- Die psychische Gesundheit sollte die gleiche Bedeutung erhalten wie Aspekte anderer medizinischer Bereiche.
- Berücksichtigung der Wechselwirkungen von Belastung, Leistung und psychischer Gesundheit
- Die psychische Gesundheit ist eine der Kernkomponenten für die Entwicklung von anhaltender Leistung im Sport.
- Prävention und Information: Förderung der Vernetzung und Fortbildung von Trainern, Sportwissenschaftlern, Psychologen und Sportmedizinern
- Sensibilisierung der Sportleröffentlichkeit
- Beitrag zum Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten in den verschiedenen Sportarten

Athletinnen und Athleten finden seltener den Weg zum Psychiater und Psychotherapeuten als andere Patienten [1]. Zu hoch sind oft die Hürden und Ängste, zu versagen. Hinzu können Ängste um die Karriere und Druck durch das Umfeld kommen [12]. Bisweilen sind auch erlernte Muster, eigene Bedürfnisse hintanzustellen, zu verfestigt. Trainer und Mental-Trainer sind häufig in einem Rollenkonflikt von Leistungs-optimierung und sportlichen Interessen verhaftet. Nicht selten

wenden sich die Sportler erst dann an ihre Betreuer, wenn psychische Probleme messbar leistungsbegrenzend werden [12].

Sportlicher Erfolg und psychische Gesundheit dürfen jedoch kein Widerspruch sein. Es ist anzustreben, dass die Athletinnen und Athleten aufgeklärt und eigenverantwortlich, im Sinne einer informierten Einwilligung, für ihre körperliche und psychische Gesundheit einstehen können. Die Anforderungen im Leistungssport erfordern eine sichere Beurteilung der Belastungen und Risiken für die psychische Gesundheit (Prävention) sowie eine exakte Diagnostik, Therapie und Nachsorge bereits subklinischer psychischer Störungen unter Berücksichtigung leistungssportbezogener und physiologisch sportwissenschaftlicher Faktoren [15]. Die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind die einzigen Fachdisziplinen, die in einem bio-psycho-sozialen Modell und Verständnis psychischer Erkrankungen den genannten Anforderungen vollumfänglich gerecht werden können [15].

Die spezifischen Aspekte des Leistungssports und einige bestimmte, sportspezifische Phänotypen psychischer Störungen gehen oftmals über das klassische, fachärztlich-psychiatrische Wissen hinaus. Auch sportartspezifische Belastungen und Überlastungen [16], Leistungsbeeinträchtigungen und Leistungsstörungen sowie mögliche Übertrainingszustände müssen berücksichtigt werden [17]. Um den unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden, haben die SGSP, DGSP und ISSP spezifische Weiterbildungen entwickelt, um den unterschiedlichen Anforderungen und Bedürfnissen der Beteiligten gerecht zu werden. In einem Beitrag von Claussen et al. aus dem Jahr 2020 wird das „Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie“ der SGSP exemplarisch dargestellt [18].

■ Psychische Gesundheit und sportsspezifische psychische Störungen im Freizeitsport

Psychische Gesundheit und sportsspezifische psychische Störungen im Freizeitsport sind ein weiteres Tätigkeitsfeld der Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie [19]. Die Verwendung sogenannter form- und leistungsfördernder Substanzen (z. B. anabole Steroide) im Bereich Fitness gehören zu dieser Störungsgruppe, in diesem Zusammenhang auch Körper- und Muskeldysmorphien. Die Störungen erfordern aufgrund der Bedeutung von Sport und Bewegung sportpsychiatrisches Fachwissen in der Prävention und Behandlung, ebenso wie die Sportabhängigkeit und zwanghafte Sportausübung (engl.: exercise addiction, compulsive exercise disorder), die in Kombination mit Essstörungen auftreten können. Bei betroffenen Personen zeigen sich Kriterien stoffungebundener Süchte [20, 21]. Eine spezifische Kategorie in den Diagnosesystemen besteht diesbezüglich jedoch bislang nicht, u.a. weil Bewegung grundsätzlich ein erwünschtes Verhalten darstellt. Als besondere Unterform kann das Suchtverhalten beim Bergsteigen verstanden werden, wo insbesondere auch Aspekte von „sensation seeking, emotion regulation und agency“ durch den Sport eine Rolle spielen [22]. Bei Personen mit Suchtverhalten in Bezug auf Sport oder Bergsteigen lassen sich gehäuft auch andere psychische Erkrankungen nachweisen [23].

■ Sport und Bewegung als Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen

In nahezu allen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken werden sport- und bewegungstherapeutische Maßnahmen schon lange angeboten, meistens jedoch nur als ergänzende Behandlungsmaßnahme und in vergleichsweise geringem Umfang [24, 25]. Besonders problematisch ist, dass diese erwiesenermaßen wirksame Therapie bei der Entlassung häufig abrupt „abgesetzt“ wird, da an vielen Orten adäquate, niederschwellige Behandlungsangebote fehlen. Dies ist umso unverständlicher, da für einige Störungen, z. B. für Depressionen, leichte kognitive Störung oder Demenz, aber auch für posttraumatische Belastungsstörungen, ein 1a-Evidenzgrad besteht [26]. Die Forschungsbasis ist bei unipolaren depressiven Störungen am größten [27]. Das liegt unter anderem daran, dass depressive Störungen weltweit sehr häufig auftreten und mit erheblichen Belastungen auf individueller sowie gesamtgesellschaftlicher Ebene einhergehen [28]. Hinsichtlich der Mechanismen, über die ein antidepressiver Effekt durch körperliche Aktivität vermittelt wird, existiert trotz umfassender Studienbasis noch keine eindeutige Evidenz [28, 29]. Das liegt unter anderem daran, dass Symptomatologie, Ätiologie und Pathogenese depressiver Erkrankungen heterogen erscheinen und nicht durch einzelne, klar abgrenzbare, physiologische oder psychosoziale Prozesse definiert werden [28].

Als ein wesentlicher neurobiologischer Mechanismus werden die langfristige Normalisierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und eine entsprechend verringerte Kortisol-Konzentration angenommen [28, 30]. Des Weiteren werden Prozesse des endokrinen Systems, der Thermoregulation und der Immunreaktion über eine Reduktion von Entzündungsmarkern wie Interleukin- (IL-) 1 und 6 sowie des Tumornekrosefaktors- (TNF-) α als Wirkmechanismen in Betracht gezogen, da diese durch körperliche Aktivität günstig beeinflusst werden [29]. Auch in Hinblick auf hirnstrukturelle Auffälligkeiten bei Depressionen (z. B. herabgesetzte Funktionalität und verringerte Volumina im Hippokampus-Areal sowie in weiteren Kortex-Bereichen) scheint körperliche Aktivität eine normalisierende Rolle zu spielen [28, 29]. Durch die Aktivierung neuroplastizitärer Mechanismen, beispielsweise über die Beteiligung des Nervenwachstumsfaktors „Brain Derived Neurotrophic Factor“ (BDNF), an neuronalen Neu- und Umbildungsvorgängen, dessen Expression durch Bewegung gesteigert wird, konnten in einigen Studien positive Effekte gezeigt werden [28, 29, 31].

Eine ebenfalls häufige, wenn auch bisher nicht ausreichend bestätigte Annahme hinsichtlich der Wirkmechanismen bezieht sich auf die Produktion und Speicherung von Monoaminen (z. B. serotonerges und noradrenerges System), da diese bei Depressionen oftmals Auffälligkeiten aufweisen und durch körperliche Aktivität positiv beeinflussbar sind [28]. Auch psychologische und psychosoziale Prozesse scheinen kurz-, mittel- und langfristige antidepressive Effekte zu vermitteln [28, 29]. Eine wichtige Rolle spielt hier möglicherweise eine Steigerung der sportbezogenen sowie der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung [28]. Auch der Selbstwert kann durch körperliche Aktivität direkt und indirekt verbessert werden [29]. Eine regelmäßige Bewegungsroutine kann außerdem

helfen, den Tag besser zu strukturieren und passive Inaktivitätsphasen zu reduzieren. Zudem liefert körperliche Aktivität eine Möglichkeit, negative Affekte zu dämpfen und eine Ablenkung von Sorgen und alltäglichen Herausforderungen sowie ein Ausbrechen aus negativen Gedankenkreisen zu erlangen [28]. Auf sozialer Ebene können unter anderem positive soziale Interaktionen sowie das Erleben von Akzeptanz, Integration und Unterstützung als Wirkmechanismen fungieren [28].

Sport ist eine wirksame Zusatztherapie bei psychischen Erkrankungen (Depression, Angst, Schizophrenie), zeigt aber heterogene Befunde bezüglich optimaler Dosis, Art (Kraft vs. Ausdauer) und Wirkung. Studien belegen große Effekte auf die Lebensqualität und Symptomlinderung, jedoch variieren die Ergebnisse stark nach Diagnose und individueller Ausgestaltung [32]. Zu den Hintergründen heterogener Befunde bei den psychischen Erkrankungen gehört die Diagnoseabhängigkeit. Während bei Depressionen und Angststörungen deutliche positive Effekte (Reduktion von Symptomen) nachgewiesen sind, ist die Studienlage bei anderen Störungen weniger konsistent [33]. Intensive Einheiten (höhere Intensität, 4–5 Tage/Woche) zeigen oft stärkere Effekte, sind aber nicht für jeden Patienten umsetzbar, was auch zu unterschiedlichen Studienergebnissen führt.

Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass die methodische Qualität der Studien, insbesondere bei Angststörungen, oft variiert und zu heterogenen Schlussfolgerungen führen kann [33]. Faktoren wie Motivation, sportliche Vorerfahrung, soziale Aspekte (Gruppentraining) und die spezifische Ausgestaltung des Programms beeinflussen den therapeutischen Erfolg, was Vergleiche erschwert. Bei unsachgemäßer Anwendung oder individuellen Konstellationen kann unpassendes Training zu Überlastung oder negativen Effekten führen [11].

Bislang lassen sich noch keine klaren Empfehlungen ableiten, in welcher Art, in welchem Umfang und in welcher Intensität körperliche Aktivität bei den einzelnen Störungen durchgeführt werden soll, um den bestmöglichen Effekt hinsichtlich Prävention und Therapie zu erzielen [34]. Solange gilt (gemäß WHO/ACSM) die empfohlene Mindest-Dosis von 150 Minuten moderate aerobe Aktivität pro Woche plus zweitägiges Krafttraining, wobei bereits kürzere Einheiten positive Effekte zeigen [34]. Um sporttherapeutische Maßnahmen in der Praxis umzusetzen, sind Motivierung und Anleitung der Patienten wesentlich. Techniken der motivierenden Gesprächsführung sollten Anwendung finden [35]. Die Trainingsintensität darf initial nicht zu hoch sein, um insbesondere bei depressiven Patienten keine Überforderung oder Frustration auszulösen [35].

Die Sport- und Bewegungstherapie bei psychischen Störungen hat inzwischen eine breite wissenschaftliche Grundlage [26]. Der Fachbereich Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie ist prädestiniert, die Sport- und Bewegungstherapie bei psychischen Störungen weiterzuentwickeln. Eine optimierte sportbezogene Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Prävention durch Sport ist eine wesentliche Aufgabe in diesem Bereich. Aus den bis jetzt vorliegenden Befunden lässt sich insgesamt ableiten, dass körperliche Aktivität positive Effekte auf psychiatrische Störungen aufweist. Sportliche Betätigung hat darüber hinaus eine präventive Wirkung

und kann nicht nur vor den bekannten somatischen Folgen des Bewegungsmangels, sondern auch vor dem Auftreten diverser psychischer Störungen schützen [33].

■ Bergsport in der Therapie psychischer Erkrankungen

Österreich erscheint aufgrund seiner geografischen Voraussetzungen dazu prädestiniert, Bergsport in der Therapie psychischer Erkrankungen zu nutzen und weiterzuentwickeln. Verschiedene alpinsportliche Disziplinen haben in den vergangenen Jahren zunehmend Anhänger gefunden, insbesondere Bergwandern, Schibergsteigen und Klettern. Aus psychiatrischer, aber auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive ist diese Entwicklung zu begrüßen, zumal der gesamtökonomische Nutzen die Unfallkosten jedenfalls weit übersteigen dürfte [36].

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik bleibt allerdings lückenhaft. Abgesehen von einzelnen, zum Teil sehr frühen Beschreibungen der Wirksamkeit bergsportlicher Aktivität bei psychiatrischen Problemstellungen [37] hat diese erst vor wenigen Jahrzehnten begonnen und sich im Wesentlichen auf die Disziplinen Bergwandern und Klettern konzentriert. Breit angelegte Reviews und Metaanalysen fehlen. Zumindest wurden positive Effekte von Bergwandern auf Depressivität [38] und Stressverarbeitung [39] nachgewiesen. Eine Kombination aus Wandern, Entspannungsübungen und edukativen Elementen hat sich in Deutschland etabliert [40] und wird von den Krankenkassen als präventive Intervention refundiert [41]. Körperliche Aktivität in alpiner Umgebung wirkt sich positiv auf Lebensqualität sowohl bei gesunden Personen als auch bei Personen mit psychosomatischen Erkrankungen aus [42]. Hier scheint neben der körperlichen Aktivität auch ein positiver Effekt des Wirkfaktors „Natur“ zu bestehen [43].

Klettersport hat sich aus Anwendungen in der Erlebnispädagogik zu einem vielfältigen Medium im psychosozialen und psychotherapeutischen Bereich entwickelt [44]. In den vergangenen Jahren wurde insbesondere eine Kombination aus Bouldern (Klettern ohne Seil) und psychotherapeutischen Interventionen als „Boulder-Psychotherapie“ konzeptualisiert und in der Behandlung depressiver Syndrome positiv bewertet [45–47]. Auch für Patienten mit Angsterkrankungen und PTSD gibt es erste Studien [48, 49] mit Hinweisen auf Wirksamkeit.

In Summe sind bisherige Forschungsergebnisse ermutigend. Jedoch bleibt viel zu tun, um die zahlreichen Unklarheiten zu erhellen. Insbesondere die bereits angesprochenen Fragen, wer welchen Sport in welchem Umfang und in welcher Intensität ausüben sollte, verlangen nach Klärung. Bergsportliche Aktivitäten bieten nicht zuletzt aufgrund ihrer Vielfältigkeit die Chance, individuellen Bedürfnissen entgegenzukommen. Aus dem Boom der vergangenen Jahre ist zu schließen, dass Bergsport viele Menschen zu begeistern vermag – eine wesentliche Voraussetzung, um Sport als lebensbegleitende Maßnahme zu integrieren und daraus einen langfristigen präventiven und therapeutischen Nutzen zu ziehen.

Psychiatrische Aspekte der Höhenmedizin

Bis vor kurzem wurde vermutet, dass Personen mit psychischen Störungen im Rahmen von sportlichen Aktivitäten

nicht in große oder extreme Höhen gelangen. Dies konnte in einer aktuellen Studie widerlegt werden, wo sich zeigte, dass ca. 1/3 der Bergsteiger im Everest-Basecamp eine psychische Störung oder Symptome vereinbar mit einer psychischen Störung in der Vorgeschichte hatten [50]. Möglicherweise besteht für diese Personen ein erhöhtes Risiko, an der akuten Bergkrankheit zu erkranken oder aber die Symptome der akuten Bergkrankheit ähneln Kardinalsymptomen von psychischen Erkrankungen wie Angst oder Depression, was zu Verfälschungen der Scoring-Instrumente (Lake Louise Scoring) führen kann [51].

Es gibt eine Übersicht zu Empfehlungen bezüglich der Höhenexposition bei Personen mit psychischen Störungen, wobei diese größtenteils in Ermangelung von kontrollierten Studien auf Expertenkonsens besteht [52]. Prinzipiell können durch die hypobare Hypoxie in der Höhe psychische Symptome wie Angst, Stimmungsveränderungen oder auch psychotische Symptome induziert werden [53]. Weiterhin kann es zu negativen Effekten auf die Kognition kommen, wobei sich hier in verschiedenen Studien sehr heterogene Ergebnisse zeigen [54]. Insbesondere ist unter kontrollierten Bedingungen die Reaktionsgeschwindigkeit betroffen [55]. Auf der anderen Seite ist es auch möglich, dass eine rezidivierende und kontrollierte Exposition gegenüber Hypoxie sich über die Induktion physiologischer Adaptationsprozesse positiv auf den Verlauf von stressassoziierten psychischen Erkrankungen auswirken könnte [56].

■ Fachgesellschaften für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie

Bereits im Jahr 2015 wurde die AG Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie innerhalb der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) gegründet [57]. Seit 2016 gestaltet die Arbeitsgemeinschaft alljährlich einen sportpsychiatrischen und sportpsychotherapeutischen Vortragsblock im Rahmen der Jahrestagungen der ÖGPP. Im Jahr 2020 wurde von einer kleinen Kerngruppe von vier Kollegen und einer Kollegin, die alle in der AG der ÖGPP aktiv sind, die Österreichische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie (ÖGSPP) gegründet, um flexibel und zeitnah den Anforderungen im Sport gerecht werden zu können und um ohne die ansonsten notwendigen Abstimmungen und Rücksprachen auf aktuelle Ereignisse auch medial reagieren zu können [57]. Darüber hinaus ist eine ungleich größere Beweglichkeit in der Entwicklung von hilfreichen Kooperationsformen im Sport sachdienlich. Beabsichtigt und in die Statuten aufgenommen ist eine enge Zusammenarbeit der ÖGSPP mit der AG der ÖGPP [57].

Enge Zusammenarbeit besteht auch mit anderen relevanten sportpsychiatrischen und sportpsychotherapeutischen Organisationen. Die ÖGSPP ist Teil eines Netzwerkes mit der Schweizerischen Gesellschaft für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie (SGSPP), der Deutschen Gesellschaft für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie (DGSP), dem Referat Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), angeschlossen an das Netzwerk der DGPPN-Zentren für seelische Gesundheit und Sport sowie der International Society for Sports Psychiatry (ISSP).

Tabelle 2: Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie: Altersgruppen und Tätigkeitsbereiche

**Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und
Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Sportpsychiatrisch-sportpsychotherapeutische Versorgung

ambulant

- Prävention, Beratung und Behandlung von Athleten und Trainern aus dem Leistungssport sowie aus Nachwuchsleistungszentren und Akademien
- sportspezifische psychische Störungen im Freizeitsport (Gebrauch von form- und leistungsfördernden Substanzen, Körper- und Muskeldysmorphie, Sportabhängigkeit und zwanghafte Sportausübung sowie gestörtes Essverhalten und Essstörungen und Sport)

stationär

- Akutbehandlungen
- Rehabilitative Behandlungen

Psychiatrische Sport- und Bewegungstherapie

Sport und Bewegung als Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen

Sportpsychiatrisch-sportpsychotherapeutische Forschung

Grundlagenforschung, klinische und Versorgungsforschung, epidemiologische Datengewinnung, Patient and Public Involvement (PPI) in Forschungskonzepten

Sportpsychiatrisch-sportpsychotherapeutische Fort- und Weiterbildung

Lehrveranstaltungen an Hochschulen, fachärztliche Aus- und Weiterbildung, Kongresse, Symposien sowie interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungen, Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie, innovative und interaktive Lehr- und Lernformate

Öffentlichkeitsarbeit in Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie

Förderung der öffentlichen Kommunikation zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Sport, Sensibilisierung der Sportleröffentlichkeit, Förderung der Vernetzung von Fachpersonal und Sportumfeld zur Information und Prävention
Anregung, Empfehlung und Förderung von Sport und Bewegung als Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen

Ziel ist, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Sport zu verbessern und den Einsatz von körperlicher Aktivität in der Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen zu fördern. Allen Beteiligten im Sport soll es möglich sein, ein breiteres Verständnis von psychischen Störungen im Zusammenhang mit dem Sport zu entwickeln. Sportlerinnen und Sportler sollen früher und häufiger als bisher den Weg zu einer professionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung oder Begleitung finden. Auf der anderen Seite sollten spezifische Bewegungsangebote für Personen mit psychischen Beschwerden niederschwellig und störungsangepasst angeboten werden, auch außerhalb einer akuten stationären Behandlung. Fortbildung und Forschung soll in allen Bereichen initiiert und unterstützt werden.

■ **Sportpsychiatrische und sportpsychotherapeutische Versorgung und Forschung**

Altersgruppen und Tätigkeitsbereiche der Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie sind angelehnt an [58] in Tabelle 2 dargestellt.

Psychische Störungen werden im Leistungssport im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen weniger erwartet und wahrgenommen [59]. Hierzu zählen z. B. affektive Störungen, Suchterkrankungen oder Essstörungen. Die Phänotypen psychischer Störungen im Leistungssport können deutlich von denen in der Allgemeinbevölkerung abweichen oder sich mit physiologischen Reaktionen auf sportliche Aktivität überschneiden [59].

Spezielle Fragestellungen in der Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie sind allgemeine Leistungsbeeinträchtigungen und Leistungsstörungen [12], Überbelastung und Übertraining [17], erhöhte Verletzungsanfälligkeit [6], Sportpsychotraumatologie, Konflikte, Krisen, Karriereende, Gewalt und Missbrauch im Sport sowie Doping und Missbrauch von form- und leistungsfördernden Substanzen [1].

In Österreich erfolgt auch die Planung gemeinsamer Symposien und Fortbildungen sowie Studien. Exemplarisch erfolgt gerade eine gemeinsame Studie unter der Leitung der Medizinischen Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Psychiatrie II, im Rahmen einer Umfrage bei österreichischen Psychiaterinnen und Psychiatern über ihre Erfahrungen und Verbesserungswünsche im Bereich Sport und Bewegung als Prävention und Therapie bei psychischen Erkrankungen.

International erfolgt die Mitwirkung an Kongressen, Symposien und Tagungen. Im Oktober 2025 wurde die 3. International Conference on Sports Psychiatry in Österreich ausgerichtet [13]. Außerdem erfolgt gemeinsame Forschungsaktivität, wie z. B. eine multizentrische Studie „Step away from Depression“ mit Studienzentrum in der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Deutschland [60], oder Alpin- und Höhenmedizinische Studien in Kooperation mit der an der EURAC Research in Bozen angesiedelten Forschungseinrichtung terraXcube [61]. Auch die Mitarbeit an Standardlehrbüchern der Sportpsychiatrie und -psychotherapie [1] sowie an Lehrbüchern der Alpin- und Höhenmedizin [62, 63] mit Berücksichtigung sportpsychiatrischer Aspekte ist ein wichtiges Aufgabenfeld.

Im Rahmen einer narrativen Überprüfung der Literatur entwickelte eine Arbeitsgruppe der ISSP eine strategische Forschungsagenda [64]. Dabei wurden fünf Schlüsselbereiche zur Erforschung identifiziert: Sportpsychiatrie und -psychotherapie als medizinische Disziplin, Aus- und Weiterbildung in Sportpsychiatrie und -psychotherapie sowie die drei klinischen Tätigkeitsbereiche: Sportpsychiatrie und -psychotherapie im Leistungssport, im Freizeitsport sowie Sport und Bewegung als Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen [64]. Die Forschungsagenda bietet einen Rahmen für die strategische Entwicklung der wissenschaftlichen Literatur in diesem Bereich.

Ziel bleibt die Förderung der psychischen Gesundheit im Sport sowie die weitere Etablierung und Erforschung von

Sport und Bewegung als Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen.

■ Resümée

Leistungssport bietet für Betroffene nur wenig Raum für die Ausbildung einer Alternative zum Rollenbild eines Sportlers [65]. Da die Karriere von Leistungs- und Spitzensportlern in der Regel bereits im Kindes- und Jugendalter beginnt, sind diese früh einem herrschenden Leistungsdruck ausgesetzt und werden anhand von erbrachten sportlichen Leistungen verglichen und selektioniert. Wettkampferfolg verleiht innerhalb des Systems Leistungssport sozialen Status und trägt wesentlich zum Selbstwert des Sportlers bei [65]. Aufgrund einer frühen und hohen Vereinnahmung durch den Sport sowie der mangelnden Alternativen zu einer athletischen Identität wird die sportliche Leistung als Maß für die Bewertung des eigenen Selbstwertes herangezogen [66]. Selbstwert und Identität wird vorrangig durch sportliche Leistung und vor allem durch den Erfolg generiert [12]. Sportler wenden sich oft erst dann an ihre Betreuer, wenn psychische Probleme messbar leistungsbegrenzend werden [12]. Im Idealfall sollte eine Behandlung jedoch rechtzeitig vor dem Leistungsrückgang bereits beim Auftreten subklinischer Symptome erfolgen. Daher ist es von Bedeutung, gute Versorgungsstrukturen vorzuhalten, in der Sportler frühzeitig in Behandlung kommen können oder bereits in Präventionsprojekte zur Förderung der psychischen Gesundheit eingebunden sind [7].

Im Gegensatz zum Leistungssport wird **Breitensport** als Freizeitbeschäftigung in den Lebensalltag integriert [12]. Sport-spezifische psychische Störungen sind in diesem Bereich medizinisch oft unterrepräsentiert und fallen in der Regel erst im Zusammenhang als Komorbiditäten mit anderen Störungen auf, wie zum Beispiel bei Anorexia nervosa oder Steroidakne [67]. Daher ist es auch von Vorteil, spezialisierte Anlaufstellen für Breitensportler vorzuhalten, um möglichst früh und differenziert zu diagnostizieren und fachgerecht behandeln zu können [58].

Sport und Bewegung als Therapie von psychischen Erkrankungen sollten mehr als nur Begleitmaßnahmen von Behandlungen sein [24, 25]. Sie sind ein therapeutisch relevantes Element im Rahmen psychiatrischer Versorgung und psychischer Gesundheitsförderung [67]. Der Weg zu einer routinemäßigen Implementierung in die Versorgungsrealität bleibt derzeit aber noch herausfordernd. Behandler sind aufgerufen, Bewegung nicht länger als Lifestyle-Empfehlung zu verstehen, sondern als integrativen Bestandteil in einem biopsychosozialen Therapieverständnis [26, 67]. Der in der Praxis häufig nachgewiesene Knowledge-Action-Gap sollte systematisch geschlossen werden – durch Schulung und strukturelle Verankerung von Be-

wegungsangeboten [25, 26, 34]. Bergsport als Therapie bietet in geographisch geeigneten Regionen eine gute Möglichkeit, entsprechende Angebote vorzuhalten [42, 43]. In solchen Regionen sind oft auch Kenntnisse über das Auftreten von psychiatrischen Aspekten im Bergsport und in der Höhenmedizin erforderlich [50, 51, 54]. Die Initiierung und Durchführung von Forschung in allen Bereichen sollte wie gehabt erfolgen [64], darüber hinaus die Förderung der Vernetzung von Versorgern und Forschern regional, national und international [7, 58].

■ Relevanz für die Praxis

- Prävention und qualifizierte Behandlung im Leistungs- und Spitzensport sollte spezialisiert angeboten werden.
- Behandlungsangebote für sport-spezifische psychische Störungen im Freizeitsport sollten erfolgen.
- Eintreten für die psychische Gesundheit im Sport über die gesamte Lebensspanne
- Initiierung und Durchführung von Forschung
- Vernetzung von Forschern und Behandlern (regional, überregional, international)
- Sport und Bewegung sollten in der psychiatrischen Versorgung als therapeutisch relevantes Element angeboten werden.
- Empfohlene Mindest-Dosis: 150 Minuten moderate aerobe Aktivität pro Woche plus zweitägiges Krafttraining (gemäß WHO/ACSM), wobei bereits kürzere Einheiten positive Effekte zeigen.

Ltd. OA Dr. med. Alexander Schorb



Studium der Humanmedizin an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. und The University of Texas Medical Branch at Galveston, USA. Leitender Oberarzt im Bereich Sportpsychiatrie und -psychotherapie der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der PMU Salzburg. Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie (ÖGSPP).

Forschungsschwerpunkte: Überbelastung und Übertraining, Belastungssteuerung durch Prozess-Monitoring mit dem Synergetischen Navigationssystem (SNS), Leistungsbeeinträchtigung und Leistungsstörungen, erhöhte Verletzungsanfälligkeit, Vorhersage von Verletzungen. Psychiatrisches Screening im Rahmen von sportmedizinischen Untersuchungen, Psychiatrisches Basis Assessment (PBA) im Sport und sportpsychiatrische Evaluation (SPE). Suizidprävention im Leistungssport. Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD) im Sport, OPD-3 Modul: Sport/Leistungssport. Funktionelle neurokognitive Diagnostik nach traumatischen Hirnverletzungen (TBI) im Sport und persistierenden postkontusionellen Symptomen (PPCS).

■ Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass keine finanziellen oder persönlichen Interessenkonflikte bestehen, die den Inhalt des Manuskriptes beeinflusst haben könnten.

Literatur:

1. Claussen MC, Seifritz E (Hrsg.). Lehrbuch der Sportpsychiatrie und -psychotherapie. Psychische Gesundheit und Erkrankungen im Leistungssport. 1. Auflage. Hogrefe, 2022.
2. Byrne S, MacLean N. Elite athletes: Effects of the pressure to be thin. *J Sci Med Sport* 2002; 5: 80–94.
3. Markser V, Bär KJ. Seelische Gesundheit im Leistungssport. Grundlagen und Praxis der Sportpsychiatrie. 1. Auflage. Schattauer, 2019.
4. Harmon KG, Clugston JR, Dec K et al. American Medical Society for Sports Medicine position statement on concussion in sport. *Br J Sports Med* 2019; 53: 213–25.
5. Schiepek G, Schorb A, Schöller H, Aichhorn W. Prediction of sports injuries by psychological process monitoring. *Sports Psychiatr* 2023; 2: 119–66.
6. Schorb A, Schiepek G. Psychische Gesundheit und Sport. *Familiendynamik* 2023; 48: 318–29.
7. Claussen MC, Gonzalez Hofmann C, Schneeberger AR, Seifritz E, Schorb A, Allroggen M, et al. Position paper: sports psychiatric care provision in competitive sports. *Dtsch Z Sportmed* 2021; 72: 316–22.
8. Gouttebauge V, Bindra A, Blauwet C, Campriani N, Currie A, Engebretsen L, et al. International Olympic Committee (IOC) Sport Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1): towards better support of athletes' mental health. *Br J Sports Med* 2021; 55: 30–7.
9. Waleriarczyk W, Wójcik K, Konopka K, Lisek G, Iwaszkiewicz E, Krysztofiak H, et al. Shorter, faster, but still accurate: using ant colony optimisation to develop and validate the Athlete Mental Health Screener-18 (AMHS-18) as a brief alternative to Sport Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1). *Br J Sports Med* 2026; 60: 505–13.

10. Waleriańczyk W, Lisek G, Wójcik K, Konopka K, Iwaszkiewicz E, Krzywański J, et al. Taking the best from the two worlds: the benefits of combining athlete mental health screening with brief clinical intake interviews. *Br J Sports Med* 2026; 60: 414–6.
11. Gonzalez Hofmann C, Wyssen A, Schorb A, Allroggen M, Dallmann P, Schmidt RE, et al. Sports psychiatric examination in competitive sports. *Dtsch Z Sportmed* 2021; 72: 307–15.
12. Schorb A, Häfelfinger U, Pesicka M, Kohl S, Karus, Kaiser A, Schiepek G, Aichhorn W. Promoting mental health care to reach optimal performance in sports. *Sports Psychiatry* 2025; 4: 109–72.
13. Schorb A. Conference report: 3rd International Conference on Sports Psychiatry, Salzburg, Austria, October 17–18, 2025. *Sports Psychiatry* 2025; 4: 215–25.
14. Schorb A, Mayerhofer V. Sportpsychiatrie und Psychotherapie: Leistungssport & Co: das Zusammenspiel von Sport und psychischer Gesundheit. *JATROS Neurologie & Psychiatrie* 5/2022.
15. Claussen MC, Gonzalez Hofmann C, Imboden C, Seifritz E, Hemmeter U. Positionspapier Psychische Gesundheit im Leistungssport. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* 2020; 171: w03103.
16. Schorb A, Aichhorn J, Schiepek G, Aichhorn W. Burnout in adolescent elite athletes. *Sports Psychiatry* 2023; 2: 49–78.
17. Schorb A, Niebauer J, Aichhorn W, Schiepek G, Scherr J, Claussen MC. Overtraining from a sports psychiatry perspective. *Dtsch Z Sportmed* 2021; 72: 271–9.
18. Claussen MC, Imboden C, Seifritz E, Hemmeter U, Gonzalez Hofmann C. SGSP- Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie: Stufe 1. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* 2020; 171: w03111.
19. Claussen MC. Sports psychiatry: discipline and fields of activity. *Dtsch Z Sportmed* 2021; 72: 1–2.
20. Weinstein A, Weinstein Y. Exercise addiction- diagnosis, bio-psychological mechanisms and treatment issues. *Curr Pharm Des* 2014; 20: 4062–9.
21. Grant JE, Chamberlain SR. Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectr* 2016; 21: 300–3.
22. Habelt L, Kemmler G, DeFrancesco M, Spanier B, Henningsen P, Halle M, et al. Why do we climb mountains? An exploration of features of behavioural addiction in mountaineering and the association with stress-related psychiatric disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2023; 273: 639–47.
23. Colledge F, Sattler I, Schilling H, Gerber M, Pühse U, Walter M. Mental disorders in individuals at risk for exercise addiction – a systematic review. *Addict Behav Rep* 2020; 12: 100314.
24. Brand S, Colledge F, Beeler N et al. The current state of physical activity and exercise programs in German-speaking, Swiss psychiatric hospitals: results from a brief online survey. *Neuropsych Dis Treatment* 2016; 12: 1309–17.
25. Brehm K, Dallmann P, Freyer T et al. Angebot und Inanspruchnahme von Sporttherapie in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Nervenarzt* 2020; 91: 642–50.
26. Ströhle A. Sports psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019; 269: 485–98.
27. Stubbs B, Rosenbaum S (eds). Exercise based interventions for mental illness: physical activity as part of clinical treatment. Elsevier, Academic Press, London, 2018.
28. Bendau A, Petzold M, Ströhle A. Bewegung, körperliche Aktivität und Sport bei depressiven Erkrankungen. *NeuroTransmitter* 2022; 33: 52–61.
29. Schuch FB, Deslandes AC, Stubbs B et al. Neurobiological effects of exercise on major depressive disorder: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 61: 1–11
30. Beserra AHN, Kameda P, Deslandes AC et al. Can physical exercise modulate cortisol level in subjects with depression? A systematic review and meta-analysis. *Trends Psychiatry Psychother* 2018; 40: 360–8.
31. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J et al. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neurosci Biobehav Rev* 2019; 107: 525–39.
32. Imboden C, Claussen MC, Seifritz E, Gerber M. Die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die psychische Gesundheit. *Praxis* 2022; 111: 186–91.
33. Ngamsri T, Claussen MC, Imboden C, Hemmeter U. Sport als Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen. *Ars Medici* 2020; 110: 224–8.
34. Markser VZ, Bär KJ. Sport- und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen: Forschungsstand und Praxisempfehlungen. 1. Auflage. Schattauer, 2015.
35. Brooks A, Wedekind D. Sport- und bewegungstherapeutische Programme in der Behandlung psychischer Erkrankungen: Theorie und Praxis. *Psychiatrie und Psychotherapie up-date* 2009; 3: 121–36.
36. SpEA SportsEconAustria. Der volkswirtschaftliche Nutzen von Bewegung. Volkswirtschaftlicher Nutzen von Bewegung, volkswirtschaftliche Kosten von Inaktivität und Potenziale von mehr Bewegung. Unter Mitarbeit von Raimund Alt, Astrid Binder, Christian Helmenstein. https://www.spea.at/wp-content/uploads/2018/12/1512_SpEA_NutzenBewegung_Endbericht-2.pdf [zuletzt abgerufen: 22.11.22]
37. Weber H. The hygienic and therapeutic aspects of climbing. *Lancet* 1893; 142: 1048–50.
38. Sturm J, Plöderl M, Fartacek C et al. Physical exercise through mountain hiking in high-risk suicide patients. A randomized crossover trial. *Act Psychiatr Scand* 2012; 126: 467–75.
39. Niedermeier M, Grafetstätter C, Hartl A et al. A randomized crossover trial on acute stress-related physiological responses to mountain hiking. *Int Environ Res Pub Health* 2017; 14: 905.
40. Eichmann B, Erhardt T (Hrsg). Gesundheitswandern. Auswirkungen auf das physische und psychische Wohlbefinden: eine Studie der BKK Pfalz und der SRH Hochschule für Gesundheit. Tectum Verlag, Baden-Baden, 2020.
41. <https://www.wanderverband.de/wandern/gesundheitswandern>
42. Kowald AC, Zajetz AK (Hrsg). Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik. 2. Nachdruck. Schattauer, Stuttgart, 2021.
43. Ower C, Kemmler G, Vill T, Martini C, Schmitt A, Sperner-Unterweger B, Hüfner K. The effect of physical activity in an alpine environment on quality of life is mediated by resilience in patients with psychosomatic disorders and healthy controls. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019; 269: 543–53.
44. Hüfner K, Ower C, Kemmler G, Vill T, Martini C, Schmitt A, Sperner-Unterweger B. Viewing an alpine environment positively affects emotional analytics in patients with somatoform, depressive and anxiety disorders as well as in healthy controls. *BMC Psychiatry* 2020; 20: 385.
45. Stelzer E-M, Book S, Graessel E et al. Bouldering psychotherapy reduces depressive symptoms even when general physical activity is controlled for: a randomized controlled trial. *Heliyon* 2018; 4: e00580.
46. Schwarz L, Dorscht L, Book S et al. Long-term effects of bouldering psychotherapy on depression: benefits can be maintained across a 12-month follow-up. *Heliyon* 2019; 5: e02929.
47. Karg N, Dorscht L, Kornhuber J et al. Bouldering psychotherapy is more effective in the treatment of depression than physical exercise alone: results of a multicentre randomised controlled intervention study. *BMC Psychiatry* 2020; 20: 116.
48. Bichler CS, Niedermeier M, Hüfner K, Gálffy M, Gostner JM, Nelles P, et al. Climbing as an add-on treatment option for patients with severe anxiety disorders and PTSD: feasibility analysis and first results of a randomized controlled longitudinal clinical pilot trial. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 11622.
49. Bichler CS, Niedermeier M, Hüfner K, Gálffy M, Sperner-Unterweger B, Kopp M. Affective responses to both climbing and nordic walking exercise are associated with intermediate-term increases in physical activity in patients with anxiety and posttraumatic stress disorder – a randomized longitudinal controlled clinical pilot trial. *Front Psychiatry* 2022; 13: 856730.
50. Hüfner K, Caramazza F, Pircher Nöckler ER, Stawinoga AE, Fusar-Poli P, Bhandari SS, et al. Association of pre-existing mental health conditions with acute mountain sickness at Everest base camp. *High Alt Med Biol* 2022; 23: 338–44.
51. Boos CJ, Bass M, O'Hara JP, Vincent E, Mellor A, Sevier L, et al. The relationship between anxiety and acute mountain sickness. *PLoS One* 2018; 13: e0197147.
52. Hüfner K, Sperner-Unterweger B, Brugger H. Going to altitude with a preexisting psychiatric condition. *High Alt Med Biol* 2019; 20: 207–14.
53. Hüfner K, Falla M, Brugger H, Gatterer H, Strapazzon G, Tomazin I, et al. Isolated high altitude psychosis, delirium at high altitude, and high altitude cerebral edema: are these diagnoses valid? *Front Psychiatry* 2023; 14: 1221047.
54. Bliemrieder K, Weiss EM, Fischer R, Brugger H, Sperner-Unterweger B, Hüfner K. Cognition and neuropsychological changes at altitude – a systematic review of literature. *Brain Sci* 2022; 12: 1736.
55. Falla M, Hüfner K, Falk M, Weiss EM, Vögele A, Jan van Veelen M, et al. Simulated acute hypobaric hypoxia effects on cognition in helicopter emergency medical service personnel – a randomized, controlled, single-blind, crossover trial. *Hum Factors* 2022; 31: 187208221086407.
56. Burtscher J, Citherlet T, Camacho-Cardenosa A, Camacho-Cardenosa M, Raberin A, Krumm B, et al. Mechanisms underlying the health benefits of intermittent hypoxia conditioning. *J Physiol* 2024; 602: 5757–83.
57. Preinsperger W, Pennwieser W. Österreichische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie (ÖGSPP) und ÖGPP-Arbeitsgemeinschaft Sportpsychiatrie und -psychotherapie (ÖGSPP). In: Claussen MC, Seifritz E (Hrsg). *Lehrbuch der Sportpsychiatrie und -psychotherapie. Psychische Gesundheit und Erkrankungen im Leistungssport*. 1. Auflage. Hogrefe, 2022.
58. Claussen MC, Currie A, Koh Boon Yau E, Nishida M, Martínez V, Burger J, et al. First international consensus statement on sports psychiatry. *Scand J Med Sci Sports* 2024; 34: e14627.
59. Henkel K, Schneider F. Psychische Erkrankungen bei Leistungssportlern, Sports Orthopaedics und Traumatologie / Sport-Orthopädie Sport-Traumatologie 2014; 30: 339–45.
60. Große J, Huppertz C, Röh A, Oertel-Knöchel V, Andresen S, Schade N, et al. Step away from depression – results from a multicenter randomized clinical trial with a pedometer intervention during and after inpatient treatment of depression. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2024; 274: 709–21.
61. Brugger H, Zafren, K, Festi L, Paal, P, Strapazzon G. *Mountain Emergency Medicine*. 1st edition. Edra Spa, 2021.
62. Berghold F, Brugger H, Burtscher M, Domej W, Durrer, B, Fischer R, Paal P, Schaffert W, Schobersberger W, Sumann G. *Alpin- und Höhenmedizin*. Springer, Berlin, 2018.
63. Claussen MC, Currie A, Burger JW, Prossor D, Glick I. A working research agenda for sports psychiatry: Advancing evidence-based psychiatry in sport, exercise, and physical activity. *Sports Psychiatry* 2025; 4: 1–47.
64. Halioua R, Wyssen A, Karrer Y, Matter Brügger S, Milos G, Munsch S. Psychische Erkrankungen im Leistungssport: Gestörtes Essverhalten und Essstörungen. In: Claussen MC, Seifritz E (Hrsg.). *Lehrbuch der Sportpsychiatrie und -psychotherapie. Psychische Gesundheit und Erkrankungen im Leistungssport*. 1. Auflage. Hogrefe, 2022.
65. Gugutzer R. Sport. In: Gugutzer R, Klein G, Meuser M (Hrsg). *Handbuch Körperpsychologie*. Band 2, Forschungsfelder und Methodische Zugänge. Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2017; 303–17.
66. Magnolini R, Bruggmann P. Die Rolle von form- und leistungsfördernden Substanzen in der Suchtmedizin (The role of image- and performance-enhancing drugs in addiction medicine). *Suchtmed* 2022; 24: 265–8.
67. Vancampfort D, Firth J, Stubbs B, Schuch F, Rosenbaum S, Hallgren M, et al. The efficacy, mechanisms and implementation of physical activity as an adjunctive treatment in mental disorders: a meta-review of outcomes, neurobiology and key determinants. *World Psychiatry* 2025; 24: 227–39.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)