

---

## **Spitzensport und Gesundheit – Möglichkeiten und Grenzen eines erfolgreichen Gesundheitsmanagements**

Ansgar Thiel (Projektleiter), Helmut Digel (Projektleiter) & Jochen Mayer

Universität Tübingen  
Institut für Sportwissenschaft

### **1 Problemstellung**

Spitzensportlerinnen und Spitzensportler bewegen sich im Grenzbereich menschlicher Leistungsfähigkeit. Höchstleistung setzt damit einerseits voraus, gewisse gesundheitliche Risiken einzugehen. Andererseits ist Gesundheit aber auch eine Grundvoraussetzung für die längerfristig erfolgreiche Teilnahme am Wettkampfbetrieb. Diese Ambivalenz macht die Sicherung von Gesundheit zu einem schwierigen Geschäft mit erheblichen sportlichen, persönlichen, sozialen und zunehmend auch ökonomischen Implikationen.

Die Frage nach den *Möglichkeiten und Grenzen eines erfolgreichen Gesundheitsmanagements im Spitzensport* wurde bislang nicht nur aus gesundheitswissenschaftlicher, sondern auch aus managementtheoretischer Sicht stark vernachlässigt. Aus den Ergebnissen der überwiegend naturwissenschaftlich ausgerichteten Arbeiten zur Prävention und Rehabilitation von Sportverletzungen bzw. sportspezifischen Krankheitsbildern weiß man, dass spitzensportliches Engagement mit erheblichen gesundheitlichen Risiken einhergeht. Die wenigen sozialwissenschaftlichen Arbeiten – vor allem aus dem englischsprachigen Raum – weisen darüber hinaus auf eine spezifische Kultur des Risikos und eine Verharmlosung von Beschwerden und Verletzungen hin.

Hinsichtlich der Frage, wie mit Gesundheit in der spitzensportlichen Praxis umgegangen wird, zeigten sich uns jedoch erhebliche Forschungsdefizite. Auch über die Möglichkeiten und Grenzen einer Verankerung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen in Spitzensportorganisationen ist nur wenig bekannt. Und in den bisherigen Analysen wird weitgehend ausgeblendet, dass es sich bei Gesundheit um ein subjektives und soziales Konstrukt handelt, das in verschiedenen Kontexten sowohl individuell als auch sozial unterschiedlich definiert wird und zu definieren ist.

Um diesen Forschungsdefiziten entsprechend zu begegnen, wurden auf folgende übergeordnete Leitfragestellungen Antworten gesucht:

- Wie werden Gesundheit und Spitzensport in unserer Gesellschaft kommuniziert und welches sind die relevanten Bezugssysteme für ein Gesundheitsmanagement?
- Welche Strukturen mit Gesundheitsbezug lassen sich in Spitzensportorganisationen identifizieren?
- Wie wird mit konkreten Verletzungen, Krankheiten und Beschwerden von Spitzenathleten im Interaktionssystem „Spitzensportler-Trainer-Arzt“ umgegangen?
- Wie gehen Spitzensportler mit ihrer Gesundheit um und wie lässt sich dieses Gesundheitsverhalten erklären?

## 2 Methode

Zur Beantwortung der Leitfragen wurde eine theoriegeleitete empirische Untersuchung in den Sportarten Handball und Leichtathletik durchgeführt. Diese beinhaltete eine repräsentative Befragung von Spitzenathleten und Trainern mittels Fragebogen sowie qualitative Experteninterviews (EI). Darüber hinaus wurden so genannte „biografische System-mappings“ (BSM) erstellt, die der mehrperspektivischen Rekonstruktion der Verletzungs- und Krankheitskarriere von Spitzensportlern zur Identifikation von Problemmechanismen dienen.

Tab. 1: Überblick über die Fallzahlen der empirischen Untersuchung

Fragebogen- untersuchung	Angeschrieben	Rücklauf absolut		Rück- lauf- quote	Gesamt- rücklauf
HANDBALL 1. und 2. Bundesliga	56 Vereine	43 Vereine	395 Athleten 36 Trainer	76,79%	723 Athleten 193 Trainer
LEICHTATHLETIK A-, B-, C-, D/C-Kader	559 Athleten 352 Trainer		328 Athleten 157 Trainer	58,50% 44,03%	
<b>Experteninterviews (EI) Biografische System-mapping Interviews (BSM)</b>	<b>Athleten</b>	<b>Trainer</b>	<b>Ärzte und Physio- therapeuten</b>	<b>Funk- tionäre und Manager</b>	<b>Interviews gesamt</b>
HANDBALL 1. Bundesliga	7 EI 2 BSM	2 EI 2 BSM	3 EI 2 BSM	4 EI -	22
LEICHTATHLETIK A-/B-Kader	4 EI 2 BSM	7 EI 2 BSM	2 EI 2 BSM	1 EI -	20

## 3 Ergebnisse und Diskussion

Ganz allgemein bestätigte sich die theoretische Annahme, dass nur solche gesundheitsbezogenen Maßnahmen an das Spitzensportsystem anschlussfähig sind, die eine weitere

Leistungssteigerung unterstützen bzw. die Leistungsfähigkeit erhalten oder ggf. wiederherstellen. So scheinen körperliche, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit erst dann eine Rolle zu spielen, wenn sie mit einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit einhergehen. Dies zeigte auch die Analyse der Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken durch die Beteiligten. Den Bezugsgruppen sind offenbar vor allem kurzfristige und offensichtliche Risiken bewusst, langfristige Gesundheitsschäden werden eher verdrängt oder gezielt ausgeblendet. Verletzungen werden überwiegend als schicksalhafte Ereignisse bezeichnet, gegen die man machtlos ist. Körperliche und vor allem psychische Überbelastung, Vorverletzungen, Nebenwirkungen von Medikamenten und „Playing Hurt“ (Wettkampfteilnahme trotz Beschwerden oder Verletzung) werden als Risiken kaum thematisiert. Umgekehrt beschränkt sich die Wahrnehmung gesundheitlicher Ressourcen hauptsächlich auf physikalische Maßnahmen, Ernährung, präventives Krafttraining und adäquates Aufwärmen. Psychosoziale Aspekte spielen dagegen so gut wie keine Rolle im Rahmen regenerativer Maßnahmen.

Bei der Analyse des Managements von Gesundheit in den Spitzensportorganisationen wurde deutlich, dass bislang keine programmatischen Konzepte für eine umfassende Gesundheitsförderung existieren. Es finden sich zwar fast durchgängig Festlegungen, wie medizinische Vorsorgeuntersuchungen stattzufinden haben. Ebenso ist die medizinische (Erst-)Versorgung durch Ärzte und Physiotherapeuten bei Wettkämpfen und Großveranstaltungen in der Regel ausgezeichnet organisiert. Allerdings bewegen sich Sportärzte in einem Grenzbereich zwischen Berufsethos und sportlicher Erfolgsorientierung. So messen Sportler, Trainer und Funktionäre den Erfolg des Arztes weniger daran, ob ein Athlet nun tatsächlich dauerhaft von einer Verletzung oder Krankheit geheilt wird, sondern (gerade vor sportlichen Großereignissen und in wichtigen Saisonphasen) daran, ob es gelingt, die Spitzenathleten für den nächsten Wettkampf „fit zu machen“.

Die Durchführung gesundheitsprotektiver Maßnahmen und deren routinemäßige Kontrolle werden äußerst unterschiedlich gehandhabt und hängen, vor allem in der Leichtathletik, sehr stark von der Eigeninitiative der Athleten, Trainer und von den individuell aufgebauten gesundheitsbezogenen Netzwerken ab. Zwar gibt es einige Best-Practice-Beispiele, bei denen die Arbeit von Trainern, Ärzten, Physiotherapeuten und weiteren Gesundheitsexperten im Trainingsalltag zu präventiven Zwecken eng vernetzt ist. Dies ist aber die Ausnahme.

Dieser mangelhaften Vernetzung im Gesundheitsbereich stehen massive gesundheitliche Beeinträchtigungen, eine Vielzahl an Verletzungen und hohe Ausfallzeiten aufgrund von Über- oder Fehlbelastung gegenüber. So scheint es kaum Athleten zu geben, die verletzungsfrei durch eine Saison kommen. Viele Verletzungen überlagern sich, regelrechte

Verletzungsserien stellen keine Besonderheit dar. Die Beschränkung der ärztlichen Rolle auf die eines „Reparateurs“ sowie das weitgehende Fehlen von Wenn-Dann-Festlegungen für den Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verkomplizieren die Trainings- und Wettkampfgestaltung erheblich. Entscheidungen darüber, wann Wettkampfpausen notwendig sind, welche gesundheitlichen Risiken der Athlet eingehen darf, wann der Wiedereinstieg ins Training oder die erste Wettkampfteilnahme nach Verletzungen erfolgen soll, werden nicht selten ohne ausreichende Wissensbasis getroffen. Besonders bei Schmerzzuständen wird die endgültige Entscheidung über eine Wettkampfteilnahme den Athleten selbst überlassen, die sich aufgrund des hohen selbstauferlegten Leistungsdrucks, aber auch aufgrund vertraglicher Bindungen oder sozialer Erwartungen im Zweifel zumeist gegen zeitliche Pausen entscheiden. Beschwerden werden so lange wie möglich ignoriert oder banalisiert bzw. mittels symptomatischer Behandlung in einem gerade noch erträglichen Zustand gehalten. Entsprechend ist der Einsatz von Schmerzmitteln vor allem im Alltag des Handballsports massiv, was wiederum die frühzeitige Identifikation physischer, aber auch psychischer Überlastungserscheinungen verhindert. Dieses Ergebnis wurde durch die mehrperspektivische Analyse der Verletzungs- und Krankheitskarrieren ausgewählter Spitzenathleten bestätigt. So liegen der Entstehung von Sportverletzungen offenbar weitaus komplexere Mechanismen zugrunde, als bislang vermutet. Darüber hinaus scheint jede Verletzung, die mit einer Wettkampfpause verbunden ist, in psychosozialer Hinsicht ein besonders kritisches Ereignis für einen Spitzensportler darzustellen.

Blickt man auf die Möglichkeiten und Grenzen von gesundheitsbezogenen Präventionsmaßnahmen im Spitzensport, dann sind zum einen das individuelle Gesundheitsverständnis von Athleten und deren Trainern, zum anderen der Grad der Festlegung von Entscheidungskompetenzen sowie die vertragliche Bindung der Athleten von Bedeutung. Bei den individuellen Gesundheitsvorstellungen – die letztendlich darüber entscheiden, welche Präventionsmaßnahmen als sinnvoll erachtet und welche gesundheitlichen Risiken überhaupt wahrgenommen werden – lassen sich bei Athleten und Trainern nur wenige sportartspezifische Unterschiede finden. Das Handlungswissen über den Umgang mit Beschwerden ist oft lückenhaft und es wird zumeist auf den spezifischen Erfahrungsschatz des jeweiligen Verantwortlichen zurückgegriffen. Hinsichtlich der organisationalen Verankerung von Gesundheitsbetreuung ist die Situation im Handball deutlich günstiger als in der Leichtathletik, nicht zuletzt aufgrund der engen Anbindung von Mannschaftsärzten und der gut organisierten Rehabilitation bei traumatischen Verletzungen. Aufgrund disziplinspezifischer Unterschiede und überwiegend informeller Organisationsstrukturen sind die Athleten und Trainer der Leichtathletik bei der Gestaltung der gesundheitsbezogenen Betreuung in der Regel auf individuelle Lösungsstrategien und die Ausbildung lokaler Netzwerke angewiesen. Die medizinische Versorgung ist unter quantitativen Gesichts-

punkten deutlich schlechter als im Handball, es ist eine Tendenz zum Ärzte-Hopping zu beobachten und für die Inanspruchnahme eines Spezialisten müssen nicht selten große Umwege gegangen werden. Dagegen sind die Beteiligten in der Leichtathletik offenbar sensibler für nicht-traumatische Verletzungen durch Über- oder Fehlbelastung, denen im Handballsport nur wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht wird.

Insgesamt gesehen lässt sich festhalten, dass in den untersuchten Spitzensportorganisationen die Notwendigkeit besteht, den Bereich des Gesundheitsmanagements auszubauen. Dabei ist erstens zunächst einmal der Stellenwert der Gesundheit aus Sicht der Beteiligten offenzulegen. Dann sollten zweitens die betriebswirtschaftlichen Kosten diskutiert werden, die durch Krankheit, Verletzung und Überlastung erzeugt werden. Es sollten auch die Mittel festgelegt werden, die man für die längerfristige Erhaltung der Gesundheit auszugeben bereit ist. Drittens gilt es, die Vernetzung der Trainer und Athleten mit externen Akteuren der Gesundheitsförderung – wie sportmedizinischen, leistungsdiagnostischen, sportpsychologischen und sportsoziologischen Einrichtungen – zu optimieren. Viertens sind die Kommunikationsstrukturen zwischen Trainer, Athlet und Arzt zu verbessern. Athleten tendieren dazu, Beschwerden vor ihren Trainern zu verschweigen, um weiter trainieren zu dürfen. Ärzte erfahren meist sehr spät von Überlastungssyndromen und es wird von ihnen in der Regel eine schnelle, symptomatische Behandlung erwartet. Fünftens ist darauf zu achten, einer Stigmatisierung von Athleten, die aufmerksam für körperliche Warnsignale sind, entgegenzuarbeiten. Sechstens sind Regelungen im Sinne von „Arbeitsschutzrichtlinien“ zu entwerfen, die festlegen, ab wann ein Spitzensportler nicht mehr an Training und Wettkampf teilnehmen darf, um so die Verantwortlichkeit von den Athleten wegzunehmen. Schließlich ist für eine kontinuierliche Überprüfung der durchgeführten Maßnahmen durch eine ständige Beobachtung und Analyse des Gesundheits- bzw. Krankheitszustands von Athleten, die Dokumentation von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie den stetigen Abgleich mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu sorgen.

