

Jochen Mayer

Verletzungsmanagement im Spitzensport

Eine systemtheoretisch-konstruktivistische Analyse mit
Fallstudien aus den Sportarten Leichtathletik und Handball

Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Sozialwissenschaften

in der Fakultät

für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

der Eberhard Karls Universität Tübingen

2009

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

Hauptberichterstatter:	Prof. Dr. Ansgar Thiel
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Helmut Digel
Dekan:	Prof. Dr. Ansgar Thiel
Tag der mündlichen Prüfung:	14. September 2009

Druckerei Wiesinger Media GmbH, Tübingen

Inhaltsverzeichnis

I.	Einführung	1
1.	Problemstellung	1
2.	Stand der Forschung	3
2.1.	Verletzungsbezogene Entscheidungen im Sport und Spitzensport	3
2.2.	Schmerzen und Verletzungen im Sport als multidisziplinäres Phänomen.....	4
2.2.1.	<i>Medizinisch-naturwissenschaftliche Perspektive</i>	<i>5</i>
2.2.2.	<i>Sozialwissenschaftliche Perspektive</i>	<i>13</i>
2.3.	Forschungsdefizit	23
3.	Methodologische Vorüberlegungen und Zugang zum Forschungsproblem	27
3.1.	Konstruktivismus als erkenntnistheoretische Grundposition	27
3.2.	Soziologische Systemtheorie als theoretischer Rahmen	30
3.3.	Zugang zum Forschungsproblem und Konkretisierung der Fragestellung	38
II.	Theoretische Überlegungen	47
4.	Verletzung und Entscheidung	47
4.1.	Verletzungsbezogene Konstruktionen.....	47
4.2.	Verletzungsbezogene Entscheidungen	55
4.3.	Verletzungsbezogene Entscheidungsbedingungen	65
4.3.1.	<i>Entscheidung als zeitpunktgebundenes Ereignis</i>	<i>65</i>
4.3.2.	<i>Entscheidung als Zurechnungskonstrukt und erwartungsgebundenes Ereignis.....</i>	<i>69</i>
5.	Perspektiven verletzungsbezogener Entscheidungen	75
5.1.	Individuelle Konstruktionen.....	75
5.1.1.	<i>Athlet / Patient</i>	<i>81</i>
5.1.2.	<i>Arzt / Mannschaftsarzt.....</i>	<i>89</i>
5.1.3.	<i>Trainer und weitere Umfeldakteure in Sportorganisationen.....</i>	<i>95</i>
5.2.	Entscheidungsbezogene Kommunikation in organisierten Interaktionssystemen	98
5.2.1.	<i>Situativ erzeugte Erwartungen und Entscheidungsalternativen.....</i>	<i>99</i>
5.2.2.	<i>Zeitlich überdauernde Erwartungen und Entscheidungsalternativen</i>	<i>102</i>
5.2.3.	<i>Entscheidungsprozesse in typischen Interaktionssystemen</i>	<i>108</i>
5.3.	Verletzungsbezogene Konfliktpotentiale und Konflikte.....	115
5.3.1.	<i>Konfliktpotentiale verletzungsbezogener Entscheidungssituationen.....</i>	<i>115</i>
5.3.2.	<i>Konfliktverläufe mit Verletzungsbezug</i>	<i>117</i>
5.3.3.	<i>Konflikte im zeitlichen Verlauf spitzensportlicher Karrieren.....</i>	<i>118</i>

5.4.	Management verletzungsbezogener Entscheidungen in Spitzensportorganisationen	121
5.4.1.	<i>Merkmale eines reflexiven Managements</i>	121
5.4.2.	<i>Ansatzpunkte für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement</i>	123
5.4.3.	<i>Kopplung von Entscheidungen im Verletzungsprozess</i>	127

III. Empirische Untersuchung..... 131

6.	Methode.....	131
6.1.	Vorüberlegungen und Leitfragen.....	131
6.2.	Biografische System-Mapping-Methode.....	135
6.2.1.	<i>Untersuchungsplan</i>	135
6.2.2.	<i>Methoden der Datenerhebung</i>	136
6.2.3.	<i>Fallauswahl und Durchführung der Untersuchung</i>	141
6.2.4.	<i>Datenaufbereitung und Maskierung der Daten</i>	143
6.2.5.	<i>Datenauswertung, -interpretation und Ergebnisdarstellung</i>	145
7.	Fallstudien.....	151
7.1.	Biografisches System-Mapping I: Leichtathlet Sven Wagner.....	154
7.1.1.	<i>Allgemeine Rahmenbedingungen der Sportart Leichtathletik</i>	154
7.1.2.	<i>Überblick und Zeitraum bis zur Schulterverletzung</i>	158
7.1.3.	<i>Mehrperspektivische Rekonstruktion des Umgangs mit der Schulterverletzung</i>	167
7.1.4.	<i>Zeitraum nach der Schulterverletzung und aktuelle Situation</i>	185
7.1.5.	<i>Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen im biografischen Kontext</i>	193
7.1.6.	<i>Fallspezifischen Organisation der medizinischen Behandlung, Betreuung und Verletzungsprävention</i>	203
7.2.	Biografisches System-Mapping II: Leichtathletin Tina Frey	211
7.2.1.	<i>Überblick und mehrperspektivische Rekonstruktion des Umgangs mit der Rücken- und Achillessehnenverletzung</i>	212
7.2.2.	<i>Zeitraum nach der Rücken- und Achillessehnenverletzung und aktuelle Situation</i>	239
7.2.3.	<i>Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen im biografischen Kontext</i>	244
7.2.4.	<i>Fallspezifischen Organisation der medizinischen Behandlung, Betreuung und Verletzungsprävention</i>	253
7.3.	Biografisches System-Mapping III: Handballspieler Tobias Kurz	261
7.3.1.	<i>Allgemeine Rahmenbedingungen der Sportart Hallenhandball</i>	261
7.3.2.	<i>Überblick und Zeitraum bis zur Achillessehnenverletzung</i>	265
7.3.3.	<i>Mehrperspektivische Rekonstruktion des Umgangs mit der Achillessehnenverletzung</i>	271
7.3.4.	<i>Zeitraum nach der Achillessehnenverletzung und aktuelle Situation</i>	290
7.3.5.	<i>Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen im biografischen Kontext</i>	296
7.3.6.	<i>Fallspezifischen Organisation der medizinischen Behandlung, Betreuung und Verletzungsprävention</i>	300

7.4.	Biografisches System-Mapping IV: Handballspieler Klaus Schneider	307
7.4.1.	Überblick und Zeitraum bis zur Knieverletzung.....	307
7.4.2.	Mehrperspektivische Rekonstruktion des Umgangs mit der Knie- und Achillessehnenverletzung.....	311
7.4.3.	Aktuelle Situation	326
7.4.4.	Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen im biografischen Kontext	330
7.4.5.	Fallspezifischen Organisation der medizinischen Behandlung, Betreuung und Verletzungsprävention	335
8.	Typologien verletzungsbezogener Entscheidungen im Spitzensport.....	341
8.1.	Subjektiver Verletzungsverläufe und grundlegende Entscheidungsmechanismen	341
8.1.1.	Chronische Beschwerden mit unsicherer Prognose und vollständiger Ausheilung.....	342
8.1.2.	Akute Beschwerden mit relativ gesichertem Befund und vollständiger Ausheilung.....	344
8.1.3.	Beschwerden mit unvorhergesehenen Abweichungen im Genesungsverlauf.....	347
8.2.	Problematische Entscheidungsmechanismen.....	351
8.2.1.	Verheimlichung und verspätete Mitteilung einer Schmerzsymptomatik durch Athleten	351
8.2.2.	Verzicht auf eine Trainings- und Wettkampfpause trotz Beschwerden ohne Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe.....	352
8.2.3.	Fortsetzung des Trainings- und Wettkampfbetriebs trotz zunehmender Beschwerden und medizinischer Behandlung.....	354
8.2.4.	Zu frühe Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität nach einer Verletzungspause	362
8.2.5.	Fortführung der spitzensportlichen Karriere trotz chronifizierter Beschwerden und drohender Folgeschäden.....	364
8.3.	Konfliktverläufe, Präventionsstrategien und sensible Phasen im Karriereverlauf.....	366
8.3.1.	Konfliktverläufe und deren Auswirkung auf den Umgang mit Schmerzen und Verletzungen.	366
8.3.2.	Anpassung von Präventionsstrategien und Flexibilisierung der Belastungssteuerung.....	369
8.3.3.	Kritische Zeitpunkte und sensible Phasen mit Verletzungsbezug.....	375
IV.	Schluss.....	381
V.	Verzeichnisse.....	399
9.	Literaturverzeichnis	399
10.	Abbildungsverzeichnis	417
11.	Tabellenverzeichnis	418

I. Einführung

*„Wir machen alle eine Gratwanderung: Wenn man an die Spitze will, muss man hundert Prozent bringen. Aber wenn man ein Prozent zu viel riskiert, kann man alles kaputtmachen.“
Jan Fitschen (2009, 31. März, o. S.), aktuell verletzter Europameister im 10 000-m-Lauf*

1. Problemstellung

Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen sind ein alltägliches Phänomen im Spitzensport. Nicht nur unmittelbar vor sportlichen Großereignissen wie den Olympischen Spielen und Weltmeisterschaften ist von verletzungsbedingten Wettkampfabgaben, Comebackversuchen nach langen Verletzungspausen oder Leistungsdefiziten infolge akuter körperlicher Beschwerden zu hören. In jüngster Zeit wird insbesondere in den professionell betriebenen Spportsportarten verstärkt über die hohen Belastungen der Athletinnen und Athleten geklagt und der enge Spielplan mit dafür verantwortlich gemacht, dass Verletzungen gehäuft auftreten und gar nicht mehr vollständig ausgeheilt werden können. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Hinweise auf langwierige Beschwerdeverläufe und gehäuft auftretende Verletzungsmuster, die sich nachteilig auf die Leistungsentwicklung auswirken oder die verletzungsbedingte Beendigung der sportlichen Karriere zur Folge haben.

Doch wie gehen die Spitzenathleten, Trainer und das medizinische Betreuungspersonal mit auftretenden Schmerzen und Verletzungen um? Welche Strategien werden vor dem Hintergrund einer latenten Verletzungsgefahr verfolgt, um dennoch eine möglichst erfolgreiche spitzensportliche Karriere zu ermöglichen und gesundheitliche Langzeitschäden auf Dauer zu vermeiden?

Bei einer genaueren Betrachtung des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen lassen sich Verhaltensweisen beobachten, die der Entstehung chronischer Verletzungsverläufe Vorschub leisten, regelrechte Verletzungsserien provozieren und mit der Entstehung gesundheitlicher Langzeitschäden in Verbindung zu bringen sind. Beispielsweise wenn Athleten trotz vorliegender Schmerzen und Beschwerden an Wettkämpfen teilnehmen, nach einer Verletzung wieder zu früh mit dem Training beginnen oder auftretende Schmerzen verheimlichen. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf ganz spezifische Praktiken, wie zum Beispiel den Schmerzmitteleinsatz unmittelbar vor sportlichen Wettkämpfen oder medizinische Dauerbehandlungen angeschlagener Athleten zur Gewährleistung der sportlichen Einsatzbereitschaft. Auch lassen sich Athleten identifizieren, die ihre Karriere trotz drohender Spät- und Folgeschäden fortsetzen und selbst nach langwierigen Beschwerdeverläufen oder häufigen Verletzungen den beschwerlichen Weg zurück an die Spitze versuchen. Meinungsverschiedenheiten zwischen Athlet, Trainer und Arzt sind bei der Frage nach der „richtigen“ Behandlungsmethode keine Seltenheit, gleiches gilt für die Festlegung der Dauer einer Verletzungspause und der Be-

stimmung des Zeitpunkts, ab dem der Athlet wieder voll belastbar ist. Athleten berichten von Trainern, die ihnen nur ungern eine Pause gönnen oder weisen auf Ärzte hin, die bei auftretenden Beschwerden sofort zu schmerzstillenden Spritzen greifen oder keine eindeutige Diagnose stellen. Eine systematische Verletzungsprävention, die über die Bereitstellung medizinischer Betreuungsleistungen und jährlicher Vorsorgeuntersuchungen hinaus geht, ist im Bereich des organisierten Sports in Deutschland bislang nicht auszumachen (vgl. Thiel & Mayer, 2008; Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit die übergeordnete Fragestellung nach den Möglichkeiten und Grenzen eines ganzheitlichen Verletzungsmanagements im Spitzensport bearbeitet. Neben einer Analyse des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen in der spitzensportlichen Praxis beinhaltet dies vor allem eine Auseinandersetzung mit den Bedingungen, die zu einem problematischen Umgang mit auftretenden Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport führen.

Um Ansatzpunkte und Strategien für ein möglichst ganzheitliches Verletzungsmanagement zu identifizieren, bietet sich eine differenzierte Analyse von verletzungsbezogenen Entscheidungsproblemen an, mit denen Athleten, deren Trainer und die behandelnden Ärzte regelmäßig konfrontiert werden. Denn beim Auftreten von Schmerzen und körperlichen Beschwerden ist nicht nur die Behandlungsstrategie für eine möglichst schnelle und vollständige Genesung zu wählen, sondern auch festzulegen, ob und für wie lange eine Verletzungspause eingelegt werden muss oder wie ein reibungsloser Wiedereinstieg nach einer verletzungsbedingten Trainingspause zu gestalten ist. Liegt keine akute Verletzungsproblematik vor, ist darüber hinaus über den Einsatz und die Durchführung von Präventionsmaßnahmen oder über eine Anpassung der sportlichen Belastung zu entscheiden, um einem Auftreten körperlicher Beschwerden und Verletzungen entgegenzuwirken. Darüber hinaus ist bei langwierigen oder besonders schweren Verletzungsverläufen die Frage nach den prinzipiellen Möglichkeiten einer erfolgreichen Rückkehr in den spitzensportlichen Wettkampfbetrieb zu reflektieren und gegebenenfalls ein verletzungsbedingtes Karriereende bekannt zu geben. Von einer möglichst optimalen Lösung solcher Entscheidungsprobleme hängen damit sowohl der kurzfristige Behandlungserfolg als auch die langfristige Gesunderhaltung der Spitzenathleten ab.

Welche Erkenntnisse zu verletzungsbezogenen Entscheidungsproblemen im Spitzensport vorliegen, gilt es mit einem Überblick über den aktuellen Forschungsstand darzustellen. Darüber hinaus sind Forschungsbereiche und Arbeiten zu identifizieren, die einen indirekten Bezug zur Problemstellung aufweisen und für die Bearbeitung der Frage nach einem möglichst ganzheitlichen Verletzungsmanagement relevant sind. Auf Basis einer kritischen Reflexion des Forschungsstands ist im Anschluss eine Konkretisierung der Fragestellung vorzunehmen und das weitere Vorgehen zu diskutieren.

2. Stand der Forschung

Bei einer Betrachtung des sportwissenschaftlichen Forschungsstands fallen zunächst die enorme Anzahl und die thematische Vielfalt der Arbeiten auf, die sich mit der Verletzungsproblematik in verschiedenen Bereichen des Sports beschäftigen. Eine direkte Auseinandersetzung mit Fragen eines Verletzungsmanagements im Spitzensport erfolgt aus sozialwissenschaftlicher Sicht bislang nicht. In jüngster Zeit werden jedoch zunehmend ärztliche Entscheidungen zur Gestaltung des Wiedereinstiegs nach einer verletzungs- oder krankheitsbedingten Pause thematisiert. Nur wenige Arbeiten beschäftigen sich hingegen intensiver mit der tatsächlichen verletzungsbezogenen Entscheidungspraxis in spitzensportlichen Kontexten. Darüber hinaus weisen fast alle sportwissenschaftlichen Veröffentlichungen zu Schmerzen, Beschwerden, Verletzung, Sportverletzung oder Sportschaden einen indirekten Bezug zur Problemstellung auf. Zunächst ist der Fokus jedoch auf solche Veröffentlichungen zu legen, die direkt mit der vorliegenden Problemstellung in Verbindung zu bringen sind.

2.1. Verletzungsbezogene Entscheidungen im Sport und Spitzensport

Entscheidungsrichtlinien für die medizinische Behandlung, Rehabilitation und Prävention

Aus medizinisch-naturwissenschaftlicher Perspektive werden insbesondere „return to play decisions“ thematisiert, wobei es um die Frage geht, wie lange bei spezifischen Verletzungsmustern pausiert werden sollte, welche Richtlinien für ein Aufbautraining gelten und welche Kriterien bei der Wiederaufnahme der sportlichen Betätigung zu beachten sind (vgl. Herring et al., 2002). Der Fokus dieser überwiegend internationalen Arbeiten liegt insbesondere auf einer Beurteilung des Wiedereinstiegs nach Gehirnerschütterungen und Kopfverletzungen (vgl. Kissick & Johnston, 2005) sowie Wirbelsäulenverletzungen (vgl. Ellis & Gottlieb, 2007), es gibt jedoch auch Arbeiten, die allgemeine Richtlinien für den Einstieg ins Teamtraining in Abhängigkeit der Pausendauer erarbeiten (vgl. Enneper, 2008). Bei diesen Arbeiten geht es im Grunde um die Bereitstellung von Handlungswissen für den behandelnden medizinischen Experten und um die Formulierung von Entscheidungsrichtlinien. Dementsprechend steht die Frage im Mittelpunkt, wie und auf welcher Informationsbasis Ärzte beim Auftreten von Verletzungen im Spitzensport *entscheiden sollen*. Damit ist jedoch noch nichts darüber ausgesagt, wie Ärzte, die Spitzenathleten behandeln, beim Auftreten konkreter Verletzungen *tatsächlich entscheiden*, in welchen Kontexten solche Entscheidungen *getroffen werden* oder wie die *Entscheidungsfindung abläuft*.

Verletzungsbezogene Entscheidungspraxis im Spitzensport

Zwar lassen sich einige sozialwissenschaftliche Arbeiten zum Handeln von Ärzten und Physiotherapeuten in verschiedenen spitzensportlichen Kontexten finden, die einen indirekten

Bezug zur Entscheidungspraxis aufweisen (vgl. Howe, 2004a, 2004b; Malcolm, 2006a, 2006b; Malcolm & Sheard, 2002; Safai, 2003, 2004; Waddington, 2006; Waddington & Roderick, 2002; Waddington, Roderick & Naik, 2001). Veröffentlichungen, die sich explizit mit der Bewältigung von Entscheidungsproblemen in der spitzensportlichen Praxis beschäftigen, existieren jedoch kaum. Eine Ausnahme bildet die aktuelle soziologische Studie von Thiel, Mayer & Digel (2009) zum übergeordneten Thema Gesundheit und Spitzensport. Im Zuge der Bearbeitung von Fragen zu den Bedingungen des Umgangs mit Gesundheit werden unter anderem verschiedene verletzungsbezogene Entscheidungssituationen im Verletzungsprozess ausdifferenziert und am Beispiel der Sportarten Leichtathletik und Handball empirisch analysiert¹. Neben Entscheidungen zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation wurden Entscheidungssituationen beim Auftreten von Verletzungen in Training und Wettkampf und die Entscheidung zum Wiedereinstieg nach einer Verletzungspause unterschieden. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich fast immer um Gruppenentscheidungen handelt. Beispielsweise sind an der Entscheidung über die Wiederaufnahme der sportlichen Betätigung neben den Athleten meist Trainer, Physiotherapeuten und Ärzte involviert. Zahlreiche Entscheidungen scheinen dabei ohne einen Arzt oder lediglich in Absprache mit einem Physiotherapeuten getroffen werden. Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass die Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen nicht nur auf das medizinische Personal und dessen spezifische Aufgabenbereiche reduziert werden darf, sondern unter Einbezug der Athleten- und Trainer-Perspektive analysiert werden muss. Weiterhin wird angedeutet, dass es in konkreten Entscheidungssituationen zu einem komplexen Zusammenspiel körperlicher, psychischer und sozialer Einflussfaktoren kommt, die in Abhängigkeit des vorliegenden Verletzungsphänomens variieren (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Die Komplexität verletzungsbezogener Entscheidungslagen wird besonders deutlich, wenn man versucht, sich einen Überblick über die unzähligen Arbeiten zu verschaffen, die einen *indirekten Bezug zur Entscheidungsproblematik* aufweisen.

2.2. Schmerzen und Verletzungen im Sport als multidisziplinäres Phänomen

Für einen Überblick über die mittlerweile stark ausdifferenzierten Themenbereiche ist grundlegend zwischen naturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Zugängen zu unterscheiden. Klassischerweise dominiert eine medizinisch-naturwissenschaftliche Perspektive im Hinblick auf das Phänomen Verletzung. In diesem maßgeblich von der sportmedizinischen

¹ Neben Fragen zur strukturellen Verankerung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen mit Gesundheitsbezug wurden in der Studie auch subjektive Gesundheitsvorstellungen und die gesundheitsbezogene Risikobereitschaft thematisiert. Darüber hinaus wurde das gesundheitsbezogene Handeln der Athleten sowie der Umgang mit gesundheitlichen Problemen in spitzensportlichen Interaktionssystemen untersucht und das Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden im Karriereverlauf quantitativ ermittelt.

Forschung beeinflussten Bereich lassen sich jedoch auch fließende Grenzen zur Trainings- und Bewegungswissenschaft sowie zur Biomechanik feststellen. Die sportpsychologische Auseinandersetzung mit Verletzungen nimmt eine Zwischenstellung ein, je nachdem ob eine eher naturwissenschaftliche oder eine eher sozialwissenschaftliche Orientierung vorliegt. Der Großteil der psychologischen Arbeiten orientiert sich jedoch am naturwissenschaftlich ausgerichteten medizinischen Forschungsparadigma, erst in jüngerer Zeit wird das Phänomen des Auftretens von Verletzungen verstärkt unter sozialpsychologischen Gesichtspunkten bearbeitet. Zunehmend greifen auch Sportsoziologen Fragen zum Umgang mit Verletzungen im Sport auf. Hinzu kommt eine eher indirekte Auseinandersetzung mit Verletzungen im Kontext der Diskussion zur Dopingproblematik, zu spitzensportlichen Karriereverläufen oder zur Rolle des Körpers im Sport, wobei neben soziologischen auch pädagogische und philosophisch-ethische Blickwinkel eingenommen werden.

2.2.1. Medizinisch-naturwissenschaftliche Perspektive

Aus naturwissenschaftlicher Perspektive werden verschiedene Themengebiete bearbeitet, die sich teilweise überschneiden oder in den vorliegenden Arbeiten unterschiedlich kombiniert und fokussiert werden. Dabei dominieren Publikationen, die den Fokus auf Richtlinien und Ansatzpunkte zur Diagnose, Behandlung und Rehabilitation verschiedener Verletzungsmuster im Sport richten. Hinzu kommen Studien bei denen entweder die Ermittlung von Verletzungsursachen im Zentrum des Interesses steht, die das Auftreten von Verletzungen in verschiedenen Sportlerkollektiven zum Inhalt haben oder die sich intensiver mit der Wirksamkeit von Maßnahmen zur Behandlung, Rehabilitation und Prävention beschäftigen.

Diagnose, Behandlung und Rehabilitation von Verletzungen

Zunächst fällt auf, dass im Zuge der medizinischen Auseinandersetzung mit der Diagnose, Behandlung und Rehabilitation von Verletzungen im Sport verschiedene Verletzungsbegriffe verwendet werden, die gleichsam den gesamten Forschungsbereich prägen. Im deutschsprachigen Raum ist meist die Rede von *Sportverletzungen*. Diese werden oftmals mit einem *Sportunfall* gleichgesetzt, bei dem es zu einem akuten Trauma durch übermäßige äußere oder innere Krafteinwirkung in Training oder Wettkampf kommt (vgl. im Folgenden z.B. Engelhardt, 1997; Heipertz, 1985; Menke, 1997). Liegt ein solches Verständnis vor, dann sind Sportverletzungen von Sportschäden zu unterscheiden, womit chronische Überbelastungen sowie bleibende Schäden aus einer nicht vollständig ausgeheilten Verletzung bezeichnet werden. *Sportschäden* lassen sich weiter in typische Sportschäden, die sich ohne bleibende Behinderung bei entsprechender Reduzierung der Belastung vollständig zurückbilden können und in Dauerschäden mit potentiell bleibender Behinderung differenzieren. Nach Menke (1997) lassen sich Sportschäden auch in primäre Sportschäden (...), sekundäre Sportschäden (...) und in Spätschäden unterteilen. Anstelle von Sportschäden wird oft auch von Überlastungsschäden (vgl. Renström, 1997) oder Fehlbelastungsfolgen (vgl. Uebelacker, Gebauer,

Ziegler, Braumann & Ruegger, 2005) gesprochen. Eine andere Klassifikation schlägt Hinrichs (1986) vor, der eine Sportverletzung als eine Schädigung gleich welcher Art bezeichnet, mit der eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zum Sporttreiben verbunden ist. Unter dem Oberbegriff der Sportverletzung lassen sich dann Sportunfälle, primäre Sportschäden, sekundäre Sportschäden und Spätschäden einordnen. Im angloamerikanischen Sprachraum werden mit „Sports injuries“ solche Verletzungen bezeichnet, die auf die sportliche Aktivität zurückzuführen sind. Diese werden weiter nach ihrer Ursache gegliedert, indem ganz allgemein zwischen traumatischen Verletzungen und Verletzungen durch Über- oder Fehlbelastung unterschieden wird (vgl. im Folgenden Bird, Black & Newton, 1998, S. 2). Bei beiden Typen lassen sich internale als auch externale Faktoren sowie deren Kombination für das Auftreten verantwortlich machen. Die Ursache einer „traumatic injury“ lässt sich dabei an einem bestimmten Ereignis festmachen, beispielsweise wenn ein Athlet beim Sprint einen Muskelfaserriss erleidet (Ursache intern), sich nach einer Kollision mit einem Konkurrenten die Schulter auskugelt (Ursache extern) oder wenn er sich den Knöchel beim Laufen auf unebenem Untergrund verstaucht (Ursache intern und extern). Bei den so genannten „Overuse injuries“ ist hingegen von einer allmählichen Zunahme der Beschwerden im Verlauf eines Wettkampfs oder einer Zeitspanne von mehreren Wochen auszugehen, ein klares auslösendes Ereignis ist hierbei nur sehr schwer zu rekonstruieren. Typische Beispiele hierfür wären Entzündungsreaktionen im Bereich beanspruchter Sehnen, wie der Achilles- oder Patellasehne nach einer harten Trainingsphase, extremer Wettkampfbelastung oder einer sonstigen ungewöhnlich hohen Belastung.² Typische Bezeichnungen wie das „runners knee“, „jumpers knee“, der Tennis-, Golfer- oder Werfer-Ellbogen verweisen darüber hinaus auf ein sportartspezifisches Auftreten von Verletzungsproblematiken (vgl. Uebelacker, Gebauer, Ziegler, Braumann & Ruegger, 2005). Indem zwischen akuten und chronischen Verletzungen unterschieden wird, erfolgt eine Betrachtung und Ordnung von Verletzungen unter zeitlichen Gesichtspunkten (vgl. Hلال, King & Grange, 1992; Kent, 1994). Eine akute Verletzung ist dabei durch deutliche Symptome wie Kontusionsmarken, Hämatome, Gelenkschwellungen, Muskelverhärtungen sowie Bewegungs- und Druckschmerzen gekennzeichnet. Diese ist von einer chronischen Verletzung zu unterscheiden, bei der die Symptomatik trotz eines gewissen Funktionsverlusts für gewöhnlich abnimmt, jedoch über einen längeren Zeitraum bestehen bleibt. Auch ist es möglich, dass es sich um einen chronisch rezidivierenden Verletzungsverlauf handelt, bei dem sich akute und chronische Phasen abwechseln. In vielen Publikationen erfolgt jedoch keine übergeordnete Definition von Verletzung oder Sportverletzung, vielmehr wird im Sinne einer Negativ-Definition durch die Bezeichnung verschiedener Verletzungen mit den dazugehörigen Diagnosestellungen Behandlungs-, Therapie-, Rehabilitations- und Präventionsmöglich-

2 Bei solchen Verletzungen wird in der deutschsprachigen Literatur häufig auch der Begriff Beschwerden verwendet, beispielsweise wenn die Behandlung von Achillessehnenbeschwerden oder Kniebeschwerden thematisiert wird.

keiten festgelegt, was als Verletzung zu gelten hat und was nicht. Generell lässt sich jedoch festhalten, dass sich eine Sportverletzung von einer „normalen“ Verletzung lediglich darin unterscheidet, dass sie beim aktiven Sporttreiben in Training oder Wettkampf auftritt (vgl. Eberspächer, 1987, S. 348). Denn dieselben Verletzungsmuster können beispielsweise auch in der Freizeit, bei der Arbeit oder im Haushalt auftreten. Diesen verschiedenen Versuchen, Verletzungen und Sportverletzungen zu definieren, zu beschreiben und zu ordnen bleibt gemeinsam, dass medizinische Experten festlegen, welche Symptome, Symptombündel oder Ursachen als Verletzung (oder Krankheit) definiert werden.

Meist werden hierbei neben einer Diskussion verletzungsspezifischer Ursachen und der Darstellung typischer Symptome insbesondere diagnostische Richtlinien formuliert, Behandlungsziele und -maßnahmen genannt und allgemeine Handlungsempfehlungen für die Gestaltung eines optimalen Genesungsprozesses gegeben. Ergänzt werden die Handlungsempfehlungen oftmals noch durch Hinweise zur Prävention. Neben Artikeln, die sich auf verschiedenste traumatische Verletzungen beziehen, wie beispielsweise die Ruptur des vorderen Kreuzbandes, gibt es Studien zu Overuse injuries wie Achillessehnenbeschwerden oder zu typischen Verletzungen in verschiedenen Sportarten oder Athletenkollektiven. Hinter dem Phänomen von Verletzungen im Sport verbergen sich aus medizinischer Sicht entsprechend die verschiedensten Diagnosestellungen, von der Achillodynie bis hin zum Wirbelkörperbruch.³

Im Zuge der Auseinandersetzung mit Fragen zur Diagnose, Behandlung und Rehabilitation werden vereinzelt auch Richtlinien zur Organisation der medizinischen Betreuung im Spitzensport formuliert. Beispielsweise sollte nach der Erstbehandlung und Diagnose einer Verletzung jeglicher Rehabilitationsprozess von einem multidisziplinären Team, bestehend aus Arzt, Physiotherapeut und weiteren Gesundheitsspezialisten geleitet und der Wiedereinstieg nach einer Sportverletzung schrittweise und für jeden Patienten individuell gestaltet werden. (vgl. Geffen, 2003; Gehrman, Rajan, Patel & Bibbo, 2005). Direkt von Relevanz für die Bearbeitung der vorliegenden Problemstellung sind Hinweise auf Schwierigkeiten im Therapieverlauf. Aus der Perspektive medizinischer Experten wird dabei insbesondere auf die Gefahr mangelnder Kooperationsbereitschaft von Seiten der Athleten und auf das Nichtbefolgen ärztlicher Anweisungen verwiesen. Beispielsweise wird ein zu früher Wiedereinstieg ins Training oder das Ignorieren von Symptomen als fehlende „*Compliance*“ bezeichnet (vgl. Van Mechelen, Hlobil & Kemper, 1992).

3 Da diesem Forschungsbereich die meisten Veröffentlichungen zuzuordnen sind, wird auf eine differenzierte Betrachtung an dieser Stelle verzichtet und auf die einschlägigen Fachbücher zu Sportverletzungen (vgl. exemplarisch Maibaum, Braun, Jagomast & Kucera, 2006; Purdam, Fricker & Cooper, 1995; Wegner, 2003) sowie auf die zahlreichen Beiträge in den einschlägigen sportmedizinischen Journalen verwiesen. Diese reduzierte Darstellung der medizinisch-naturwissenschaftlichen Arbeiten darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die später ausführlicher thematisierten sozialwissenschaftlichen Arbeiten bezogen auf die Gesamtanzahl der Veröffentlichungen zu Verletzungen im Sport und insbesondere im Spitzensport nur einen kleinen Anteil ausmachen.

Schwere Verletzungen werden aus psychologischer Perspektive als „one of the most emotionally and psychologically traumatic things that can happen to an athlete“ (Petrie, 1993, S. 18-19) angesehen. Dementsprechend erfolgt im Rahmen der psychologischen Auseinandersetzung vor allem eine Bearbeitung von Fragen zur kognitiven Bewältigung von Sportverletzungen im Rahmen des Rehabilitationsprozesses, indem vor allem motivationale und emotionale Vorgänge untersucht werden (vgl. Podlog & Eklund, 2006, 2007). Eine zentrale Rolle im gesamten Rehabilitationsprozess scheinen hierbei die Selbst- und Körperwahrnehmung der Athleten sowie deren Kontrollüberzeugungen zu spielen (vgl. Kleinert, 2003b). Dementsprechend werden aus psychologischer Perspektive Maßnahmen der Aktivations- und Stressregulation, der Motivationsregulation und mentales Training als begleitende therapeutische Maßnahmen vorgeschlagen (vgl. Kleinert & Hermann, 2007). In diesem Zuge wird auch darauf verwiesen, dass Verletzungen und Verletzungskrisen komplexe biopsychosoziale Phänomene darstellen, die einen interdisziplinären Zugang erfordern (vgl. Kleinert, 2006). Insbesondere die Bedeutung der sozialen Unterstützung beim Rehabilitationsprozess verletzter Sportler wird herausgestellt (vgl. Carroll, 2000; Crust, 2003). So sind Interaktionsprozesse zwischen Athleten, Trainern, Physiotherapeuten und Ärzten bei der Rehabilitation gang und gäbe, allerdings liegen bislang kaum Erkenntnisse vor, wie solche Prozesse ablaufen, welche Kommunikationsmuster dabei vorherrschen und wie sich der emotionale Zustand der Athleten dabei ändert (vgl. Kleinert & Liesenfeld, 2002; Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998). Verschärfend kommt hinzu, dass Athleten in den vergangenen Jahren über zunehmenden Druck berichten, nach einer Verletzung so schnell wie möglich wieder am Wettkampfgeschehen teilzunehmen. Daher wird an das medizinische Betreuungspersonal und an die Sportorganisationen appelliert, eine vollständige physische als auch psychische Rehabilitation beim sportlichen Wiedereinstieg zu gewährleisten (vgl. Bauman, 2005). Darüber hinaus wird vom sozialen Unterstützungsumfeld der Sportler neben einem rein medizinischen Wissen zu Verletzungen auch ein Verständnis für die ablaufenden emotionalen, motivationalen und kommunikativen Prozesse eingefordert (vgl. Collinson, 2005). Eine wichtige Grundlage für die Formulierung von Richtlinien zur Diagnosestellung, Behandlung und Therapie stellen Studien dar, die den Fokus auf die Erforschung der Ursachen von Verletzungen und auf das Auftreten von Verletzungen in verschiedenen Populationen richten.

Ursachen von Verletzungen

Forschungsanstrengungen zur Pathogenese, d.h. zur Entstehung und Entwicklung einer Verletzung mit allen daran beteiligten Faktoren, stellen die wissenschaftliche Grundlage für eine aus medizinischer Sicht richtige Diagnosestellung, optimale Behandlungs- und Rehabilitationsentscheidungen dar. Im Zuge einer Erforschung konkreter Verletzungsursachen werden insbesondere Sportunfälle und dementsprechend traumatische Verletzungen fokussiert (vgl. Bahr & Holme, 2003; Murphy, Connolly & Beynon, 2003). Einigkeit besteht darin, dass Verletzungen im Sport als das Resultat eines komplexen Wechselspiels verschiedener interna-

ler (personenbezogener) und externaler (umweltbezogener) Risikofaktoren und Ereignisse darstellen. Als personenbezogene Risikofaktoren werden beispielsweise das Alter, Geschlecht, Gewicht, Vorverletzungen, körperliche Fitness oder anatomische Besonderheiten angesehen. Teamkameraden, Gegner, die Sportausrüstung, das Wetter oder der Bodenbelag hingegen gelten als umweltbezogene Risikofaktoren (vgl. Bahr & Holme, 2003; Murphy, Connolly & Beynon, 2003; Van Mechelen, Hlobil & Kemper, 1992).

Welche Einflussfaktoren letztendlich zu einer konkreten Verletzung im Sport führen, ist jedoch bei weitem noch nicht geklärt, auch die vielen Verletzungen zu Grunde liegenden Mechanismen sind noch weitestgehend unbekannt. Dies zeigt sich insbesondere im Zusammenhang mit nicht-traumatischen Verletzungen, wie sie akute oder chronische Achillessehnen-, Knie- oder Schulterbeschwerden darstellen. Exemplarisch hierfür steht die Aussage Alfredsons (2006, S. 81): "Chronic tendon pain is relatively common in the achilles tendon and patellar tendon. The etiology and pathogenesis are unknown. There is a wide range of suggested etiological factors, but the scientific background to most of these suggestions is lacking, and they are to be characterized as non-proven theories."

Im Rahmen der Erforschung von Ursachen verschiedener Verletzungen im Sport werden auch psychologische Risikofaktoren diskutiert. Als solche gelten insbesondere psychosoziale Stressoren, kritische Lebensereignisse, Bewältigungs- oder Coping-Ressourcen, die emotionalen Befindlichkeiten und allgemeine Persönlichkeitsfaktoren (vgl. Andersen & Williams, 1988, 1993; Galambos, Terry, Moyle & Locke, 2005; Junge, 2000; Kleinert, 2002, 2006; Kleinert & Hermann, 2007; Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998). Grundlegend für die psychologische Auseinandersetzung mit Faktoren der Verletzungsentstehung ist hierbei das psychologische Verletzungsmodell von Williams & Anderson (1998), in welchem als Ursachen von Verletzungen die durch situativen Stress ausgelösten psychischen und physiologischen Veränderungen angesehen werden. Obwohl davon ausgegangen werden kann, dass neben biologischen Faktoren auch psychische Prädiktoren für Sportverletzungen eine bedeutende Rolle spielen, ist trotz verstärkter Bemühungen der Forschungsstand als defizitär und teilweise widersprüchlich zu bezeichnen (vgl. Galambos, Terry, Moyle & Locke, 2005; Junge, 2000). Der Forschungsstand zu den psychischen Einflussfaktoren auf die Entstehung von Verletzungen lässt sich in Anlehnung an Kleinert und Hermann (2007) wie folgt zusammenfassen: Erstens scheint es von der Bewältigungskompetenz des Athleten abzuhängen, ob stressreiche Ereignisse zur Entstehung von Verletzungen beitragen. Zweitens scheinen nur solche Persönlichkeitsfaktoren von Relevanz, die einen engen Sportbezug aufweisen. So lässt sich für die allgemeine Ängstlichkeit kein Zusammenhang mit Sportverletzungen finden, während für die Verletzungsangst Zusammenhänge nachgewiesen werden konnten. Drittens gibt es Hinweise darauf, dass Verletzungen durch die Messung der körperlichen und psychischen Befindlichkeit relativ gut vorhergesagt werden können, allerdings nur dann, wenn die Messung unmittelbar vor dem verletzungsrelevanten Prozess liegt. Ein Monitoring von Indikatoren der emo-

tionalen Befindlichkeit, der Stimmung und psychosozialer Stressoren kann demnach unterstützende Informationen liefern (vgl. Galambos, Terry, Moyle & Locke, 2005) und zu einem „psychologischen Verletzungsmanagement“ (Kleinert & Hermann, 2007) beitragen. Ob und wie ein solches Monitoring in den spitzensportlichen Trainings- und Wettkampftag integriert wird und mit welchen Problemen hierbei zu rechnen ist, wurde allerdings noch nicht thematisiert. An dieser Stelle bleibt jedoch festzuhalten, dass es zukünftig vor allem die zugrunde liegenden Mechanismen von Verletzungen noch besser zu verstehen gilt, indem die Interaktionsprozesse der Athleten mit ihren jeweiligen materialen und sozialen Umgebungsbedingungen genauer untersucht werden (vgl. Bahr & Holme, 2003; Van Mechelen, Hlobil & Kemper, 1992). Diese Mechanismen scheinen weitaus komplexer als bislang vermutet, denn neben dem komplexen Zusammenspiel physischer und psychischer Faktoren lassen sich auch soziale Bedingungen identifizieren, die einen Einfluss auf die Entstehung von Verletzungen haben können. Ein besonderes Augenmerk sollte daher zukünftig auf einer multidisziplinären Zusammenarbeit unter Einbezug der Sportorganisationen liegen (vgl. Chalmers, 2002). Eng mit der Erforschung der Ursachen von Verletzungen hängen auch epidemiologische Arbeiten zum Auftreten von Verletzungen zusammen, die Hinweise auf das Ausmaß der Verletzungsproblematik im Spitzensport bereithalten.

Verletzungsrisiken und das tatsächliche Auftreten von Verletzungen

Während das Auftreten von Verletzungen in verschiedenen Sportlerpopulationen noch recht häufig untersucht wird, liegen vergleichsweise wenige epidemiologische Studien mit Spitzen- oder Profisportarten vor. Die vorhandenen Studien weisen jedoch auf ein stark erhöhtes Verletzungsrisiko in den überwiegend untersuchten Mannschaftssportarten Fußball und Handball hin (vgl. Drawer & Fuller, 2002; Henke, 2006; Münker, Gerlach, Henke & Gläser, 1997; Seil, Rupp, Tempelhof & Kohn, 1998). So ist beispielsweise ein englischer Fußballprofi einem ca. 1000mal höheren Verletzungsrisiko ausgesetzt als Arbeitnehmer in der Baubranche oder im Bergbau, deren Berufe normalerweise als hochriskant eingestuft werden (vgl. Hawkins & Fuller, 1999). Einer aktuellen Studie zu Folge (vgl. Walden, Hagglund & Ekstrand, 2005) liegt die Verletzungsrate bei großen Fußballturnieren mit ca. 69 Verletzungen pro 1000 Spielstunden deutlich höher als im normalen Spielbetrieb (ca. 30 Verletzungen pro 1000 Spielstunden) oder im Training (ca. sechs Verletzungen pro 1000 Spielstunden). Aber auch in Individualsportarten wie der Leichtathletik treten häufig Verletzungen auf. Im Gegensatz zu den Mannschaftssportarten mit einer großen Anzahl an Unfällen und traumatischen Verletzungen dominieren hier jedoch eher überlastungsbedingte Beschwerden (vgl. Emrich, Fröhlich, Güllich & Klein, 2004; Thiel, Mayer & Digel, 2009). Vorverletzungen scheinen dabei eine bedeutsame Rolle zu spielen, wie Hagglund, Walden & Ekstrand (2006) am Beispiel von Fußballprofis zeigt. Bei gleicher Spielbelastung scheinen sich Spieler im Folgejahr einer Verletzung signifikant häufiger erneut zu verletzen. Vereinzelt werden auch Spät- und Folgeschäden thematisiert, die sich durch ein spitzensportliches Engagement ergeben. Degenerative Gelenkerkran-

kungen werden hier am häufigsten genannt (vgl. Drawer & Fuller, 2001; Kujala et al., 2003; Schmitt, 2006). Das Risiko der Ausbildung einer Gelenksarthrose nach der sportlichen Karriere ist für Profifußballer und Handballer beispielsweise signifikant höher als für die Allgemeinbevölkerung (vgl. Drawer & Fuller, 2001; L' Hermette, Polle, Tournoy-Chollet & Dujardin, 2006). In Individualsportarten wie der Leichtathletik scheinen im Gegensatz zu Mannschaftssportarten jedoch nur in seltenen Fällen degenerative Folgeschäden aufzutreten (vgl. Kettunen, Kujala, Kaprio, Koskenvuo & Sarna, 2001; Schmitt, 2006; Schmitt et al., 2005). Es muss jedoch festgehalten werden, dass man über das tatsächliche Auftreten von Verletzungen in der spitzensportlichen Praxis und damit über die tatsächlichen Verletzungsrisiken nur sehr wenig weiß. Die Analysen von Thiel, Mayer und Digel (2009) zeigen darüber hinaus, dass bei vielen Spitzenathleten der Leichtathletik und bei Handballprofis regelrechte Serien schwerer Verletzungen auftreten, die von chronischen Schmerzen und Beschwerden begleitet werden. Allerdings wird ein wiederkehrendes Auftreten von Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen im Verlauf von individuellen Spitzensportlerkarrieren bisher kaum thematisiert.

Interventionsstudien zur Verletzungsprävention und zur Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Maßnahmen

Aus trainingswissenschaftlicher, biomechanischer und sportmedizinischer Perspektive wird für die verschiedenen Verletzungen nach Möglichkeiten einer möglichst schnellen und optimalen Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit gesucht. In Form von Interventionsstudien wird hierbei meist die Wirksamkeit spezifischer Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen an verschiedenen Patientenkollektiven überprüft. Obwohl in fast allen Arbeiten zum Bereich Sportverletzung Ansatzpunkte zur Prävention gegeben werden, liegen nur wenige kontrollierte Interventionsstudien vor. Diese Studien zeigen, dass beispielsweise durch eine propriozeptive Trainingsintervention in Spielsportarten die Rate vorderer Kreuzbandverletzungen, Sprunggelenksverletzungen und Muskelverletzungen reduziert werden konnte (vgl. Caraffa, Cerulli, Projetti, Aisa & Rizzo, 1996; Ekstrand, Gillquist & Moller, 1983; Hewett, Lindenfeld, Riccobene & Noyes, 1999; Knobloch & Martin-Schmitt, 2006; Thacker et al., 2003) oder dass durch ein systematisches Aufbautraining das Risiko für eine Rezidivverletzung deutlich reduziert werden kann (vgl. Hagglund, Walden & Ekstrand, 2006). Eher widersprüchliche Ergebnisse finden sich hingegen in Studien zur Wirkung eines Dehnungstrainings als Verletzungsprophylaxe (vgl. Klee, 2006; Magnusson & Renström, 2006; Witvrouw, 2004) oder in der biomechanisch-orthopädischen Sportschuh- und Einlagenforschung (vgl. Grau, Baur & Horstmann, 2003). Im Gegensatz zu traumatischen Verletzungen scheinen Verletzungen durch Überbelastung zwar leichter vermeidbar zu sein, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass sich Athleten, Trainer und medizinisches Personal für die frühzeitige Diagnose, Behandlung und entsprechende Präventionsmaßnahmen verantwortlich fühlen (vgl. Dalton, 1992). In den meisten Arbeiten wird zur Ableitung von Präventionsmaßnahmen allerdings nur die Häufigkeit, Lokalisation und Schwere von auftretenden Sportver-

letzungen ermittelt. Prospektive Untersuchungen zur Ermittlung konkreter Risikofaktoren oder die Messung der Effektivität präventiver Interventionsprogramme erfolgen hingegen selten (vgl. Chalmers, 2002). Aus medizinischer Sicht werden in diesem Zusammenhang auch konkrete Forderungen formuliert, die auf ein angemessenes Verhalten der Athleten und Trainer zur Verletzungsvermeidung abzielen. So wird schon seit längerer Zeit vorgeschlagen, dass die Verletzungsprävention eine Verhaltensänderung durch Gesundheitserziehung fokussieren sollte. Eine solche Gesundheitserziehung sollte primär auf die Vermittlung der Wichtigkeit einer vollständigen Rehabilitation, einer frühzeitigen Erkennung von Überbelastungssymptomen sowie auf eine Bereitstellung von Trainingsrichtlinien abzielen (vgl. Van Mechelen, Hlobil & Kemper, 1992, S. 320). Eriksson (2000) stellt für den Bereich einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Verletzungsprävention fest, dass auf der einen Seite massive Anstrengungen zur weiteren Leistungssteigerung von Athleten durch die Verbesserung der Ausrüstung und der Trainingsmethoden unternommen werden, wohingegen die getätigten Investitionen zur Vermeidung von Sportverletzungen unverhältnismäßig gering ausfallen. Obwohl die Ergebnisse jüngerer Studien ganz besonders auf das Ausmaß der Verletzungsproblematik im Spitzensport und auf die damit verbundene Notwendigkeit eines Einsatzes präventiver Interventionsmaßnahmen hinweisen (vgl. Galambos, Terry, Moyle & Locke, 2005; Thiel, Mayer & Digel, 2009), ist nur wenig über deren Akzeptanz und Umsetzung in der Trainingspraxis sowie über deren strukturelle Verankerung in Spitzensportorganisationen bekannt.

Bezug der medizinisch-naturwissenschaftlichen Arbeiten zum Verletzungsmanagement

Fragt man nach dem Bezug der naturwissenschaftlich ausgerichteten Arbeiten zum Umgang mit verletzungsbezogenen Entscheidungsproblemen, dann ergeben sich mehrere Anknüpfungspunkte. *Erstens* bilden diese Arbeiten aus medizinischer Sicht die zentrale Wissensgrundlage für Entscheidungen des medizinischen Personals. Grundlegend ist hierbei die Annahme, dass eine Ausweitung der Wissensbasis automatisch auch zu rationalen Entscheidungen der Ärzte und Therapeuten führt. *Zweitens* werden zentrale Richtlinien und Bewertungskriterien für richtiges ärztliches und therapeutisches Entscheiden bereitgestellt. Durch Vorgabe konkreter Handlungsanweisungen und normativer Richtlinien soll dabei die Entscheidungsfindung vereinfacht werden. In erweiterter Form gilt dies auch für Entscheidungen des Trainers oder der Athleten, beispielsweise wenn es um den Einsatz von Präventionsmaßnahmen oder um Fragen der Compliance geht. *Drittens* zeigen die vorliegenden Forschungsdefizite auf, in welchen Bereichen nur wenig verlässliches Wissen zur Entscheidungsfindung und Entscheidungsbewertung bereit steht, d.h. in welchen Bereichen Entscheidungen unter einem hohen Maß an Unsicherheit getroffen werden müssen. Für die Praxis des Spitzensports besteht damit vor allem das latente Problem einer „richtigen“ Einschätzung des Umgangs mit Verletzungen oder der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen. Insbesondere wenn wider-

sprüchliche wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, stellt sich die Frage nach der Entscheidungsgrundlage und der Bewältigung dieser Unsicherheit.

Über die tatsächliche Entscheidungspraxis im Kontext des Spitzensports und die dabei auftretenden Schwierigkeiten oder Konflikte der Personen, die Entscheidungen treffen müssen, ist damit jedoch noch nichts ausgesagt. Fraglich bleibt auch, inwieweit die diskutierten Maßnahmen überhaupt Anwendung finden und inwiefern aktuelle Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsrichtlinien bei der Betreuung von Spitzenathleten berücksichtigt werden. Solche Hinweise zur tatsächlichen Entscheidungspraxis im Spitzensport sind der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Schmerzen und Verletzungen zu entnehmen.

2.2.2. Sozialwissenschaftliche Perspektive

Eine differenzierte Auseinandersetzung mit Fragen des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen im Sport findet aus sozialwissenschaftlicher Perspektive bislang vor allem im internationalen Sprachraum und im Rahmen der „Sociology of pain and injury“ statt. Den Ausgangspunkt für eine verstärkte sozialwissenschaftliche Betrachtungsweise des Phänomens stellen journalistische und biografische Selbstbeschreibungen von Profisportlern dar, die trotz Schmerzen und vorliegenden Verletzungen einfach weiter an Wettkämpfen teilnehmen (vgl. im Überblick Roderick, 2006; Thiel, Mayer & Digel, 2009). Nachdem bis Anfang der 90er Jahre eine sozialwissenschaftliche Betrachtung aufgrund der Dominanz der am biomedizinischen Modell ausgerichteten Disziplinen weitestgehend außen vor blieb, konnte das Verständnis vom Umgang mit Verletzungen im Sport seither durch neue Erkenntnisse erweitert werden (vgl. im Überblick Howe, 2004a; Loland, Skirstad & Waddington, 2006; Thiel, Mayer & Digel, 2009; Young, 2004b). Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen typische Handlungsweisen beim Auftreten von Schmerzen und Verletzungen von Athleten verschiedener Sportarten und Leistungsklassen. Zunehmend werden auch soziale Handlungsweisen und die Interaktion der Athleten mit relevanten Umfeldakteuren, wie beispielsweise dem Trainer, anderen Athleten oder dem medizinischen Personal rekonstruiert und diskutiert. Darüber hinaus erfolgt eine Analyse geschlechtsspezifischer Besonderheiten beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen oder eine stärker psychologisch orientierte Auseinandersetzung mit der subjektiven Schmerzwahrnehmung und Schmerzbewältigung von Athleten. Eine Beschreibung der Organisation medizinischer Behandlung und Betreuung im professionellen Spitzensport und die kritische Diskussion der Rolle des medizinischen Personals sind ebenfalls Gegenstand jüngerer sportsoziologischer, -anthropologischer und -ethischer Forschungsanstrengungen. Darüber hinaus lassen sich Arbeiten finden, die das Management von Gesundheit und Verletzung zum Thema machen. Bei einer genaueren Betrachtung der wenigen Veröffentlichungen im deutschsprachigen Raum wird deutlich, dass der Umgang mit Schmerzen und Verletzungen im Sport erst seit kurzem explizit thematisiert wird. Unter dem Gesichtspunkt systematischer Grenzüberschreitungen im Leistungssport werden im Sammelband von

Moegling (2003b) verschiedene Themen wie Schmerz und Sport (Roessler, 2003), Schmerzerleben im Spitzensport (Abraham, 2003), Eigenwahrnehmung und Sportverletzung (Kleinert, 2003a), Verletzungskarrieren im Nachwuchsleistungssport (Fessler, 2003) oder der Umgang mit Sportverletzungen bei jugendlichen Handballspielern (Moegling, 2003a) diskutiert. Mit Ausnahme der jüngst veröffentlichten Studie von Thiel, Mayer & Digel (2009) zu „Gesundheit und Spitzensport“ liegen bislang jedoch noch keine zusammenhängende theoretische Auseinandersetzung und empirische Analysen zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen für die spitzensportliche Praxis in Deutschland vor. Die zentralen Erkenntnisse der sozialwissenschaftlichen Diskussion werden im Folgenden nach übergeordneten Themenbereichen gegliedert vorgestellt.

Der Umgang mit Schmerzen und Verletzungen im Sport und Spitzensport

Fasst man die zentralen Ergebnisse der Arbeiten zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen zusammen, dann lässt sich festhalten, dass Athleten verschiedener Leistungsklassen und Sportarten stark dazu tendieren, Wettkämpfe trotz vorliegender Schmerzen und Verletzungen zu bestreiten (vgl. Curry, 1993; Kotarba, 2004; Nixon, 1992, 1993, 1994a; Nixon, 2004; Roderick, 1998, 2004; Roderick, Waddington & Parker, 2000; Young, 2004a). Dieses so genannte Phänomen des „*playing hurt*“ - die Teilnahme an Wettkämpfen trotz Schmerzen und Verletzungen, wird dabei als eine Folge der Verdrängung des Risikos körperlicher Schädigung und der Bagatellisierung von Verletzungen und Schmerzen angesehen. Nicht nur für den Bereich des professionell betriebenen Sports wird daher von einer starken Tendenz zum „normalizing risk“ und „normalizing injury“ gesprochen. Diese sportspezifische Kultur des Risikos („*culture of risk*“) wird als zentraler Erklärungsansatz für das Handeln der Athleten sowie der Trainer und medizinischen Betreuer herangezogen (vgl. Nixon, 1993, 1994b). Insbesondere die Athleten befinden sich hierbei in einem „*risk-pain-injury paradox*“, denn auf der einen Seite zwingt der Sport die Athleten, stets bis ans körperliche Limit zu gehen. Auf der anderen Seite liegt es im Selbstinteresse des Athleten, kein allzu großes Verletzungsrisiko einzugehen, da nur mit einem funktionsfähigen Körper sportliche Betätigungen möglich sind (vgl. Nixon, 1994a, 2004). Die für den Forschungsbereich grundlegenden qualitativen und quantitativen Analysen von Nixon (1992) legen nahe, dass durch die Charakteristika von spitzensportlichen Netzwerken die Akzeptanz von Schmerzen und Verletzungen verstärkt wird, was wiederum dazu führt, dass die Athleten von einer frühzeitigen und regelmäßigen medizinischen Behandlung absehen. Dies führt er auf einen „*biased social support*“ zurück, einer stillschweigenden Übereinkunft der Umfeldakteure darüber, wie angemessen mit Schmerzen und Verletzungen umzugehen ist. Eine ausführliche Beschreibung des zentralen Phänomens, „*playing hurt*“ erfolgt für spitzensportliche Kontexte bislang vor allem im Zusammenhang mit dem englischen Profifußball und -rugby (vgl. Howe, 2004a, 2004b; Roderick, Waddington & Parker, 2000; Waddington, 2000). Diese Problematik zeigt sich jedoch auch im deutschen Profihandball und in der Spitzenleichtathletik, allerdings weisen Thiel, Mayer & Digel (2009)

in diesem Zusammenhang auf sportart- und verletzungsspezifische Unterschiede hin. Insbesondere die Verdrängung von Schmerzen durch den Einsatz von Schmerzmedikamenten scheint bei den Spitzenhandballern und -leichtathleten an der Tagesordnung. Den Ergebnissen aus Arbeiten mit Sportlern unterer und mittlerer Leistungsklassen verschiedener Sportarten zufolge, zeigt sich jedoch auch hier eine starke „culture of risk“ und die Tendenz, dass Athleten bei Verletzungen und körperlichen Beschwerden keine Genesungspause einlegen (vgl. Albert, 2004; Donnelly, 2004; Frey, Preston & Bernhard, 2004; Moegling, 2003a; Pike, 2004; Singer, 2004; Walk, 1997; Young, 2004a). Darüber hinaus machen Liston, Reacher, Smith, & Waddington (2006) in ihrer Studie zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen in den unteren Rugby-Ligen darauf aufmerksam, dass die Kultur des Risikos wohl nicht durch kommerziell und finanziell erzeugten Druck zustande kommt, vielmehr werden die Ursachen für einen problematischen Umgang mit der Gesundheit in den Wurzeln des Sports vermutet.

Die Analyse der Karriere eines Amateur Wrestlers durch Curry (1993) legt nahe, dass die Bagatellisierung von Schmerzen, Verletzungen und gesundheitlichen Risiken auf Sozialisationsprozesse zurückzuführen ist, die schließlich dazu beitragen, dass Verletzungen zu einem Bestandteil der Rollenidentität eines Sportlers werden. So scheinen Nachwuchsathleten im Karriereverlauf von den erfolgreichen Athleten und Trainern, die selbst einen ähnlichen sportspezifischen Sozialisationsprozess durchgemacht haben, einerseits zu lernen, Verletzungsrisiken bewusst zu verdrängen und andererseits Verletzungen und Schmerzen als normalen Bestandteil ihres sportlichen Alltags anzusehen. Sozialisationsprozesse, die zu einer Akzeptanz der „culture of risk“ oder zu einem problematischen Umgang mit der eigenen Gesundheit führen können, werden zwar oftmals angesprochen, aber empirisch nicht genauer analysiert.

Dass Umfeldakteure das Handeln der Athleten beim Auftreten von Verletzungen maßgeblich beeinflussen, wird als Annahme zu Grunde gelegt. Kontroverse Ergebnisse finden sich hingegen bei der Frage nach der Art des Einflusses, wie beispielsweise auf eine Wettkampfteilnahme trotz Beschwerden. Für den Bereich des englischen Profifußballs wird von einer starken Einflussnahme der Teammanager und des Trainerstabes berichtet, die teils offen, teils verdeckt den Einsatz angeschlagener Spieler fordern (vgl. Roderick, Waddington & Parker, 2000). Aus einer Studie von Nixon (1994b) zum amerikanischen College-Sport lässt sich hingegen ableiten, dass Athleten gezielt Hilfe bei Trainern und Gesundheitsexperten suchen, diese überwiegend erhalten und eher davon abgehalten werden müssen, verletzt zu spielen. Vor allem die Trainer nehmen eine Sonderstellung ein, wenn es um den Umgang mit Verletzungen geht. Die von Walk (1997, 2004) untersuchten „student athletic trainers“ haben zum Beispiel große Probleme, zwischen den zu betreuenden Athleten und den fest angestellten Trai-

nern zu vermitteln⁴, wenn die betreuten Athleten gesundheitsbezogene Dienstleistungen ablehnen und deren Anweisungen nicht befolgen.

Im deutschsprachigen Raum wird ein problematischer Umgang mit Schmerzen und Verletzungen vor allem im Zuge der Thematisierung von Nebenwirkungen und Folgeschäden eines Einsatzes von Dopingpräparaten thematisiert (vgl. Berendonk, 1991; Berglund, 1999; Parssinen & Seppala, 2002; Treutlein, Singler & Arndt, 2003). In der soziologisch-systemtheoretischen Auseinandersetzung mit der Dopingproblematik wird vor allem die Bedeutung sozialstruktureller Bedingungen und die so genannte „biographische Falle“ für den Umgang mit körperlichen Leistungsgrenzen und in Ansätzen auch für den Umgang mit Verletzungen und Beschwerden herausgearbeitet. Die „biographische Falle“ ist dabei durch eine zunehmende Verringerung der exit-option aus dem Leistungssport im Laufe der Sportlerkarriere gekennzeichnet, was mit einer absoluten Fokussierung sämtlicher Lebensaspekte auf die sportlichen Belange einherzugehen und damit der Anwendung verbotener und gesundheitsschädigender Praktiken den Weg zu bereiten scheint (vgl. Bette & Schimank, 1994, 1995; Bette, Schimank, Wahlig & Weber, 2002). Im Zusammenhang mit der Aufarbeitung des Staatsdopings in der ehemaligen DDR verweist Spitzer (2006) darüber hinaus auf die systematische Zufügung von Schmerz im Hochleistungssport und macht darauf aufmerksam, dass Athletinnen und Athleten lediglich als austauschbare Objekte behandelt wurden. Durch die bedingungslose Verfolgung des Ziels einer ständigen Steigerung der sportlichen Leistungsfähigkeit nahmen Trainer, Sportwissenschaftler, Ärzte und Biologen Schmerzen, Verletzungen und gesundheitliche Langzeitschäden der Athleten scheinbar ebenso in Kauf wie Verletzungen bestehenden Rechts und ethischer Konventionen. Eine indirekte Thematisierung des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen erfolgt auch im Zuge der Auseinandersetzung mit Karriereverläufen von Spitzensportlern (vgl. Delow, 2000) und von Nachwuchsathleten (vgl. Richartz, 2000) sowie auch ansatzweise in der soziologischen Auseinandersetzung mit dem Körper im Spitzen- (vgl. Bette, 1999) oder Extremsport (vgl. Bette, 2004). Dabei werden entweder auf die grundlegenden Probleme verwiesen, die mit Verletzungen einhergehen oder gesundheitsschädigende Körperpraktiken angesprochen. In der körpersoziologischen Diskussion wird das Thema Schmerzen und Verletzungen in sportlichen Kontexten nur ganz am Rande aufgegriffen (vgl. Gugutzer, 2004).

Schmerzen und Verletzungen in männlichen Sportkulturen

Ein weiterer Forschungsbereich bezieht sich auf die Schnittstelle zwischen Gewalt, Risiko und Pflichtbewusstsein in männlich dominierten Sportkulturen. Die Ergebnisse der Studien zu subjektiven Erfahrungen und zur Bedeutung von Verletzungen bei jungen Männern verweisen

4 Als „student athletic trainer“ werden solche Trainer bezeichnet, die sich noch in der Ausbildung befinden. Neben den fest angestellten Trainern und dem medizinischen Personal bilden diese das Unterstützungsumfeld im nordamerikanischen Collegesport (vgl. Walk, 1997).

darauf, dass diese tendenziell Schmerzen ausblenden, Schmerzen nicht beachten, diese vor anderen leugnen und entpersonalisieren. Über verletzte Körperteile wird so gesprochen, als wären sie gar nicht mehr Teil des eigenen Körpers. Die eigene Männlichkeit lässt sich demnach beim Sporttreiben unter Schmerzen oder beim Auftreten von Verletzungen prominent darstellen (vgl. Young, 1993; Young, Mc Teer & White, 1994). Im Zusammenhang mit der Analyse von Männlichkeitsritualen in der Kontaktsportart American Football wird zusätzlich auf die Bedeutung externaler Faktoren in Form von sozialem Druck verwiesen. Die von Trainern, Mannschaftskameraden oder Fans eingeforderte Opferbereitschaft für das Team wird hierbei als Verstärker des „playing hurt“ angesehen (vgl. Messner, 1990; Sabo & Panepinto, 1990). Der Großteil der soziologisch orientierten Arbeiten bezieht sich vor allem auf die Erfahrungen von Männern. Die wenigen Forschungsergebnisse zu den Erfahrungen von Frauen beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen in weiblichen Sportnetzwerken weisen zwar auf leichte geschlechtsspezifische Unterschiede hin, dennoch sind auch hier Vorstellungen weit verbreitet und akzeptiert, welche die Risiken des Sporttreibens mit lädierten Körpern minimieren, bagatellisieren, rationalisieren oder glorifizieren (vgl. Nixon, 2004; Theberge, 1997; Thing, 2004; Young & White, 1995). Es wird nicht nur auf ein massives Forschungsdefizit für den Umgang mit Schmerzen und Verletzungen in spezifischen Sportlerpopulationen verwiesen, sondern auch der Mangel an theoriegeleiteten empirischen Untersuchungen beklagt, die über die bekannten Beschreibungen des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen hinausgehen (vgl. Pike & Maguire, 2003; Roderick, 2006).

Subjektive Schmerzwahrnehmung und Schmerzbewältigung im Spitzensport

Ein sehr neues sportpsychologisches Forschungsfeld beschäftigt sich mit der subjektiven Schmerzwahrnehmung und Schmerzbewältigung von Athleten im sozialen Kontext des (Spitzen-)Sports. Ausgehend von aktuellen Erkenntnissen der Schmerzforschung wird darauf hingewiesen, dass Schmerz über das bloße Zusammenwirken von Nerven und Neurotransmittern hinausgeht und auch im Sport als Zusammenwirken psychischer und sozialer Prozesse zu betrachten ist. Dabei ist vor allem die individuelle Interpretationen von Schmerz vor dem jeweiligen soziokulturellen Hintergrund zu beachten (vgl. Abraham, 2003; Bendelow, 2000; Lolland, Skirstad & Waddington, 2006; Roessler, 2006; Waddington, 2006). Zu einer solchen „Psychology of pain in sports“ liegen allerdings nur sehr wenige empirische Studien vor. Wie Spitzenathleten Schmerzen wahrnehmen, welche Coping Strategien sie anwenden und wie sie verletzungsbezogene Probleme ausdrücken, wurde bislang lediglich von Roessler (2003, 2004, 2006) untersucht. Die auf qualitativen Interviews und quantitativen Befragungen dänischer Spitzenathleten aus den Sportarten Fechten, Fußball und Judo beruhenden Ergebnisse zeigen, dass das Ignorieren von Schmerzen eine dominante Copingstrategie darstellt. Darüber hinaus wird davon berichtet, dass die Athleten eine erhöhte Schmerztoleranz aufzuweisen scheinen, aber gleichzeitig in der Lage sind, verschiedene Schmerztypen zu unterscheiden. Die theoretische Fundierung dieses Forschungsbereichs steckt allerdings noch in den Kinder-

schuen. Erste Auseinandersetzungen aus theoretisch-methodischer Perspektive zeigen, dass das Phänomen Schmerz als ein Grenzbereich aufzufassen ist (vgl. Loland, 2006, S. 49). Dieser Grenzbereich liegt zwischen den medizinisch diagnostizierbaren körperlichen Schmerzsymptomen und den subjektiven Einschätzungen einer Schmerzproblematik durch die betroffenen Personen. Für die Untersuchung der individuellen Schmerzwahrnehmung und des Umgangs mit Schmerzen werden entsprechend neue methodische Zugänge eingefordert, die das traditionell dualistische Verständnis von Sportlern und ihrem Körper in Frage stellt. Neben dem klassischen medizinischen Zugang, bei dem versucht wird, Schmerzen als physisches Naturphänomen möglichst genau zu beschreiben und deren Auftreten über kausale Wirkungsketten zu erklären, werden von Loland (2006) zwei theoretische Ansätze ins Feld geführt, die sich von ersterem radikal unterscheiden. Zum einen lässt sich Schmerz aus phänomenologischer Perspektive als unmittelbare subjektive Erfahrung auffassen, die sich einer objektiven Bestimmung entzieht. Beispielsweise wenn Athleten über Schmerzen berichten, obwohl sich aus medizinischer Sicht keine körperliche Ursache finden lässt. Schmerz kann zum anderen aus sozialkonstruktivistischer Sicht als das Produkt oder die Konstruktion des jeweiligen sozialen Kontextes angesehen werden. Wenn etwa vom Athleten erwartet wird, dass er Schmerzen zu ertragen hat und bei Verletzungen hart zu sich selbst sein muss. Solch sozialkonstruktivistische Sichtweisen, die meist auf den Ansätzen von Elias, Foucault oder Bourdieu basieren, liegen auch den meisten der bereits angeführten Arbeiten zu Grunde, die sich aus soziologischer Perspektive mit Schmerzen und Verletzungen im Sport auseinandersetzen. Beispielsweise bedienen sich Waddington (2000) und Malcolm (2006a) der Prozess- und Figurationstheorie von Elias, dahingegen erfolgt die Interpretation von Howe (2004a) mit Hilfe von Foucault und Bourdieu. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Ansatz wird von Thiel, Mayer & Digel (2009) zu Grunde gelegt, wobei vor allem auf die Arbeiten Luhmanns zurückgegriffen wird.

Mittlerweile ist zwar der individuelle und soziale Umgang mit Schmerzen und Verletzungen und dabei vor allem das Phänomen des „playing hurt“ für viele Bereiche des Sports beschrieben, allerdings finden sich kaum Studien mit international erfolgreichen Spitzenathleten. Darüber hinaus wird der Umgang mit Schmerzen und Verletzungen bislang eher als ein einheitliches Phänomen und damit wenig differenziert betrachtet. Dies betrifft vor allem zeitliche und strukturelle Komponenten. So werden beispielsweise aneinander anschließende Handlungen über den gesamten Verletzungsverlauf kaum betrachtet, der Trainingsprozess nur selten von Wettkämpfen unterschieden oder es erfolgt keine Abgrenzung einzelner Phasen im Verletzungsprozess. Darüber hinaus weiß man nur wenig über die individuellen Handlungsstrategien, die Athleten, aber auch Trainer zur Vermeidung von Verletzungen anwenden oder wie diese mit der permanenten Verletzungsgefahr umgehen. Obwohl nach Nixon (2004) die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung vor allem von der Qualität der sozialen Beziehungen zum medizinischen Personal oder zu den Trainern abhängig scheint, ist nur sehr wenig über

diese und weitere soziale Beziehungen bekannt, die Athleten in Zuge des Hilfesuchens bei Verletzungen oder zur Unterstützung deren Vermeidung aufbauen. Wie die formale Vernetzung des Athleten mit seinem individuellen Betreuungsumfeld konkret aussieht und welche informellen Absprachen und unausgesprochenen Vereinbarungen existieren, kann nur vermutet werden. Da kulturelle Unterschiede beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen zu erwarten sind, können die bisherigen empirischen Ergebnisse der internationalen soziologischen und psychologischen Diskussion nicht direkt auf den deutschen Spitzensport übertragen werden. Beispielsweise wird in Nordamerika fast ausschließlich der Collegesport untersucht, während in England der Profifußball und der Rugbysport im Fokus stehen. Zum anderen kommen Studien hinzu, die „normale“ Wettkampfsportler einer Sportart untersuchen. So finden sich beispielsweise Fallstudien zum Boxen (vgl. Shehard, 2006), Rudern (vgl. Pike, 2004), Langstreckenlaufen (vgl. Bale, 2006) oder Rennradfahren (vgl. Albert, 2004). Diese Studien tragen zwar zu einem besseren Verständnis des allgemeinen Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen im Sport bei, sind aber nicht problemlos auf den professionell betriebenen Spitzensport zu übertragen. Zwar lassen sich durchaus Gemeinsamkeiten finden, wie beispielsweise die Tendenz zum „normalizing injury and pain“, der konkrete Umgang mit Schmerzen und Verletzungen scheint jedoch sehr stark von sportart- und sportorganisations-spezifischen Besonderheiten beeinflusst zu werden (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Bezogen auf das methodische Vorgehen werden meist Fallstudien zu einzelnen Sportarten, Sportorganisationen oder Einzelsportlern unter Anwendung qualitativer Interviewmethoden erstellt. Biografische Ansätze und neu entwickelte methodische Zugänge, wie dies im Zuge der Diskussion zur Schmerzwahrnehmung gefordert wird, werden so gut wie gar nicht verwendet.

Die Rolle des medizinischen Personals im Spitzensport und sportmedizinische Betreuung

Obwohl die Bereitstellung medizinischer Versorgung für Spitzensportler ein enormes Konfliktpotential für Sportärzte birgt, wird dieses Thema vor allem unter Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte national als auch international nur wenig diskutiert und auf empirischer Basis analysiert (vgl. Anderson & Gerrard, 2005). Wichtige Hinweise zu grundlegenden Problemen der Sportmedizin geben die englischsprachigen Monografien von Waddington (2000), der den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Sport kritisch analysiert, sowie Howe's (2004a) ethnografische Arbeit zu „sport, professionalism and pain“. Howe untersucht darin neben dem Zusammenhang zwischen Sportmedizin, Körper und der Kultur vor allem die Machtkämpfe zwischen den Sportverbänden und den Sporttreibenden. In der deutschsprachigen Literatur wird die medizinische Betreuung vor allem im Zusammenhang der medizinischen Versorgung bei sportlichen Großereignissen wie z.B. den Olympischen Spielen beschrieben (vgl. Huber, Kreutzer, Eder, Scherer & Wohlfahrt, 2006; Jakob, Huber & Hörterer, 2002; Kindermann, Engelhardt & Eder, 2005). Hinzu kommt eine indirekte Thematisierung des medizinischen Unterstützungsumfelds im Zusammenhang mit dem Hochleistungssportsy-

stem in Deutschland und in anderen Staaten (vgl. Digel, Burk & Fahrner, 2006) oder im Rahmen von empirischen Evaluationsstudien zum (Nachwuchs-) Leistungssport (vgl. Emrich, 1996; Emrich, Fröhlich, Güllich & Klein, 2004). Zwar wird im Zuge der Auseinandersetzung mit der sportmedizinischen Betreuung an Olympiastützpunkten auf potentielle Konflikte zwischen einer kurz- und langfristigen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und der ethischen Verantwortung der Ärzte für die langfristige Gesunderhaltung der Athleten hingewiesen (vgl. Emrich, 1996). Auch wird die Verantwortung des Sportarztes und die ethischen Grundsätze seines Handelns betont (vgl. Grupe, 2003) oder die Rolle der Sportmedizin im Spitzensport kritisch hinterfragt (vgl. Digel, 1997, 2002). Theoretische und empirische Analysen zur Problematik ärztlichen und therapeutischen Handelns im Kontext des Spitzensports liegen im deutschsprachigen Raum jedoch so gut wie nicht vor.

Einen ersten Eindruck von der äußerst schwierigen Rolle, die Ärzte und Physiotherapeuten im Sport einnehmen, vermitteln Fallstudien zum Handeln von Ärzten und Physiotherapeuten in der englischen Rugby-Liga (vgl. Howe, 2004a, 2004b; Malcolm, 2006a, 2006b; Malcolm & Sheard, 2002), zu ethischen Problemen in der Praxis der medizinischen Betreuung im englischen Profifußball (vgl. Waddington, 2006; Waddington & Roderick, 2002; Waddington, Roderick & Naik, 2001) sowie zum organisationalen Gesundheitsmanagement in der deutschen Spitzenleichtathletik und im professionellen Handballsport (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Hinzu kommen die empirischen Untersuchungen von Walk (1997, 2004) und Safai (2003, 2004) zur Bereitstellung sportmedizinischer Leistungen im Collegiesport Nordamerikas. Die bisherigen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Einigkeit besteht darüber, dass sich die medizinische Behandlung in sportlichen Kontexten von der Behandlung in anderen sozialen Kontexten hinsichtlich Ablauf und Intensität unterscheidet. Die Ergebnisse dieser qualitativen Studien zur medizinischen Behandlung in Rugby und Fußballclubs weisen damit auf eine sehr eigentümliche Berufspraxis („peculiar practice“) hin, die unter ethischen Gesichtspunkten als äußerst bedenklich angesehen werden muss. Häufig sind auch Ärzte als Clubdoktoren beschäftigt, die gar keinen sportmedizinischen Background aufweisen. Das medizinische Personal scheint sich zwar auf der einen Seite um die Gesundheit der Athleten kümmern, auf der anderen Seite aber auch zur Reproduktion von Normen und Verhaltensweisen beitragen, welche Verletzungen legitimieren und normalisieren. Wie Safai (2003) in ihren Untersuchungen zur Arzt-Patientenbeziehung im kanadischen Collegiesport betont, kommt es zu regelrechten Verhandlungsprozessen, mit denen sehr häufig ethische Dilemmas, Spannungen und Konflikte einhergehen. Dies korrespondiert mit den Ergebnissen von Thiel, Mayer & Digel (2009), die darüber hinaus auf die bedeutende Rolle von Trainern und Physiotherapeuten in solch verletzungsbezogenen Verhandlungsprozessen hinweisen. Bezogen auf das eingesetzte medizinische Personal sind große sportartspezifische Differenzen zu beobachten. Insbesondere der Umfang der medizinischen Betreuung in Trainingsphasen unterscheidet sich beispielsweise zwischen den Sportarten Handball und Leichtathletik enorm. In Abhängigkeit der

Beschwerden werden in der Leichtathletik verschiedene Gesundheitsexperten aufgesucht, die in verschiedenen Dachorganisationen wie privaten Arztpraxen, Krankenhäusern, Universitätskliniken, Olympiastützpunkten oder Rehabilitationszentren ihrer Tätigkeit nachgehen. Hinzu kommen Funktionsrollen wie Nationalmannschaftsarzt und -physiotherapeut, die vor allem in Wettkampfphasen relevant werden (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Das Machtverhältnis zwischen Athleten, Trainern, Ärzten und Physiotherapeuten scheint in den konkreten sozialen Interaktionen und damit auch bei verletzungsbezogenen Entscheidungen eine zentrale Rolle zu spielen. Bedeutsam sind hierbei die Hinweise auf einen eingeschränkten Status des medizinischen Personals im Sport (vgl. Malcolm, 2006a, 2006b; Thiel, Mayer & Digel, 2009). Trotz zunehmender Forschungsanstrengungen im Bereich der medizinischen Betreuung im Spitzensport bleibt in den Worten Walks (2004, S. 265) jedoch festzuhalten, dass „our knowledge of the role of sports medicine personnel in studies of athlete risk, pain and injury is obviously in its infancy“. Dementsprechend fordert er: “New studies will require a focus not only on the practices and beliefs in institutionalised sports medicine, but also on the changing nature of the relationships among health care personnel and athletes. Finally, research must focus on the relative amounts of power over decision-making among all those involved in athlete health care, including coaches, athletic trainers, physicians, parents and the athletes themselves” (Walk, 2004, S. 265).

Management von Gesundheit und Verletzung im Spitzensport

Im Zuge der Auseinandersetzung mit der medizinischen Betreuung im Spitzensport wird verstärkt die Frage aufgeworfen, wer sich für die Gesundheit der Athleten verantwortlich zeigt und in welcher Form die Bereitstellung gesundheitsbezogener Leistungen gestaltet werden kann (vgl. Anderson & Gerrard, 2005; Pike, 2005; Thiel, Mayer & Digel, 2009; Waddington, 2006). Obwohl die Bearbeitung einer solchen Frage die Einnahme einer Steuerungs- und managementtheoretischen Perspektive erfordert, wird diese selten eingenommen. Zwar ist in jüngster Zeit auch vom psychologischen Verletzungsmanagement die Rede, allerdings verbergen sich dahinter keine steuerungstheoretischen Überlegungen, als vielmehr Hinweise zur praktischen „Anwendung von Methoden und Verfahren des psychologischen Trainings zur Verletzungsvermeidung, Heilungsunterstützung und Leistungsoptimierung im Sport“ (Kleinert & Hermann, 2007, S. 47)⁵. Erste Ansätze unter Berücksichtigung managementtheoretischer Überlegungen bilden die theoretischen und empirischen Analysen zum Gesundheits-

5 So sind in Abhängigkeit von der Problemlage des Athleten bestimmte Verfahren auszuwählen und in einem Übungs- und Trainingsprozess anzuwenden, wobei der Erfolg und der Nutzen dieser Maßnahmen regelmäßig kontrolliert werden sollen. Dabei hat sich die Auswahl der Verfahren und Methoden an der Zielsetzung des Verletzungsmanagements auszurichten und die Vorerfahrungen der Athleten zu berücksichtigen“ (vgl. Kleinert & Hermann, 2007, S. 47). Inwieweit diese Maßnahmen, wie die Aktivierungs- und Stressregulation, Motivationsregulation, die Optimierung von Bewegungs- und Handlungsabläufen oder komplexere Methoden wie beispielsweise ein Körpervertrauensstraining an die spitzensportliche Praxis anschlussfähig sind, wer für die Umsetzung zuständig ist und mit welchen Barrieren hierbei gerechnet werden muss, wird jedoch nicht thematisiert.

management im Spitzensport am Beispiel der Sportarten Handball und Leichtathletik von Thiel, Mayer & Digel (2009) sowie die Übertragung von Risikomanagement auf den professionellen Sport am Beispiel englischer Profifußballunternehmen (vgl. Fuller & Drawer, 2004). Hinzu kommt eine allgemeine Darstellung von Möglichkeiten eines Risikomanagements in verschiedenen Bereichen des Sports (vgl. Appenzeller, 2005; Spengler, Connaughton & Pittman, 2006). Die Untersuchungsergebnisse von Thiel, Mayer & Digel (2009) sowie von Drawer & Fuller (2002) sowie von Fuller & Hawkins (1999; 1997) weisen beispielsweise darauf hin, dass trotz hoher Verletzungszahlen in den jeweiligen Clubs, Vereinen oder Verbänden keine Risikovermeidungsstrategien installiert sind, die den Gesundheitszustand der Athleten systematisch überwachen, die (Berufs-)Risiken gezielt reduzieren oder die den Einsatz und Erfolg von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen kontrollieren. Über die Steuerung medizinischer Betreuungssysteme und die Koordination individueller sozialer Netzwerke im spitzensportlichen Kontext ist entsprechend nur wenig bekannt.

Bezug der sozialwissenschaftlichen Arbeiten zum Verletzungsmanagement

Aus den sozialwissenschaftlichen Arbeiten lassen sich zwar einige Rückschlüsse zur verletzungsbezogenen Entscheidungspraxis ziehen, die jeweils zu Grunde liegenden Entscheidungsproblem werden jedoch nur vage bezeichnet oder analysiert. Bei der Frage nach dem Bezug der dargestellten Arbeiten zu einem Verletzungsmanagement ergeben sich mehrere Anknüpfungspunkte. *Erstens* weist die empirische Rekonstruktion der Handlungen von Ärzten, Athleten und Trainern auf ein problematisches Entscheidungsverhalten beim Auftreten von Verletzungen in der Praxis des Spitzensports hin (z.B. playing hurt). Die Beschreibung des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen durch Athleten, Trainer und das medizinische Personal kann insbesondere dazu genutzt werden, zentrale Entscheidungsprobleme im Verletzungsprozess zu identifizieren. *Zweitens* ist davon auszugehen, dass Athleten Schmerzen und Verletzungen individuell unterschiedlich erleben. Denn „pain and injury are not experienced solely in physical or physiological terms, and athletes who ostensibly have the same injury do not necessarily experience pain or other reactions in the same way or to the same degree“ (Nixon, 2004, S. 81). Die subjektive Wahrnehmung und Konstruktion von Verletzungen ist bei einer sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung daher zu berücksichtigen. *Drittens* ist zu berücksichtigen, dass die kulturellen und sozialen Dimensionen des Handelns in Form bewusster oder unbewusster Handlungszwänge beim Auftreten von Verletzungen eine zentrale Rolle zu spielen scheinen. Analysen zum Verletzungsmanagement dürfen demnach auch nicht isoliert vom sozialen Kontext des Spitzensports und Organisationen wie Vereinen, Verbänden, Olympiastützpunkten, Auswahlmannschaften oder medizinischen Einrichtungen betrachtet werden. Zu berücksichtigen ist *viertens*, dass die Behandlung durch einen Arzt stets in Interaktion mit dem Athleten stattfindet. In der Rehabilitation oder bei der Prävention ist dementsprechend mit verschiedensten Interaktionen zu rechnen und von einer wechselseitigen Verschränkung und Bedingtheit verschiedener Handlungen auszugehen.

2.3. Forschungsdefizit

Problemstellung und Forschungsstand verdeutlichen die Komplexität und Vielschichtigkeit der Frage nach einem möglichst ganzheitlichen Verletzungsmanagement im Spitzensport. Betrachtet man die bisherige wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Bezug zur Problemstellung, ergeben sich folgende Forschungsdefizite:

- Welche Mechanismen zu einem problematischen Umgang mit auftretenden Schmerzen und Verletzungen führen, ist für den spitzensportlichen Kontext noch nicht untersucht. Inwieweit hierdurch chronische Verletzungsverläufe und langfristige gesundheitliche Folgeschäden provoziert werden können, ist daher auch nicht bekannt.
- Nur ansatzweise kann bislang auch auf die biografische Relevanz von auftretenden Schmerzen und Verletzungen geschlossen werden, da individuelle Verletzungskarrieren von Spitzensportlern in ihrer psychosozialen Dimension bislang nicht betrachtet werden. Inwieweit es im Verlauf von Verletzungskarrieren zu einer Veränderung des Gesundheitsbewusstseins kommt und wie sich dies auf den Umgang mit Schmerzen und Verletzungen auswirkt, ist noch nicht Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.
- Wie Spitzenathleten, deren Trainer und das medizinische Betreuungspersonal mit auftretenden Schmerzen und Verletzungen umgehen ist sowohl unter theoretischen als auch empirischen Gesichtspunkten nur unzureichend thematisiert. So ist nur wenig darüber bekannt, wie medizinische Behandlungs- und Rehabilitationsprozesse ablaufen, welche Maßnahmen zur Vermeidung von Verletzungen ergriffen werden und wie mit leichten Verletzungen und auftretenden Schmerzen umgegangen wird. Wenig bekannt ist auch über die Nutzung außerhalb medizinischer Kontexte liegender Hilfestellungen bei der Bewältigung von Verletzungen. Gleiches gilt für die Fragen, wann und warum Spitzenathleten Verletzungspausen einlegen und wie der Wiedereinstieg ins sportliche Geschehen gestaltet wird.
- In der sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen werden verschiedene Verletzungstypen nur unzureichend berücksichtigt, meist werden Schmerzen oder Verletzungen als ein einheitliches Phänomen betrachtet. Ebenso sind psychische und soziale Einflussfaktoren, wie beispielsweise gesellschaftliche Rahmenbedingungen, organisationaler Strukturen und Prozesse oder die Rolle individueller Einstellungen, Wissensbestände und Bewältigungskompetenzen nur unzureichend thematisiert. Darüber hinaus wird deren Zusammenwirken unterkomplex bearbeitet und der Prozesscharakter von Verletzungen nicht ausreichend reflektiert.
- Obwohl es in den Arbeiten zur sociology of pain an injury in sports viele Hinweise zum Auftreten von Konflikten zwischen Athleten, Trainern und Ärzten gibt, ist über deren Entstehung und Verlauf so gut wie nichts bekannt. Eine Auseinandersetzung mit konflikt-

theoretischen Arbeiten erfolgt im Kontext von Verletzungen im Sport bislang entsprechend nicht.

- Der Einfluss sowie das komplexe Zusammenspiel psychischer und sozialer Faktoren im Verletzungsprozess, d.h. von der Entstehung über den Verlauf von Verletzungen bis hin zur Wiederherstellung von Gesundheit, wurde vor dem Hintergrund steuerungstheoretischer Überlegungen noch nicht reflektiert und dementsprechend empirisch auch noch nicht untersucht.
- Eine sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungsprozessen in spitzensportlichen Kontexten erfolgt bislang nicht. Entsprechend werden entscheidungstheoretische Zugänge zum Gegenstandsbereich bislang nicht verfolgt. Darüber hinaus erfolgt zur Erklärung des Umgangs mit Verletzungen nur eine spärliche Nutzung von organisations-, interaktions- und kommunikationstheoretischen Ansätzen.
- Obwohl sozialen Faktoren, wie beispielsweise dem professionellen Gesundheitssystem oder den in den Strukturen des Alltags versteckten informellen Systemen eine entscheidende Rolle beim Umgang mit Krankheiten zugeschrieben wird, ist theoretisch als auch empirisch noch nicht ausreichend geklärt, wie sich solch gesellschaftlichen Systeme in konkreten Handlungssituationen auswirken.⁶ Eine stärkere Verknüpfung von mikro- und makrosoziologischen Zugängen ist daher für eine Auseinandersetzung mit Bedingungen des Umgangs von Athleten und deren spezifischem Umfeld beim Auftreten von Schmerzen und Verletzungen notwendig⁷.
- Verletzungen werden mittlerweile auch im Sport als komplexes biopsychosoziales Phänomen angesehen. Allerdings wird das Forschungsfeld immer noch sehr stark durch den medizinisch-naturwissenschaftlich Blick und eine Bearbeitung sehr enger Fragestellungen dominiert. Nimmt man die Ergebnisse der im Verhältnis unterrepräsentierten sozialwissenschaftlichen Arbeiten ernst, dann spielen psychosoziale Faktoren jedoch eine große Rolle bei der Entstehung, dem Verlauf und der Bewältigung von Schmerzen und Verletzungen und bedürfen einer ebenso starken Berücksichtigung.
- Für den deutschsprachigen Raum liegen nur vereinzelte Arbeiten vor, die sich mit dem Themenkomplex Schmerzen und Verletzungen im Sport aus sozialwissenschaftlicher

6 Faltermaier (2005, S. 189) formuliert dies wie folgt „Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch diese gesellschaftlichen Systeme wesentlich beeinflusst und der soziale Umgang mit Gesundheit wirkt sich auch auf das Handeln der Individuen aus“

7 Denn neben der Fokussierung einer Beschreibung und Erklärung eng begrenzter Verhaltensweisen aus psychologischer Perspektive dominieren mikrosoziologischen Fragestellungen, die sich entsprechend auf einzelne Akteure, Individuen und deren Handeln beziehen. Obwohl zunehmend auch Fragen der Makrosoziologie bearbeitet werden, die sich entsprechend auf die Gesellschaft, gesellschaftliche Teilsysteme und deren Strukturen beziehen, steckt eine mesosozilogische oder Makro-Mikro-Soziologische Betrachtung noch in den Kinderschuhen.

Perspektive annähern. Studien mit Bezug zur Verletzungsproblematik im deutschen Spitzensport sind rar. Die empirischen Erkenntnisse zum Umgang mit Verletzungen sind dementsprechend unzureichend. Eine sozialpsychologische und soziologische Auseinandersetzung mit Schmerzen und Verletzungen im Sport beschränkt sich bislang fast ausschließlich auf den internationalen Sprachraum. Allerdings liegen auch hier nur wenige Arbeiten vor, die sich konkret mit dem Spitzensport, „professional sport“ oder „elite sport“ beschäftigen.

Zwischenfazit und weiteres Vorgehen

Theoriebasierte Auseinandersetzungen mit der Frage nach Ansatzpunkten für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport fehlen bislang ebenso wie systematische empirische Analysen zu den Bedingungen eines aus medizinischer Sicht problematischen Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen. Der explorative Charakter dieser Studie ist vor dem Hintergrund bestehender Forschungsdefizite entsprechend hoch. Um die angesprochenen Forschungsdefizite anzugehen, wird ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Zugang zum Forschungsproblem gewählt, der es erstens erlaubt, das Phänomen ‚Schmerz und Verletzung‘ in seiner psychischen und sozialen Dimension zu erfassen, der zweitens die Analyse verletzungbezogener Entscheidungsprobleme ermöglicht und der drittens die Einnahme einer managementtheoretischen Perspektive gestattet.

Ehe das weitere Vorgehen und die zentralen Leitfragen der Arbeit dargestellt werden gilt es im Rahmen methodologischer Vorüberlegungen den gewählten Zugang zu begründen, wobei insbesondere die grundlegenden Prämissen im Hinblick auf das vorliegende Forschungsproblem zu diskutieren sind. Denn mit dieser Auswahl ist die Festlegung auf eine erkenntnistheoretische Grundposition verbunden, die das weitere methodische Vorgehen sowohl in theoretischer als auch in empirischer Hinsicht vorsteuert.

3. Methodologische Vorüberlegungen und Zugang zum Forschungsproblem

In den sozialwissenschaftlichen Arbeiten zu Schmerzen und Verletzungen wird stets darauf hingewiesen, dass Schmerz- und Verletzungsphänomene als das Resultat eines komplexen Zusammenspiels biologischer, psychischer und sozialer Prozesse zu betrachten sind. Um analysieren zu können, wie Athleten, deren Trainer und weitere relevante Personen wie beispielsweise Ärzte oder Physiotherapeuten mit Schmerzen und Verletzungen umgehen ist jedoch zu klären, wie die mit den Begriffen Schmerzen und Verletzungen bezeichneten Phänomene überhaupt beobachtet werden können. Bereits ein erster Blick auf medizinische Verletzungsdefinitionen und ärztliche Diagnostik offenbart eine grundlegende Schwierigkeit bei der Auseinandersetzung mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport. Für die Stellung einer in medizinischen Kontexten anerkannten Verletzungsdiagnose muss der Arzt vorab festgelegte körperliche oder psychische Symptome erkennen, diese in ihrer Gesamtheit interpretieren und mit einem der gängigen Verletzungsbegriffe bezeichnen. Trotz medizinisch objektivem Anspruch kommt es dabei nicht selten vor, dass verschiedene Ärzte bei einem Patienten zu unterschiedlichen Verletzungsdiagnosen gelangen oder dass gar keine Diagnose gestellt werden kann, weil zu wenige Informationen über ein körperliches Phänomen vorliegen. Beispielsweise wenn ein Patient über Schmerzen im Bein klagt, der Arzt jedoch keine medizinisch-objektiven Anzeichen für eine Verletzung, wie beispielsweise einen Knochenbruch finden kann. Um die psychosoziale Dimension von Schmerzen und Verletzungen angemessen und in Relation zu medizinischen Vereinbarungen über Verletzungsmuster abbilden zu können, bietet sich ein konstruktivistischer Zugang zum Forschungsproblem an.

3.1. Konstruktivismus als erkenntnistheoretische Grundposition

Die mit dem Begriff Konstruktivismus zusammengefassten psychologisch-philosophisch-erkenntnistheoretischen Ansätze beschäftigen sich mit dem menschlichen Erkennen, Denken und Urteilen. Dabei ist die Annahme grundlegend, dass Erkenntnis nicht auf einer Korrespondenz mit der externen Wirklichkeit beruht, sondern immer auf eine Konstruktion durch einen Beobachter zurückzuführen ist. Erkennen, Denken und Urteilen sind demnach nicht getrennt von der zu erkennenden Welt zu sehen, sondern als Teil von ihr (vgl. Esposito, 1997a, S. 100; Simon, 2006, S. 12)⁸. Der für die vorliegende Arbeit besonders relevante soziale Konstruktivismus

8 Mit dem Begriff Konstruktivismus wird eine ziemlich heterogene Menge theoretischer Ansätze bezeichnet, die verschiedenen disziplinären Bereichen, wie beispielsweise der Biologie, Neurophysiologie, Kybernetik oder Psychologie entstammen (vgl. Esposito, 1997a, S. 100) und vor allem mit Heinz von Foerster, Humberto Maturana, Jean Piaget und Ernst von Glasersfeld in Verbindung gebracht werden. Erkenntnis ist dabei Entdeckung der Wirklichkeit, wobei es zur Errechnung und Erfindung einer Realität kommt (vgl. von Foerster, 1985, S. 31).

vismus geht davon aus, dass individuelle Weltbilder durch eine Geschichte von Interaktionen, die ein Individuum mit seiner physischen und sozialen Umwelt erfährt, geformt und aktiv konstruiert werden. Dabei ist Konstruktion „nicht als ein bewusster Prozess zu verstehen in dem Sinne, in dem etwa ein Ingenieur eine Brücke konstruieren würde, sondern als unbewusster Prozess, bei dem Erfahrungen geordnet und zueinander mehr oder weniger konsistent in Beziehung gesetzt werden“ (Simon, 2006, S. 68).

Konstruktivismus und Verletzung

Legt man eine solche Sicht zu Grunde, ist eine Verletzung nicht als eine (angeblich) objektiv bestimmbare Größe zu betrachten. Vielmehr steht das subjektive Bewusstsein eines Individuums zu diesem Thema (vgl. Bengel & Belz-Merk, 1997, S. 23-41) und die Genese eines solchen Bewusstseins in Abhängigkeit der sozialen Umwelt eines Individuums im Mittelpunkt. Denn wie Gesundheit und Krankheit auch sind Verletzungen ein „Bestandteil der gesellschaftlichen Konstruktion von Wirklichkeit“ (Schumacher & Brähler, 2004, S. 38) und demnach gleichermaßen als ein soziales und subjektives Phänomen zu verstehen (vgl. Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering, 1998, S. 13). Der konstruktivistische Blick ist damit direkt anschlussfähig an die aktuelle sozialpsychologische und stärker handlungstheoretisch ausgerichtete Gesundheits- und Krankheitsforschung (vgl. im Überblick Faltermaier, 2005) und ermöglicht die Integration der in medizinischen Kontexten vorliegenden Verletzungsdefinitionen als eine Realität unter vielen. Geht man davon aus, dass jedes Subjekt seine eigene Realität konstruiert, ist zu klären, wie sich dann überhaupt wissenschaftliche Erkenntnisse über den Umgang mit Schmerzen und Verletzungen gewinnen lassen.

Konstruktivismus und wissenschaftliche Erkenntnis

Legt man ein konstruktivistisches Wissenschaftsverständnis zu Grunde, dann ist von dem in den Naturwissenschaften verbreiteten Objektivitätsbegriff Abstand zu nehmen⁹. In der vorliegenden Arbeit wird entsprechend davon ausgegangen, dass Wissenschaft keine objektive, sondern nur eine subjektabhängige Erkenntnis produzieren kann (vgl. Maturana, 1982, S. 309). Wenn es keine ‚objektive Realität‘ gibt, die es möglichst genau zu beschreiben und zu erklären gilt, sind andere Kriterien für die Überprüfung wissenschaftlicher Erkenntnis notwendig. Als Überprüfungskriterien konstruktivistischer Modelle gelten „ihre Problemlösungskapazität, ihre Konsistenz und ihre Verknüpfbarkeit mit Modellen aus anderen Disziplinen“ (Hejl, 2005, S. 112). Mit der vorliegenden Arbeit wird demnach nicht versucht, „ein Abbild ‚der‘ sozialen Wirklichkeit anzustreben oder gar anzubieten“ (Hejl, 2005, S. 111). Vielmehr steht die Erzeugung *einer intersubjektiv nachvollziehbaren Rekonstruktion subjektiver und sozialer Realität(en)* im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses. Um wissenschaftliche

9 Heinz von Foerster formuliert dies wie folgt: „Objektivität ist die Wahnvorstellung, Beobachtungen könnten ohne Beobachter gemacht werden“ (von Foerster & Pörksen, 1998, S. 154). D.h. Erkennen ist ebenso wie das Denken nicht von demjenigen zu trennen, der erkennt und denkt. Menschliche Wahrnehmung und Erkenntnis sind damit zwangsläufig Subjektabhängig.

Aussagen zu generieren, ist es vor diesem Hintergrund notwendig, solche Rekonstruktionen durch eine Methodologie zu definieren, die in sich konsistent ist und von anderen nachvollzogen werden kann. Die Beschreibung und Erklärung eines Phänomens wird dabei durch die angewandte wissenschaftliche Methode validiert, denn diese legt die Eigenschaften des Erkennenden auf eine intersubjektiv überprüfbare Weise fest (vgl. Maturana, 1982).

Nach Luhmann (1997, S. 69) ist eine Beobachtung ein „Unterscheiden und Bezeichnen“, eine wissenschaftliche Beobachtung stellt demnach ein Unterscheiden und Bezeichnen nach bestimmten Regeln und Kriterien dar. Dabei lassen sich verschiedene Beobachter unterscheiden: Ein Beobachter erster Ordnung, beobachtet einen Gegenstand, wohingegen der Beobachter zweiter Ordnung analysiert, wie der Beobachter erster Ordnung beobachtet. Denn mit jeder Beobachtung sind „blinde Flecken“ verbunden, die nur durch einen Beobachter zweiter Ordnung identifiziert werden können, der bei seiner Beobachtung wiederum blinde Flecken aufweist usw. (vgl. Watzlawick, 1976)¹⁰. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit einem psychosozialen Phänomen wie den Umgang mit Schmerzen und Verletzungen im sozialen Kontext des Spitzensports erfordert daher, dass die zu erklärenden Phänomene gegeneinander abgrenzt und die Merkmale, durch die sie sich unterscheiden, so präzise wie möglich angegeben werden (vgl. Luhmann, 1997, S. 33-34). Daraus ergibt sich die Forderung, „theoriebautechnisch so transparent wie möglich zu verfahren und Begriffe als Entscheidungen auszuweisen, die mit erkennbaren Folgen geändert werden können“ (Luhmann, 1997, S. 43). Entsprechend ist für die weitere Bearbeitung der Problemstellung im Zuge der Konstruktion eines geeigneten theoretischen Ansatzes die Auseinandersetzung mit den zentralen Begriffen wie Verletzung, Schmerzen, Entscheidungen, Verhalten, Handlung, Umgang und Management usw. obligatorisch. Wissenschaftliche Theorien fungieren dabei „als Beobachtungsinstrumente für die analytische Durchdringung“ einer wie auch immer gearteten Wirklichkeit (Bette, 1999, S. 20)¹¹. Bildlich gesprochen unterscheiden sich verschiedene Theorien nach Bette (1999, S. 20) dadurch, dass sie mit unterschiedlichen Objektiven, Blenden und Lichtstärken wahrnehmen und so die Welt nach eigenen Gesichtspunkten und Präferenzen ordnen. Mit jeder wissenschaftlichen Theorie und methodischen Vorgehensweise sind damit spezifische Möglichkei-

10 Für die Analyse sozialer Sachverhalte verwendet Luhmann (1996, S. 18) hierfür den Begriff des „operativen Konstruktivismus“, der besagt, dass jede Beobachtung (und damit auch die wissenschaftliche) stets unter Bezug auf ihre eigenen Möglichkeitsbedingungen beobachtet werden kann. Denn mit jeder Beobachtung sind so genannte „blinden Flecken“ (blind spots) verbunden (vgl. Esposito, 1997a, S. 100). Damit wird betont, dass die entscheidende Einsicht in der Referenz auf Unterscheidungsoperationen liegt. Das heißt, es bleibt „keine Möglichkeit als: Realität zu konstruieren und eventuell: Beobachter zu beobachten, wie sie Realität konstruieren“ (Luhmann, 1996, S. 18).

11 Von einer konstruktivistischen Position aus gesehen ist die Funktion der Methodik nicht allein darin zu sehen, dass sichergestellt wird, dass man die Realität richtig (und nicht irrig) beschreibt. „Eher dürfte es um raffiniere Formen der systeminternen Erzeugung und Bearbeitung von Information gehen. Das heißt: Methoden ermöglichen der wissenschaftlichen Forschung, sich selbst zu überraschen“ (Luhmann, 1997, S. 37).

ten und Grenzen verbunden, die es in Abhängigkeit des Einsatzbereichs und der Komplexität der Fragestellung abzuwägen gilt. Denn „die Kunst der wissenschaftlichen Theorie- und Methoden-anwendung besteht darin, für die jeweilige Problemstellung die passenden ‚Objektive‘ zu finden und einzusetzen“ (Bette, 1999, S. 20).

In dieser Arbeit geht es vor dem Hintergrund der konstruktivistischen Grundannahmen demnach nicht um die Beschreibung und Erklärung der „einzig“ Realität, sondern um eine für andere nachvollziehbare und zugängliche Beschreibung und Erklärung des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport mittels einer bestimmten wissenschaftlichen Theorie, in diesem Fall der soziologischen Systemtheorie. Zu Bedenken ist, dass dabei - wie bei jeder Theorie - nur das Gesehene gesehen werden kann, was mit Hilfe der eingeführten Unterscheidungen fokussiert wird und dass bei jeder Beobachtung blinde Flecken auftreten, die nur durch eine Beobachtung der Beobachtung identifiziert werden können (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 22)¹². Für das weitere Vorgehen ergibt sich damit die Verpflichtung, den theoretischen Zugang, die Theoriebausteine und die damit einhergehenden Begrifflichkeiten transparent zu machen.

3.2. Soziologische Systemtheorie als theoretischer Rahmen

Den theoretischen Rahmen für die Bearbeitung der Problemstellung bildet die allgemeine soziologische Systemtheorie nach Luhmann (1984a, 1997)¹³. In ihrer Gesamtheit betrachtet stellt sich diese als ein „Netzwerk von Ideen, Vorstellungen und Begriffen“ dar (Simon, 2006, S. 7). Mittlerweile existieren zahlreiche komplexe Teiltheorien, die auf dieses Netzwerk zurückgreifen. Jeder Einzelansatz lässt sich dabei prinzipiell als Ausgangspunkt zur Beantwortung spezifischer Fragen einsetzen, wobei die Möglichkeit besteht, alle anderen Theoriebau-

12 Der theoretische Zugang wird letztlich nur als das Instrument angesehen, das die notwendigen Unterscheidungen für eine Beobachtung und Erklärung bereitstellt. Denn „jeder Akteur, der sich ein Bild von einer bestimmten Situation macht, in die er intervenieren möchte, macht genau dies: ein Bild aufgrund seiner Beobachtung der Situation. Es liegt dann auf der Hand, dass es von der Art und Weise, den Möglichkeiten und Restriktionen des Beobachtens abhängt, welches Bild dabei herauskommt und zu welcher Art und Form der Intervention ihn dies führt“ (Willke, 2004, S. 10).

13 In nahezu allen Wissenschaftsbereichen hat sich seit dem zweiten Weltkrieg ein neuartiges Paradigma (verstanden im Sinne der von Thomas Kuhn 1962 analysierten wissenschaftlichen Revolutionen) ausgebreitet, das eine radikal andere Art von Erklärungen für die beobachteten Phänomene konstruiert. An die Stelle geradlinig-kausaler treten dabei zirkuläre Erklärungen und anstatt isolierter Objekte werden die Relationen zwischen ihnen analysiert. Dabei unterscheiden sich zwar die Namen, mit denen die jeweiligen Theoriegebäude bezeichnet wurden von Fachdisziplin zu Fachdisziplin (Kybernetik, Systemtheorie, Kommunikationstheorie u.v.m.), allen gemeinsam ist jedoch die eingenommene Perspektive, die sich von anderen Formen des Denkens, wie beispielsweise dem Denken der newtonschen Physik oder des westlichen Alltagsdenkens unterscheidet. Grundlegend für dieses Paradigma ist auch ein verändertes Steuerungsverständnis, wobei sich Steuerung auf Verhalten, unabhängig von der Materialität des jeweils untersuchten Gegenstandes bezieht (griech. Kybernetes = Steuermann) (vgl. Simon, 2006, S. 12-13). In diesen Rahmen ist die neuere soziologische Systemtheorie einzuordnen, die seit geraumer Zeit eines der wenigen expandierenden Paradigmen in den Sozial- und Geisteswissenschaften darstellt und zunehmend auch in der Sportwissenschaft rezipiert wird (vgl. Bette, 1999).

steine darauf auszurichten (Bette, 1999, S. 64)¹⁴. Die neuere soziologische Systemtheorie formuliert einen universalistischen Geltungsanspruch zur Beobachtung aller sozialen Vorgänge (vgl. Bette, 1999; Luhmann, 1984a)¹⁵. Reklamiert wird damit kein ausschließlicher Wahrheitsanspruch im Verhältnis zu anderen, konkurrierenden Theorieunternehmungen, vielmehr begründet sich die Universalität der Gegenstandserfassung darauf, dass sie als soziologische Theorie alles Soziale, von der Handlung über Entscheidung, Kommunikation, Konflikt, Interaktion, Organisation bis hin zur Gesellschaft behandelt und nicht nur ganz spezifische Ausschnitte fokussiert, wie beispielsweise individuelle Handeln von Subjekten (vgl. Luhmann, 1984a, S. 9). Mit dem Versuch, die „Welt anhand eines durchgängig anwendbaren Problemrasters zu beobachten“ (Bette, 1999, S. 63) geht die Formulierung einer „facheinheitlichen Theorie“ einher (Luhmann, 1984a, S. 7ff). Diese zeichnet sich durch ein hohes Maß an innerer Homogenität aus und lässt sich damit für die Bearbeitung verschiedenster Probleme nutzen. Gerade bei einem solch ausdifferenzierten Forschungsstand wie zum Phänomen Verletzung im (Spitzen-)sport mit einer Vielzahl isolierter Einzelerkenntnisse eignet sich die soziologische Systemtheorie in besonderem Maße für eine mehrperspektivische Analyse, ohne dass dabei auf Theorien verschiedener Fachdisziplinen zurückgegriffen werden muss.

Für die Auseinandersetzung mit Schmerzen und Verletzungen wird vor dem Hintergrund zahlreicher Interaktionsprozesse beim Umgang mit Verletzungen im Spitzensport ein entscheidungstheoretischer Ansatz in den Mittelpunkt gerückt. Dies ermöglicht sowohl eine Analyse von Einzel- als auch von Gruppenentscheidungen sowie eine Berücksichtigung von sozialen und psychischen Bedingungen des Entscheidens. Damit lassen sich zum einen direkte Bezüge zur Management- und Organisationstheorie herstellen, zum anderen ist durch die Kommunikations- und Handlungstheorie sowie die Konflikttheorie eine Auseinandersetzung

14 Durch den hohen Ausarbeitungsgrad, die Sondersemantiken und durch die permanente Weiterentwicklung verschiedener Teilkonzepte ist der Preis, der zu bezahlen ist, wenn man sich auf eine systemtheoretische Perspektive einlässt, sehr hoch. Dies liegt unter anderem auch daran, dass die Systemtheorie keine hierarchisch aufgebaute Theorie darstellt, sondern aus mehreren gleichrangigen Theorieteilen besteht, die sich wiederum gegenseitig bedingen (vgl. Bette, 1999, S. 69). Mittlerweile existieren eine Vielzahl einzelner Bauteile, die in sich bereits einen enormen Komplexitätsgrad besitzen, wie beispielsweise Differenzierungs-, Evolutions-, Kommunikations- und Handlungstheorie (vgl. Bette, 1999, S. 69) oder die Entscheidungs-, Steuerungs-, Management- Organisations- oder Konflikttheorie. Dass hieraus zahlreiche Probleme im Austausch mit anderen Sportwissenschaftlern oder gar Sportsoziologen resultieren, denen die theoretischen Grundlagen weniger vertraut sind, liegt nahe. Auch die Vertreter der Sportpraxis werden Schwierigkeiten haben, die verwendeten Begrifflichkeiten und Denkmanöver nachzuvollziehen. Dies soll jedoch nicht als Argument gelten, eine weniger anspruchsvolle Theorie heranzuziehen oder weitestgehend „theorielos“ vorzugehen. Für die vorliegende Arbeit wird mit Blick auf eine stärkere Anwendungsorientierung der Sportwissenschaft jedoch der Anspruch formuliert, dass die folgenden Analysen auch von Nicht-Systemtheoretikern nachvollzogen werden können.

15 Die Systemtheorie als universalistische Theorie hat jedoch nicht den Anspruch, alles besser zu machen als andere Theorien, denn sie beobachtet auch nur das, was ihrer Instrumente und Methoden an Beobachtungsergebnissen zulassen (vgl. Bette, 1999, S. 67). Ein wesentliches Merkmal der Systemtheorie liegt jedoch in der „Fähigkeit, sich selbst und ihre Beobachtungsergebnisse zu relativieren und diese selbstauferlegte Beschränkung aus dem eigenen Theorieprogramm heraus zu begründen“ (Bette, 1999, S. 66).

mit sozialer Interaktion und des individuellen Verhaltens möglich. Darüber hinaus können psychische Aspekte beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen durch Rückgriff auf die Ausarbeitungen zu psychischen Systemen und zur konstruktivistischen Psychologie ergänzend hinzugezogen werden. Die Problematik eines Einsatzes inkommensurabler Theoriebausteine tritt bei einer Beobachtung psychosozialer Phänomene sowie bei der Bearbeitung von Fragen zu verletzungsbezogenen Entscheidungsproblemen und deren Management damit gar nicht erst auf. Bevor die Grundzüge der in dieser Arbeit fokussierten Theoriebausteine zu Entscheidung und Management diskutiert werden, sind die für das weitere Vorgehen zentralen Begrifflichkeiten und Grundannahmen offen zu legen.

Frage nach den Bedingungen der Möglichkeit

Bei einer systemtheoretischen Betrachtung gelangen automatisch viele Aspekte in den Blick, die auch in anderen Theorien (z.B. Handlungstheorien, Organisationstheorien, Interaktionstheorien, Kognitionstheorien) Aufmerksamkeit erregen. Dies geschieht allerdings in einer anderen Sichtweise. „Die Systemtheorie interessiert sich nicht für die schlichte Befindlichkeit des Seins und die Beschreibung von Phänomenen als Phänomene der Lebenswelt. Nur festzustellen, was der Fall ist, reicht ihr nicht aus. Sie fragt vielmehr nach den ‚Bedingungen der Möglichkeit‘ dessen, was als ‚normal‘ definiert wird. Denn bei genauerer Betrachtung erscheinen die so genannten Normalitäten des Alltags als höchst unwahrscheinliche Leistungen“ (Bette, 1999, S. 66). Dass ein verletzter Spieler auf dem Spielfeld medizinisch behandelt wird, liegt auf der Hand und lässt sich leicht beobachten. Fragt man allerdings nach den *Bedingungen der Möglichkeit* einer medizinischen Behandlung, wird deutlich, dass sehr viele Faktoren, wie z. B. die Identifikation einer Verletzung, das aktive Aufsuchen einer medizinischen Behandlung, die prinzipielle Verfügbarkeit eines Arztes oder ein Spielabbruch zusammenkommen müssen, damit es überhaupt zu einer Behandlung kommt. Im Gegensatz zur bisherigen psychologischen und soziologischen Auseinandersetzung mit der Verletzungsthematik im Sport, in der vor allem eine Beschreibung psychischer und sozialer Sachverhalte im Mittelpunkt steht, gilt es in der vorliegenden Arbeit vor allem auf eine Erklärung der beobachteten Sachverhalte abzielen. Es geht also nicht nur darum, einen bislang wenig untersuchten Phänomenbereich möglichst detailliert zu beschreiben. Vielmehr geht es um die Entwicklung eines allgemeinen Erklärungsansatzes für die beobachteten Sachverhalte, der vor den klassischen Disziplingrenzen nicht halt macht.

Kommunikationsbegriff und Abgrenzung von Verhalten und Handlung

Betrachtet man die in Medizin und Gesundheitswissenschaften gängigen Begrifflichkeiten, die für eine Auseinandersetzung mit Schmerzen und Verletzungen im spitzensportlichen Kontext von Relevanz sind, wird deutlich, dass einfache psychologische Erklärungsmodelle die Regel sind und die sozialen Aspekte des Verhaltens oder Handelns nur wenig Berücksichtigung finden. Von medizinischen Experten werden in Abhängigkeit von Krankheitsursachen, -symptomen und -verläufen spezifische Verhaltensweisen definiert, die das Krankheitsgesche-

hen beeinflussen können. Solche Verhaltensweisen lassen sich in die drei Bereiche Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten und Krankenrollenverhalten untergliedern. (vgl. im Überblick Buser, Schneller & Wildgrube, 2007; Faller & Lang, 2006; Faltermaier, 2005). Mit *Gesundheitsverhalten (health behaviour)* werden alle Aktivitäten einer sich gesund empfindenden Person bezeichnet, die Krankheiten verhindern und potentielle Krankheiten in einer noch nicht symptomatischen Phase aufspüren soll (vgl. Faltermaier, 2005, S. 173)¹⁶. Der Begriff wird demnach über das Verhalten einer noch gesunden Person und über ihre präventive Intention bestimmt. Das *Krankheitsverhalten (illness behaviour)* umfasst hingegen Verhaltensweisen von Personen, die bereits Symptome wahrnehmen und die sich darum bemühen, eine Diagnose oder geeignete Behandlung zu erreichen (vgl. Faltermaier, 2005, S. 174). Das im internationalen Sprachraum thematisierte *Krankenrollenverhalten (sick role behaviour)* bezieht sich auf Verhaltensweisen von solchen Personen, die bereits eine medizinische Diagnose erhalten haben und danach streben, geeignete Behandlungen zu erlangen oder das Fortschreiten der Krankheit zu verhindern. Im deutschen Sprachraum umfasst hingegen das Krankheitsverhalten bereits die Mitarbeit des Patienten im Rahmen der medizinischen Behandlung und demnach auch das Compliance- und Copingverhalten (vgl. Faltermaier, 2005, S. 174). In Abhängigkeit des zu Grunde gelegten Gesundheits- oder Krankheitsmodells werden entsprechend mehr oder weniger verschiedene Verhaltensweisen relevant. In einer anderen Denktradition ist hingegen das Gesundheitshandeln zu verorten. Aus handlungstheoretischer Perspektive wird hier stärker auf die Erklärung von alltäglichen Handlungen und gesunden Lebensweisen abgezielt, wobei vor allem die subjektiven und sozialen Vorstellungen von Gesundheit thematisiert werden (Faltermaier, 2005, S. 174).

Diese Bereiche des Gesundheitshandels, Gesundheitsverhaltens, Krankheitsverhaltens oder des Krankenrollenverhaltens werden in der Regel isoliert und entweder aus psychologischer, medizinischer oder soziologischer Perspektive betrachtet. Nur äußerst selten wird der gesamte Verlauf einer Verletzung oder Krankheit in den Blick genommen und die Prozesshaftigkeit des Verhaltens oder Handelns berücksichtigt. Durch den Ausschluss der zeitlichen Perspektive werden entsprechend auch die mögliche Rückkopplungsprozesse durch subjektiv erlebte Krankheitsverläufe und den damit zusammenhängenden sozialen Interaktionen ausgeblendet. Hinzu kommt ein grundlegendes begriffliches Problem, wenn die soziale Dimension individuellen Verhaltens betrachtet werden soll oder die wechselseitig bedingte Interaktion von Arzt und Patient mit dem Verhaltens- oder Handlungsbegriff zu beschreiben ist. An der Verwendung des Verhaltens- und Handlungsbegriffs in Medizin- und Gesundheitswissenschaft

16 Als Erklärungsmodelle liegen in diesem Kontext meist psychologische Verhaltensmodelle zu Grunde, entsprechend werden gesundheits- und krankheitsbezogene Kognitionen erfasst oder es werden Analysen zu subjektiven Krankheitsvorstellungen durchgeführt. Zur Erklärung und Vorhersage des Gesundheitsverhaltens wurden eine Vielzahl an Modellen entwickelt, wie zum Beispiel das „Health Belief Model“ oder das „Precaution Adoption Process Modell“.

wird deutlich, dass meist eine ganz spezifische wissenschaftliche Perspektive und dementsprechend auch ein spezifischer Ansatz zur Erklärung des jeweiligen „Umgangs“ mit Gesundheit, Krankheit und Verletzung zu Grunde liegt¹⁷. Für eine genauere Betrachtung der sozialen Dimension des Verhaltens und Handelns fehlen hier allerdings die Begrifflichkeiten, meist wird dann von Umgang oder sozialer Unterstützung gesprochen, allerdings ohne dies genauer zu bezeichnen. Dem Problem einer wechselseitigen Verschränkung von Handlungen in der Arzt und Patient Interaktion wird in der Medizinsoziologie zunehmend durch Rückgriff auf kommunikationstheoretische Ansätze begegnet, die menschliches Verhalten und Handeln abstrakter betrachten.

Für die soziologische Systemtheorie ist Kommunikation der Schlüssel zur Analyse sozialer Sachverhalte. Für die weitere Auseinandersetzung ist der hierfür charakteristische Kommunikationsbegriff einzuführen und dessen Abgrenzung zu Handlung und Verhalten vorzunehmen. Nach Luhmann (1984a) wird *Kommunikation* als Basiselement und kleinste Einheit aller sozialen Systeme angesehen. Dabei sind die Grenzen von Kommunikation anders definiert als die der Handlung. Während eine *Handlung* einem einzelnen Akteur als sinnhaftes Verhalten zugerechnet werden kann, geht dies bei der Kommunikation nicht¹⁸. Durch Kommunikation werden immer zwei oder mehrere Akteure miteinander verbunden. *Kommunikation* wird entgegen der umgangssprachlichen Begriffsverwendung dabei nicht als Handlung eines einzelnen Menschen oder als Übertragung von Informationen angesehen, sondern als Synthese von drei verschiedenen Selektionen. Kommunikation bedeutet dabei „die Selektion einer Information, Selektion der Mitteilung dieser Information und selektives Verstehen oder Missverstehen dieser Mitteilung und ihrer Information“ (Luhmann, 1995, S. 115). Dieses Umschalten von einer Handlungs- zu einer Kommunikationstheorie hat den Vorteil, dass erklärt werden kann, wie Verhaltensweisen und Handlungen unterschiedlicher Akteure gekoppelt werden (vgl. Simon, 2006). Kommunikation ist dementsprechend als Neukonzeption der klassischen soziologischen Begriffe Handlung und soziale Handlung¹⁹ anzusehen. Wird der Handlungsbegriff im Folgenden dennoch verwendet, ist damit stets die Zurechnung von Kommunikation auf eine Person gemeint. Mit *Verhalten* wird auch weiterhin jegliches äußerliches oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden eines Menschen verstanden, das prinzipiell beobachtet

17 Im internationalen Sprachraum wird häufig der Begriff Management verwendet, wenn es um die Beschreibung des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen geht, ohne dass die mit einer betriebswirtschaftlichen oder steuerungstheoretischen Perspektive einhergeht.

18 Zur Problematik des Handlungsbegriffs und der grundlegenden Differenzen zwischen Handlungs- und Systemtheorie siehe ausführlich Luhmann (1984a, 1984b)

19 Im Unterschied zur klassisch soziologischen Perspektive von Weber (1972, S. 1), der Handeln wie folgt definiert „Handeln‘ soll (...) ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußerliches oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und insofern als der oder die Handelnden mit ihm einen subjektiven Sinn verbinden. ‚Soziales Handeln‘ aber soll ein solches Handeln heißen, welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist“.

werden kann (vgl. Weber, 1972, S. 1). Im Unterschied zum Handeln erfolgt hier jedoch keine Sinnzuschreibung durch einen Beobachter oder durch die Person selbst. Der häufig verwendete Begriff *Umgang* wird ab jetzt immer dann verwendet, wenn auf die Gesamtheit aller individuellen und sozialen Prozesse mit Verletzungsbezug abgezielt werden soll, eingeschlossen werden damit alle verletzungsbezogenen Kommunikationen (inklusive Entscheidungen, Handlungen, Verhaltensweisen) und Gedanken.

Unterscheidung verschiedener Systemtypen und Systemebenen

Für das Grundverständnis systemtheoretischen Denkens ist die Unterscheidung in triviale und nichttriviale Maschinen zentral (vgl. von Foerster, 1988, S. 34)²⁰. Als triviale Maschinen werden berechenbare Systeme angesehen, die „wir im Zusammenspiel aufbauen können, weil wir die innere Struktur und den Plan dieser Maschine bestimmen können“ (von Foerster, 1988, S. 34). Eine triviale Maschine, wie beispielsweise ein Röntgengerät oder der Motor eines PKW kann entsprechend dadurch beschrieben werden, dass sie synthetisch determiniert, analytisch bestimmbar, vergangenheitsunabhängig und voraussagbar operiert (vgl. von Foerster, 1988, S. 41). Allerdings hat man es im Alltag nur selten mit trivialen Systemen zu tun, da meistens nur technische Maschinen diesem Ideal gerecht werden. Im Bereich des menschlichen Lebens und des menschlichen Zusammenlebens ist vielmehr von nicht-trivialen Systemen auszugehen, die analytisch unbestimmbar, vergangenheitsabhängig und unvoraussagbar funktionieren (vgl. Simon, 2006; von Foerster, 1988). Ein erster Bereich, in dem nicht-triviale Systeme die Regel sind, ist der Mensch mit seiner Psyche und seinem Körper. Beispielsweise ist die psychische Struktur eines Individuums „von Außen nicht nur undurchschaubar, sondern obendrein lernfähig und in der Lage, sich aufgrund von Erfahrungen zu verändern“ (Simon, 2006, S. 39)²¹. Was ein Athlet beim erstmaligen Auftreten einer Verletzung denkt ist, lässt sich nicht direkt beobachten, gleiches gilt für das erneute Auftreten derselben Verletzung mehrere Wochen oder Monate später. Beim zweiten Auftreten ist jedoch zu erwarten, dass die Bewusstseinsprozesse durch die Verletzungserfahrungen in veränderter Form ablaufen, beispielsweise wenn der Athlet im Gegensatz zum ersten Mal keine Notwendigkeit mehr sieht, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Ein zweiter Bereich, in dem nicht-triviale Maschinen die Regel sind, bezieht sich auf das menschliche Zusammenleben. Ob es sich dabei um eine Partnerschaft, eine Familie, eine

20 Eine Maschine wird dabei nicht "als eine Summe von ineinandergreifenden mechanischen oder elektronischen Teilen" verstanden, sondern als "eine begriffliche Struktur, die genau beschrieben und synthetisch definiert werden kann" (vgl. von Foerster, 1988, S. 34).

21 Simon (2006, S. 39) veranschaulicht diesen Sachverhalt wie folgt: „Man erzählt einem Menschen einen Witz, und er lacht sich schief, und man versucht, den Humor dieses Menschen (als eine Eigenschaft, die ihm zuzuschreiben ist) in bester naturwissenschaftlicher Manier zu testen, indem man das Experiment wiederholt. Man erzählt ihm denselben Witz erneut, sein Lachen wirkt ein wenig gezwungen; man erzählt ihn zum dritten Mal, die Versuchsperson verzieht gequält die Miene, und beim vierten Mal wird der Leiter des Experiments vom Probanden geschlagen.“

Fußballmannschaft, eine Sportorganisation, ein Wirtschaftsunternehmen, ein Staat oder die Weltgesellschaft insgesamt handelt – solche sozialen Systeme sind analytisch unbestimmbar, vergangenheitsabhängig und nicht im Sinne geradliniger Ursache-Wirkungs-Beziehungen steuerbar. Dies bedeutet jedoch nicht, dass keine zielgerichtete Beeinflussung möglich ist. Allerdings benötigt man hierfür ein anderes Steuerungsverständnis und eine entsprechend andere Vorstellung davon, wie das Erreichen von Zielen wahrscheinlicher gemacht werden kann (vgl. Simon, 2006, S. 40). Ob und wie eine Fußballmannschaft auf die Anweisung des Trainers reagiert, der mehr Körpereinsatz im Spiel einfordert, ist nicht voraussehbar, denn eine solche Aussage führt nicht automatisch bei jedem Spieler zu einem stärker körperbetonten Spiel. Wenn der Trainer allerdings weiß, dass die Mannschaft in der Vergangenheit auf solche Ansprachen immer mit verstärktem Einsatz reagiert hat, kann er zwar erwarten, dass sie auch zukünftig eine ähnliche Reaktion zeigt, sicher sein kann sich jedoch nie.

Für die weitere Auseinandersetzung mit Schmerzen und Verletzungen kommen damit verschiedene nicht-triviale Systeme in den Blick. Nach Luhmann (1984a, S. 16f) sind soziale Systeme wie Gesellschaft, Organisationen und Interaktionen von psychischen Systemen und Organismen (biologischen Systemen) zu unterscheiden. Beobachtungsleitend ist dabei die Differenz von System und Umwelt und die auf die Innendynamik von Systemen abzielende Leitdifferenz von Selbstreferenz/Fremdreferenz (vgl. Luhmann, 1984). Insbesondere die saubere Trennung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Systemreferenzen ermöglicht eine differenzierte Analyse sozialer Phänomene (vgl. Bette, 1999, S. 62). Dies gilt insbesondere für das vorliegende Forschungsproblem, bei dem mit einem komplexen Zusammenspiel biologischer, psychischer, interaktionaler, organisationaler und gesellschaftlicher Strukturen und Prozesse zu rechnen ist.

Nach Luhmann (1984a) bestehen soziale Systeme aus Kommunikationen und deren Zurechnung als Handlung, psychische Systeme hingegen operieren mit Gedanken und biologische Systeme auf Basis von lebensnotwendigen Stoffwechselprozessen. Durch strukturelle Kopplung bzw. Interpenetration (vgl. Luhmann, 1984a, S. 289ff) stehen die verschiedenen Systeme in einer mehr oder weniger stabilen wechselseitigen Austauschverhältnis. Beispielsweise sind „psychische Systeme mit den neurophysiologischen Prozessen des eigenen Organismus in dem Sinne gekoppelt, dass sie nur dann operieren können, wenn das biologische System lebt, mit dem sie verbunden sind“ (Esposito, 1997a, S. 187). Soziale Systeme sind ebenfalls mit den psychischen Systemen gekoppelt, da es ohne Bewusstseinssysteme auch keine Kommunikation geben könnte. Bewusstseinsinhalte sind deshalb keine Kommunikationsinhalte und Gedanken sind keine Elemente der Kommunikation (vgl. Esposito, 1997a, S. 187). Ein Athlet verarbeitet ein körperliches Signal in seinem Bewusstsein und kommt zu dem Schluss, dass es sich hierbei um einen Schmerz handelt. Erst wenn der Bewusstseinsinhalt „vorliegender Schmerz“ beispielsweise durch die Verbalisierung „Autsch“ mitgeteilt und vom Gegenüber

als Hinweis auf ein vorliegendes körperliches Problem verstanden wird, kommt es zur Kommunikation und damit zur Bildung eines sozialen Systems.

Das Besondere an sozialen Systemen liegt nun darin, „dass kommunikative Kontexte durch ihre Selbstreferenz und operative Schließung eine Logik der Differenz ausbilden, die jedes System zu einem eigenen Universum erhebt und damit die Verbindung zwischen Systemen zu einer unwahrscheinlichen Leistung kompliziert“ (Willke, 2004, S. 11). Damit geht die systemtheoretische Denkweise weit über eine reine Subjekttheorie hinaus und operiert umfassender als individualistisch orientierte Handlungstheorien (vgl. Bette, 1999, S. 62-63). Der Mensch als Ganzes wird dabei nicht als System angesehen, auch „wenn er für sich selbst und für Beobachter als eine Einheit erscheinen mag“ (Luhmann, 1984a, S. 67f). Vielmehr ist der individuelle Mensch aus systemtheoretischer Sicht ein „Konglomerat autopoietischer, eigen-dynamischer und nicht-trivialer Systeme“ (Luhmann, 2002, S. 82). Denn sein Körper ist ein biologisches, sein Bewusstsein ein psychisches System und soziale Systeme lassen sich wiederum in menschliche Handlungen dekomponieren. Soziale Systeme bestehen demnach nicht aus Menschen, menschlichen Körpern oder Gehirnen, sondern aus einem Netzwerk von Kommunikationen (vgl. Berghaus, 2003)²². Durch die Veränderung der Analyseeinheiten und durch eine Fokussierung kommunikativer Strukturen die „ihre Wirkungen hinter dem Rücken der Akteure entfalten und deren Handeln anstoßen“ wird auf eine „Subjekterhellung durch Entsubjektivierung“ abgezielt (Bette, 1999, S. 62).

Für eine angemessene Bearbeitung komplexer, interdependenter, konterintuitiver, polykontextualer, heterarchischer und rekursiver Sachverhalte reichen die Alltagsbegriffe bei weitem nicht aus (vgl. Bette, 1999, S. 69). Beispielsweise fehlen für eine angemessene Beschreibung und Erklärung der Wechselbeziehung zwischen Individuum und Gesellschaft, Individuum und Organisation oder Individuen und anderen Anwesenden Personen einfach die Worte. Im Gegensatz zu gängigen Theoriedarstellungen erhöht die soziologische Systemtheorie die Zahl der benutzten Begriffe und versucht sie mit Bezug zueinander genau zu bestimmen. Hierzu werden neue Begrifflichkeiten eingeführt und bestehende „Alltagsbegriffe“ möglichst exakt

22 Dieser Bruch mit traditionellen Denktraditionen wird meist auch als Ansatzpunkt von Kritikern genutzt, die der Systemtheorie vorwerfen, den individuellen Menschen nicht zu berücksichtigen. Dass Menschen in ihrer Gesamtheit als Umwelt sozialer Systeme angesehen werden, bedeutet jedoch nicht, „dass der Mensch als weniger wichtig eingeschätzt würde im Vergleich zur Tradition. Dem Standardeinwurf, dass eine Gesellschaft doch aus Menschen bestehen müsse, lässt sich dabei wie folgt begegnen: "Die älteren Gesellschaftsmodelle seien bekanntlich davon ausgegangen, daß die Gesellschaft aus Menschen bestehe. Doch irgendwann sei man zu der Überlegung gekommen: `Ja wenn nun jemand zum Friseur geht und sich die Haare abschneiden lässt - schneidet man dann auch etwas von der Gesellschaft ab?'" (Kruckis, 1999, S. 51). Dass der Mensch als Umwelt sozialer Systeme angesehen wird, hat demnach nichts mit Menschenfeindlichkeit zu tun, sondern hängt lediglich mit einer Abkehr vom ganzen Menschen als Analyseeinheit zusammen (vgl. Berghaus, 2003, S. 34).

definiert, so dass eine Sondersemantik zur Erklärung und Beschreibung sozialer und psychischer Sachverhalten entsteht (Bette, 1999, S. 69)²³.

Auf eine umfangreichere Darstellung der allgemeinen systemtheoretischen Grundlagen und der zentralen Begriffe wird an dieser Stelle bewusst verzichtet. Dies bleibt den zahlreichen Einführungswerken zur allgemeinen soziologischen Systemtheorie und zur systemtheoretischen Soziologie des Sports überlassen (vgl. Bette, 1999; Cachay & Thiel, 2000). Vielmehr wird der Versuch unternommen, die weiteren begrifflichen Grundlagen in den Text einzubinden, wenn diese im Zuge der weiteren theoretischen Auseinandersetzung mit dem Management verletzungsbezogener Entscheidungsprozesse gebraucht werden.

3.3. Zugang zum Forschungsproblem und Konkretisierung der Fragestellung

Die Bearbeitung der Problemstellung zum Verletzungsmanagement im Spitzensport erfordert zunächst eine erste Konkretisierung des zu Grunde liegenden Managementverständnisses.

Managementtheorie

Eine wesentliche Schwierigkeit besteht darin, dass mit jedem Zugang zum Management spezifische Vorstellungen der jeweiligen Organisation oder Unternehmung verbunden sind, die gemanaged werden sollen und in der gemanaged wird. Und im Gegenzug impliziert jeder Versuch der Beschreibung und Erklärung dessen, was eine Organisation ausmacht, auch eine ganz spezifische Auffassung von Management. (vgl. im Überblick Macharzina & Wolf, 2005; Staehle & Conrad, 1999; Steinmann & Schreyögg, 2000; Wolf, 2005). Dabei lassen sich nach Badelt, Meyer & Simsa (2007, S. 3-4) neben einer Beobachtung der Gesamtorganisationen mit ihren Strukturen und Prozessen auch Personen und ihre Verhaltensweisen, Gruppen und ihre besondere Dynamik sowie die Beziehung der Organisation zu ihren Umwelten fokussieren. Dementsprechend ist nicht nur die Frage nach der prinzipiellen Steuerbarkeit von Organisationen von Interesse, sondern vor allem die Frage, wie Menschen dazu gebracht werden können, bestimmte Ziele zu erreichen. Eine zentrale Rolle bei allen Ansätzen spielt der zu Grunde gelegte Entscheidungsbegriff, was zu entsprechenden Überschneidungen mit entscheidungstheoretischen Ansätzen führt.

Die Grundannahmen des systemtheoretischen Ansatzes lassen sich am besten in Abgrenzung zum betriebswirtschaftlichen und verhaltenswissenschaftlichen Zugang verdeutlichen²⁴.

23 Dies geschieht vor allem mit Begriffen wie Sinn, Zeit, Ereignis, Element, Relation, Komplexität, Kontingenz, Handlung, Kommunikation, System, Umwelt, Welt, Erwartung, Struktur, Prozess, Selbstreferenz, Geschlossenheit, Selbstorganisation, Autopoiesis, Individualität, Beobachtung, Selbstbeobachtung, Beschreibung, Selbstbeschreibung, Einheit, Reflexion, Differenz, Information, Interpenetration, Interaktion, Gesellschaft, Widerspruch, Konflikt (vgl. Luhmann, 1984a, S. 10).

Beim traditionellen *betriebswirtschaftlichen Zugang zum Management* geht es um die Frage, wie ein Unternehmen zielgerichtet zu gestalten, zu entwickeln und zu steuern ist. Der Managementbegriff wird hierbei mehrdimensional verwendet, was sich insbesondere an einem funktionalen und institutionellen Begriffsverständnis zeigt²⁵. Generell liegt den klassisch betriebswirtschaftlichen Zugängen die Annahme zu Grunde, dass Organisationen und Menschen zielorientiert und auf Basis rationaler Entscheidungen gesteuert werden können. Hierbei wird insbesondere auf präskriptive Entscheidungstheorien zurückgegriffen und entsprechend von einem Homo-oeconomicus ausgegangen, der auf Basis möglichst vollständiger Information rationale Entscheidungen trifft. Darüber hinaus Organisationsmodelle vor, die Organisationen im Sinne einer trivialen Maschine konzipieren. Als Gegenpol hierzu entwickelte sich vor allem im angloamerikanischen Raum eine *verhaltensorientierte Managementlehre*, bei der das konkret beobachtbare Verhalten von Menschen und die Entscheidungspraxis in Organisationen im Vordergrund steht²⁶. Die aus soziologischer, sozialpsychologischer, psychologischer und arbeitstechnischer Perspektive bearbeiteten Fragen drehen sich bei diesem Zugang darum, wie sich Menschen in Organisationen tatsächlich verhalten und warum sie sich so verhalten, wie sie sich verhalten²⁷. Darüber hinaus wird die Problemstellung bearbeitet, wie es gelingen kann, auf das Verhalten von Menschen in Organisationen einzuwirken (vgl. Horak & Heimerl, 2007, S. 172)²⁸. In diesem Zusammenhang ist auch die verhaltenswissenschaftliche oder empirisch-analytische Entscheidungstheorie und das hierbei häufig rezitierte „Garbage Can Decision Model“ von Cohen, March & Olson (1990) einzuordnen, das versucht, die in der Realität vorherrschenden Formen multipersoneller Entscheidungsprozesse theoretisch zu fas-

-
- 24 Folgt man Horak & Heimerl (2007), dann lassen sich ein betriebswirtschaftlicher, ein verhaltenswissenschaftlicher und ein systemtheoretischer Zugang zum Management unterscheiden. Diesen grundlegenden Zugängen lassen sich wiederum verschiedene Schulen oder Ansätze zuordnen, was sich an einem beinahe unüberschaubaren Konglomerat konkurrierender und sich ergänzender Management-, Organisations- und Unternehmensführungstheorien zeigt. Dieselbe Problematik findet sich auch bei der Auseinandersetzung mit Arbeiten zum Bereich des Sportmanagements (vgl. Thiel, Breuer & Mayer, 2008).
 - 25 In der deutschsprachigen Betriebswirtschaftslehre stehen im Zusammenhang mit Management traditionell vor allem monetäre Aspekte mit Fragen zum Rechnungswesen, Controlling, zu Finanzierung und Investition im Vordergrund (vgl. Horak & Heimerl, 2007, S. 172).
 - 26 Bereits früh zeigten Untersuchungen, wie beispielsweise die Hawthorne Experimente, dass Verhalten und Entscheidungsprozesse begrenzt rational ablaufen, von Emotionen beeinflusst werden und vor allem sozial geprägt sind (vgl. Wolf, 2005).
 - 27 Ein solches Managementverständnis liegt auch den sozialwissenschaftlichen Arbeiten zu Grunde, die sich mit Fragen des Managements von Verletzungen in englischen Proficlubs auseinandersetzen (vgl. Roderick, Waddington & Parker, 2000; Waddington & Roderick, 2002).
 - 28 Vor allem im Bereich des personalbezogenen Managements, d.h. wenn es um Fragen der Personalauswahl, des Personaleinsatzes, der Personalführung oder um die Personalfreisetzung geht, wird auf verhaltenswissenschaftliche Ansätze zurückgegriffen. Die bearbeiteten Themen reichen hierbei von der Identifikation individueller Fähigkeiten von Mitarbeitern und deren Motivation über informelle Regelsysteme in Form einer Organisationskultur bis hin zur Analyse sozialer Konflikte beispielsweise in Arbeitsgruppen (vgl. Staehle & Conrad, 1999).

sen und empirisch abzubilden²⁹. Strukturelle Aspekte und Fragen des Managements im Sinne einer Steuerung werden jedoch kaum bearbeitet, dementsprechend bestehen vor allem Defizite im Bereich der Verknüpfung der vorherrschenden individuumsbezogenen Analysen mit einem tragfähigen Verständnis von Organisationen (vgl. Wolf, 2005, S. 200). Vielmehr begnügen sich die Hauptvertreter wie Karl Weick, James March, Herbert A. Simon, Michael Crozier mit einer Deskription von Handlungssystemen. Handlungen werden hierbei als Basiselemente von Handlungssystemen und damit von Organisationen angesehen. Die Frage nach den Mechanismen, die Handlungen einer Vielzahl von Akteuren miteinander verbinden, so dass zeitlich überdauernde und koordinierte Handlungssysteme entstehen, bleibt jedoch unbeantwortet (vgl. Simon, 2007).

Einen Schritt weiter gehen die *systemtheoretischen Ansätze zum Management*. Hierbei werden Steuerungsaspekte in der Theoriebildung mit berücksichtigt und die Bedeutung von Organisationsstrukturen sowie die Wechselbeziehungen zwischen sozialen Systemen und Personen herausgearbeitet (vgl. Simon, 2007). Bei den neueren systemtheoretischen Zugängen zum Management werden, wie beim verhaltenswissenschaftlichen Zugang auch, grundlegende Zweifel an der Steuerbarkeit von Menschen, von menschlichem Verhalten in Organisationen und von Organisationen generell geäußert (vgl. Horak & Heimerl, 2007, S. 173). Organisationen werden als soziale Systeme dabei als selbstgesteuert und als grundsätzlich autonom betrachtet, da diese auf einen Steuerungseingriff wie beabsichtigt, aber auch anders oder gar nicht reagieren können (vgl. Baecker, 1999, 2003; Luhmann, 2000; Willke, 1999, 2001)³⁰. Auch im Kontext von Organisationen wird entsprechend davon ausgegangen, dass deren Steuerung nur in Form einer Selbststeuerung geschehen kann, die zwar durch Managerhandeln angeregt werden kann, aber nicht muss. Um als Manager oder Intervenierender überhaupt wirksam werden zu können, braucht es daher die Anschlussfähigkeit des Handelns an die Eigensinnigkeit des jeweiligen Systems, das beeinflusst werden soll. Das zu beeinflussende System weist jedoch nicht nur eine hohe Eigenkomplexität auf, sondern befindet sich auch in einem stetigen Wandel. Ein Steuerungshandeln ist demnach immer von hoher Unsicherheit und permanenter Interaktion zwischen System, Mitgliedern und Umwelt geprägt. Bei einem systemtheoretischen Managementansatz wird der Fokus daher verstärkt auf die Einflüsse der Organisation auf das menschliche Verhalten und Handeln gelegt (vgl. Horak & Heimerl, 2007, S. 173). Dies geschieht durch eine Untersuchung von Strukturen, Prozessen und Regeln

29 Auf dieses Modell wird in der deutschsprachigen Sportmanagement-Diskussion gerne zurückgegriffen (vgl. Emrich, 2005; Nagel, 2008).

30 Damit verbunden ist die bereits angesprochene Notwendigkeit einer „Revision gängiger Annahmen über Veränderung, Anpassung, Beeinflussung, Entwicklung oder Lernen“ auf Basis eines „angemessenen Verständnisses der Dynamik nicht-trivialer Systeme“ (Willke, 1999, S. 2). Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass herkömmliche Strategien der Intervention und des Managements viele „Probleme nicht lösen, sondern in der Regel verschlimmern, weil nicht-intendierte Folgeprobleme die Undurchsichtigkeit und Brisanz der Lage nur noch erhöhen“.

einer Organisation (vgl. Willke, 1998, 2004) oder indem nach generativen Mechanismen und so genannten Systemarchetypen gefahndet wird (vgl. Senge, 2003). Denn „innerhalb von ein und demselben System produzieren alle Menschen, so verschieden sie auch sein mögen, tendenziell die gleichen Ergebnisse“ (Senge, 2003, S. 57). Personen machen in Organisationen nur dann einen wesentlichen Unterschied, „wenn sie Regeln, Strukturen und damit auch Erwartungen und Wirklichkeit verändern“ (von Eckardstein & Simsa, 2007, S. 377). Strukturelle Erklärungen stehen dementsprechend im Mittelpunkt, „weil nur sie zu den tieferen Ursachen des Verhaltens vorstoßen und dadurch Veränderungen der Verhaltensmuster möglich machen“ (Senge, 2003, S. 70). Damit verbunden ist jedoch ein nicht einfach nachvollziehbarer Perspektivwechsel vom Blick auf einzelne Ereignisse und Menschen mit ihren jeweiligen Handlungen hin zu den grundlegenden Strukturen von komplexen Situationen, zu einer verstärkten Wahrnehmung von Wechselbeziehungen anstatt linearer Ursache-Wirkungsketten und zu einer Wahrnehmung von Veränderungsprozessen anstatt von Schnappschüssen (vgl. Senge, 2003)³¹.

Soziologische Entscheidungstheorie

Den zentralen Theoriebaustein bei der Auseinandersetzung mit Fragen zum Verletzungsmanagement stellt die systemtheoretische Entscheidungstheorie dar (vgl. Luhmann, 1984a, 1984b, 2000). Auf diese wurde bislang vor allem im Zuge sportwissenschaftlicher Organisationsanalysen zurückgegriffen, eine Anwendung bei mikrosoziologischen Fragestellungen erfolgt bislang nicht³². Um der „Komplexitätsangemessenheit von Theorie und Methode“ (Bette, 1999, S. 20) im Rahmen der vorliegenden Arbeit gerecht zu werden, wird durch den Fokus auf Entscheidungsprobleme versucht, mikro- und makrosoziologische Perspektiven zu verknüpfen und die bislang weitestgehend ungenutzten Potentiale der Systemtheorie für mikrosoziologische Fragestellungen zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen durch Athleten und deren Trainer zu nutzen.

Üblicherweise wird der Entscheidungsbegriff als „umfassende Bezeichnung für den Vorgang des Auswählens einer Handlung aus einer mehr oder weniger fest umrissenen Menge von Handlungsmöglichkeiten aufgefasst“ (vgl. Wienold, 2007, S. 166). Auf einem solchen Begriffsverständnis basieren die gängigen und vor allem in den Wirtschaftswissenschaften do-

31 Praktikern fällt es in der Regel sehr schwer sich vorzustellen, „dass es jenseits der ‚realen‘ Personen noch eine andere, kommunikativ konstituierte Realität gibt, festgezurrt in semantischen Mustern, Kommunikationsregeln und spezialisierten Sprachspielen, die zumindest genauso relevant und wirksam für Organisationsprozesse und ihre Veränderung sind, wie die Einwirkung auf die betroffenen Personen“ (Willke, 1999, S. 2-3).

32 Die Vorstellung Luhmanns (2000), dass Organisationen aus kommunizierten Entscheidungen und nicht aus einzelnen Personen bestehen, führt zu einer veränderten Beobachtung und Beschreibung von Organisationen und deren Management. Ein solches Verständnis liegt beispielsweise auch den systemtheoretischen Analysen zum Management von Sportvereinen und zum Gesundheitsmanagement im Spitzensport zu Grunde (vgl. Thiel & Mayer, 2008; Thiel, Mayer & Digel, 2009).

minierenden präskriptiven und normativen Entscheidungstheorien, die eine Entscheidung als eine rationale individuelle oder kollektive Wahlhandlung bezeichnen und damit ausschließlich auf Präferenzen abzielen, bei denen es um ein besser oder schlechter geht. Bei solchen auf der rational choice Theorie basierenden Arbeiten steht dementsprechend die Frage nach der richtigen Entscheidung in verschiedenen Situationen im Mittelpunkt.

Aus systemtheoretischer Perspektive werden *Entscheidungen* hingegen ganz allgemein als Beobachtungen aufgefasst, die mit Hilfe von Alternativen beobachten (vgl. Luhmann, 2000, S. 132)³³. Eine Entscheidung stellt demnach die Festlegung auf eine Alternative dar und wird stets durch individuelle oder soziale Zurechnung an eine Person, eine Personengruppe oder an eine Organisation geknüpft. Gleichzeitig erfolgt bei der systemtheoretischen Entscheidungstheorie eine Umstellung von Präferenzen auf Erwartungen. Eine Entscheidung wird dabei als ein auf eine bestimmte Erwartung resultierendes Verhalten konkretisiert. Damit sind eine Ausweitung und vor allem eine Soziologisierung der Entscheidungstheorie verbunden, die eine Beobachtung von Entscheidungsproblematiken in den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Kontexten und unter besonderer Berücksichtigung der Sozialität des Entscheidens ermöglicht.

In der vorliegenden Arbeit geht es demnach nicht um die Ermittlung oder Vorhersage eines aus medizinischer Sicht richtigen und rationalen Entscheidungsverhaltens, sondern um eine Erschließung der Sinnstrukturen verletzungsbezogener Entscheidungen und um die Herausarbeitung des komplexen Zusammenspiels biopsychosozialer Einflussfaktoren bei der (Entscheidungs-)Kommunikation. In Abgrenzung zur empirisch-analytischen Entscheidungsforschung gilt es ein theoretisches Modell zur Analyse verletzungsbezogener Entscheidungen zu entwickeln, das insbesondere die Entscheidungsbedingungen berücksichtigt³⁴.

Die entscheidungstheoretischen Überlegungen lassen sich unmittelbar mit den konflikttheoretischen Ausarbeitungen von Thiel (2002; 2003) zu sozialen Konflikten im Allgemeinen und zu sozialen Konflikten in Sportspielmannschaften des Spitzensports verknüpfen. Die Erklärung der Konfliktenstehung steht dabei im direkten Zusammenhang mit Überlegungen zur Kommunikation verletzungsbezogener Entscheidungen in Interaktionssystemen. Konflikte werden dabei als „Zusammenhänge kommunizierter Widersprüche“ aufgefasst (Thiel, 2002, S. 53), die aus divergierenden Verhaltenserwartungen oder aus der offenen Ablehnung eines Verhaltens, einer Handlung oder einer Entscheidung des oder der anderen resultieren (vgl. Thiel & Cachay, 2003). Damit lassen sich unterschiedlichste Formen sozialer Konflikte auf

33 Für eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem Entscheidungsbegriff, der hier vorgeschlagenen Definition sowie deren Abgrenzung zum weit verbreiteten Entscheidungsbegriff als rationale Wahlhandlung vgl. Luhmann (vgl. Luhmann, 2000).

34 Ein ähnlicher Zugang wurde bereits bei der Auseinandersetzung mit ärztlichen Entscheidungsprozessen im Krankenhaus angewendet (vgl. Vogd, 2004).

wenige vergleichbare Mechanismen zurückführen, darüber hinaus sind die verwendeten Begrifflichkeiten anschlussfähig an die systemtheoretischen Konstruktionen von Gesellschaft, Organisation, Interaktion und psychischer Systeme. Letztlich lassen sich auch die Überlegungen zur Konfliktregulation ohne Anpassungsverluste mit den Überlegungen zum Management verletzungsbezogener Entscheidungen verknüpfen.

Verhältnis von Theorie und Empirie

Neben einer mangelnden theoretischen Fundierung ist insbesondere für den deutschsprachigen Raum ein enormes Defizit an empirischen Untersuchungen zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport festzustellen. Eine empirische Untersuchung der spitzensportlichen Entscheidungspraxis ist daher notwendig. Der Systemtheorie wird oftmals Empirieblindheit vorgeworfen oder eine Eignung für empirische Untersuchungen abgesprochen. Obwohl einige empirisch-qualitative Untersuchungen aus der Sportsoziologie vorliegen, die auf einem systemtheoretischen Ansatz basieren, ist an dieser Stelle ausführlicher auf das Verhältnis von Theorie und Empirie einzugehen. Aus systemtheoretischer Sicht ist davon auszugehen, dass „Theorie und Empirie zwei unterschiedliche Kommunikationsbereiche repräsentieren“ (Bette, 1999, S. 103). Das Verhältnis von Theorie und Empirie ist demnach nicht als eine direkte Abhängigkeit, sondern als eine strukturelle Kopplung zu verstehen: Theoretische Überlegungen werden durch empirische Erkenntnisse irritiert und neue empirische Erkenntnisse durch eine Veränderung des theoretischen Blickwinkels hervorgerufen. Allgemein gilt, dass Empirie, unabhängig davon, ob ein qualitatives oder quantitatives Vorgehen gewählt wird, vorrangig an ausgearbeitete Theoriekonzepte gebunden sein muss (vgl. Bette, 1999, S. 103). Gerade bei systemtheoretischen Zugängen, die meist auf einer theoretischen Ebene verbleiben und sich nur indirekt durch die Beobachtungen und Reflexionen des Theoretikers irritieren lassen, erscheint eine „problemangemessene Kombinatorik“ (Bette, 1999, S. 104) besonders fruchtbar.

Die Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungsproblemen und deren Management erfolgt demnach im Rahmen einer theoriegeleiteten empirischen Untersuchung, deren Ergebnisse vor dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen interpretiert werden. Allerdings hat sich die soziologische Systemtheorie nur in wenigen Ausnahmen mit den methodologischen Fragen der empirischen Sozialforschung befasst. „Aufgrund ihrer konstruktivistischen Epistemologie erscheint die systemtheoretische Konzeption zwar als interessanter Kandidat für eine Metatheorie qualitativer Forschung, es fehlt ihr jedoch (...) an einer expliziten Konzeption, wie das Luhmannsche Programm des Konstruktivismus überzeugend in die empirische Forschungspraxis umgesetzt werden kann“ (Vogd, 2005, S. 25). In jüngster Zeit wird zwar versucht, systemtheoretische Überlegungen mit der rekonstruktiven Sozialforschung in Verbindung zu setzen (vgl. Vogd, 2005), allerdings lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt auf kein ausgearbeitetes methodisches Inventar zur empirischen Beschreibung von verletzungsbezogenen Entscheidungsprozessen und deren Management zurückgreifen.

Konkretisierung der Fragestellung und weiteres Vorgehen

Fasst man die Grundannahmen des vorliegenden Zugangs zum Forschungsproblem in Anlehnung an Simon (2006, S. 77) zusammen, dann ist dieser erstens dadurch charakterisiert, dass er einen bestimmten Typus von Erklärungen benutzt. So treten an die Stelle geradlinig-kausaler Modelle Konzepte von netzwerkartigen, rückgekoppelten Wechselwirkungen und non-lineare Beziehungen. Die Annahme, die Welt sei berechenbar, d.h. die Idee der Vorhersehbarkeit und Kontrollierbarkeit der Zukunft, wird dabei aufgegeben. Zweitens erhalten lebende und Leben voraussetzende Systeme (Organismen, psychische und soziale Systeme) ihre scheinbar statische Struktur allein aufgrund charakteristisch organisierter, dynamischer Prozesse. Drittens sind Weltbilder und Realitäten stets von einem Beobachter errechnet und konstruiert. Deren Qualität wird dabei nicht von ihrem Wahrheitsgehalt bestimmt, sondern von ihrer Nützlichkeit, die ein Beobachter erwartet und entsprechend bewertet.

Bei der Auseinandersetzung mit dem Forschungsproblem steht die Beschreibung und Erklärung psychosozialer Phänomene im Mittelpunkt - nicht die theoretische Modellierung eines rational begründeten und normativ abgeleiteten optimalen Verletzungsmanagements. Der theoretische Zugang bewegt sich dabei vor dem Hintergrund eines systemtheoretisch-konstruktivistischen Denkparadigmas an der Schnittstelle zwischen allgemeiner soziologischer Systemtheorie, systemtheoretischer Entscheidungstheorie, Konflikttheorie und Managementtheorie. Dabei lassen sich die bestehenden medizinischen, psychologischen und soziologischen Erkenntnisse zu Schmerzen und Verletzungen im Sport nutzen, indem sie unter Verwendung einer einheitlichen Theoriesprache in einer „transdisziplinären Perspektive“ (Willke, 1999) zusammengebracht und als Ausgangspunkt für eine empirische Untersuchung verwendet werden. Neben der Ausarbeitung eines theoretischen Ansatzes ist es daher notwendig, eine der Komplexität des Forschungsproblems angemessene Methode zur empirischen Analyse zu entwickeln. Um die komplexen Zusammenhänge beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport zu identifizieren, gilt es im Rahmen einer empirischen Untersuchung zentrale Entscheidungsmechanismen zu rekonstruieren, die im Zusammenhang mit auftretenden Verletzungen stehen. Dabei sind insbesondere solche Entscheidungsmechanismen zu fokussieren, die aus medizinischer Sicht besonders problematisch erscheinen. Hierzu werden mit den Sportarten Handball und Leichtathletik zwei Sportarten ausgewählt, die exemplarisch für den Umgang mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport herangezogen werden.

Die Bearbeitung der aufgeworfenen Fragestellung nach möglichen Ansatzpunkten für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport erfolgt nach Reflexion des Forschungsstands und methodologischer Vorüberlegungen anhand folgender Leitfragen:

- *Wie sieht die mit dem Auftreten von Schmerzen und Verletzungen verbundene Entscheidungspraxis in den professionell betriebenen Sportarten Leichtathletik und Handball aus?*
- *Welche archetypischen Entscheidungsmechanismen lassen sich beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen rekonstruieren?*
- *Welche Ansatzpunkte gibt es für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport?*

(1) Das Ziel der theoretischen Auseinandersetzung besteht in der Ausarbeitung eines mehrperspektivischen Erklärungsmodells zum Verletzungsmanagement im Spitzensport, das gleichsam als Heuristik für eine im Anschluss durchzuführende empirische Untersuchung dient. Um verletzungsbezogene Entscheidungsmechanismen in spitzensportlichen Kontexten identifizieren zu können, bedarf es im Rahmen *theoretischer Überlegungen* zunächst einer Auseinandersetzung mit dem zu Grunde liegenden Phänomen „Verletzung“. Auf dieser Basis erfolgen entscheidungstheoretische Überlegungen, wobei zum einen verletzungsbezogene Entscheidungsprobleme klassifiziert und zum anderen die gesellschaftlichen, organisatorischen, sozialen und individuellen Bedingungen des Entscheidens geklärt werden. Verschiedene Perspektiven auf verletzungsbezogene Entscheidungen werden im nächsten Kapitel eingenommen. Neben individuellen Konstruktionen aus Sicht der relevanten Personen wie Athlet, Arzt und Trainer stehen der Umgang mit Schmerzen und Verletzungen in Interaktionssystemen sowie die damit einhergehenden Konfliktpotentiale im Mittelpunkt. Schließlich gilt es die prinzipiellen Möglichkeiten eines Verletzungsmanagements in Spitzensportorganisationen theoretisch zu beleuchten. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die für ein Verletzungsmanagement bedeutsame Systemgeschichte in Form individueller Verletzungsbiografien gerichtet.

(2) Um dem erheblichen Forschungsdefizit nicht nur aus theoretischer Perspektive zu begegnen, gilt es eine *empirische Untersuchung* durchzuführen. Mit der Entwicklung der biografischen System-Mapping-Methode wird der Forderung nach neuen und innovativen Ansätzen zur Erforschung des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen Rechnung getragen. Im Zentrum steht dabei zum einen die mehrperspektivische Rekonstruktion ausgewählter Verletzungsbiografien unter besonderer Berücksichtigung psychischer und sozialer Bedingungen von Entscheidungsprozessen. Anhand der Fallstudien aus den Sportarten Handball und Leichtathletik sollen zum anderen typische verletzungsbezogene Entscheidungsmechanismen rekonstruiert werden. Dabei wird besonderes Augenmerk auf wiederkehrende Problemme-

chanismen, typische Konfliktpotentiale, Lernprozesse und besonders kritische Phasen im Karriereverlauf ausgewählter Spitzenathleten und deren Umfeld gelegt.

(3) Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden anschließend unter Rückgriff auf die theoretischen Überlegungen zum Management verletzungsbezogener Entscheidungen reflektiert und in Form von *Ansatzpunkten für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement* im Spitzensport dargestellt.

II. Theoretische Überlegungen

4. Verletzung und Entscheidung

Mit dem Auftreten von Verletzungen sind zahlreiche Entscheidungsprobleme verknüpft. Um zu einer Kategorisierung verletzungsbezogener Entscheidungsprobleme zu gelangen, mit denen Spitzenathleten und deren Umfeld konfrontiert sind, ist eine Auseinandersetzung mit den häufig verwendeten Begriffen Schmerzen, Beschwerden, Beeinträchtigungen, Sportschäden oder Sportverletzungen notwendig. Denn welche Phänomene bei der Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen überhaupt in den Blick genommen werden (können), hängt maßgeblich von der angelegten Perspektive und dem Begriffsverständnis des jeweiligen Beobachters ab.

4.1. Verletzungsbezogene Konstruktionen

Wie die Auseinandersetzung mit dem Forschungsstand gezeigt hat, liegen verschiedene Definitionen für Verletzungen vor. Darüber hinaus offenbart sich bei einer Auseinandersetzung mit Überblickswerken aus dem Bereich der Gesundheitswissenschaften dieselbe Grundproblematik, wie sie bei den verwandten Begriffen Gesundheit und Krankheit vorliegt. Denn abhängig vom jeweiligen Bezugssystem besitzen die Begriffe Gesundheit, Krankheit und dementsprechend auch Verletzung unterschiedliche Bedeutungen. So bemerkt die betroffene Person anhand von Störungen ihres Wohlbefindens oder anhand wahrgenommener Schmerzen und Beschwerden, ob sie sich krank oder verletzt fühlt. Hierbei sind auch die unmittelbaren sozialen Auswirkungen von Relevanz, wenn beispielsweise Alltagsaufgaben nicht mehr wie gewohnt erledigt werden können (vgl. Faltermaier, 2005, S. 208). Aus ärztlicher Sicht geht es hingegen um die bei einem Patienten auftretenden Symptome und die Möglichkeiten, durch Identifikation der Anzeichen einer Erkrankung oder Verletzung zu einer Diagnose und zu einer angemessenen Behandlungsstrategie zu kommen. In anderen gesellschaftlichen Kontexten, wie beispielsweise in der Arbeitswelt, stellen Krankheit und Verletzung eine Abweichung von sozialen Normen dar. Hier kann der durch einen Arbeitsunfall verletzte Mitarbeiter seine spezifische Rolle nicht mehr erfüllen und wird als arbeitsunfähig eingestuft (vgl. Faller & Lang, 2006).

Die Definition von Verletzung vollzieht sich analog zu Krankheit und Gesundheit in einem Spannungsfeld von gesellschaftlichem Kontext, medizinischem Gesundheitssystem, individueller Befindlichkeit, Symptomaufmerksamkeit und sozialem Umfeld (vgl. Bengel & Belz-

Merk, 1997, S. 23)³⁵. Zentral in diesem Zusammenhang ist die Unterscheidung zwischen subjektivem Befinden und medizinischem Befund. Denn es gibt Menschen, die sich gesund fühlen, obwohl sie aus medizinischer Sicht krank sind (gesunde Kranke). Umgekehrt können Menschen körperliche Beschwerden haben, ohne dass ein pathologischer Befund vorliegt (kranke Gesunde) (vgl. Faller & Lang, 2006; Faltermaier, 2005; Schumacher & Brähler, 2004). Wählt man zunächst die Perspektive des betroffenen Athleten, dann muss als Ausgangs- und Referenzpunkt zunächst ein Bezug zur Gesundheit hergestellt werden. Denn Verletzungen werden ebenso wie Krankheiten von den Betroffenen immer vor dem Hintergrund eines als normal erlebten Gesundheitszustands wahrgenommen (vgl. auch im Folgenden Faltermaier, 2005, S. 215). Nimmt man von der im Medizinsystem üblichen dichotomen Gegenüberstellung von Gesundheit und Krankheit Abstand und verortet dagegen Verletzung auf einem multidimensionalen Gesundheitskontinuum, dann äußern sich gesundheitliche Störungen durch Abweichungen von einem als normal empfundenen Gleichgewichtszustand, der mit habitueller Gesundheit bezeichnet werden kann³⁶. Gesundheitliche Störungen lassen sich aus Perspektive der betroffenen Person demnach auf einem Gesundheitskontinuum einordnen, d.h. Verletzungen können sich auf unterschiedlichen Niveaus von Gesundheit manifestieren. Damit wird berücksichtigt, dass Gesundheit nicht nur als Abwesenheit einer diagnostizierten Verletzung (oder Krankheit), sondern auch als ein positives Konzept angesehen werden kann, das sich in erlebbaren Zuständen wie einem körperlichen und psychischen Wohlbefinden äußern sowie in erlebbaren Potentialen, wie einer Handlungs- und Leistungsfähigkeit oder einem Energiereservoir beschrieben werden kann (vgl. Faltermaier, 2005, S. 215). Von diesen Überlegungen ausgehend, die das biopsychosoziale Krankheitsmodell durch eine salutogenetische Perspektive erweitern, ergeben sich zahlreiche Konsequenzen für die Auseinandersetzung mit Verletzungen im Spitzensport. Zunächst ist dabei auf die Unterscheidung zwischen Schmerzen, Beschwerden, Beeinträchtigungen und Verletzungen einzugehen.

Als *Beschwerden* werden im Folgenden nach Faltermaier (2005, S. 216) „wahrgenommene Abweichungen von einem körperlichen und/oder psychischen Normzustand“ bezeichnet. Diese haben meist aversive Qualitäten, wie z.B. Schmerzen, Mattigkeit oder Traurigkeit und können in ihrem Ausmaß oder in ihrer zeitlichen Ausdehnung unterschieden werden. So lassen sich beispielsweise akute von chronischen oder leichte von schweren Beschwerden differenzieren. Schmerzen stellen dementsprechend eine spezifische Ausprägung von Beschwerden dar, entscheidend ist in beiden Fällen jedoch die subjektive Qualität.

35 Im englischen Sprachgebrauch wird diese Doppeldeutigkeit von Krankheit durch zwei verschiedene Begriffe ausgedrückt: So wird von „disease“ gesprochen, wenn eine Krankheit als medizinisch-wissenschaftliches Phänomen interessiert, wohingegen mit „illness“ das subjektive Erlebnis einer Krankheit bezeichnet wird.

36 Faltermaier (2005, S. 215) kritisiert diese dichotome Gegenüberstellung als „inadäquate Vereinfachung“.

Von der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) wird *Schmerz* als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis bezeichnet, das mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird (vgl. Buser, Schneller & Wildgrube, 2007, S. 20). Damit wird die emotionale Komponente bei einem vorliegenden Schmerzphänomen gleichberechtigt neben eine sensorische gestellt und Schmerz als eine subjektive Empfindung aufgefasst, der objektivierbare Auslöseereignisse, wie beispielsweise eine Gewebsschädigung, fehlen können. Eine Gewebsschädigung ist damit weder eine notwendige Bedingung für Schmerz, selbst dann nicht, wenn eine Schädigung diagnostiziert werden kann. Obwohl Schmerz als ein komplexes biopsychosoziales Phänomen angesehen wird, reduzieren die meisten Patienten und viele Ärzte den Schmerz auf seine Rolle als Warnsignal im Sinne eines linear-kausalen Schmerzverständnisses (vgl. Egle, Nickel, Schwab & Hoffmann, 2000, S. 1469)³⁷.

Beschwerden und deren spezifische Ausprägung in Form von Schmerzen gilt es von *Beeinträchtigungen* zu unterscheiden. Diese werden als die „wahrgenommenen (funktionalen) Folgen von Beschwerden und Schmerzen für das eigene Handeln und für die Erfüllung sozialer Aufgaben“ verstanden (Faltermaier, 2005, S. 216). Beispielsweise wenn ein Athlet aufgrund starker Schmerzen einen Wettkampf abbrechen muss. Geht man von dem bereits angesprochenen Gesundheitskontinuum aus, dann lässt sich in Richtung auf den negativen Pol eine Zunahme von Beschwerden und Beeinträchtigungen erkennen. Entscheidend ist nun, dass sich die Grenze, die den Übergang von Schmerzen, Beschwerden oder Beeinträchtigungen zur Verletzung markiert, sowohl subjektiv als auch objektiv-medizinisch bestimmen lässt. Ab welchem Beschwerdegrad und zu welchem Zeitpunkt von einer Verletzung (oder Krankheit) gesprochen wird, beruht dementsprechend immer auf einer Festlegung nach bestimmten expliziten oder impliziten Kriterien. Die explizite Festlegung ist dabei primäre Aufgabe des Medizinsystems. Neben der möglichst objektiven Erfassung von körperlichen Störungen zum Zwecke einer adäquaten Behandlung spielt jedoch stets auch das subjektive Erleben der betroffenen Person eine wesentliche Rolle. So kann sich ein Athlet verletzt fühlen und von einer Verletzung sprechen, obwohl der behandelnde Arzt keine „objektiven“ Hinweise auf eine körperliche Schädigung finden kann. Ein Arzt kann jedoch auch durch entsprechende Diagnostik eine strukturelle Schädigung aufspüren und dem Athleten eine Verletzung attestieren, obwohl dieser davon ausgeht, kerngesund zu sein. Bei einem Unfall mit einer für alle Beteiligten erkennbaren Schädigung des Bewegungsapparats, wie beispielsweise einem offenen Bruch oder einer ausgekugelten Schulter, sind die Symptome und die Verletzungsursachen insbesondere für den behandelnden Arzt relativ einfach zu ermitteln, was den individuellen

37 Damit verbunden ist die Auffassung, dass nur sensorische Reize zu Schmerzempfindungen führen können. Von der Intensität des Reizzustands wird dann, so die Annahme, das direkte Ausmaß der Schmerzwahrnehmung bestimmt. Ist keine Gewebsschädigung nachweisbar, kann der Patient somit keine Schmerzen haben und muss sie sich einbilden (vgl. Egle, Nickel, Schwab & Hoffmann, 2000, S. 1469).

Interpretationsspielraum deutlich einschränkt. Deutlich schwieriger wird dies bei Verletzungen, bei denen eine strukturelle Schädigung nur schwer oder gar nicht identifiziert werden kann. Bei der Auseinandersetzung mit Verletzungen sind demnach mit der Perspektive des betroffenen Athleten und der medizinischen Perspektive mindestens zwei Perspektiven zu berücksichtigen. Eine *Verletzung* kann damit ebenso wie Gesundheit und Krankheit sowohl als ein subjektives als auch als ein soziales Konstrukt aufgefasst werden. Mit subjektivem Konstrukt ist dabei gemeint, dass Athleten körperliche Schmerzen, Beschwerden und Beeinträchtigungen individuell wahrnehmen, diese Empfindungen auf Basis ihrer bisherigen Erfahrungen interpretieren, in bestehende Wissensbestände einordnen und damit eine individuelle und subjektive „Verletzungsdiagnose“ konstruieren. Solche subjektiven Verletzungsdiagnosen werden aber auch von den Personen des sozialen Umfelds, wie beispielsweise Familienmitgliedern, Freunden oder Arbeitskollegen, auf Basis von beobachtbaren oder berichteten Symptomen konstruiert³⁸. In Abgrenzung zur Diagnostik medizinischer Experten lässt sich in diesem Zusammenhang auch der Begriff Laiendiagnose verwenden (vgl. Faltermaier, 2005, S. 217). Bei Schmerzen, Beschwerden, Beeinträchtigungen und Verletzungen ist entsprechend eine Außensicht (medizinische Experten und Umfeld) von einer Innensicht (betroffene Person) zu unterscheiden. Fasst man Verletzungen als ein soziales Konstrukt auf, wird deutlich, dass im sozialen Raum unterschiedliche Auffassungen darüber vorliegen können, welche körperlichen Schädigungen, Funktionseinschränkungen, Schmerzen oder weitere Symptome als Verletzung angesehen werden. Diese Unterscheidungen werden von Gruppen, Organisationen oder Gesellschaften entweder explizit eingeführt oder existieren implizit und sind - in Abhängigkeit des jeweiligen sozialen Kontexts - als handlungsrelevant einzustufen (vgl. Faltermaier, 2005, S. 219). Im Fall von Verletzungen spielen natürlich das Medizinsystem und das Wissenschaftssystem durch die Bestimmung dessen, was als Verletzung klassifiziert und behandelt wird, eine zentrale Rolle. Aber auch bei Versicherungsträgern, Arbeitgebern oder rechtsstaatlichen Einrichtungen ist von spezifischen Verletzungsklassifikationen und Definitionen auszugehen. Vor dem Hintergrund einer in der Literatur beschriebenen spezifischen Kultur des Risikos im Sport liegt es nahe, dass nicht nur im Sport generell, sondern in Wettkampfgruppen, Vereinsmannschaften oder Sportarten ganz spezifische soziale Konstruktionen von Verletzung geteilt werden und dass dabei bestimmte Symptome, wie beispielsweise starke Muskelschmerzen nach einem 400-m-Lauf, gar nicht als Verletzungsanzeichen interpretiert werden. Wenn im Folgenden von Verletzung die Rede ist, dann gilt es diese potentiell differnten Perspektiven stets zu bedenken.

Geht man von solch einem sozialkonstruktivistischen Verletzungsverständnis aus, dann wird für die weitere Auseinandersetzung jedoch eine Referenz benötigt, die dabei hilft, die vorherr-

38 Als Grenzfall können Unfälle angesehen werden, bei denen das Bewusstsein der betroffenen Person eingeschränkt ist. In solchen Fällen werden dann die subjektiven Verletzungsstrukturen der Ersthelfer besonders relevant.

schenden subjektiven und sozialen Konstruktionen sowie die verletzungsbezogenen Entscheidungen einzuordnen. Hierfür bietet sich eine Verletzungsdefinition aus biomedizinischer Perspektive an, wobei insbesondere die im Forschungsstand beschriebenen Auffassungen von Sportverletzungen in Frage kommen. Bei den verschiedenen Versuchen, Verletzungen und Sportverletzungen zu definieren, zu beschreiben und zu ordnen legen medizinische Experten fest, welche Symptome, Symptombündel oder Ursachen als Verletzung (oder Krankheit) definiert werden. Vor diesem Hintergrund wird als Referenz für subjektive und soziale Verletzungskonstruktionen von Athleten und deren Umfeld in Bezugnahme auf den Forschungsstand von folgenden Verletzungsklassifikationen ausgegangen.

Aus biomedizinischer Sicht handelt es sich bei einer Verletzung um eine Schädigung von Strukturen des Organismus, wobei sich zwischen *traumatischen Verletzungen* und *Verletzungen durch Über- oder Fehlbelastung* unterscheiden lässt und zwischen einem akuten oder chronischen Verletzungsverlauf differenziert werden kann (vgl. Bird, Black & Newton, 1998; Helal, King & Grange, 1992). Als *Sportverletzung* werden Verletzungen nur dann bezeichnet, wenn ein Trauma oder eine Überbelastung auf die sportliche Aktivität in Training und Wettkampf zurückzuführen ist³⁹. Sollen ganz spezifische Sportverletzungen in den Blick genommen werden, dann wird eine traumatische Verletzung als *Sportunfall* bezeichnet, sofern diese bei der Ausübung der sportlichen Aktivität auftritt. Von *Sportschaden*, *Folgeschaden* oder *Spätschaden* ist dann die Rede, wenn es sich um einen ebenfalls auf die sportliche Aktivität zurückzuführende, reversible oder irreversible Dauerschädigung von Strukturen des Organismus handelt (vgl. Menke, 1997).

Geht man in Anlehnung an Faltermaier (2005) von einem konstruktivistischen Verständnis von Verletzung aus, welches das subjektive Erleben des Athleten hervorhebt und das Phänomen Verletzung auf einem Gesundheitskontinuum verortet, dann stellen die durch einen Arzt vorgenommene Diagnose und Behandlung beispielsweise eines Sportunfalls oder eines Sportschadens (d.h. die klassisch medizinische Perspektive) lediglich eine Phase in einem längeren Prozess dar. Diese Phase beginnt erst ab dem Zugang zum professionellen Gesundheitssystem, d.h. erst wenn ein Athlet aufgrund von Beschwerden einen Arzt aufsucht, wenn ein Arzt gerufen wird oder ein Arzt z.B. bei einem Wettkampf zur schnellen Erstversorgung vor Ort eingreift. Phasen im Verletzungsprozess, die zeitlich vor oder nach einer Inanspruchnahme professioneller medizinischer Hilfe liegen, wurden in der sportwissenschaftlichen und sportmedizinischen Diskussion analog zur allgemeinen Gesundheitsforschung lange Zeit nicht in

39 Vor dem Hintergrund, dass sich eine Sportverletzung von einer „normalen“ Verletzung lediglich darin unterscheidet, dass sie beim aktiven Sporttreiben in Training oder Wettkampf auftritt (vgl. Eberspächer, 1987, S. 348), wird in der vorliegenden Arbeit auf die Verwendung der Begriffe Sportverletzung und Sportschaden zu Gunsten des übergeordneten Begriffs Verletzung weitestgehend verzichtet. Denn grundlegende Verletzungsproblematik bleibt für einen Athleten bestehen, unabhängig davon, ob er sich beim Sporttreiben oder bei einem Treppensturz eine Schulterverletzung zuzieht.

den Blick genommen. Nach Faltermaier (2005, S. 217) setzt sich erst in jüngerer Zeit die Erkenntnis von der großen praktischen Bedeutung dieser Prozesse durch⁴⁰. Die Fokussierung auf solche Athleten, die sich bereits in medizinischer Behandlung befinden, spiegelt sich – mit Ausnahme der sozialwissenschaftlichen Arbeiten zur Schmerzproblematik und zum Phänomen des „Playing hurt“ entsprechend auch im Forschungsstand zu Verletzungen im Spitzensport wieder. Obwohl aus sportmedizinischer Perspektive auch epidemiologische Fragen zur Häufigkeit des Auftretens, der Lokalisation, der Diagnose und der Schwere von Verletzungen im Zentrum des Interesses stehen, werden bei solchen Erhebungen nur solche Schmerz- und Beschwerdebilder ermittelt, die aus medizinischer Sicht als Verletzung klassifiziert werden können oder die bereits diagnostiziert wurden⁴¹. Eine ähnliche Problematik stellt sich auch für die Phase nach der Behandlung und Rehabilitation im Medizinsystem dar. Zum einen kann der Arzt festlegen, wann ein Patient wieder gesund ist. Dies muss im Umkehrschluss jedoch nicht bedeuten, dass sich dieser Patient auch so fühlt und sich selbst als gesund bezeichnet. Ebenso kann es Abweichungen zur Einschätzung des sozialen Umfelds geben, das einen Patienten bereits als rehabilitiert ansehen kann, obwohl der Arzt noch keine Gesundheitschreibung vorgenommen hat oder der Patient sich immer noch verletzt fühlt. Bereits hier deutet sich eine hohe soziale Komplexität verletzungsbezogener Entscheidungslagen in den Grenzbereichen der Entstehung und Wiedergenesung nach einer Verletzung an.

Auf Grundlage der bisherigen Überlegungen lassen sich in Anlehnung an Heim & Willi (1986) sowie Faltermaier (2005) vier Phasen identifizieren, die als Ausgangspunkt für eine Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen herangezogen werden. Eine erste Phase ist dadurch charakterisiert, dass sich der Athlet in einem Zustand habitueller subjektiver Gesundheit befindet. Hier liegen aus Sicht des Athleten keine Beschwerden und Symptome vor, die auf eine Verletzung hindeuten. Eine zweite Phase kann durch das Vorliegen akuter Schmerzen, Beschwerden und Beeinträchtigungen beschrieben werden, die in einer Laiendiagnose des Athleten münden und gegebenenfalls auch zu Laiendiagnosen von Personen des sozialen Umfelds führen. Hiermit kann die Durchführung von Selbstbehandlungsmaßnahmen verbunden sein, was aus medizinischer Sicht auch als Behandlung im Laiengesundheitssystem bezeichnet werden kann. Erst in einer dritten Phase geht es um die medizinische Diagnose, Erstbehandlung und Rehabilitation durch Inanspruchnahme professioneller

40 Begründet wird dies durch die Tatsache, dass viele Menschen Beschwerden haben oder (im medizinischen Sinne) krank oder verletzt sind, sich aber nicht in Behandlung begeben. Die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen kranken oder verletzten Menschen, d.h. allen Menschen mit spezifischen Symptomen und Patienten, also denjenigen, die bereits eine Diagnose durch einen medizinischen Experten erhalten haben, lässt sich durch eine Vielzahl empirischer Befunde belegen (vgl. Faltermaier, 2005).

41 Auf diese Problematik weisen beispielsweise Fuller et al. (2006, S. 98) hin: „It is important to recognize that variations in medical support and practice and in individuals' tolerance to pain may create differences in the incidence of injury reported in studies“. Nicht umsonst werden in der epidemiologischen Forschung Verletzungsdefinitionen kontrovers diskutiert.

Hilfe bei akuten oder anhaltenden Schmerzen oder Beschwerden. Diese dritte Phase lässt sich mit dem Überbegriff medizinische Versorgung charakterisieren. Ebenfalls von Relevanz ist eine vierte Phase, die als Wiedereingliederung in gesellschaftliche Kontexte beschrieben werden kann. Bei idealtypisch abklingenden Beschwerden und einem Rückgang der Beeinträchtigungen spielt der Zeitpunkt, an dem die Feststellung der Gesundung erfolgt, eine besondere Rolle. Wie bereits angedeutet erfolgt diese Festlegung durch den Athleten, das soziale Umfeld und durch medizinische Experten. Dabei steht aus medizinischer Sicht die Frage im Mittelpunkt, ab wann der Patient wieder an gesellschaftlichen Sinnzusammenhängen teilnehmen darf und teilnehmen soll, d.h. ab wann er wieder seiner Arbeit oder Freizeitaktivitäten nachgehen kann. Diese Phase mündet dementsprechend - ebenfalls idealtypisch - wieder in die durch einen Zustand habitueller Gesundheit gekennzeichnete erste Phase.

Bringt man die über verschiedene Phasen repräsentierte zeitliche Komponente mit der subjektiven Komponente von Verletzungen in Verbindung, dann lassen sich Verletzungsverläufe in einem Koordinatensystem darstellen. Grundlage ist hierfür die Sicht der betroffenen Person und deren Einschätzung des Beschwerdegrades. Der subjektive und soziale Konstruktionscharakter von Verletzungen lässt sich dabei durch die (ebenfalls idealtypische) Markierung der Laiendiagnose des Athleten, der Laiendiagnose des unmittelbaren alltäglichen Umfelds und der ärztlichen Diagnose markieren. Dabei ist zu erwarten, dass sich in Abhängigkeit des vorliegenden Verletzungsphänomens die Zeitpunkte der jeweiligen Diagnosestellungen verschieben, beispielsweise wenn eine Verletzung vorliegt, die eine sofortige medizinische Behandlung notwendig erscheinen lässt. In Abbildung 1 sind die Verletzungsphasen I bis IV am Beispiel eines idealisierten Verletzungsverlaufs aus Sicht des Athleten dargestellt.

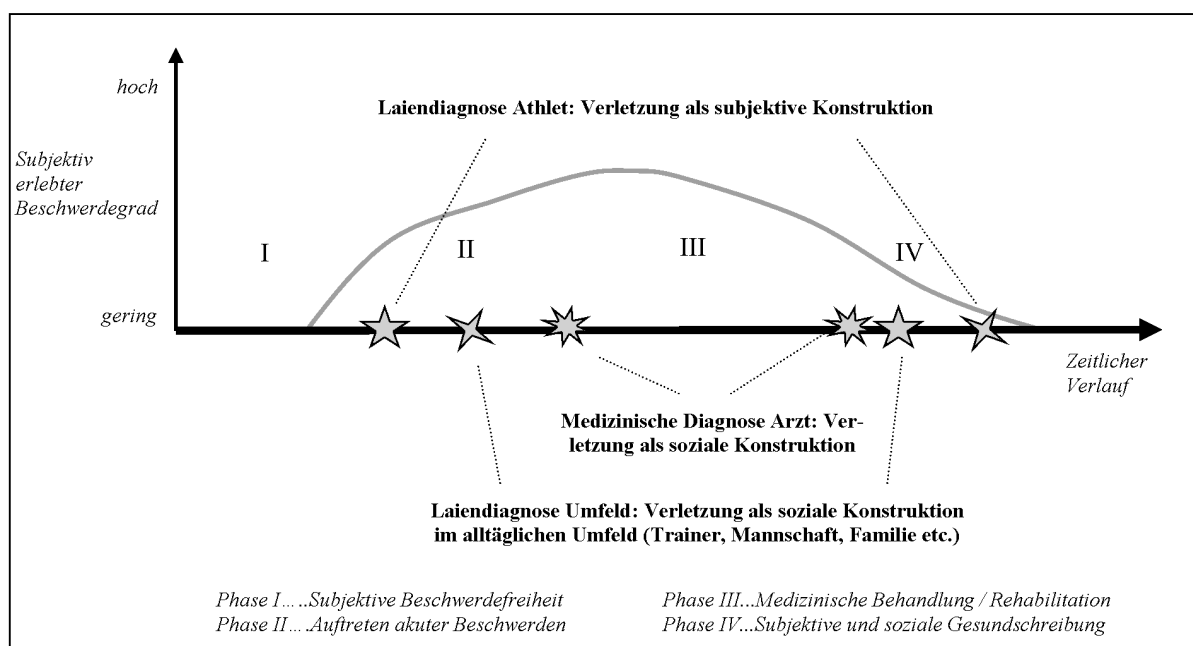


Abbildung 1: Verletzung als individuelles und soziales Konstrukt

Mit den unterschiedlichen Möglichkeiten, ein Verletzungsphänomen zu konstruieren, erhöht sich die Komplexität verletzungsbezogener Entscheidungslagen. Verschiedene Verletzungsverständnisse treffen aufeinander und können kollidieren, und dies nicht nur in der Arzt-Patient-Interaktion, sondern auch in verschiedensten Alltagssituationen.

An dieser Stelle ließe sich eine Eingrenzung auf ein spezifisches Verletzungsmuster oder auf einen ganz spezifischen Zeitpunkt im Verletzungsverlauf vornehmen, wie beispielsweise den Zeitpunkt der ärztlichen Diagnose, womit die Komplexität des Phänomens deutlich zu reduzieren wäre. Für eine ganzheitliche Sicht auf das Phänomen des Umgangs mit Verletzungen im Spitzensport gilt es jedoch, Verletzungsverläufe in ihrer zeitlichen Ausprägung in den Blick zu nehmen. Um typische Entscheidungsprobleme in Verletzungsverläufen zu identifizieren, ist zunächst der Entscheidungsbegriff zu konkretisieren.

4.2. Verletzungsbezogene Entscheidungen

Der Entscheidungsbegriff wird bislang vor allem im Zusammenhang mit ärztlichen Entscheidungsproblemen zur Diagnostik und Behandlung von Krankheiten verwendet. Aus aktuellen medizinsoziologischen Arbeiten zum Bereich des ärztlichen Handelns und der Arzt-Patient-Interaktion geht hervor, dass krankheitsbezogene Entscheidungslagen für Ärzte hyperkomplexe Probleme darstellen. Beispielsweise müssen diagnostische Entscheidungen meist unter Zeitdruck und damit notwendigerweise auch auf Basis eines suboptimalen Informationsstandes getroffen werden. Darüber hinaus ist der medizinische Wissensstand selbst für medizinische Experten kaum mehr zu durchschauen, da sich die Wissensbasis selbst als hochkomplex und in vielen Bereichen uneinheitlich darstellt. Erschwerend kommt hinzu, dass bei den meisten Entscheidungen eines Arztes neben den Patienteninteressen auch medizinische, wirtschaftliche und juristische Ansprüche zu berücksichtigen sind. Ebenso ist zu reflektieren, dass ein prinzipiell verfügbares Wissen auch in die Köpfe der ärztlichen Entscheider gelangen und vor dem Hintergrund eines praktischen Erfahrungsschatzes erst eine individuelle Handlungsrelevanz erhalten muss (vgl. Vogd, 2004). Darüber hinaus ist „die Krankenbehandlung (.) in der modernen Gesellschaft nahezu vollständig eingebettet in organisiertes Handeln und Entscheiden. Von den Vorzimmern der praktizierenden Ärzte über die Ambulanzen der Notfallärzte bis zu den Stationen und Operationssälen der Kliniken hat man es mit Entscheidungsabläufen zu tun, die durch andere Entscheidungen vergleichbarer Art konditioniert sind, während sie sich mit dem besonderen und singulären Fall eines Patienten beschäftigen“ (Baecker, 2008, S. 39). Hieraus lässt sich schließen, dass bereits die Bedingungen ärztlichen Entscheidens nicht (nur) im einzelnen Individuum lokalisiert werden können, sondern wesentlich durch soziale, organisatorische und gesellschaftliche Bedingungen angebahnt und ausgestaltet werden (vgl. Vogd, 2004, S. 52).

Verletzungsbezogene Entscheidungen sind jedoch nicht nur auf den Arzt und den medizinischen Kontext begrenzt. Wie die Überlegungen zum Verletzungsbegriff gezeigt haben, gibt es in Verletzungsverläufen verschiedene Phasen, in denen Athleten, Trainer und weitere Personen des alltäglichen Umfelds Entscheidungen mit Bezug zu Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen zu treffen haben. Auch in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion ist hin und wieder von Entscheidungen die Rede.

Beispielsweise wenn bei der Betrachtung des Krankheitsverhaltens im Laiengesundheitssystem von der Entscheidung gesprochen wird, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und dabei angemerkt wird, dass eine solche Entscheidung „durch die Betroffenen selbst und in Abstimmung mit ihren sozialen Bezugspersonen getroffen“ wird (Faltermaier, 2005, S. 222)⁴² Aus systemtheoretischer Perspektive lassen sich Entscheidungen ganz allgemein als Beobachtungen verstehen, die mit Hilfe von Alternativen beobachten. Erst die Alternative macht eine Beobachtung zu einer Entscheidung (vgl. Luhmann, 2000, S. 132). Demnach ist mit dem Begriff Entscheidung stets diejenige Alternative zu bezeichnen, die präferiert wird (Luhmann, 2000, S. 132-133). Eine Alternative liegt dann vor, „wenn eine Entscheidungsmöglichkeit mit einer oder mehreren anderen konfrontiert wird unter der Bedingung, dass nur eine von ihnen realisiert werden kann: Die Wahl der einen zwingt zum Verzicht auf die anderen“ (Luhmann, 2000, S. 125). Eine Entscheidung ist im vorliegenden Falle daher nicht als eine Wahlmöglichkeit, sondern als die Festlegung auf eine der vorhandenen Alternativen aufzufassen. Bei einer Auseinandersetzung mit Entscheidungen sind die ausgeschlossene(n) Alternative(n) jedoch stets mitzudenken, denn „nur die Alternative macht die Entscheidung zur Entscheidung“ (Luhmann, 2000, S. 135).

Verletzungsbezogene Entscheidungsprobleme sind demnach dadurch gekennzeichnet, dass mindestens zwei verschiedene Alternativen vorliegen. Für einen Überblick über die Bandbreite möglicher Entscheidungsprobleme mit Verletzungsbezug werden im Folgenden die bereits identifizierten Phasen im Verletzungsverlauf mit Blick auf alternative Handlungsmöglichkeiten analysiert.

(1) Entscheidungsprobleme bei akut auftretenden Schmerzen und Beschwerden

Zunächst ist die Phase akut auftretender Schmerzen und Beschwerden genauer in den Blick zu nehmen, in der es allgemein um den *Einsatz und die Durchführung von Erstbehandlungsmaßnahmen* geht. Hier äußert sich Alternativität durch die Frage, ob Erstbehandlungsmaßnahmen überhaupt notwendig sind und wenn ja, welche konkreten Maßnahmen bei welchem Verletzungsproblem zu ergreifen sind. In Frage kommende Maßnahmen reichen hier vom Anlegen eines Verbands über das Auflegen eines Eisbeutels, das Auftragen einer Salbe bis hin zu einer Selbstbehandlung mit frei verkäuflichen Schmerzmedikamenten. Für eine spitzensport-spezifische Auseinandersetzung ist dabei von Bedeutung, in welchem sozialen Kontext ein Verletzungsproblem erstmalig auftritt. So können körperliche Beschwerden bei einem Wettkampf wahrgenommen werden, sich im Training abzeichnen oder außerhalb sportlicher Kon-

42 Das Laiengesundheitssystem setzt sich z.B. zusammen aus den betroffenen Personen, ihren Familien und sozialen Netzwerken oder ihren Gemeinden, in denen sie leben. Zu den zentralen Leistungen des Laiensystems gehören präventive Maßnahmen, soziale Unterstützungsleistungen bei gesundheitlichen Problemen, Laiendiagnose bei Beschwerden, Selbstbehandlung einer Krankheit mit Hilfe von Medikamenten oder Hausmitteln etc. Über die soziale Organisation des „Laiengesundheitssystems“ ist noch fast gar nichts bekannt (Faltermaier, 2005, S. 203f).

texte in der Freizeit auftreten⁴³. Beim Auftreten von Schmerzen und körperlichen Problemen sind im Zusammenhang mit dem Einsatz von Erstbehandlungsmaßnahmen vier zentrale Entscheidungsprobleme relevant.

(1a) Bei auftretenden Schmerzen ist erstens die *Entscheidung zur Mitteilung körperlicher Beschwerden* zu betrachten. So kann sich für einen Athleten die Frage stellen, ob die wahrgenommenen Beschwerden überhaupt mitgeteilt werden und wenn ja, wann, wem und wie das vorliegende Verletzungsproblem vermittelt wird⁴⁴. Obwohl es aus medizinischer Sicht als notwendig erachtet wird, dass ein körperliches Problem so schnell wie möglich bearbeitet wird, deuten die Ergebnissen bisheriger Studien zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen darauf hin, dass sich zahlreiche Athleten trotz wahrgenommener Schmerzen und einer Bewegungseinschränkung für die Alternative entscheiden, erst einmal abzuwarten. Vor dem Hintergrund, dass man „nicht nicht kommunizieren“ kann (vgl. Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969, S. 53), wird in sozialen Kontexten von Beschwerdefreiheit ausgegangen, solange der Athlet keine Schmerzen oder eine mögliche Verletzung verbal oder nonverbal mitteilt. D.h. von der Entscheidung zur Mitteilung körperlicher Beschwerden hängt es maßgeblich ab, ob ein individuelles Verletzungsproblem zu einem sozialen Phänomen wird. Das bedeutet auch, dass weitere Personen erst dann in den Verletzungsprozess involviert werden, wenn a) der Athlet schmerz- oder verletzungsbezogene Informationen verbal mitteilt, b) diese Mitteilung auch als verletzungsbezogene Information verstanden wird oder c) wenn beim Athleten Verletzungsanzeichen zu beobachten sind, die auf einer nonverbalen (und meist nicht willentlich zu beeinflussenden) Mitteilung beruhen. Verspürt ein Athlet beispielsweise nach einem harten Training starke Achillessehnschmerzen, kann er entscheiden, erst einmal abzuwarten und zu beobachten, ob die Schmerzen nicht von alleine wieder verschwinden und zunächst darauf verzichten, seiner Familie oder seinem Trainer davon zu berichten. Auch kann er versuchen, durch Selbstbehandlung das wahrgenommene körperliche Problem zunächst ohne fremde Hilfe in den Griff zu bekommen. Entscheidet er sich für eine solche alleinige Erstbehandlung, stehen zahlreiche der bereits einleitend genannten Alternativen zur Auswahl, beispielsweise ob ein schmerzstillendes Medikament eingenommen wird oder lediglich das Bein entlastet wird. Auch bei Wettkämpfen ist es denkbar, dass sich ein Athlet bei vorliegenden Beschwerden oder nach einem schmerzhaften Zusammenprall zunächst dafür entscheidet,

43 Mit Wettkampf wird im Folgenden der Zeitraum von der Anreise zur Wettkampfstätte bis zur erneuten Abreise bezeichnet. Eine Trainingseinheit wird als die zeitlich abgegrenzte Durchführung von Trainingsinhalten aufgefasst, die sich meist in die Teile Aufwärmen, Hauptteil und Abwärmen unterteilt. Hierzu zählen auch Trainingseinheiten zur Regeneration. Eine Sonderform stellen mehrtägige Wettkampfveranstaltungen wie Turniere oder Olympische Spiele dar, bei denen zusätzliche Trainingseinheiten zwischen einzelnen Spielen oder Starts eingestreut werden. Zu außersportlichen Kontexten gehören beispielsweise Freizeit, Schulzeit oder die Arbeitszeit.

44 Dass dies maßgeblich von der Art der Verletzung abhängt liegt auf der Hand. Beispielsweise erübrigt sich die Entscheidung zur Mitteilung körperlicher Beschwerden bei einer besonders schweren, traumatischen Unfallverletzung.

sich nichts anmerken zu lassen. Steht beispielsweise ein Fußballspieler nach einem bösen Foul sofort wieder auf als wäre nichts gewesen und zeigt er auch im weiteren Spielverlauf keine beobachtbaren Verletzungsanzeichen (wie z.B. eine funktionelle Einschränkung), dann ist für sein Umfeld auch nicht zu erkennen, ob er sich dabei verletzt haben könnte oder nicht. Nun gibt es jedoch eine Vielzahl an Verletzungen, die eine willentliche Zurückhaltung verletzungsbezogener Information unmöglich machen. Man denke nur an einen Unfall, bei dem ein Athlet bewusstlos liegen bleibt oder an eine eindeutig wahrnehmbare strukturelle Schädigung, wie beispielsweise einen offenen Bruch. Auch sind körperliche und emotionale Reaktionen auf eine Schädigung körperlicher Strukturen z.B. bei einem Wettkampf nur mit Einschränkung willentlich zu beeinflussen, mit der Folge, dass die Anwesenden zwangsläufig mit verstehbaren verbalen (z. B. schreien) und nonverbalen Reaktionen (z. B. schmerzverzerrtes Gesicht, Schonhaltung, Regungslosigkeit, unmittelbare Bewegungseinschränkung) konfrontiert werden. Zu berücksichtigen ist auch, dass in vielen Situationen Beobachter des sportlichen Geschehens mit dem Auftreten einer Verletzung zu rechnen haben, wie zum Beispiel bei einem Sturz vom Fahrrad, einem Griff in den Wurfarm oder einem Zusammenstoß zweier Athleten mit hoher Geschwindigkeit. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Falle zum einen die bei der Verletzungsentstehung in Training, Wettkampf oder in der restlichen Zeit unmittelbar anwesenden Personen.

(1b) Zweitens ist mit dem Auftreten von Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen die *Entscheidung einer verletzungsbedingten Trainings- und Wettkampfabgabe* verbunden. Liegt ein Verletzungsproblem vor, dann gibt es zwei Alternativen: Entweder ein Athlet nimmt trotz Schmerzen oder Verletzung an Training und Wettkampf teil oder es erfolgt von vornherein eine verletzungsbedingte Absage. Eine weitere Konkretisierung dieser Alternativen resultiert aus den Antworten auf Fragen zum Schweregrad der vorliegenden Beschwerden, Zeitpunkt einer Absage oder zu den Möglichkeiten einer Teilnahme unter Einsatz medizinischer Behandlungsmaßnahmen.

(1c) Wird trotz vorhandener körperlicher Probleme an Training und Wettkampf teilgenommen oder tritt während der sportlichen Betätigung eine Verletzung auf, dann steht drittens die *Entscheidung eines verletzungsbedingten Abbruchs der Trainingseinheit oder des Wettkampfs* an. Diese Entscheidungssituation lässt sich ebenfalls durch zwei Alternativen kennzeichnen: Entweder der Wettkampf oder die Trainingseinheit werden sofort beendet oder es erfolgt eine Fortsetzung trotz Schmerzen oder Verletzung. Wird der Wettkampf oder das Training trotz vorliegenden Beschwerden fortgesetzt, ist mit einer ständigen Wiederholung dieses Entscheidungsproblems zu rechnen. Denn bei bestehenden Symptomen bleibt auch die Frage präsent, ob kurz pausiert, provisorisch behandelt, die Belastung reduziert werden kann oder die sportliche Aktivität gänzlich abbrechen ist. Erst wenn der Wettkampf oder die Trainingseinheit (frühzeitig) vorüber ist, werden die mit dem verletzungsbedingten Abbruch einhergehenden Alternativen relevant, wie beispielsweise die Durchführung einer Behandlung, einer umfas-

senden Diagnostik oder einer Reduktion der Belastung durch Schonung. Das bereits im Forschungsstand ausführlich angesprochen Phänomen des „playing hurt“ stellt letztendlich das Resultat der Entscheidung zur Fortführung eines Wettkampfs trotz körperlicher Beschwerden oder einer Teilnahme am Wettkampf trotz Beschwerden dar. Solche Entscheidungsergebnisse sind auch als Zuschauer sehr einfach zu beobachten. Beispielsweise wenn am Ende der verletzungsbedingten Unterbrechung eines Sportspiels ein Spieler nach einer kurzen Behandlungspause wieder am Spielgeschehen teilnimmt, sei es mit einem Tapeverband oder einer notdürftig versorgten Wunde. Ganz offensichtlich wird das Resultat der Entscheidung über die verletzungsbedingte Beendigung eines Wettkampfs, wenn ein Athlet aufgrund einer Verletzung mit einer Trage in die Katakomben des Stadions zur Weiterbehandlung getragen wird. Deutlich schwieriger nachzuvollziehen ist jedoch die Entscheidung, wenn ein Wettkampf beispielsweise aufgrund einer entzündlichen Reizung oder einer Muskelverhärtung abgebrochen wird, denn dann fehlt dem externen Beobachter eine verletzungsauslösende Situation, wie beispielsweise ein Foulspiel oder eine Stauchung nach einer harten Landung⁴⁵.

(1d) Im Zusammenhang mit auftretenden Schmerzen und Beschwerden geht es schließlich viertens um die *Entscheidung des Einbezugs eines medizinischen Experten zur Bearbeitung eines körperlichen Problems*. Hier äußert sich Alternativität durch die Frage, ob ein medizinischer Experte zur Bearbeitung eines vorliegenden Verletzungsproblems hinzugezogen werden soll und wenn ja, wann und vor allem welcher Arzt schließlich zu kontaktieren ist. Hierbei ist zunächst der Zeitpunkt bedeutsam, an dem die Entscheidung zur Arztkonsultation fällt, d.h. ob ein Arzt erst lange nach dem erstmaligen Auftreten einer Verletzung aufgesucht wird oder ob dieser unmittelbar nach dem Auftreten von Beschwerden kontaktiert wird. Mit der Entscheidung ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen ist auch die Festlegung auf einen bestimmten und für das Problem geeignet erscheinenden medizinischen Experten verbunden. Hierfür liegen wiederum zahlreiche Alternativen vor, denn in Abhängigkeit der Verletzung ist zu entscheiden, ob der Hausarzt im Sinne des Hausarztmodells kontaktiert, die Notaufnahme eines Krankenhauses angesteuert, ein Sportarzt aufgesucht, ein Verbands- oder Vereinsarzt eingeschaltet oder (falls möglich) auf den von einem Wettkampfveranstalter abgestellten Arzt zurückgegriffen werden kann.

45 Als Paradebeispiel kann der verletzungsbedingte Wettkampfabbruch von Liu Xiang, der chinesischen Goldhoffnung über 110 Meter Hürden bei den jüngsten Olympischen Spielen in Peking angesehen werden. Hier wurde die Entscheidung zur Wettkampfabgabe erst nach einem ersten Fehlstart und der (vor allem für die Weltöffentlichkeit sichtbaren) Hinweise auf vorhandene Schmerzen im Bereich der Achillessehne getroffen.

Verschärft wird diese Entscheidungsproblematik, wenn als zusätzliche Alternativen komplementärmedizinische Gesundheitsexperten, wie beispielsweise Heilpraktiker, Naturheilkundler oder Chiropraktiker in den Blick geraten⁴⁶. Denkbar ist auch, dass die Entscheidung getroffen wird, mehrere Experten nacheinander aufzusuchen. Das Resultat ist dann beispielsweise an einem Wechsel des Arztes oder an einem alternierenden Besuch verschiedener Ärzte zu erkennen. Beispielsweise wenn neben dem Hausarzt ein Chiropraktiker und ein Sportorthopäde zu Behandlungszwecken aufgesucht werden oder mehrere Sportärzte nacheinander angesteuert werden. Fällt die Entscheidung gegen die Inanspruchnahme eines im gesellschaftlich verankerten Gesundheitssystem tütigen medizinischen Experten aus, ergeben sich weitere Alternativen durch die Möglichkeit eines Einsatzes frei zugänglicher Medikamente oder in der Anwendung von Haus- oder Heilmitteln, wie Homöopathika oder Phytopharmaka.

(2) Entscheidungsprobleme im Verlauf der medizinischen Versorgung

Von der Entscheidung, einen Arzt zu konsultieren, hängt wiederum eine regelrechte Kaskade weiterer Entscheidungen ab, die im Verlauf der verletzungsbedingten medizinischen Versorgung anstehen. Bei solchen *Entscheidungen zum Einsatz und zur Durchführung medizinischen Versorgungsmaßnahmen* geht es neben einer Identifikation und Bezeichnung des vorliegenden Verletzungsproblems vor allem um den Einsatz und die Gestaltung der medizinischen Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen⁴⁷. Entscheidungen, die sich auf die medizinische Versorgung beziehen, sind dementsprechend von einer Vielzahl verschiedener Alternativen geprägt. Mehrere Entscheidungen sind dabei besonders relevant.

(2a) Bei der Entscheidung über die Verletzungsdiagnose ergeben sich die Alternativen aus den Antworten auf die Frage nach den vorliegenden Verletzungssymptomen und deren Passung zu typischen Verletzungsbildern oder -mustern. Im Grunde wird das Spektrum möglicher Alternativen durch die in der medizinischen Literatur beschriebenen und in der medizinischen Praxis anerkannten (Sport-)Verletzungen und Beschwerdebilder abgedeckt. Diese Entscheidungssituation stellt sich bereits auf den ersten Blick besonders komplex dar, denn bereits vor der eigentlichen diagnostischen Entscheidung stehen zahlreiche Vorentscheidungen über die einzusetzenden diagnostischen Verfahren an, von denen erwartet wird, dass sie bei der Aufklärung des Beschwerdebildes helfen. So können in Abhängigkeit der vermuteten

46 Die Begriffe Alternativmedizin und Komplementärmedizin (Complementary and Alternative Medicine) werden im Sinne der WHO-Definition verwendet und umfassen ein breites Spektrum von Heilmethoden, die nicht Teil der Tradition des jeweiligen Landes sind und die nicht in das dominante Gesundheitssystem integriert sind (vgl. WHO, 2000). Diese Heilmethoden werden aus Sicht der wissenschaftlich orientierten Medizin oftmals auch mit abwertendem Unterton als Paramedizin bezeichnet, wohingegen die wissenschaftlich orientierte Medizin aus komplementärmedizinischer Perspektive oftmals mit dem Begriff der Schulmedizin versehen wird, der ebenfalls im Sinne einer Abwertung Verwendung findet.

47 Eine Aktivierung dieser im Rahmen der medizinischen Behandlung ablaufenden Entscheidungskette schließt jedoch nicht aus, dass eine Verletzung auch weiterhin vom Athleten selbst in seinem gewohnten sozialen Umfeld und unter zusätzlicher Hilfe anderer Personen „behandelt“ wird.

Verletzung Muskel- und Gelenkfunktionstests, Palpationstechniken, Röntgen- oder Ultraschalluntersuchungen dazu beitragen, die Anzahl der alternativen Verletzungsdiagnosen einzugrenzen⁴⁸.

(2b) Von der Festlegung auf eine Diagnose hängen alle weiteren *Entscheidungen über medizinische Behandlungsmaßnahmen* ab. Hier zeigt sich Alternativität durch zahlreiche Behandlungsmethoden, deren Kombinationsmöglichkeiten und zeitliche Abfolge. In Abhängigkeit der vorliegenden Verletzung kommen dabei die unterschiedlichsten Behandlungsmaßnahmen in Frage, von notfallmedizinischen Erstbehandlungsmaßnahmen über eine operative Versorgung, physiotherapeutische Verfahren, den Einsatz von schmerz- und entzündungshemmenden Medikamenten bis hin zu konservativen Maßnahmen wie einer Ruhigstellung der betroffenen Strukturen. Vor dem Hintergrund, dass der Verlauf einer Verletzung und der Behandlungserfolg selbst für medizinische Experten nur bedingt vorausgesehen werden kann, ist die Festlegung der voraussichtlichen Dauer einer Trainings- oder Wettkampfpause als überaus schwierig anzusehen. Hierbei gilt es vorläufig festzulegen, für wie lange die sportliche Betätigung eingestellt werden muss. Darüber hinaus ist mit dem Einsatz von Selbstbehandlungsmaßnahmen zu rechnen, die von Athleten als Ergänzung außerhalb medizinischer Kontexte durchgeführt werden können.

(2c) In Abhängigkeit des Schweregrades einer Verletzung sind *Entscheidungen über Rehabilitationsmaßnahmen* zu treffen, um beispielsweise nach der Operation einer Kreuzbandverletzung bestehende Funktionsdefizite beheben zu können. Hierbei stehen ebenfalls zahlreiche Alternativen in Form von Rehabilitationsprogrammen zur Verfügung, die auch speziell auf die Bedürfnisse von Sportlern zugeschnitten sein können, wie z. B. Aquajogging, propriozeptives Training oder ein spezifisches Krafttraining. Darüber hinaus ist auch über den *Einsatz geeigneter (Physio-)Therapeuten* zu entscheiden, was sich wiederum auf die inhaltliche Ausgestaltung eines systematischen Aufbautrainings oder die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen auswirkt. Hierbei ist zu klären, welcher Therapeut bei welchem Problem in den Behandlungsprozess mit einbezogen wird. Darüber hinaus spielen auch Entscheidungen über die Anpassung von Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien eine Rolle, beispielsweise wenn die Therapie nicht anschlägt oder die Genesung schneller voranschreitet als vorgesehen.

48 In solch diagnostischen Entscheidungssituationen ist wiederum die verletzungsbezogene Mitteilung des Athleten in Form einer Beschreibung des Beschwerdebildes von höchster Relevanz. Informieren Spitzenathleten den Arzt nicht oder nur unzureichend über die vorhandenen Verletzungssymptome, wird die Diagnosestellung deutlich erschwert und so die Stellung einer Fehldiagnose provoziert.

(3) Entscheidungsprobleme bei abklingenden Beschwerden

(3a) Für den spitzensportlichen Kontext besonders relevant erscheint die Gestaltung des Wiedereinstiegs ins sportliche Geschehen nach einer Verletzungspause. Neben der Entscheidung über den *Zeitpunkt und die Gestaltung des Wiedereinstiegs ins Training* ist vor allem auch die Frage nach der *Wiederaufnahme des Wettkampfbetriebs* bedeutsam. Mögliche Alternativen resultieren hier aus den Antworten auf verschiedene Fragen. Beispielsweise welche körperlichen Voraussetzungen und klinische Parameter vorliegen müssen, damit wieder mit dem Training begonnen werden kann, welche Rolle eine vollständige Beschwerdefreiheit bei der Wiederaufnahme des Wettkampfbetriebs spielt oder welche Auswirkungen die Dauer der Trainingspause oder die Art der Verletzung auf den Zeitpunkt zum Wiedereinstieg hat. Eine Anpassung der Trainingsinhalte, der Trainingsbelastung oder gar der Wettkampfbelastung ist ebenso zu bedenken wie die Gefahr einer erneuten Verschlechterung oder Chronifizierung der Beschwerden bei einem zu frühen Wiedereinstieg. Die Auseinandersetzung mit dem Forschungsstand hat hier gezeigt, dass die Tendenz zu einem sehr frühen Wiedereinstieg bei nicht ganz ausgeheilten Verletzungen besteht. Darüber hinaus ist aus ärztlicher Perspektive festzulegen, wann die medizinische Behandlung beendet wird und der Patient als genesen gilt.

(3b) Eng mit der Gestaltung des Wiedereinstiegs ins sportliche Geschehen ist die *Entscheidung über ein verletzungsbedingtes Karriereende* verbunden. Alternativität resultiert hier aus den prinzipiellen Möglichkeiten bleibender Schäden oder Beeinträchtigungen in Folge einer Verletzung, durch einen nicht mehr aufzuholenden Trainingsrückstand aufgrund einer langen Verletzungspause oder bereits durch die Antizipation drohender Spät- und Folgeschäden bei Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität. Diese Entscheidungsproblematik ist beim Auftreten einer jeden Verletzung latent vorhanden, es ist jedoch davon auszugehen, dass in den meisten Fällen die Alternative einer Fortsetzung der Karriere gewählt wird, ohne über ein Karriereende nachzudenken.

(4) Entscheidungsprobleme bei Beschwerdefreiheit

Selbst wenn kein akutes Verletzungsproblem (mehr) vorliegt, stehen *Entscheidungen über den Einsatz von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen* an. Dabei geht es um die Frage, ob Präventions- und allgemeine Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu ergreifen sind und wenn ja, welche der vorliegenden Maßnahmen für die jeweilige Sportart und den Athleten angemessen sind. Beispielsweise indem präventiv ausgerichtete Inhalte zur allgemeinen Kräftigung, zur Verbesserung der Beweglichkeit, Koordination oder Propriozeption durchgeführt werden. Als Alternativen können auch das prophylaktische Anlegen eines Tapeverbands, die Überprüfung der Sportausrüstung auf Sicherheitsmängel oder das Tragen einer entsprechenden Schutzausrüstung (z.B. Helm, Protektoren, Mundschutz) in Training und Wettkampf angesehen werden. Gleiches gilt für die *Anpassung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen* zur Optimierung bereits eingesetzter Präventionsprogramme oder Sicherheitsstandards. Beispielsweise gilt es nach der Einführung eines präventiven Kraft-

trainingsprogramms stets aufs Neue festzulegen, welche Trainingsinhalte und welche Trainingsintensitäten gewählt oder welche Trainingshäufigkeit angestrebt wird. Entscheidungen zum Einsatz von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind prinzipiell auch bei auftretenden Beschwerden oder im Verlauf der medizinischen Behandlung bei einer Verletzung denkbar⁴⁹. So kann beispielsweise bei einer vorliegenden Armverletzung durch die Entscheidung zur Durchführung eines begleitenden Stabilisationstrainings versucht werden, die Verletzungsanfälligkeit im Bereich der unteren Extremität zu reduzieren.

Zwischenfazit

Mit dem Auftreten von Schmerzen und Verletzungen sind aus Perspektive des betroffenen Athleten zahlreiche Entscheidungsprobleme verbunden, von deren Bewältigung eine erfolgreiche Genesung beeinflusst wird (vgl. Abbildung 2).

Nun handelt es sich bei verletzungsbezogenen Entscheidungsproblemen nicht nur um isolierte Einzelphänomene. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Entscheidungen im Verletzungsverlauf aneinander gekoppelt sind und sich wechselseitig bedingen. Beispielsweise gibt die diagnostische Entscheidung eines Arztes allen Folgeentscheidungen über Behandlungsmethoden und Rehabilitationsmaßnahmen die Richtung vor und bestimmt damit indirekt auch die Entscheidung über den Zeitpunkt und die Art des Wiedereinstiegs ins sportliche Geschehen. Wird trotz Schmerzen weitertrainiert und gar kein medizinischer Experte aufgesucht, dann existieren die medizinischen Entscheidungsgelegenheiten nicht. Vielmehr rücken dann andere Entscheidungen, wie zum Beispiel über den Einsatz von Selbstbehandlungsmaßnahmen, in den Mittelpunkt. Betrachtet man verletzungsbezogene Entscheidungen unter zeitlicher Perspektive und bringt diese mit dem Karriereverlauf eines Spitzenathleten zusammen, dann ist durch die Möglichkeit eines mehrmaligen Auftretens von Verletzungen auch mit einer mehrmaligen Konfrontation ähnlicher Entscheidungsproblematiken zu rechnen. Auf lange Sicht gesehen ist daher auch mit Veränderungen der Entscheidungspraxis bei ähnlichen Verletzungsproblemen zu rechnen, beispielsweise wenn Athleten lernen, wie sie mit auftretenden Schmerzen umzugehen haben oder wenn Erfahrungen über die Wirksamkeit einer bestimmten Behandlungsmethode vorliegen.

49 Als weitere Alternativen kommen Verfahren zur Stressreduktion und zur Entspannung, wie beispielsweise physikalische Maßnahmen (z.B. Massage, Sauna, Whirlpool); der Einsatz von Instrumenten zur Belastungs- und Erholungssteuerung; körperliche Funktionstests und medizinische Vorsorgeuntersuchungen zur frühzeitigen Identifikation körperlicher Defizite und Verletzungen oder der Verzicht auf eine Ausübung gefährlicher Freizeitbetätigungen in Frage. Nicht aus dem Blick geraten dürfen auch der Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln, denen eine verletzungspräventive Wirkung nachgesagt wird oder der Rückgriff auf „Gesundheitsgurus“ und zahlreiche komplementärmedizinische Heil-, Präventions- oder Gesundheitsförderungsmethoden, deren Wirksamkeit bislang nicht oder nur in Einzelfällen untersucht wurde.

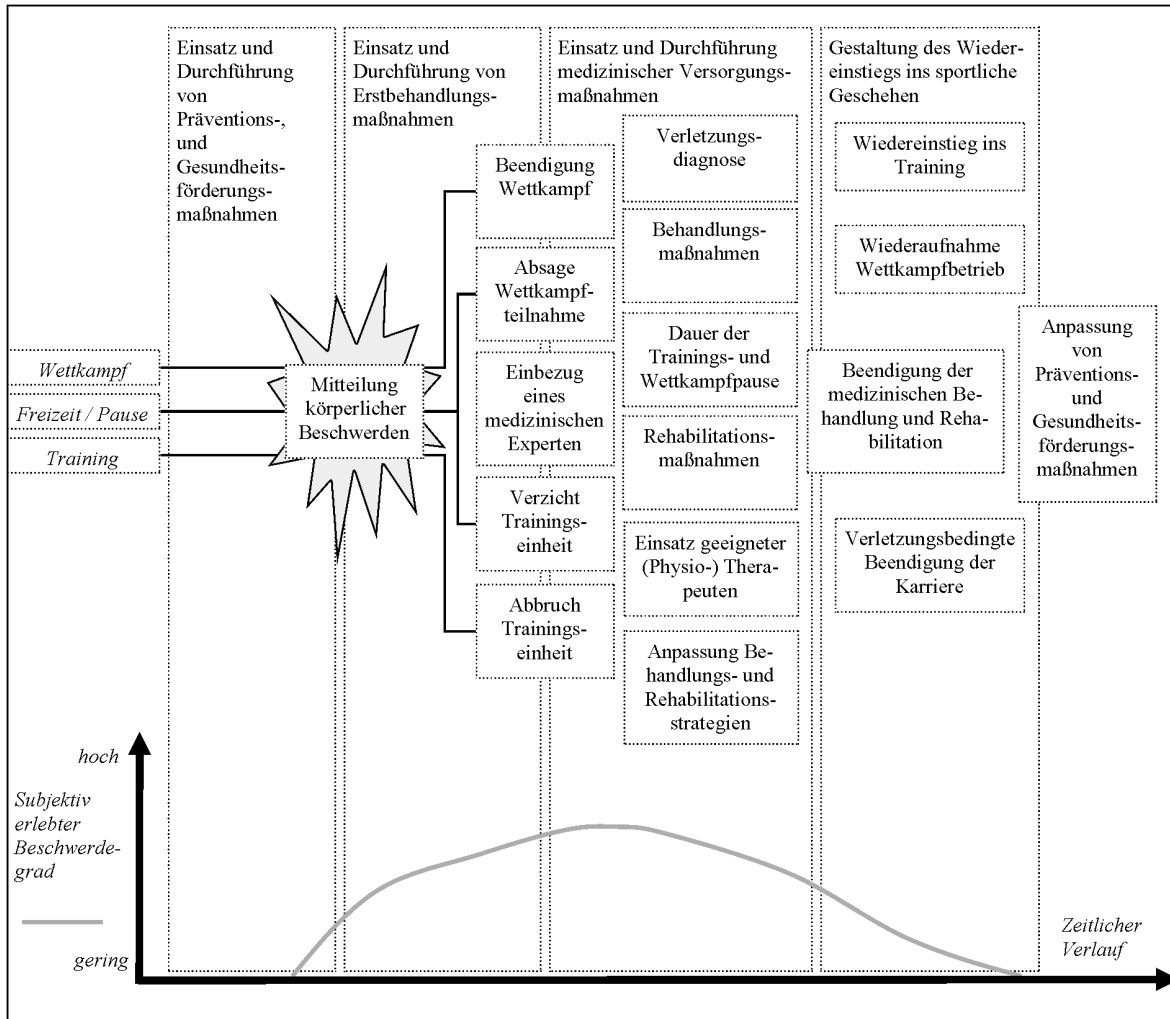


Abbildung 2: Idealtypische Entscheidungsprobleme im Verletzungsverlauf

Bislang wurden lediglich die für spitzensportliche Kontexte typischen Entscheidungsprobleme identifiziert, indem nach möglichen Handlungsalternativen gefragt wurde. Im Folgenden ist daher zu klären, von welchen Bedingungen die Konstruktion von Alternativen und eine Entscheidung abhängen.

4.3. Verletzungsbezogene Entscheidungsbedingungen

Eine Auseinandersetzung mit Prozessen, die bei der Entscheidungsfindung ablaufen, ist für die Erklärung der Entscheidungspraxis im Spitzensport ebenso wichtig wie eine genauere Betrachtung des Zeitraums nach einer getroffenen Entscheidung. Das Phänomen Entscheidung ist für eine differenzierte Analyse des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen daher genauer zu betrachten.

4.3.1. Entscheidung als zeitpunktgebundenes Ereignis

Eine Entscheidung stellt nach Luhmann (1984b, S. 593) ein „zeitpunktgebundenes Ereignis“ dar, das mit dem Moment der Festlegung auf eine Alternative auch schon wieder vergangen ist. Bei einer Entscheidung spielt die „Kontingenzverarbeitung unter Inanspruchnahme von Zeit“ eine entscheidende Rolle (Luhmann, 1984b, S. 595)⁵⁰. Die Entscheidung als Ereignis besetzt dabei einen Zeitpunkt, „der ein für allemal (...) Vorher und Nachher als seine Vergangenheit und seine Zukunft trennt“. Mit dieser „zeitlichen Punktualisierung kann eine Synthese zweier Kontingenzformen geleistet werden“, denn „einen Moment lang ist die Entscheidung beides zugleich: Wahlmöglichkeit und Festlegung, die auch anders möglich wäre“ (Luhmann, 1984b, S. 596).

Kontingenz als Wahlsituation vor einer Entscheidung

Betrachtet man die Zeit vor der Entscheidung, dann stellt sich Kontingenz aufgrund verschiedener Alternativen als Wahlsituation dar. Zukunft ist dabei im „Modus des Noch-nicht-Bestimmtheits“ gegeben (Luhmann, 2000, S. 172). Das „Unbekanntsein der Zukunft“ stellt dementsprechend eine „unerlässliche Bedingung der Möglichkeit von Entscheidungen“ dar (Luhmann, 2000, S. 153). Vor dem Treffen einer Entscheidung muss das jeweilige System, dem die Entscheidung zugerechnet wird, mit dem Zustand der Unbestimmtheit von Zukunft durch eigenverantwortliche Unsicherheitsabsorption in der Form von Informationsverarbeitung unter Benutzung eines Gedächtnisses umgehen (vgl. Luhmann, 2000, S. 158). Entscheidungen sind damit wie alle Kommunikationen auch auf Bewusstseinsleistungen angewiesen. Im Zuge der Informationsverarbeitung kommt es zu einer „Einschränkung des Möglichkeitspielraums“ (Luhmann, 1984a, S. 397) und zu Erwartungen darüber, wie eine gewisse Situation beschaffen ist und was in Aussicht steht. Folgt man Luhmann (1984a, S. 402) weiter, dann werden aus Erwartungen die für Entscheidungssituationen typischen Alternativen gebildet, ohne dass bereits feststeht, welche der Alternativen gewählt wird. So ist im Zeitraum vor der Entscheidung jede Option immer auch anders möglich. Dabei lässt sich nach Gründen für die

50 „Kontingenz ist etwas, was weder notwendig ist noch unmöglich ist; was also so, wie es ist (war, sein wird), sein kann, aber auch anders möglich ist. Der Begriff bezeichnet mithin Gegebenes (zu Erfahrendes, Erwartetes, Gedachtes, Phantasiertes) im Hinblick auf mögliches Anderssein; er bezeichnet Gegenstände im Horizont möglicher Abwandlungen.“ (Luhmann, 1984a, S. 152).

eine oder andere Wahl suchen, indem zusätzliche Informationen generiert werden. Allerdings wird die Zeit vor der Entscheidung durch Erwartungen begrenzt, die sich auf die zeitliche Notwendigkeit einer Entscheidung beziehen (vgl. Luhmann, 1984a, S. 402). Dieser Gesichtspunkt ist insbesondere bei verletzungsbezogenen Entscheidungen von höchster Relevanz. Insbesondere bei schweren Sportverletzungen ist schnelles Entscheiden angesagt, aber auch bei einer auftretenden Verletzung im Wettkampf ist die zur Erstdiagnose und -behandlung verfügbare Zeit begrenzt. Dementsprechend ist die Informationsbasis, auf deren Grundlage Entscheidungen zu treffen sind, wie bei allen medizinischen Diagnose- und Behandlungsentscheidungen auch bei verletzungsbezogenen Entscheidungen nicht beliebig erweiterbar. Zusätzlich wird durch die Terminierung von Wettkämpfen oder Trainingseinheiten latent Entscheidungsdruck erzeugt, indem die Erwartung an die möglichst schnelle Behebung eines körperlichen Problems erzeugt wird. Da die konkreten Erwartungen an eine Entscheidungssituation von psychischen Systemen individuell konstruiert werden, ist davon auszugehen, dass mit jeder zusätzlichen Person, die an einer Entscheidung beteiligt ist, die Angelegenheit deutlich komplexer wird. Denn neben differenten Einschätzungen hinsichtlich der sachlichen Aspekte einer Entscheidungssituation spielen auch soziale Aspekte wie die Beziehung der an einer Entscheidungssituation Beteiligten eine zentrale Rolle.

Festzuhalten bleibt, dass vor einer Entscheidung Zukunft immer ungewiss ist. Die Wahl einer Alternative bleibt immer mit Unsicherheit verbunden - trotz der zahlreichen Möglichkeiten, Informationen über den aktuellen Zustand und anzunehmende zukünftige Entwicklungen zu beschaffen und mit einzubeziehen.

Kontingenz als Risiko nach der Entscheidung

Aber auch nach einer Entscheidung bleibt Kontingenz bestehen, denn dann steht fest, für was man sich entschieden hat. Obwohl die Vergangenheit „im Modus der Unabänderlichkeit gegeben“ ist, hätte die Entscheidung ja auch anders ausfallen können (Luhmann, 2000, S. 172). Die Konsequenzen der getroffenen Entscheidung sind im Nachhinein jedoch zu tragen (vgl. Luhmann, 1984a, S. 402)⁵¹. Entscheidungen transformieren damit Ungewissheit in Risiko. Das bedeutet für einen Entscheider⁵² eine zweifache Qual. So hat jeder Entscheider zunächst die Qual vor der Wahl, indem unter Ungewissheit eine Alternative zu wählen ist. Sobald diese durch die Festlegung auf eine Alternative überwunden ist, beginnt die Qual nach der Wahl. Die vorherige Ungewissheit wird dann in das Risiko transformiert, das Falsche getan zu ha-

51 Luhmann (1984a, S. 402) spezifiziert dies wie folgt: „Vor der Entscheidung gibt es mithin die Differenz der Alternativen, nach der Entscheidung gibt es zusätzlich eine Relation zu dieser Relation, nämlich die Beziehung der ausgewählten Alternative zu dieser Auswahldifferenz. Zwei Formen der Kontingenz, offene Kontingenz und Auch-anders-möglich-gewesen-sein der getroffenen Entscheidung kommen zur Einheit“.

52 Wenn im Folgenden vom Entscheider die Rede ist, dann ist damit immer die soziale Zuschreibung einer Entscheidung verbunden. D.h. der Entscheider kann auch eine Personengruppe, ein Gremium oder eine Organisation darstellen.

ben (vgl. Luhmann, 2000, S. 166ff; Schimank, 2005, S. 51f). Die Semantik von Entscheidung weist damit eine (notwendige) Ambivalenz auf. Die in den Wirtschafts-, Verhaltens-, und Sozialwissenschaften übliche Definition von Entscheidung als mehr oder weniger rationale Wahlhandlung (choice) bezeichnet demnach nur einen Teilaspekt des Gesamtsachverhalts Entscheidung (vgl. Luhmann, 1984a, S. 402).

Wenn sich beispielsweise die mit vorliegenden Rückenbeschwerden verbundenen Erwartungen eines Athleten im Verlauf des Trainings nicht erfüllen, weil die Schmerzen unerträglich werden, dann kann im Nachhinein mit Blick auf die ausgeschlossenen Alternativen (z.B. zu Hause bleiben oder einen Arzt aufsuchen) die so rekonstruierte Entscheidung zur Trainingsteilnahme bereut werden. „Was geschehen ist, ist dann nicht mehr zu ändern, aber die Kontingenz des Geschehenen gibt der Gegenwart und der Zukunft einen anderen Sinn“ (Luhmann, 1984b, S. 595). So hat sich der Athlet gegebenenfalls für sein Verhalten vor dem Trainer zu rechtfertigen oder er kann sich vornehmen, in Zukunft bei leichten Rückenschmerzen doch lieber einen Arzt aufzusuchen. Die letztendliche Bewertung des Entscheidungsergebnisses lässt sich jedoch nur im Blick zurück und mit Kenntnis der Vergangenheit vornehmen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die rückwirkende Bewertung einer Entscheidung entweder von dem oder den Entscheidern selbst oder von anderen Beobachtern, wie z.B. dem Trainer, Arzt, Familienmitgliedern, Managern, Funktionären oder Journalisten vorgenommen werden kann. Dass rückwirkend unterschiedliche Bewertungskriterien an eine Entscheidung angelegt werden können, liegt auf der Hand. Bewertungskriterien einer Entscheidung stellen im Grunde nichts anderes als Erwartungen darüber dar, wie entschieden werden soll. Gesellschaftlich am weitesten verbreitet ist dabei die spezifische Erwartung, dass die Entscheidungsfindung rational abläuft. Die Bewertung im Nachhinein einer Entscheidung erfolgt dann ebenfalls in Erwartung rationaler Entscheidungskriterien (vgl. Schimank, 2005, S. 52ff)⁵³.

Die Entscheidung, dass am Training trotz leichter Rückenschmerzen teilgenommen wird, kann vom Athleten und Trainer als richtig bewertet werden, wenn die Rückenschmerzen danach wieder verschwunden sind, wohingegen ein Arzt diese Entscheidung als grob fahrlässig bezeichnet und diese vor dem Hintergrund möglicher Risiken und Folgewirkungen als Fehlentscheidung ausweist. Die Qual nach der Wahl kann auch Folgeentscheidungen auslösen, die den Entscheider erneut in die (qualvolle) Situation vor der Wahl versetzt. Beispielsweise

53 Als Hilfskonstruktionen wurden zusätzlich die Begriffe Ergebnisrationalität und prozedurale Rationalität eingeführt. Dabei lässt sich jedoch auch wieder unterscheiden, ob es sich um Rationalität im Sinne von Effizienz und Effektivität oder um Zweck- oder Systemrationalität handelt. Dementsprechend lauten die sechs Komponenten perfekt rationalen Entscheidens: 1) Problemdiagnose, 2) Kriterienformulierung, 3) Alternativensuche, 4) Alternativenbewertung und Auswahl, 5) Implementation, 6) Evaluation (vgl. Schimank, 2005, S. 174). Die Semantik des in der Entscheidungspraxis verwendeten Begriffs Bauchentscheidung suggeriert jedoch, dass es eine ganze Reihe an Entscheidungen gibt, bei denen der Rationalitätsanspruch vollständig aufgehoben wird bzw. aufgehoben werden muss.

wenn die Rückenschmerzen vor dem nächsten Training immer noch bestehen oder eine verordnete Therapie nicht den gewünschten Erfolg bringt.

Oftmals wird auch erst im Blick zurück das Handeln zum Entscheiden (vgl. Luhmann, 1984b, S. 595), denn „dass eine Auswahl stattgefunden hat, kann man nur an ihrem Resultat, also nur retrospektiv erkennen“ (Luhmann, 2000, S. 135). Zieht sich ein Athlet im Verlauf einer Trainingseinheit eine Verletzung zu, dann lässt sich die Trainingsteilnahme auch erst später als Entscheidung rekonstruieren, selbst wenn im Vorfeld gar keine Alternativen reflektiert wurden und die Trainingsteilnahme routinemäßig erfolgt ist. Die „komplizierte Binnenstruktur des Entscheidens als Umformung von Kontingenz“ (Luhmann, 1984a, S. 402) verweist auch darauf, dass sich die wahrgenommenen Alternativen vor und nach der Entscheidung unterscheiden können, beispielsweise wenn nach der Entscheidung alte Erwartungen zu Gunsten neuer Erwartungen aufgegeben werden und damit eine Umstrukturierung des Alternativenhorizonts erfolgt. So wird eine Entscheidung oftmals auch erst im Nachhinein mit Argumenten begründet und zu einer rationalen Entscheidung stilisiert, obwohl diese Argumente entgegen der bewussten Erinnerung vor der Entscheidung gar keine Rolle gespielt haben. Dieses Phänomen der nachträglichen Unterfütterung einer Entscheidung mit rationalen Begründungen wird auch als Hindsight-Effekt bezeichnet (vgl. von Eckardstein & Simsa, 2007, S. 377). Beispielsweise wenn ein Trainer im Nachhinein auf die gründliche Abwägung aller Vor- und Nachteile einer Trainingsteilnahme trotz vorliegender Beschwerden verweist, obwohl diese im Vorfeld der Entscheidung gar keine Rolle gespielt haben. Die an eine Entscheidungssituation gerichteten Erwartungen liegen dann immer noch vor, allerdings ist das Resultat und die Folge der Entscheidung bekannt, was eben dazu führen kann, dass neue Erwartungen von außen herangetragen oder die eigenen Erwartungen umgedeutet werden.

Für die Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen bedeuten diese Überlegungen entsprechend, dass stets die Zeit vor einer Entscheidung als auch die Zeit nach einer Entscheidung zu bedenken ist, insbesondere wenn es um eine Bewertung von Alternativen und von getroffenen Entscheidungen geht. Darüber hinaus ist diese Vorher/Nachher-Unterscheidung von besonderer Relevanz, wenn die Abfolge von Entscheidungen im Verletzungsverlauf genauer betrachtet werden soll. So stellt sich beispielsweise die Zeit nach der Entscheidung zur verletzungsbedingten Wettkampfabgabe als die Zeit vor der Entscheidung zur Wiederaufnahme des Trainings- und Wettkampfbetriebs heraus. Besonders die Zeit nach der Entscheidung über die vorliegende Verletzungsdiagnose stellt den Ausgangspunkt für zahlreiche weitere Entscheidungen wie die Wahl einer geeigneten Behandlungsmethode und eines geeigneten Therapeuten dar. Da nach einer Entscheidung mit einer Aktualisierung der im Gedächtnis abrufbaren Erfahrungen und Wissensbestände zu rechnen ist und diese Resultate wiederum in die nächste Entscheidungssituation mit einfließen, erscheint es vor diesem Hintergrund notwendig, verletzungsbezogene Entscheidungen retrospektiv zu betrachten. Insbesondere dann, wenn es um die Frage nach verletzungsbezogenen Lernprozessen und um ei-

nen Wandel der verletzungsbezogenen Entscheidungspraxis im Verlauf von spitzensportlichen Karrieren geht. Nun stellt sich jedoch die Frage, wie es zu einer Entscheidung kommt und welche Rolle hierbei Alternativen, Erwartungen und verletzungsbezogene Informationen spielen.

4.3.2. Entscheidung als Zurechnungskonstrukt und erwartungsgebundenes Ereignis

Nun kommt es mitunter vor, dass verschiedene Personen ein und dieselbe Entscheidung für sich reklamieren. Beispielsweise wenn ein Trainer darauf verweist, dass die Entscheidung zu einem Wechsel des Arztes von ihm ausging und der Athlet gleichzeitig behauptet, er habe dies selbst entschieden.

Entscheidung als Selbst- und Fremdbeobachtung

Die Feststellung, welche Entscheidung zu treffen ist oder welche Entscheidung getroffen wurde, erfolgt durch einen Beobachter (vgl. Luhmann, 2000, S. 135ff). Denn „auch der Entscheider ist und bleibt eine Konstruktion eines Beobachters, der er selber sein kann“ (Luhmann, 2000, S. 137). Bei einer Entscheidung kann die Sinnggebung zum einen durch Selbstbeobachtung und zum anderen durch Fremdbeobachtung erfolgen (vgl. Luhmann, 2000, S. 135ff). Eine Selbstbeobachtung liegt vor, wenn ein Arzt mitteilt, er habe über die Diagnose entschieden oder wenn ein verletzter Athlet davon spricht, dass er die Entscheidung über die Absage eines anstehenden Wettkampfs noch nicht getroffen hat. Von einer Fremdbeobachtung ist auszugehen, wenn ein Journalist über die Entscheidung eines Verbandsgremiums berichtet, oder der Athlet eine Entscheidung des Trainers in Frage stellt. Dabei kommt es nicht selten vor, dass jemand erst durch eine andere Person mit der Feststellung überrascht wird, eine Entscheidung getroffen zu haben (vgl. Luhmann, 1994, S. 401). Beispielsweise wenn einem Athleten vorgehalten wird, sich gegen die Durchführung eines präventiven Krafttrainings entschieden zu haben, obwohl dieser diese Alternative bislang noch nie in Betracht gezogen hat. Die Beziehung von Entscheidung und Entscheidungsträger ist als ein „Zurechnungskonstrukt“ aufzufassen, was jedoch nicht bedeutet, dass dieser Vorgang nur eine Fiktion darstellt, „die zusammenbricht, wenn man sie durchschaut“ (Luhmann, 2000, S. 136). Vielmehr sind insbesondere in organisierten Sozialsystemen Entscheidungen an Entscheidungsträger gekoppelt. Bei der Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen ist demnach von Relevanz, welche Personen, Personengruppen, Gremien oder gar Organisationen als Entscheider vorgesehen sind. Dabei kann es durchaus zu Differenzen bei der Zuschreibung von Entscheidungen kommen. So sind z.B. im professionellen Handballsport an der Entscheidung zum Wiedereinstieg ins sportliche Geschehen nach einer Verletzungspause neben dem Arzt und Athleten meist auch der Trainer und ein Physiotherapeut beteiligt. Die Entscheidung wird dabei zwar oft als gemeinsame Entscheidung betrachtet, sie lässt sich aber auch alleinig dem behandelnden Arzt zuschreiben, beim Trainer verorten oder dem Athleten zurechnen (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Im Bereich der medizinischen Versorgung werden hingegen die

Entscheidungen über Diagnose, Behandlung und Rehabilitation formal beim Arzt verortet, obwohl bei genauerer Analyse der tatsächlichen Entscheidungsprozesse deutlich wird, dass dies auch nicht immer der Fall ist (vgl. Vogd, 2004).

Entscheidung und Erwartung

Welche Alternativen vor einer Entscheidung konstruiert werden, welche davon letztendlich gewählt und wie die Entscheidung im Nachhinein bewertet wird, resultiert aus den Erwartungen, die an eine Entscheidungssituation gerichtet werden (vgl. Luhmann, 1984a, 1984b). Erwartungen reduzieren die Komplexität einer Entscheidungssituation, indem sie eine Orientierungsfunktion vor als auch nach der Entscheidung einnehmen. Die für eine Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen relevanten Erwartungen lassen sich verschiedenen Systemebenen (vgl. Luhmann, 1984a, S. 16) zuordnen und sind durch ihre Orientierungsfunktion gleichsam als Strukturen psychischer und sozialer Systeme aufzufassen. So werden für den Bereich sozialer Systeme Strukturen auch als generalisierte Verhaltenserwartungen bezeichnet (vgl. Luhmann, 1984a, S. 139).

Indem eine Entscheidung als „ein auf Erwartung reagierendes Verhalten“ verstanden wird, lässt sich der Entscheidungsbegriff weiter konkretisieren (Luhmann, 1984b, S. 591). Dabei „führt die Orientierung an Erwartungen nicht schon zu einem Entscheidungsergebnis; sie macht die Entscheidung nur nötig und versetzt in eine wie immer reduzierte, wie immer disbalancierte, wie immer belastete Freiheit, den Erwartungen nicht zu folgen“ (Luhmann, 1984b, S. 595)⁵⁴. Das Wesen einer Entscheidung besteht entsprechend darin, ob eine Erwartung erfüllt wird oder nicht (vgl. Vogd, 2004, S. 129). Wird durch Entscheidung diejenige Alternative gewählt, welche durch die Erwartung(en) erzeugt wird, resultiert ein erwartungskonformes Verhalten. Bei einem nicht-konformen Verhalten erfolgt eine Festlegung auf die Alternative, dass eben jener Erwartung nicht gefolgt wird. Beispielsweise erzeugt die Vorlage eines ausgearbeiteten präventiven Trainingsprogramms durch den Trainer beim Athleten Entscheidungsdruck, da an das Programm die Erwartung geknüpft ist, dieses auch einzuhalten. Gleichzeitig liegt jedoch auch die Alternative vor, der Erwartung nicht zu folgen und die Durchführung des Programms abzulehnen. Erst durch die Alternative, einer Erwartung nicht zu folgen, konstituiert sich die Entscheidungssituation. Damit lässt sich jegliches menschliche Verhalten zu einer Entscheidung stilisieren, wenn Alternativen durch einen Beobachter mit ins Spiel gebracht werden. Wenn keinerlei Alternativen reflektiert werden, dann lässt sich von einer Beobachtungsperspektive aus in Anlehnung an Schimank (2005) auch von traditionalem, routinisiertem oder gefühlsgelitetem Handeln sprechen.

Werden bei der Frage nach der Wahl einer Alternative und der rückwirkenden Bewertung einer Entscheidung Verhaltenserwartungen in den Mittelpunkt gerückt, dann geht es dement-

54 So macht „erst die Prognose des Verhaltens (...) das Verhalten zur Entscheidung“ und „erst die Prognose des Verhaltens macht es möglich, ihr nicht zu folgen“ (Luhmann, 1984b, p. 594).

sprechend nicht um besser oder schlechter, sondern um die Differenz zwischen erwartungskonform und -abweichend. Damit wird der hier verwendete Entscheidungsbegriff deutlich weiter gefasst als bei den gängigen und vor allem in den Wirtschaftswissenschaften dominierenden normativ-präskriptiven Entscheidungstheorien, die als Entscheidung eine rationale, individuelle oder kollektive Wahlhandlung bezeichnen und damit ausschließlich auf Präferenzen abzielen, bei denen es um ein besser oder schlechter geht⁵⁵. Mit der Umstellung des Entscheidungsbegriffs auf Verhaltenserwartungen wird vor allem auf eine Erklärung des Phänomens Entscheidung abgezielt. In Alternativen werden Erwartungen unterschiedlichster Natur gebündelt. Da Präferenzen ebenfalls als Erwartungen aufgefasst werden können, nämlich als Erwartung, sich auf die jeweils bessere Alternative festzulegen, können rationale Wahlhandlungen auch als eine Sonderform spezifischer Verhaltenserwartungen angesehen werden, die sich auf eine Teilmenge aus dem Bereich des Entscheidens beziehen (vgl. Luhmann, 1984b, S. 594-595). So kann in einer Alternative die Erwartung enthalten sein, stets die optimale Entscheidung zu treffen, diese spezifische Form der Erwartung ist aber nicht als das definitorische Merkmal einer Entscheidung anzusehen. Dementsprechend lassen sich die Erkenntnisse der präskriptiven und normativen Entscheidungstheorien sozusagen als Spezialfälle des Entscheidens in die hier aufgespannte allgemeine Entscheidungstheorie integrieren. Mit dieser „Verlagerung des Theorieansatzes von Präferenz auf Erwartung“ ist entsprechend eine „Soziologisierung der Entscheidungstheorie“ verbunden (Luhmann, 1984b, S. 593)⁵⁶.

-
- 55 Von Rationalität als Entscheidungsprinzip geht auch Schimank (2005) aus, allerdings schränkt er den Rationalitätsanspruch durch Reflexion der Ergebnisse aus empirisch-analytischen Arbeiten zum tatsächlichen Entscheidungsverhalten ein, indem er von begrenzter Rationalität bei Entscheidungen ausgeht und der Frage nachgeht, wie Akteure vor diesem Hintergrund die besten Entscheidungen treffen können. Wird jedoch (begrenzte) Rationalität als das zentrale Merkmal einer Entscheidung zu Grunde gelegt, werden die vielen Fälle von vornherein ausgeschlossen, in denen ohne besondere Präferenz oder gar gegen die eigenen Präferenzen auf Erwartungen durch Entscheidungen reagiert wird. Darüber hinaus verweisen die Ergebnisse verhaltenswissenschaftlicher Studien zur Entscheidungspraxis in Unternehmen darauf, dass nur in den seltensten Fällen mit rationalen Auswahlhandlungen zu rechnen ist, weil sich beispielsweise Probleme gar nicht so klar abgrenzen lassen, Alternativen nicht überschaubar sind oder schlichtweg die Zeit für ein gründliches Abwägen fehlt.
- 56 Die Annahme von rationalen Entscheidungen auf Basis vollständiger Information und konsistenter Präferenzordnungen wird damit aufgegeben, vielmehr wird die - in zahlreichen empirischen Studien bestätigte - Erkenntnis in den Mittelpunkt gerückt, dass menschliches Entscheidungsverhalten grundsätzlich von begrenzter Rationalität gekennzeichnet ist (vgl. Simon, 1981; von Eckardstein & Simsa, 2007). Die Soziologie orientiert sich fast ausschließlich „an der Differenz von Verhalten (behaviour) und Handlung“ und nicht an der „Differenz von Handlung und Entscheidung“ (Luhmann, 1984b, S. 591). Die Soziologie konnte sich durch den Handlungsbegriff, der oftmals Verhalten als auch Entscheidung impliziert, zum einen gegenüber Biologien und behaviouristischen Psychologien (Verhalten) und zum anderen gegenüber den Wirtschaftswissenschaften mit ihren rationalistischen Modellen richtigen Entscheidens abgrenzen (vgl. Luhmann, 1984b, S. 591-592).

Fasst man eine Alternative als Erwartungsbündel auf, dann gilt es nun diese Erwartungen näher zu kennzeichnen. Denn nur durch Kenntnis der einer Entscheidungssituation zu Grunde liegenden Erwartungen lässt sich annähernd verstehen, wie es zu Entscheidungen und zu deren retrospektiven Bewertung in konkreten Situationen kommt.

Selbst- und Fremderwartungen

Erwartungen lassen sich grundlegend auch in Fremd- und Selbsterwartungen differenzieren, je nachdem, welche Beobachtungsperspektive eingenommen wird. Die Einführung dieser Unterscheidung ist notwendig, wenn es um eine Analyse von Entscheidungen geht, die in sozialen Kontexten getroffen werden. Diese auf die Selbstreferentialität psychischer und sozialer Systeme zurückzuführende Unterscheidung verweist darauf, dass bei der Auseinandersetzung mit Entscheidungen verschiedene Systemperspektiven (psychische Systeme, Interaktionen, Organisationen, Gesellschaft) zu berücksichtigen sind und dass sich aus jeder Perspektive die beobachteten Entscheidungen, Entscheidungsalternativen und Erwartungen anders darstellen⁵⁷. Betrachtet man die Selbsterwartungen mit Verletzungsbezug aus Perspektive eines psychischen Systems, dann setzen sich Alternativen aus Erwartungen zusammen, die sich grundlegend nach sachlichen, zeitlichen und sozialen Gesichtspunkten unterscheiden.

Auf einer *sachlichen Ebene* geht es dabei zum einen um Erwartungen, die sich aus der Wahrnehmung und Interpretation körperlicher Störungen und den damit in Verbindung stehenden Präventions-, Diagnose-, (Erst-)Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen ergeben. Hier spielt die subjektive Konstruktion des Verletzungsphänomens vor dem Hintergrund sozial geteilter Vorstellungen über Verletzungs-, Krankheits- und Beschwerdebilder eine zentrale Rolle. In *sozialer Hinsicht* geht es um Erwartungen, die sich aus generalisierten Verhaltenserwartungen mit Bezug zur aktuellen Entscheidungssituation ergeben. Diese lassen sich wiederum in Verhaltenserwartungen differenzieren, die sich aus der Beziehung zu anderen Anwesenden, aus der Mitgliedschaft in Organisationen und aus der Orientierung an gesellschaftlichen Kommunikationszusammenhängen und den damit zusammenhängenden Präferenzen ergeben. In *zeitlicher Hinsicht* werden Erwartungen durch die Einschätzung der zeitlichen Notwendigkeit einer Entscheidung und durch eine Bewertung von erwartbaren Folgen verschiedener Alternativen generiert. Weiterhin ist mit einer Vielzahl zeitlich überdauernder persönlicher Erwartungen und Präferenzen zu rechnen, die auch in verletzungsbezogenen Entscheidungssituationen mit einfließen. Generell ist davon auszugehen, dass Emotionen und Affekte in nicht

57 Aus Sicht der an Entscheidungsprozessen maßgeblich beteiligten psychischen Systeme lassen sich Erwartungen in Fremderwartungen anderer psychischer Systeme und in Selbsterwartungen differenzieren. Werden Organisationssysteme in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt, dann stellen die Erwartungen von psychischen Systemen Fremderwartungen dar, wohingegen die in Form von Entscheidungsprämissen vorhandenen Erwartungen die Selbsterwartungen der Organisation darstellen. Dies geht auf die Grundannahme zurück, dass soziale, psychische und biologische Systeme selbstreferentielle Systeme darstellen. Entsprechend sind aus Sicht einer Sportorganisation oder eines Krankenhauses die individuellen Erwartungen von Personen als fremdreferentiell zu betrachten.

unerheblichem Maße auf die Wahrnehmung, den Informationsverarbeitungsprozess mit der Bildung von Erwartungen und die letztendliche Festlegung auf eine Alternative einwirken. Nach Ciompi (1997, S. 165) üben Affekte „auch bei scheinbar rationalen und logischen Entscheidungen letztendlich eine selektiv aufmerksamkeitsleitende Operatorwirkung“ aus und organisieren „ganze Denk- und Verhaltenshierarchien affektentsprechend“. Von zentraler Bedeutung in sachlicher, sozialer und zeitlicher Hinsicht ist darüber hinaus die Wahrnehmung des räumlich-materiellen Kontexts und anderer Personen, die direkt oder indirekt an einer Entscheidungssituation partizipieren. Fremderwartungen werden in einer Entscheidungssituation durch die Anwesenheit oder lediglich durch die Antizipation anderer Personen erzeugt. Diese können zum einen aus verletzungsbezogenen Kommunikationsinhalten und zum anderen aus der Beziehung zu anderen Personen resultieren. Verletzungsbezogene Kommunikationsinhalte lassen sich dahingehend differenzieren, ob es zur Kommunikation von Verletzungssymptomen, Verhaltenserwartungen, Alternativen oder zur Kommunikation einer Entscheidung kommt. Beispielsweise wenn ein Austausch über mögliche Behandlungsverfahren erfolgt, der Trainer den verletzten Athleten auffordert, wieder am Training teilzunehmen oder wenn ein Arzt die medizinische Verletzungsdiagnose mitteilt. Die Beziehung zu anderen Personen wird durch zahlreiche Erwartungserwartungen gesichert, die sich vor allem aus der Interaktionsgeschichte und/oder aus den Mitgliedschaftserwartungen in einer Organisation ergeben.

Bei einer Entscheidung liegen typischerweise „Gemengelagen“ aus zahlreichen Selbst- und Fremderwartungen vor (vgl. Luhmann, 1984a, S. 401). Beispielsweise kann die Entscheidung zur Teilnahme am Training trotz vorliegender Beschwerden aus Sicht des Athleten darauf zurückgeführt werden, weil der kommunizierten Fremderwartung des Trainers zur notwendigen Anwesenheit im Abschlusstraining vor einem Spiel nachgegeben wird und der Selbsterwartung gefolgt wird, dass die vorliegenden Beschwerden mit oder ohne Training von alleine wieder verschwinden. Und dies obwohl weitere Fremderwartungen beispielsweise in Form eines elterlichen Ratschlags zur Trainingspause oder einer ärztlichen Verordnung zur Trainingspause vorliegen. Möglich ist jedoch auch, dass nur eine Erwartung auftritt oder dass sich Selbst- und Fremderwartungen weitestgehend decken, beispielsweise wenn Athlet und Trainer eine Entscheidungssituation ähnlich konstruieren und bewerten. Doch selbst dann sind immer noch zwei Alternativen vorhanden, nämlich der Erwartung durch Entscheidung zu folgen oder dieser Erwartung nicht nachzukommen.

5. Perspektiven verletzungsbezogener Entscheidungen

Entscheidungsprobleme lassen sich aus verschiedenen Perspektiven betrachten. Zunächst ist der Frage nachzugehen, in welcher Form Schmerzen und Verletzungen im individuellen Bewusstsein von Athleten, Ärzten und Trainern repräsentiert sind, welche Erwartungen sich hieraus ergeben und wie verletzungsbezogene Entscheidungssituationen konstruiert werden. Dabei ist auch auf die individuelle Repräsentanz zeitlich überdauernder sozialer und persönlicher Erwartungen einzugehen, die einen Bezug zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen aufweisen. Im Anschluss ist die Perspektive stärker auf die verletzungsbezogene Kommunikation unter anwesenden Personen und die dabei erzeugten Fremderwartungen zu richten. Darauf aufbauend lassen sich verletzungsbezogene Konfliktpotentiale und Konflikte thematisieren, ehe abschließend das Management verletzungsbezogener Entscheidungen in Spitzensportorganisationen betrachtet wird.

5.1. Individuelle Konstruktionen

Eine Auseinandersetzung mit der Funktionsweise psychischer Systeme ist notwendige Voraussetzung zur Klärung des Zustandekommens verletzungsbezogener Erwartungen und Alternativen und deren Bewertung. Ein psychisches System ist als informational geschlossen anzusehen, was beinhaltet, dass die „physikalischen Prozesse, welche die Sinnesorgane aktivieren, keinerlei vorgegebene Information, Bedeutung oder Wirkung besitzen und diese vollständig durch das kognitive System erzeugt“ werden (Schwegler & Roth, 1992, S. 40). Die personale Konstruktion von Erwartungen basiert auf Informationsverarbeitungsprozessen, in denen die Daten aktueller Beobachtungsvorgänge mit verfügbaren Wissens- und Erfahrungsbeständen aus dem Gedächtnis kombiniert werden⁵⁸. Die Informationsverarbeitung kann dabei auf Basis aktueller Wahrnehmungsprozesse unter Rückgriff auf Beobachtungsdaten der Systemumwelt oder auf Basis einer reflexiven Selbstbeobachtung erfolgen (vgl. Luhmann, 1984a, S. 364ff). Durch die unterschiedlichsten Beobachtungs- bzw. Wahrnehmungsarten (visuell, auditiv, taktil, sensibel, propriozeptiv etc.) wird eine Vielzahl an Informationen generiert, die wiederum vor dem Hintergrund des Gedächtnisses zu mehr oder weniger zusammenhängenden Konstrukten geformt werden.

58 Im Folgenden werden Daten von Informationen und Wissen unterschieden. Folgt man Willke (2004, S. 28ff), dann sind Daten beobachtete Unterschiede. Die Voraussetzung für die Gewinnung von Daten sind Beobachtungsinstrumente, die es erst erlauben, Unterschiede zu registrieren. Aus Daten werden erst dann Informationen, wenn diese in einen systemspezifischen Kontext von Relevanzen eingebunden und so mit Bedeutung aufgeladen werden. Nach Bateson (1972, S. 453) ist eine Information demnach „a difference that makes a difference“. Aus Information wird Wissen, wenn Informationen in bedeutsame Erfahrungsmuster eines Systems eingebaut und in einem entsprechenden Gedächtnis gespeichert und verfügbar gehalten werden (vgl. Willke, 2004, S. 33f).

Komplexität verletzungsbezogener Entscheidungssituationen

Eine Entscheidungssituation stellt sich dabei als besonders komplex dar, wenn (1) die Menge der bedeutsamen Informationen die Informationsverarbeitungskapazität des oder der Entscheider überschreitet, wenn (2) die Informationsbasis lückenhaft, unvollständig und unsicher ist oder wenn (3) von einer widersprüchlichen Informationsbasis auszugehen ist (vgl. Schimank, 2005, S. 156f). Neben sofort verfügbaren Informationen aus aktuellen Wahrnehmungsprozessen besteht meist die Möglichkeit, zusätzliche Informationen durch eine gezielte Beschaffung von Daten zu generieren, wie beispielsweise durch einen Rückgriff auf die in Büchern oder elektronischen Medien gespeicherten Wissensbestände oder durch Kommunikation mit Anderen. Der kommunikative Austausch von Erfahrungen, Empfindungen und Wissensbeständen mit Personen des sozialen Umfelds trägt damit ebenso zu einer veränderten Informationsbasis für Entscheidungen bei, wie die Lektüre medizinischer Fachbücher oder wissenschaftlicher Publikationen. Damit lassen sich Erwartungen und Alternativen konkretisieren oder deren Bewertung absichern – allerdings nur, wenn genügend Zeit zur Verfügung steht. Neben einem Informationsdefizit wirkt sich auch ein ‚Informationsoverload‘ auf die Komplexität einer Entscheidungssituation aus (vgl. Schimank, 2005, S. 158ff). Ein Informationsoverload ist vor allem im Zusammenhang mit der medizinischen Wissensbasis zu erwarten. Aufgrund der ständig wachsenden Wissensbestände und deren prinzipiellen Verfügbarkeit durch neue Medien wächst die Kluft zwischen dem potentiell nutzbaren Wissen und der kaum mehr steigerbaren Verarbeitung dieses Wissens durch die ärztlichen Entscheider. Ein bewusst wahrgenommenes Informationsdefizit tritt hingegen auf, wenn beispielsweise ein Athlet über Schmerzen klagt, aber keine medizinischen Anzeichen einer Verletzung sichtbar sind. Ein unbewusstes Informationsdefizit kann vorhanden sein, wenn nicht alle diagnostischen Maßnahmen ausgeschöpft werden oder wenn Ärzte, Trainer und Athleten von der Existenz eines neuartigen Präventionsprogramms bislang noch nichts wissen. Vor dem Hintergrund einer unzureichenden Klärung der Ursachen vieler Verletzungen und wenig gesicherter Erkenntnisse über die Wirksamkeit verletzungspräventiver Maßnahmen ist für viele verletzungsbezogene Entscheidungslagen von einer unvollständigen Informationsbasis auszugehen.

Aus Perspektive der traditionellen Kognitionswissenschaft unterliegen darüber hinaus auch menschliche Experten, wie beispielsweise Ärzte, in ihren Entscheidungen einer Reihe von systematischen Trugschlüssen, logisch fehlerhafter Denkoperationen und kognitiven Täuschungen (vgl. ausführlich Vogd, 2004, S. 39ff). Allerdings weisen Ergebnisse der Expertiseforschung darauf hin, „dass die vermeintliche Schwäche psychischer Systeme unter den Realbedingungen einer unsicheren und unscharf definierten Wirklichkeit eher eine Tugend darstellt“ (Vogd, 2004). Hierdurch ist ein Entscheiden und Handeln auch unter unscharfen Problemdefinitionen möglich. Insbesondere im Bereich der schlecht definierten medizinischen Problemlagen scheint implizites Erfahrungswissen und ein eher intuitives Denken angemessenere Ant-

Antworten auf alltägliche Entscheidungslagen zu liefern, als ein systematisch-formalisiertes Expertenwissen (vgl. Vogd, 2004, S. 36).

Die im Gedächtnis abrufbaren expliziten und impliziten Wissensbestände spielen demnach eine zentrale Rolle für den Umgang mit Verletzungen⁵⁹. So werden einerseits Daten und Informationen mit Hilfe des Gedächtnisses erzeugt, andererseits wird durch Daten und Informationen das Gedächtnis permanent irritiert⁶⁰. Die „Konstruktionsfähigkeit“ eines personalen Systems entwickelt sich dementsprechend über die gesamte Biografie. Individuelle kognitive Konstruktionen von Objekten, Raum oder Zeit differenzieren sich im Verlauf der individuellen Entwicklung durch sensomotorisch rückgekoppelte Interaktion mit der Umwelt und anderen Systemen auf der Basis von Sinneserfahrungen aus, und stabilisieren sich im Verlaufe der Sozialisation (vgl. Cachay & Thiel, 2002). Dabei entstehen „konsensuelle Bereiche als sozial akzeptierte Wirklichkeiten“ (Schmidt, 1991, S. 34), also ein sogenanntes soziales Wissen. Dies ist auf die Erfahrung zurückzuführen, die eigenen Erfahrungen anderen Menschen erfolgreich unterstellen zu können. Gleichzeitig erfahren Individuen andererseits aber auch, dass unterschiedliche Individuen die scheinbar gleiche „Realität“ zuweilen unterschiedlich konstruieren. Im Zusammenhang mit verletzungsbezogenen Konstruktionen spielt dementsprechend die jeweilige Biografie des Systems eine entscheidende Rolle, wobei vor allem der Verletzungsbioografie des Athleten und sozial geteilter Wissensbestände zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen eine besondere Bedeutung zukommt. Die dem Individuum zugängliche Welt ist also „seine kognitive Welt, nicht eine Welt, so wie sie ist“ (Schmidt, 1991, S. 26). Dies gilt auch für die konstruierten Erwartungen und Alternativen im Rahmen verletzungsbezogener Entscheidungssituationen.

Die individuelle Konstruktion einer verletzungsbezogenen Entscheidungssituation wird dabei von der Wahrnehmung des aktuellen räumlich-materiellen und des sozialen Kontexts beeinflusst. Bedeutsam sind dabei generalisierte Verhaltenserwartungen, die auch den Rahmen für verletzungsbezogene Entscheidungen vorgeben.

59 Wissen lässt sich in implizites und explizites Wissen unterscheiden (vgl. Polanyi, 1958). Explizites Wissen ist ein Wissen, „von dem der Wissende weiß und über das er sprechen kann“. Implizites Wissen ist hingegen ein Wissen, „das eine Person aufgrund ihrer Erfahrung, ihrer Geschichte, ihrer Praxis und ihres Lernens im Sinne von Know-how hat“ (Willke, 2004, S. 35).

60 Personale Systeme sind transitorisch, was bedeutet, dass sie ihre Elemente in einem „kontinuierlichen Vorgang der Selbstreproduktion“ ständig erneuern, d.h., „die je vorhandenen Systemelemente müssen beständig ihre Plätze räumen, um nachdrängenden neuen Platz zu machen“ (Schimank, 1988, S. 60), wobei die Identität des Systems jedoch nicht verändert wird. Aufgrund seiner zirkulären Organisation ist ein personales System nach Maturana (1982, S. 52) „ein induktives System“, das in „prognostizierender Weise“ operiert. Dabei wird „die Relevanz eines bestimmten Verhaltens oder einer Verhaltensklasse (...) immer in der Vergangenheit determiniert“. Der Selbstbezug auf die eigene Vergangenheit und die Determinierung des Verhaltens durch die eigene Struktur bedingt, dass es immer das System selbst ist, welches spezifiziert, „welche Ereignisse in seinem Medium mit ihm interagieren können und welche nicht“ (Dell, 1986, S. 8).

Generalisierte Verhaltenserwartungen als allgemeine Orientierung für Entscheidungen

Verhaltenserwartungen werden auf einer übergeordneten Ebene durch die Codierung und Programmierung gesellschaftlicher Teilsysteme produziert⁶¹. Von diesen Teilsystemen geht eine basale Orientierungsfunktion für Bewusstseinsprozesse psychischer Systeme sowie für die Kommunikation in Organisationen und Interaktionen aus. Für die Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen ist neben der Leitorientierung des Spitzensportsystems vor allem der Kommunikationszusammenhang des Medizinsystems von Relevanz. So resultieren generalisierte Verhaltenserwartungen für den Bereich des Spitzensports aus der in Programmen spezifizierten und gradualisierten Sieg/Niederlage-Codierung (vgl. ausführlich Bette, 1999; Bette & Schimank, 1995; Cachay & Thiel, 2000; Schimank, 1988; Stichweh, 1990). Das Erbringen von wettkampfbezogenen körperlichen Leistungen stellt die in spitzensportlichen Kommunikationszusammenhängen zentrale Verhaltenserwartung dar, ergänzt durch die Erwartung, dass dem Leistungsprinzip Folge geleistet wird (vgl. ausführlich Thiel, 2002). Ergänzt werden diese allgemeinen Verhaltenserwartungen durch programmatische Spezifizierungen in Form von sportartspezifischen und sportartübergreifenden Regeln sowie durch allgemeine Normen und Werte, wie beispielsweise Fair Play (vgl. ausführlich Borggrefe, Thiel & Cachay, 2006, S. 35ff). Durch die eine Sportart konstituierenden Regeln wird indirekt erwartet, dass sich die Athleten gewissen sportartspezifischen Gefahren aussetzen und dass diese von allen Beteiligten akzeptiert werden. Ohne die Bereitschaft, die konstituierenden Regeln der Sportarten und die damit verbundenen Verletzungsgefahren hinzunehmen, kann ein Athlet nicht am Kommunikationszusammenhang Spitzensport teilnehmen. Von einem Abfahrtsläufer wird beispielsweise erwartet, dass er gefährliche Sprünge meistert, mit hohen Geschwindigkeiten schwierige Passagen absolviert. Schwere Stürze sind dabei zwangsläufig einzukalkulieren, wenn man eine Chance auf eine vordere Platzierung haben möchte.

Darüber hinaus spiegeln sich das Leistungsprinzip und die Logik des Überbietens von Gegnern und Rekorden in der Erwartung wieder, körperliche und psychische Grenzen auszureizen. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass Schmerzen und Verletzungen im Kommunikationszusammenhang Spitzensport nur insofern eine Rolle spielen, wenn davon auch die Erbringung sportlicher Leistungen betroffen ist. Denn primär wird körperliche Leistungsfähigkeit der Athleten erwartet und nicht deren Schmerz- oder Beschwerdefreiheit.

Für die Auseinandersetzung mit Verletzungen (und Krankheiten) ist ein anderes gesellschaftliches Teilsystem zuständig. Im Gegensatz zum Spitzensportsystem grenzt sich das Medizinsystem mit der Leitunterscheidung lebensförderlich/lebenshinderlich von seiner Umwelt ab. In Form der programmatischen Übersetzung des binären Codes werden dabei Erwartungen

61 Diese haben sich im Zuge eines funktionalen Ausdifferenzierungsprozesses der Gesellschaft von einer segmentären über eine stratifikatorische Gesellschaft herauskristallisiert (vgl. ausführlich Cachay & Thiel, 2000).

produziert, die sich auf die Behandlung von Krankheiten und Verletzungen, auf deren Prävention sowie auf eine Förderung der Gesundheit beziehen (vgl. Bauch, 1996, S. 111)⁶². Diese Codierung ist in diagnostischen, therapeutischen und zunehmend auch präventiven Programmen implizit enthalten. Solche Programme zielen zum einen darauf ab, die bekannten Krankheits- und Verletzungsmuster noch besser zu behandeln oder zu vermeiden. Zum anderen sind diese darauf ausgerichtet, neue Beschwerdebilder zu entdecken. Neben den Erwartungen des Medizinsystems und Spitzensportsystems ist darüber hinaus auch mit Erwartungen zu rechnen, die aus den Leitorientierungen weiterer Funktionssysteme der Gesellschaft resultieren. Durch zunehmende Kommerzialisierung und Medialisierung im Bereich des organisierten Spitzensports spielen an der Logik des Wirtschaftssystems und des Systems der Massenmedien ausgerichtete Erwartungen eine zunehmende Rolle. Insbesondere im Bereich der Krankheitsbehandlung werden vermehrt wirtschaftliche Interessen an Entscheidungssituationen herangezogen. Aus der Orientierung am Rechtssystem resultieren ebenfalls spezifische Erwartungen, beispielsweise wenn nach fahrlässiger Behandlung eines Patienten ein Strafverfahren droht.

Diese allgemeinen Erwartungen werden durch Organisationen spezifiziert. Da Organisationen primär in einem bestimmten gesellschaftlichen Funktionssystem operieren, richten sie ihre Strukturen auch an dessen Leitorientierung aus (vgl. Luhmann, 2000, S. 238). Ansonsten wäre gar nicht erkennbar, ob es sich um eine Spitzensportorganisation, ein Krankenhaus, ein Wirtschaftsunternehmen oder um ein Forschungsinstitut handelt. Dementsprechend müssen auch die Strukturen spitzensportlicher Organisationssysteme am Sieg/Niederlage-Code ausgerichtet sein. Durch Spitzensportorganisationen werden so die Bedingungen der Möglichkeit einer zeitlich überdauernden Gewährleistung der sportlichen Leistungserbringung durch (individuell austauschbare) Athleten geschaffen und eine Ausdifferenzierung weiterer Stellen wie der von (ebenfalls austauschbaren) Trainern, Mannschaftsärzten oder Funktionären etc. geschaffen. Medizinische Einrichtungen orientieren sich hingegen am Code lebensförderlich/lebenshinderlich und sind durch die Ausdifferenzierung von Stellen für Ärzte, Therapeuten, Pfleger, Verwaltungspersonal etc. gekennzeichnet. Organisationssysteme sind jedoch in der Lage, durch strukturelle Kopplung Bezüge zu anderen gesellschaftlichen Teilsystemen, wie beispielsweise dem Wirtschafts-, Medizin- oder Wissenschaftssystem, herzustellen und diese Bezüge strukturell zu verankern. In den Strukturen von Sportorganisationen können sich medizinische Leitorientierungen zum Beispiel in Form der Ausdifferenzierung von Stellen für Mannschaftsärzte oder Physiotherapeuten niederschlagen. Im Bereich der Organisationen des

62 Das traditionell am Code krank/gesund ausgerichtete Medizinsystem wurde durch Problemlagen der Systemumwelt wie beispielsweise in Form einer Zunahme degenerativer Erkrankungen geradezu gezwungen, die Leitorientierung umzustellen (vgl. Bauch, 1996, S. 111). Allerdings bleibt zu beachten, dass die Behandlung von Kranken und nicht die Behandlung von Gesunden zur Systembildung führt, dementsprechend ist die Hauptfunktion des Medizinsystems weiter im Bereich der Kuration anzusiedeln. Gesundheit fungiert hier lediglich als Reflexionswert für das nicht Vorhandene oder noch zu Erreichende (vgl. Vogd, 2004, S. 117).

Medizinsystems sind die Resultate einer solch strukturellen Kopplung an der Existenz sportmedizinischer Abteilungen in Kliniken sowie an der Möglichkeit einer Spezialisierung zum Arzt mit Schwerpunkt Sportmedizin erkennbar. Alle Organisationen benötigen darüber hinaus Geld, „insofern operieren alle Organisationen im Wirtschaftssystem“ (Luhmann, 2000, S. 405). Dementsprechend zeigt sich Sportorganisationen und den Organisationen des Medizinsystems auch eine Orientierung am Code haben/nicht haben, zum Beispiel wenn es um die Bezahlung medizinischer Leistungen oder um Einnahmen aus Sponsoring-Partnerschaften geht.

Unter Berücksichtigung dieser verschiedenen Orientierungsrahmen für Entscheidungen gilt es nun die individuellen Konstruktionen verletzungsbezogener Erwartungen von Athleten genauer in den Blick zu nehmen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die sozialen und persönlichen Einflussfaktoren zu legen. Anschließend ist ein Perspektivwechsel vorzunehmen, indem verletzungsbezogene Erwartungen aus Sicht des Arztes und des Trainers thematisiert werden.

5.1.1. Athlet / Patient

Repräsentanz des vorliegenden Verletzungsphänomens im Bewusstsein

Die Konstruktion einer verletzungsbezogenen Entscheidungssituation erfolgt aus Perspektive des Athleten vor allem auf Grundlage des vorliegenden Verletzungsphänomens. Verletzungsbezogene Erwartungen und Alternativen resultieren dabei aus der

- Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands unter somatischen, psychischen und psychosomatischen Gesichtspunkten durch Selbstbeobachtung des Körpers und dessen biologischer Systeme (Nervensystem, Immunsystem, Stütz- und Bewegungsapparat) in Form von Schmerz- und Körperwahrnehmung, der
- Klassifikation und Bewertung des Verletzungsphänomens in Form einer subjektiven Laiendiagnose auf Grundlage subjektiver Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen⁶³, einer
- Antizipation möglicher Risiken, erwartbarer Folgeschäden und der biografischen Relevanz einer vorliegenden Verletzungsproblematik sowie der
- Wahrnehmung potentieller Verletzungen und allgemeiner Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ebenfalls auf Grundlage subjektiver Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen.

Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands und Beschwerdegrades

Die Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands oder des Beschwerdegrades basiert für ein personales System auf der Beziehung zwischen Körper und Bewusstsein in Form von zwei unterschiedlichen autopoietischen Systemen. So kann das Bewusstsein den eigenen Körper nicht direkt beobachten, „es kann nur seine physikalischen, chemischen und organischen Prozesse durch Vorstellungen konstruieren“ (Baraldi, 1997, S. 118)⁶⁴. Hier stellt sich die Frage, ob und in welcher Form Veränderungen des eigenen Körpers überhaupt ins Bewusstsein dringen. Vor dem Hintergrund eines subjektiv erlebten Normalzustands von Gesundheit spielt vor allem die subjektive Konstruktion von Schmerzen im Rahmen der Schmerzwahrnehmung eine entscheidende Rolle. Gerade dieser Konstruktionscharakter von

63 Diese und weitere Überlegungen basieren auf gesundheitspsychologischen Ansätzen zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen, Gesundheitskonzepten, Gesundheitstheorien, Krankheitskonzepten, Krankheits-theorien und Körperkonzepten (vgl. Faltermaier, 2005) zur Risikowahrnehmung und -einschätzung (vgl. Renner, 2003) sowie auf deren Synthese bei Thiel, Mayer und Digel (2009) im Zusammenhang mit der subjektiven Konstruktion von Gesundheit bei Spitzenathleten.

64 Psychische Systeme sind mit den „neurophysiologischen Prozessen des eigenen Organismus in dem Sinne gekoppelt, dass sie nur dann operieren können, wenn das biologische System lebt, mit dem sie verbunden sind. (...) Diese Zustände werden normalerweise nicht einmal wahrgenommen - und wenn sie wahrgenommen werden, dann nur auf der höchst selektiven Weise spezifischer psychischer Formen (Esposito, 1997b, S. 187), zum Beispiel als Schmerz, Unwohlsein oder einer Bewegungseinschränkung. Zur Interpenetration zwischen Körper und Bewusstsein vgl. ausführlich Luhmann (1984a, S. 331f) und Vogd (2005, S. 200f).

Schmerz wird von aktuellen Arbeiten zur Schmerzwahrnehmung betont. Dies gilt insbesondere auch für sportliche und spitzensportliche Kontexte (vgl. Abraham, 2003; Bendelow, 2000; Loland, Skirstad & Waddington, 2006; Roessler, 2006; Waddington, 2006).

Der Körper irritiert das Bewusstsein insbesondere mit Hilfe des Schmerzes, wobei „der Schmerz (...) eine Kompensation für die strukturelle Unaufmerksamkeit des Bewusstseins für den Körper“ darstellt (Baraldi, 1997, S. 118). Aber nicht nur der Schmerz vollzieht eine Komplexitätsreduktion, die Aufmerksamkeit auf den Körper erzwingt (vgl. Baraldi, 1997, S. 118), auch Bewegungseinschränkungen oder eine verminderte Leistungsfähigkeit können das Bewusstsein zur Beobachtung körperlicher Phänomene veranlassen. Vor allem im Sport ist davon auszugehen, dass dem Körper permanent eine große Aufmerksamkeit zukommt. So ist der Körper einerseits „das wertvollste Kapital in spitzensportlichen Karrieren“ (Bette, Schimank, Wahlig & Weber, 2002, S. 346), was eine besonders sensible Wahrnehmung von körperlichen Veränderungen erfordert. Andererseits ist der Körper aber auch bis an die Grenzen zu belasten, was mit einem gewissen Maß an körperlichen Schmerzen einhergeht. Welche unterschiedlichen Erwartungen aus wahrgenommenen Schmerzen resultieren können, lässt sich aus den aktuellen Befunden zur Schmerzwahrnehmung von Spitzenathleten ableiten. So werden Schmerzen von erfahrenen Athleten als gute oder als schlechte Schmerzen klassifiziert, je nachdem ob es sich um einen Verletzungsschmerz oder um Schmerzen handelt, die sich aus der sportlichen Belastung des Körpers ergeben. Auch ist von einer Verschiebung der Schmerztoleranz die Rede (vgl. Loland, 2006). Neben spürbaren körperlichen Beschwerden lassen sich zusätzliche verletzungsbezogene Informationen durch das Betrachten und Betasten der eigenen Körperoberfläche oder durch einfache Funktionstests erzeugen. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers auf Basis vorliegender Körperkonzepte spielt somit insbesondere bei der sinnlichen Wahrnehmung von Verletzungsanzeichen oder einer bereits diagnostizierten Verletzung eine Rolle.

Klassifikation und Bewertung des Verletzungsphänomens (Laiendiagnose)

Simultan zu einer solch individuellen Schmerz- oder Symptomwahrnehmung erfolgt die informationale Verarbeitung und Interpretation vor dem Hintergrund der im Gedächtnis gespeicherten Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen. Hieraus resultiert eine Klassifikation und Bewertung des Verletzungsphänomens in Form einer subjektiven Laiendiagnose. Subjektive Gesundheits- und Verletzungsvorstellungen bilden hierbei die implizite und explizite Wissensbasis für eine Einschätzung und Bewertung der wahrgenommenen körperlichen Phänomene. Während subjektive Gesundheitsvorstellungen vor allem für die Einordnung wahrgenommener Schmerzen nach dem Schema gesund/krank bzw. gesund/verletzt relevant sind, beziehen sich subjektive Verletzungsvorstellungen auf die konkrete Einordnung und Bewertung von bereits als Verletzungsanzeichen interpretierten körperlichen Symptomen.

Verletzungsbezogene Vorstellungen beinhalten zum einen definitorenische Vorstellungen zu Verletzungsmustern, in welchen neben medizinischen Verletzungsdiagnosen auch die im in-

dividuellen sozialen Umfeld geteilten Laiendiagnosen repräsentiert sind. Hiervon hängt es ab, ob ein Athlet eine Schmerzsymptomatik beispielsweise als Zerrung, Muskelkater, Entzündungsreaktion oder strukturelle Schädigung interpretiert oder ob ein bislang neuartiges Verletzungsphänomen vorliegt. Zum anderen sind kausale Vorstellungen zur Verletzungsentstehung, zum Verletzungsverlauf und zu Behandlungsmaßnahmen im Bewusstsein repräsentiert. Dabei sind verschiedene Verletzungssymptome mit auslösenden Ereignissen sowie typische Verletzungsverläufe und mögliche Behandlungsmaßnahmen verknüpft. Beispielsweise wenn ein Schmerzphänomen als Zerrung bezeichnet wird, die Ursache in mangelndem Aufwärmen gesehen und davon ausgegangen wird, dass die Schmerzen durch Schonung und eine selbstständige Eisbehandlung von alleine wieder zurückgehen. Wenn keine Erfahrungen aus Vorverletzungen repräsentiert sind und auch nur marginale Wissensbestände zu Verletzungstypen vorliegen, dann bezieht sich die Laiendiagnose vor allem auf die Art und Lokalisation der wahrgenommenen körperlichen Schmerzen, Beschwerden oder Beeinträchtigungen.

Die hieraus resultierenden Erwartungen zeigen sich zum einen in der Beurteilung des Schweregrades einer Verletzung, in der als sinnvoll erachteten Behandlungsmaßnahmen und zum anderen in der wahrgenommenen Notwendigkeit, Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen. Die als sinnvoll erachteten Behandlungsmaßnahmen und Hilfeleistungen können sich dabei zum einen auf medizinische und paramedizinische Kontexte beziehen, zum anderen aber auch auf das individuelle soziale Umfeld eines Athleten. So hängt es beispielsweise von der eingeschätzten Notwendigkeit und den antizipierten Behandlungsmaßnahmen ab, von welchem medizinischen Experten ein bestmögliches Behandlungsergebnis erwartet wird. In Abhängigkeit des vorliegenden Verletzungsphänomens wird zusätzlicher Entscheidungsdruck durch die wahrgenommene Notwendigkeit einer schnellen Behandlung oder einer schnellen Genesung erzeugt.

Einschätzung gesundheitlicher Risiken und der biografischen Relevanz

Verletzungsbezogene Erwartungen resultieren darüber hinaus aus der Antizipation gesundheitlicher Risiken und erwartbarer Folgeschäden der vorliegenden Verletzung sowie aus der biografischen Relevanz einer anstehenden Entscheidung. Neben der Risikowahrnehmung sind vor allem die Risikoeinschätzung bestimmter Verhaltensweisen und die damit einhergehenden Kontrollüberzeugungen von Bedeutung (vgl. Faltermaier, 2005; Renner, 2003). Bei der Risikowahrnehmung geht es ganz allgemein um die Konstruktion der mit Verletzungen verbundenen Risiken. Die Risikowahrnehmung bezieht sich dabei zum einen auf mögliche Folgeschäden vorliegender Verletzungen sowie auf die Antizipation eines Eintretens zukünftiger Verletzungen. Bei der Risikoeinschätzung steht hingegen die Relevanz der wahrgenommenen Risiken im Hinblick auf konkrete Verhaltenserwartungen, wie beispielsweise die Wettkampfteilnahme trotz Beschwerden, die Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahme, das Einlegen einer Genesungspause, der Wiedereinstieg ins sportliche Geschehen nach einer Verletzung oder der Einsatz von verletzungspräventiven Trainingsmaßnahmen. Solche Vorstellungen

über die Riskanz des eigenen Verhaltens beziehen sich auf eine metareflektorische Ebene der Selbstbeobachtung des eigenen Verhaltens vor dem Hintergrund potentieller Gesundheitsgefährdungen (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Die Risikoeinschätzung darf dabei nicht unabhängig vom vorliegenden Verletzungssphänomen noch von den damit einhergehenden Kontrollüberzeugungen gesehen werden. So ist es durchaus möglich, dass ein Verhalten zwar prinzipiell als sehr riskant eingeschätzt wird, die persönliche Gefährdung aufgrund von vorliegenden Kontrollüberzeugungen jedoch als äußerst gering eingestuft wird. Beispielsweise wenn ein Skirennläufer aufgrund seines Könnens davon überzeugt ist, trotz hoher Geschwindigkeit nicht zu stürzen und alles im Griff zu haben.

Die Erwartung, inwieweit eine Verletzung wieder vollständig ausheilbar ist oder ob mit bleibenden Spät- oder Folgeschäden zu rechnen ist, bezieht sich auf die biografische Reichweite des subjektiv konstruierten Verletzungs- oder Schmerzphänomens. Besonders bei schweren Verletzungen können verletzungsbezogene Entscheidungssituationen eine zusätzliche Brisanz erhalten, wenn hierdurch die Fortführung der weiteren Karriere des Athleten gefährdet scheint. Inwieweit langfristige Zeitperspektiven systematisch ausgeblendet werden und eine Reflexion des Verletzungssphänomens lediglich vor dem Hintergrund möglicher Auswirkungen auf die aktuellen sportlichen Ziele erfolgt, lässt sich nur vermuten.

Antizipation potenzieller Verletzungen

Auch ohne akut vorliegende Beschwerden ist mit Erwartungen zu den Möglichkeiten einer Erhaltung der Gesundheit und einer gezielten Verletzungsprävention zu rechnen. Diese resultieren aus einer Antizipation potenzieller Verletzungen und allgemeiner Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Neben definitorischen Vorstellungen von Gesundheit und Annahmen zu Kausalmechanismen von Gesundheitserhaltung, Krankheits- und Verletzungsentstehung bilden die Vorstellungen über die Riskanz des eigenen Verhaltens in Bezug auf die sportliche Betätigung die Grundlage für verletzungspräventive Erwartungen (vgl. ausführlich Faltermayer, 2005; Thiel, Mayer & Digel, 2009). Erwartungen zur Sinnhaftigkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind jedoch nicht nur auf den Zeitraum weitestgehender Beschwerdefreiheit beschränkt, vielmehr ist davon auszugehen, dass auch bei vorliegenden Schmerzen oder Verletzungen Erwartungen mit verletzungspräventivem Bezug erzeugt werden, zum Beispiel wenn erst im Zuge einer akuten Verletzung mögliche Gesundheitsgefahren reflektiert werden.

Im Zuge der Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustands, der Klassifikation und Bewertung des Verletzungssphänomens, der Antizipation von Risiken und bei der Wahrnehmung potentieller Verletzungen ist von einer Interaktion mit anderen Personen auszugehen. Hier kann es zu einem Austausch verschiedener und ebenfalls subjektiver Situationseinschätzungen kommen, die sich wiederum auf die eigenen Bewusstseinsprozesse auswirken können. Beispielsweise wenn ein Arzt die medizinische Verletzungsdiagnose mitteilt oder ein Trainer dem Athleten Hinweise zur Behandlung einer leichten Verletzung gibt. Verletzungs- und ge-

sundheitsbezogene Konstruktionen entwickeln sich entsprechend nicht unabhängig von den bisherigen biografischen Erfahrungen und der aktuellen lebensweltlichen und sozialen Situation. Vielmehr werden solche Bewusstseinsstrukturen im Laufe der Sozialisation erworben, angepasst und verändert (vgl. Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering, 1998, S. 35). In der allgemeinen gesundheitswissenschaftlichen Diskussion wird davon ausgegangen, dass Gesundheit (und Verletzung) vor dem Hintergrund des Berufs, sozialer Rollen, der Familie und sozialer Netzwerke konstruiert wird. Vor allem einschneidende Lebenserfahrungen mit Gesundheits- und Verletzungsbezug durch Alters- und Entwicklungsprozesse, Lebenskrisen und deren Bewältigung, schwere Krankheiten und Verletzungen bilden einen Kontext, in dem bestehende Überzeugungen einer Anpassung und Veränderung unterworfen sind (vgl. Faltermaier & Kühnlein, 2000, S. 148). Verletzungsbezogene Erwartungen werden dementsprechend auch stark von der Biografie eines Athleten und von dessen individuellen Umfeld beeinflusst und sind ohne die Kenntnis einschneidender Vorerfahrungen mit Schmerzen und Verletzungen nur schwer zu verstehen. Darüber hinaus entwickeln sich solche Konstruktionen nicht unabhängig von umfassenden individuellen Lebenskonzepten und Lebenszielen. Im Folgenden gilt es daher zunächst, die für Spitzenathleten relevanten allgemeinen und verletzungsspezifischen Erwartungen genauer zu bezeichnen, die sich durch die Einbindung in soziale Kontexte ergeben.

Soziale Verhaltenserwartungen als Stellen- und Rollenerwartungen

Ganz allgemein lassen sich soziale Verhaltenserwartungen dahingehend unterscheiden, ob es sich um Erwartungen an die eigene Rolle als Athlet handelt oder ob Erwartungen an die Rolle anderer Personen geknüpft werden. Dabei ist auch mit konkreten verletzungsbezogenen Rollenerwartungen zu rechnen. Aus Sicht eines Athleten sind vor allem die auf einer Mitgliedschaft in spitzensportlichen Organisationseinheiten der Sportvereine oder Sportverbände basierenden Erwartungen bedeutsam. So können Athleten erst als Mitglied einer Sportorganisation an nationalen und internationalen Wettkämpfen und Meisterschaften teilnehmen⁶⁵. Auch Funktionäre, Trainer und Ärzte erhalten ebenfalls nur als Mitglied der jeweiligen Sportorganisation finanzielle Zuwendungen, eine Akkreditierung bei den entsprechenden spitzensportlichen Leistungsvergleichen oder ein Zugang zu Entscheidungsgremien. Diese Mitgliedschaft ist zum einen an zahlreiche sportartübergreifende, sportartspezifische Bedingungen geknüpft, wie beispielsweise die Anerkennung der konstituierenden Regeln des Sports, des sportartspezifisch ausgearbeiteten Regelwerks oder der Antidopingbestimmungen. Zum anderen sind mit der Mitgliedschaft (sport-)organisationsspezifische Regeln verbunden, die in Form von entscheidbaren und nicht-entscheidbaren Entscheidungsprämissen vorliegen⁶⁶.

65 Diese Mitgliedschaft kann in Abhängigkeit der jeweiligen Sportorganisation beispielsweise durch den Erwerb einer Lizenz, eines Startpasses, eines Spielerpasses, durch Berufung in eine Auswahlmannschaft, vertragliche Anstellung oder in Form einer Athletenvereinbarung geschehen.

66 Nach Luhmann (2000) stellen Entscheidungsprämissen die Strukturen von Organisationssystemen dar.

Hieraus ergeben sich die für eine Vereinsmannschaft, einen Spitzensportclub oder für die Auswahlmannschaft eines Verbands typischen *Stellen- und Rollenerwartungen* (vgl. für Sportspielmannschaften des Spitzensports Thiel, 2002). Rollenerwartungen lassen sich dabei als die Gesamtheit der formalen, informellen, organisationskulturellen und personalen Erwartungen bezeichnen, die mit einer Person verknüpft sind. Davon sind Stellenerwartungen zu unterscheiden, die sich lediglich auf die formal mit einer Stelle verbundenen Kommunikationswege, d.h. auf die festgelegten Aufgabengebiete, Zuständigkeiten und Weisungsbefugnisse beziehen. Sind mit einer Stelle kaum formale Erwartungen verbunden, dann dominieren entsprechend die durch informelle Absprachen, gesellschaftliche und organisatorische Konventionen sowie durch persönliche Erwartungen beeinflussten Rollenerwartungen⁶⁷. Im individuellen Bewusstsein sind solche Stellen- und Rollenerwartungen in mentalen Organisationsmodellen repräsentiert (vgl. Kim, 1993).

Es ist davon auszugehen, dass die Rolle des Athleten von der Erwartung geprägt ist, dass auf Grundlage der Durchführung von Trainings- und Regenerationsmaßnahmen sportliche Spitzenleistungen unter Beachtung der allgemeinen und sportartspezifischen Regeln erbracht werden. Durch sportliche Zielsetzungen erzeugte Erwartungen können dabei von Seiten der Sportorganisationen, der medialen Öffentlichkeit oder des persönlichen Umfelds kommuniziert werden und so Erwartungsdruck erzeugen. Darüber hinaus sind im Bewusstsein des Athleten weitere persönliche sportliche Zielsetzungen repräsentiert, wie beispielsweise die Berufung in einen Kader oder eine Auswahlmannschaft oder die Qualifikationen für ein sportliches Großereignis. Die allgemeinen Erwartungen an die Rolle des Athleten werden durch den gesellschaftlichen Kommunikationszusammenhang des Spitzensportsystems geprägt. Verletzungsspezifische Erwartungen beziehen sich auf einen mehr oder weniger formalisierten Umgang mit auftretenden Schmerzen, die Durchführung von verletzungspräventiven Maßnahmen oder die Konsultation medizinischer Experten. Insbesondere die Wahrnehmung der Weisungsgebundenheit gegenüber dem Trainer, Mannschaftsarzt oder Physiotherapeuten sowie die zugestandene Selbstverantwortung bei anstehenden verletzungsbezogenen Entscheidungen sind hier von Relevanz. Damit verbunden sind auch Vorstellungen über mögliche Sanktionen, die mit einem nicht erwartungskonformen Verhalten einhergehen, wie zum Beispiel eine Nicht-Nominierung für sportliche Wettkämpfe, einer Zurückstufung im Kaderstatus, finanziellen Strafzahlungen, einem Startverbot oder einem Entzug der Lizenz. Athleten verbinden auch mit anderen Personen in ihrem Umfeld, wie beispielsweise dem Trainer, Manager oder anderen Athleten ganz konkrete Rollenwartungen. Oder wenn erwartet wird, dass der Trainer

67 Organisationen behandeln Personen nicht als ganze Menschen, sondern als Bündelung von Erwartungen. Als Mitglied einer Organisation bringt die Person jedoch auch persönliche Erwartungen an die eigene Rolle mit ein, wie beispielsweise monetäre Erwartungen, Absicherung durch Vertragsdauer in Abhängigkeit der Leistungsperspektive, aktiver Einsatz im Wettkampf, Bekanntheit, Prestige, soziale Anerkennung, familiäre und freundschaftliche Verpflichtungen oder Feindschaften und Antipathien (vgl. Thiel, 2002).

im Falle einer Verletzung unterstützend zur Seite steht oder dass eine finanzielle Unterstützung für die bestmögliche Behandlung gewährleistet wird.

Sobald ein verletzter Athlet einen Arzt aufsucht, resultieren Erwartungen, die an die *Rolle als Patient* geknüpft sind. Mit der Inklusion ins Medizinsystem, die über eine Kranken- und Unfallversicherung, private Finanzierung oder über einen informellen Behandlungsvertrag mit einem Arzt zu Stande kommt, wird der Athlet mit medizinischen Verhaltenserwartungen konfrontiert. So wird erwartet, dass er den Anweisungen des Arztes Folge leistet und dass er durch sein Verhalten zur Genesung beiträgt. Zusätzlich ergeben sich organisationspezifische Erwartungen, je nachdem, ob eine Behandlung im Krankenhaus, an einem Olympiastützpunkt, in einer Arztpraxis, einer physiotherapeutischen Einrichtung oder am Spielfeldrand durch den Mannschaftsarzt oder Physiotherapeuten erfolgt. Im Gegenzug kann der Patient in Abhängigkeit der Diagnose einer Krankheit oder Verletzung von seinen gesellschaftlichen Pflichten durch Krankschreibung entbunden werden (vgl. Parsons, 1967). Für einen verletzten Spitzensportler bedeutet das, dass er nicht mehr am spitzensportlichen Kommunikationszusammenhang teilnehmen kann. Verletzt sich ein Athlet, ergibt sich die Problematik eines Aufeinanderprallens der Logik des Medizinsystems und der Logik des Spitzensportsystems. So ist davon auszugehen, dass ein verletzter Athlet neben der Erwartung an eine möglichst vollständige Ausheilung stets auch so schnell wie möglich wieder fit und einsatzbereit werden möchte. Denn mit zunehmender Länge der Verletzungspause nimmt nicht nur das erarbeitete Trainings- und Leistungsniveau ab, vielmehr lassen sich auch spezifische Trainingsinhalte vor einem Wettkampf nicht mehr unterbringen und ein langfristig orientierter Saison- und Leistungsaufbau wird gefährdet. Inwieweit sich die konstruierten Erwartungen an die Rolle als Spitzensportler und als Patient ergänzen oder in welchem Maße es dabei zu Divergenzen oder unlösbaren Paradoxien kommt, ist bislang nicht bekannt.

Personale Erwartungen

Zusätzlich zu den individuell konstruierten stellen- und rollenspezifischen Erwartungen ist mit einer Vielzahl personaler Erwartungen zu rechnen⁶⁸. Dabei sind insbesondere allgemeine Erwartungen an die eigene Gesundheit in Relation zu sportlichen Zielen von Relevanz. Diese können sich beispielsweise in der Bereitschaft zeigen, für den sportlichen Erfolg andere Lebensbereiche zu vernachlässigen, gesundheitliche Beeinträchtigungen in Kauf zu nehmen oder gar langfristige körperliche Schäden davonzutragen. Entsprechend spielt die Bedeutung von Gesundheit in Relation zu sportlichen Zielen, zu monetären Zielen, medialer Bekanntheit, Prestige oder sozialer Anerkennung eine Rolle, darüber hinaus ist mit Erwartungen zu rechnen, die sich aus familiären und freundschaftlichen Verpflichtungen oder aus Sympathien so-

68 Personale Erwartungen werden in Bezug auf die Rolle des Spitzensportlers von Borggreve, Thiel & Cachay (2006, S. 52ff) von Mitgliedschaftserwartungen unterschieden und als intern generierte Verhaltenserwartungen einer Wettkampfeinheit des Spitzensports bezeichnet.

wie aus Antipathien zu Trainern, Ärzten, Physiotherapeuten oder Funktionären ergeben. Allgemeine personale Erwartungen an eine verletzungsbezogene Entscheidungssituation können auch auf einem Arbeitsverhältnis außerhalb des Spitzensports oder einem Ausbildungsverhältnis beruhen oder sich aus Sponsoring-Partnerschaften, Unterstützungsleistungen durch Stiftungen o.ä. ergeben.

Es ist davon auszugehen, dass die Konstruktion eines vorliegenden Verletzungsphänomens, die Wahrnehmung verletzungsbezogener Alternativen und insbesondere deren Bewertung sehr stark von den personalen Erwartungen an die eigene Rolle als Spitzensportler beeinflusst werden. Denn im Laufe ihrer Karriere haben sich Athleten zunehmend auf diese Rolle zu fixieren, um sportliche Erfolge überhaupt erst zu ermöglichen⁶⁹. Dementsprechend ist zu vermuten, dass mit zunehmender Inklusion ins Spitzensportsystem auch die personalen Entscheidungskriterien an der Systemlogik des gesellschaftlichen Teilsystems ausgerichtet werden und die abschließende Bewertung von Alternativen in Orientierung am Leistungsprinzip und an der Erzielung sportlicher Leistungen erfolgt.

Zwischenfazit

Die Alternativenlage einer verletzungsbezogenen Entscheidungssituation wird aus der Perspektive des Athleten grundlegend von der Wahrnehmung körperlicher Signale und deren Interpretation sowie Bewertung vor dem Hintergrund der im Gedächtnis gespeicherten verletzungsbezogenen und gesundheitsbezogenen Vorstellungen bestimmt. Hinzu kommen die kognitiv repräsentierten und situativ als relevant erachteten Erwartungen an die Rolle als Athlet und/oder als Patient. Im Folgenden wird ein Perspektivwechsel vorgenommen, indem die Konstruktion einer Entscheidungssituation aus Sicht eines medizinischen Experten vorgenommen wird.

69 Bette, Schimank, Wahlig & Weber (2002) sprechen diesbezüglich auch von der biografischen Falle.

5.1.2. Arzt / Mannschaftsarzt

Die Konstruktion eines vorliegenden Verletzungsphänomens basiert beim Arzt auf der Beobachtung des Athletenkörpers und der damit einhergehenden Kommunikationsprozesse. Das Bewusstsein des Arztes ist nicht wie beim Athleten mit dem verletzten Körper verbunden. Vielmehr handelt es sich beim Arzt um einen externen Beobachter der biologischen Systeme, des Athletenkörpers (insbesondere des Stütz- und Bewegungsapparats).

Ärztliche Diagnose

Bei der Gewinnung von Daten über das Verletzungsphänomen nimmt der Arzt entsprechend eine andere Perspektive ein. Er hat die Möglichkeit, den Athleten anzusehen, zu befragen oder zu berühren und kann sich auf Basis von sichtbaren körperlichen Verletzungsanzeichen, den Schilderungen des Athleten und dessen Schmerzreaktion auf Druck oder Bewegung ein Bild vom vorliegenden Verletzungsphänomen machen. Durch verschiedene diagnostische Verfahren oder Tests, wie beispielsweise die Erstellung und Interpretation von Röntgen-, CT- oder MRT-Bildern, können zusätzliche Daten erhoben und zu Informationen verarbeitet werden. Um weitere Erkenntnisse zu einem vorliegenden Problem zu erhalten, lassen sich auch weitere medizinische Experten mit einbeziehen. Die medizinische Informations- und Wissensbasis stellt sich jedoch „keineswegs so dar, dass die richtige Entscheidung auf der Straße läge“ (Vogd, 2004, S. 36). Ärzte müssen ihre Entscheidungen vielmehr „unter der Voraussetzung von Unsicherheit und Nichtwissen treffen“ (Vogd, 2004, S. 36). Bei der Transformation der ermittelten Daten zu verletzungsbezogenen Informationen greift der Arzt dabei neben dem durch Aus- und Fortbildung erworbenen expliziten medizinischen Wissen auf sein implizites Wissen, d.h. ein durch seine Praxistätigkeit erworbenes Know-how zurück.

Aus medizinsoziologischen Studien geht hervor, dass im Karriereverlauf eines Arztes eine Transformation des Wissens stattfindet. So wird aus dem anfänglich dominierenden expliziten biomedizinischen Wissen ein eher prozedurales implizites Wissen in Form von „*illness scripts*“. Solche „*illness scripts*“ ermöglichen das rasche Fällen valider Diagnosen auch unter der Voraussetzung von Unsicherheit, fehlender Informationen, Zeitdruck und teilweise kontrovers diskutierter biomedizinischer Wissensbestände. Mit zunehmender Erfahrung werden die „*illness scripts*“ zunehmend in „*Patienten-Scripts*“ umgewandelt, die es erlauben, den Patienten ganzheitlicher wahrzunehmen und vermehrt psychosoziale Patientencharakteristika in Entscheidungen zu Diagnose und Behandlung mit einfließen zu lassen. Neben dem Körper der Patienten, auf den sich die Behandlung primär richtet, wird zunehmend den persönlichen Bedürfnissen und Wünschen des Patienten gedient (vgl. Vogd, 2004, S. 45f).

Jeder Arzt konstruiert mit Hilfe seines medizinischen Wissens und ggf. in Absprache mit anderen Ärzten eine eigene Verletzungsrealität, die sich auch mit dem Begriff subjektive Verletzungsvorstellungen bezeichnen lässt. Diese subjektiven Verletzungsvorstellungen werden durch die Formulierung einer medizinischen Diagnose zusammengefasst. Mit der medizinischen Diagnose sind zahlreiche Erwartungen verbunden. Davon hängt ab, welche Behand-

lungsmaßnahmen überhaupt in den Blick kommen, welches Behandlungspersonal mit einbezogen werden muss oder wie die Chancen auf eine vollständige Heilung stehen. Eine medizinische Diagnose kann vorläufig gestellt werden, z.B. wenn bereits mit einer Behandlung begonnen wird oder zur weiteren Abklärung zusätzliche diagnostische Maßnahmen eingesetzt werden. Mit der Symptomwahrnehmung des Arztes und dessen (Erst-)Diagnose sind dementsprechend auch zeitliche Erwartungen verbunden, die sich insbesondere im wahrgenommenen Entscheidungsdruck zeigen. In Abhängigkeit der Einschätzung des Schweregrades einer Verletzung können nicht alle Diagnosen ausreichend abgeklärt oder verschiedene Behandlungsmethoden ausführlich auf ihre Vor- und Nachteile hin geprüft werden.

Mit verschiedenen Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen gehen zahlreiche Risiken einher. Die Risikowahrnehmung, Risikoeinschätzung und deren Kontrollierbarkeit durch den Arzt erfolgt dabei vor allem auf Basis epidemiologischer Wissensbestände. Liegen nur marginale Erkenntnisse vor oder lassen sich Risiken nur sehr schwer kalkulieren, hängt viel von der Erfahrung des Arztes ab. Auch beim Arzt stellt sich die Frage, inwieweit langfristige Zeitperspektiven des verletzten Patienten in den Blick kommen. So ist oftmals eine schnelle symptomatische Behandlung möglich, durch die Verletzungsursachen jedoch nicht beseitigt werden. Anders als beim Athleten hat eine vorliegende Verletzung für den Arzt auf den ersten Blick nur eine geringe biografische Relevanz, da die Patienten permanent wechseln und die Beziehung auf einer professionellen Ebene verortet ist. Dennoch stellt jede Verletzung ein potentielles biografisches Problem für den Arzt dar. So kann sich ein im Nachhinein festgestellter schwerer ärztlicher Fehler auf die weitere Berufskarriere auswirken.

Aus ärztlicher Sicht lassen sich aus der Ätiologie und Pathogenese verschiedener Verletzungsmuster zwar zahlreiche Möglichkeiten zur Prävention ableiten. Reflektiert man den Forschungsstand zur Prävention von (Sport-)Verletzungen, dann ist die Wissensbasis jedoch äußerst gering. Welche Präventionsmaßnahmen als sinnvoll erachtet werden, ist damit in hohem Maße von der persönlichen Einschätzung des Arztes abhängig.

Beim Arzt ist ebenfalls davon auszugehen, dass sich die auf einen Patienten bezogenen Verletzungs- und gesundheitsrelevanten Konstruktionen nicht unabhängig von den bisherigen biografischen Erfahrungen und der aktuellen lebensweltlichen und sozialen Situation entwickeln und dass nicht jeder Arzt auf ein und dieselbe medizinische Wissensbasis zurückgreift. Darüber hinaus bekommt ein Arzt auch nur das zu sehen, was er mit Hilfe seiner „Beobachtungsinstrumente“ sehen kann. Durch die lange Ausbildung, die Kenntnis diagnostischer Verfahren oder den täglichen Umgang mit Verletzungen und Krankheiten sind diese Beobachtungskriterien weitaus differenzierter und komplexer als dies bei medizinischen Laien der Fall ist. Darüber hinaus bearbeitet ein Arzt Probleme, die von einem Individuum und dessen Umfeld nicht selbstständig gelöst werden können. Hieraus basieren auch die sozialen Verhaltenserwartungen, die mit der Stelle und der Rolle des Arztes verknüpft sind.

Soziale Verhaltenserwartungen und ärztliches Entscheiden

Die Medizin und das ärztliche Entscheiden sind vor allem in rechtliche, ökonomische, kulturelle und organisatorische Kontexturen eingebunden (vgl. Vogd, 2004, S. 36). Für den Arzt ist der Kommunikationszusammenhang des Medizinsystems dabei zentral. Dieser spiegelt sich im Bewusstsein in der allgemeinen Zielsetzung wider, Krankheiten und Verletzungen zu diagnostizieren, zu kurieren sowie deren Auftreten zu reduzieren. Die Codierung und Programmierung des Medizinsystems zeigt sich vor allem in den Stellen- und Rollenerwartungen. Diese beruhen auf berufsethischen Grundsätzen, ergeben sich aus der fachlichen Spezialisierung, resultieren aus der Mitgliedschaft in medizinischen Einrichtungen und werden von der Organisation des Gesundheitssystems bedingt. Neben einer für die Ausübung des Berufs notwendigen Mitgliedschaft in der Ärztekammer hängen konkrete Erwartungen an die Stelle des Arztes zum einen davon ab, ob er selbstständig praktiziert oder ob er über einen Arbeitsvertrag für eine Klinik, ein Rehabilitationszentrum oder eine sportmedizinische Einrichtung arbeitet. Bei der Ausübung seines Berufs ist der Arzt zahlreichen Regelungen in Form von Entscheidungsprämissen unterworfen. Diese sind im Bewusstsein des Arztes auch in Form der bereits angesprochenen individuellen mentalen Modelle der jeweiligen Organisation und der berufsethischen Grundsätze repräsentiert. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um formale Vorgaben zum koordinierten Ablauf und zu den Verantwortlichkeiten bei der medizinischen Versorgung oder um konkrete Regeln und „Guidelines“ für medizinische Diagnose-, Behandlungs- oder Rehabilitationsentscheidungen handelt.

In Abhängigkeit der organisationalen Einbindung sind vor allem Kommunikationswege, d.h. Aufgabenverteilungen, Weisungsbefugnisse und Entscheidungskompetenzen in medizinischen Einrichtungen klar geregelt. Vor allem in größeren Kliniken sind ärztliche Stellen in eine stark hierarchische Struktur mit einer stellenspezifischen Weisungsbefugnis und Weisungsgebundenheit eingebunden. Neben formalisierten Entscheidungsprämissen werden im Bewusstsein eines jeden Stelleninhabers auch informelle Absprachen, unreflektierte organisationskulturelle Normen und die persönlichen Erwartungen anderer Stelleninhaber repräsentiert. Besonders bedeutsam erscheint demnach die Wahrnehmung der eigenen Aufgabengebiete und Entscheidungszuständigkeiten. Obwohl sich die letztendliche Entscheidung in einer konkreten Krankheits- und verletzungsbezogenen Entscheidungslage aufgrund ihrer Einzelfallspezifischen Ausprägung einer formalen Vorsteuerung entzieht, sind zahlreiche Bewertungskriterien für richtiges medizinisches Entscheiden formuliert. So existieren zwar allgemeine Richtlinien für ärztliches Entscheiden, allerdings gibt es keine Regeln, die alle konkreten Krankheitsfälle umspannen können. Gleiche Merkmale oder Symptome können in unterschiedlichen Kontexten Unterschiedliches bedeuten, was eine hohe Flexibilität in Denken und Entscheiden eines Arztes erfordert (vgl. Vogd, 2004).

Dennoch ist das Sanktionspotential bei im Nachhinein festgestellten Verstößen gegen fachgerechte Bemühungen hoch. Beispielsweise wenn ein Behandlungsfehler, Aufklärungsfehler,

Dokumentationsfehler oder eine Verletzung der Schweigepflicht nachweisbar ist. Ärztliches Entscheiden wird aus Organisations- und gesellschaftlicher Perspektive - im Gegensatz zur Perspektive des Patienten - nicht daran gemessen, ob der Patient tatsächlich geheilt wird, sondern daran, ob die für eine Genesung prinzipiell notwendigen Maßnahmen ergriffen und keine gravierenden „technischen“ Fehler im Behandlungsverlauf unterlaufen sind.

Erwartungen an die Rolle des Arztes im Spitzensport

Die für Behandlungssituationen typischen Erwartungen der Patienten sind für die Rolle des Arztes typisch, da die ärztliche Tätigkeit ohne den Patienten gar nicht möglich ist. Insbesondere bei Ärzten mit einem Schwerpunkt im Bereich der Sportmedizin ist davon auszugehen, dass diese stets auch mit Erwartungen konfrontiert werden, die sich an der Logik des Spitzensportsystems orientieren. Im Falle eines verletzten Athleten wird dabei neben der Erwartung einer möglichst vollständigen Wiederherstellung der Gesundheit auch die Erwartung an eine möglichst schnelle Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und sportlichen Einsatzbereitschaft herangetragen, wobei diese entweder als Erwartungserwartungen antizipiert werden oder sich direkt aus den Kommunikationsinhalten ergeben.

An dieser Stelle ist die Rolle des Mannschaftsarztes oder Verbandsarztes genauer in den Blick zu nehmen. Diese unterscheidet sich von der Rolle eines Arztes im Krankenhaus oder einer sportmedizinischen Einrichtung dadurch, dass aus der (temporären) Mitgliedschaft in einer Sportorganisation zusätzliche Stellen- und Rollenerwartungen resultieren. Welche konkreten Erwartungen an die Rolle als Mannschafts- oder Verbandsarzt geknüpft werden und in welcher Form diese fixiert sind, ist bislang nur in Ansätzen bekannt. Ganz allgemein ist davon auszugehen, dass ein Mannschafts- oder Verbandsarzt bei sportlichen Ereignissen anwesend ist und neben einer medizinischen Notfallversorgung für Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen zur Verfügung steht. Inwieweit Ärzte in Trainingsphasen für zusätzliche Behandlungs- und Betreuungszwecke bereit stehen, wie sie in die Vereins- oder Verbandsstrukturen eingebunden sind und in welcher Beziehung diese zu Athleten, Trainern, Managern oder Funktionären stehen, ist bislang jedoch nur ansatzweise bekannt. Die bisherigen Fallstudien weisen jedoch darauf hin, dass Ärzte im Spitzensport sehr häufig mit ethischen Dilemmas, Spannungen und Konflikten umzugehen haben (vgl. Howe, 2004a; Howe, 2004b; Malcolm, 2006a, 2006b; Malcolm & Sheard, 2002; Safai, 2003, 2004; Thiel, Digel & Mayer, 2007; Waddington, 2006; Waddington & Roderick, 2002; Waddington, Roderick & Naik, 2001; Walk, 1997, 2004). So wird von einem Mannschaftsarzt nicht nur erwartet, dass eine schnelle Erstversorgung gewährleistet ist, sondern auch die Leistungsfähigkeit möglichst schnell wieder hergestellt und ein Wettkampfeinsatz ermöglicht wird. Das medizinische Personal hat sich darüber hinaus an sportartspezifische und sportartübergreifende Regeln zu halten. Beispielsweise sind Anti-Doping-Regelungen bei der Wahl der Behandlungsmethoden oder die vorgegebenen Behandlungszeiten während eines Wettkampfs zu berücksichtigen (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Aus systemtheoretischer Perspektive ist das medizinische Personal durch die mitgliedschaftsbedingte Inklusion ins Spitzensportsystem einer weiteren Systemlogik ausgesetzt. Durch das Aufeinanderprallen zweier Systemlogiken ist bei jeder verletzungsbezogenen Entscheidungssituation mit zwei differenten Verhaltenserwartungen zu rechnen. Diese Paradoxie kann nur situativ gelöst werden, indem einmal der einen Logik, beim nächsten Entscheidungsproblem der anderen Logik gefolgt wird. Eine rationale Entscheidung nach dem Schema richtig/falsch wird dabei unmöglich. Wenn es dabei um Erwartungen oder Handlungsanweisungen geht, die sich gegenseitig ausschließen, dann lässt sich von einer „pragmatischen Paradoxie“ sprechen (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969, S. 178ff)⁷⁰. Für einen Arzt im Spitzensport ist zu erwarten, dass es in dessen Bewusstsein zu einer permanenten Oszillation von Erwartungen kommt, die zwischen einer den medizinischen Normen entsprechenden Behandlung und einer möglichst schnellen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit pendeln. Durch die Mitgliedschaft in einer Spitzensportorganisation hat ein Arzt bei Missachtung der spitzensportlichen Logik ebenfalls mit Sanktionen zu rechnen, die bis hin zu seinem Austausch als Mannschaftsarzt führen können, was die pragmatische Paradoxie noch verschärft. Das Sanktionspotential bei einem Mannschaftsarzt wird sozusagen verdoppelt: Einerseits ist darauf zu achten, dass kein Verstoß gegen fachgerechte Bemühungen vorliegt, andererseits sind die Erwartungen von Trainern, Athleten und Funktionären an die Rolle des Arztes nicht dauerhaft zu enttäuschen.

Wie ein Athlet und ein Arzt konstruiert sich auch jeder Physiotherapeut ein eigenes Bild von einem vorliegenden Verletzungsphänomen. Das durch Ausbildung erworbene anatomische und therapeutische Wissen sowie die bisherigen Erfahrungen mit Patienten oder verletzten bzw. angeschlagenen Athleten sind wie beim Arzt die Grundlage für eine differenzierte Beobachtung und Interpretation von Verletzungsphänomenen. Aus den vorliegenden Verletzungsvorstellungen ergeben sich wiederum spezifische Erwartungen des Therapeuten an den Umgang mit einer vorliegenden Verletzungsproblematik. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine therapeutische Behandlung normalerweise erst nach der Diagnose und Festlegung der Behandlung durch den Arzt erfolgt, was die Kontingenz bei der Konstruktion einer subjektiven Verletzungsdiagnose bereits einschränkt. Auch beim Physiotherapeuten ist die organisationale Einbindung von entscheidender Relevanz. Je nachdem ob eine Anstellung in einer Rehaklinik, einer Privatpraxis oder die Anstellung bei einem Spitzensportclub erfolgt, ist ebenso mit unterschiedlichen organisationalen Stellen- und Rollenerwartungen zu rechnen,

70 Ganz allgemein entsteht ein Problem, wenn bei paradoxen Handlungsaufforderungen entschieden werden soll, beispielsweise wenn Entscheidungen und ihre Konsequenzen Werten oder Zielen gerecht werden müssen, die sich gegenseitig ausschließen. Bei einer pragmatischen Paradoxie kann entweder der einen oder der anderen, nicht aber beiden Handlungsaufforderungen gleichzeitig gefolgt werden. Ein logisch rationales Verhalten im Sinne einer zweiwertigen Logik von richtig oder falsch wird unmöglich. Solche Entscheidungskonflikte lassen sich nur mit Hilfe von Zeit bewältigen, indem einmal so, einmal anders entschieden wird (vgl. Simon, 2006; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969)

die im individuellen Bewusstsein repräsentiert sind. Analog zur Rolle des Arztes ist von einer Grundorientierung an der medizinischen Handlungslogik auszugehen, allerdings ergibt sich in Abhängigkeit der jeweiligen Anstellung die Notwendigkeit einer Orientierung an der Logik des Spitzensportsystems, was wiederum pragmatischen Paradoxien Vorschub leistet. Während in medizinischen Kontexten die Therapie im Vordergrund steht, ist für sportliche Kontexte davon auszugehen, dass mit der Mitgliedschaft in einer Spitzensportorganisation neben den therapeutischen Fähigkeiten vor allem regenerative Massagen, die Behandlung von kleineren Beschwerden vor und nach dem Training oder Aufgaben im Bereich der Prävention von Verletzungen nachgefragt werden (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Personale Erwartungen des Arztes

Über die individuell konstruierten stellen- und rollenspezifischen Erwartungen hinaus ist auch beim medizinischen Personal mit einer Vielzahl weiterer personaler Erwartungen zu rechnen⁷¹. Dabei sind insbesondere allgemeine Zielsetzungen von Relevanz, die an die eigene Karriere als (Mannschafts-)Arzt oder (Mannschafts-)Physiotherapeut gerichtet werden, wie beispielsweise die Betreuung einer Profimannschaft oder die Teilnahme bei olympischen Spielen. In Frage kommen ebenso monetäre Ziele, mediale Bekanntheit, Prestige oder soziale Anerkennung. Darüber hinaus ist auch beim medizinischen Personal mit Erwartungen zu rechnen, die sich aus familiären und freundschaftlichen Verpflichtungen oder aus Sympathien sowie aus Antipathien zu Athleten, Trainern, Funktionären sowie aus der Konkurrenz zu anderen Ärzten oder Physiotherapeuten ergeben.

Zwischenfazit

Ärzte und Therapeuten konstruieren ihre eigene Realität, wenn es um Fragen der Prävention, Behandlung oder Rehabilitation eines verletzten oder verletzungsgefährdeten Athleten geht. Es ist davon auszugehen, dass die Konstruktion einer verletzungsbezogenen Entscheidungssituation sehr stark von der medizinischen Expertise bestimmt wird und sich schon alleine deshalb maßgeblich von den individuellen Konstruktionen eines Athleten oder eines Trainers unterscheidet. Möglich ist daher auch, dass sich die Einschätzungen von Arzt zu Arzt oder Arzt zu Physiotherapeut unterscheiden können. Bevor auf die Problematik des Zusammenspiels solch individueller Konstruktionen in konkreten verletzungsbezogenen Interaktionssituationen eingegangen wird, sind abschließend die Perspektive des Trainers und weiterer sportlicher Umfeldakteure in den Blick zu nehmen.

71 Personale Erwartungen werden in Bezug auf die Rolle des Spitzensportlers als intern generierte Verhaltenserwartungen einer Wettkampfeinheit des Spitzensports bezeichnet und so von Mitgliedschaftserwartungen unterschieden (vgl. Borggreffe, Thiel & Cachay, 2006, S. 52ff).

5.1.3. Trainer und weitere Umfeldakteure in Sportorganisationen

Aus Perspektive von Trainern und weiterer Stelleninhaber in Sportorganisationen wie Managern, Funktionären oder Sportdirektoren erfolgt die Konstruktion einer verletzungsbezogenen Entscheidungssituation ebenfalls aufgrund von Erwartungen zum vorliegenden Verletzungsphänomen, individueller Erwartungen an die eigene Rolle und allgemeiner persönlicher Erwartungen. Die Perspektive des Trainers ist aufgrund dessen primärer Unterstützungsrolle für den Athleten und einer anzunehmend großen Bedeutung für den Umgang mit Schmerzen und Beschwerden hervorzuheben.

Subjektive Verletzungsvorstellung und Laiendiagnose

Die für eine Einschätzung einer Entscheidungssituation verantwortlichen subjektiven Verletzungsvorstellungen basieren beim Trainer zum einen auf den verbalen Mitteilungen des Athleten sowie der behandelnden Ärzte oder Physiotherapeuten und zum anderen auf einer Beobachtung des Athletenkörpers. Dies ist der Fall, wenn beispielsweise ein Athlet im Training über Schmerzen berichtet, die Diagnose und Behandlungsstrategie des Arztes übermittelt oder bei einer abklingenden Verletzung den Wiedereinstieg ankündigt. Im Gegensatz zum Arzt oder Physiotherapeuten erfolgen solch subjektive Verletzungskonstruktionen jedoch nicht auf einer durch Ausbildung erworbenen medizinischen Expertise. Vielmehr ist davon auszugehen, dass vor allem die bisherigen persönlichen Erfahrungen beim Umgang mit Verletzungen solche Konstruktionen und die Stellung einer Laiendiagnose prägen. Darüber hinaus ist mit einem sportmedizinischen Alltagswissen zu rechnen, das ebenfalls in zeitlich relativ überdauernden subjektiven Gesundheits- und Verletzungsvorstellungen repräsentiert ist und von der Qualität der Trainerausbildung oder vom individuellen Interesse an medizinischen Themen beeinflusst wird. Von der Bewertung des Verletzungsphänomens hängt es ab, welche Erwartungen mit bestimmten Verhaltensweisen des Athleten verbunden werden. Beispielsweise wie das Risiko einer Wiederverletzung zum Zeitpunkt des Trainingsbeginns nach einer langwierigen Verletzung eingeschätzt oder welches Verhalten vom Athleten bei der Rehabilitation erwartet wird. Ebenso hängt hiervon die Einschätzung der Notwendigkeit eines verletzungsbedingten Trainings- oder Wettkampfabbruchs oder einer Belastungsanpassung ab. Von der Einschätzung des vorliegenden Verletzungsphänomens wird auch beeinflusst, welche Bedeutung einer medizinischen oder physiotherapeutischen Behandlung und Betreuung zugemessen wird. Nur vermuten lässt sich, in welchem Maße gesundheitliche Langzeit- oder Folgeschäden der sportlichen Betätigung von Trainern bei der Konstruktion verletzungsspezifischer Erwartungen eine Rolle spielen. In Abhängigkeit des jeweiligen Betreuungsverhältnisses (Individual- oder Mannschaftssportart) kann die Verletzung eines Athleten auch für den Trainer biografisch relevant werden. Beispielsweise wenn der zentrale Leistungsträger vor dem Saisonhöhepunkt verletzungsbedingt ausfällt oder ein langjährig betreuter Spitzensportler seine Karriere aufgrund einer Verletzung beenden muss. Darüber hinaus werden Erwartungen durch die Antizipation einer Verletzungspause und der damit einhergehende Abnahme des erarbei-

ten Trainings- und Leistungsniveaus erzeugt. Treten Schmerzen oder eine Verletzung vor einem sportlichen Großereignis auf, ist die Gefahr groß, dass die harte Arbeit des Athleten und Trainers bereits im Vorfeld zunichte gemacht wird. Inwieweit sich die aktuelle sportliche Leistungsfähigkeit des Athleten auf die Bewertung der verletzungsbezogenen Alternativenlage auswirkt, ist vor diesem Hintergrund zu bedenken. Eng damit zusammen hängen allgemeine Vorstellungen zu Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, aus denen Erwartungen und Alternativen für den Einsatz spezifischer Trainingsmaßnahmen resultieren.

Soziale Verhaltenserwartungen an die Rolle des Trainers

Welche Entscheidungsalternativen in den Blick geraten und wie Entscheidungskompetenzen wahrgenommen werden, wird von den individuellen Erwartungen an die eigene Rolle als Trainer reguliert. Trainer haben sich primär an der Leitorientierung des Spitzensportsystems zu orientieren, ihre Hauptaufgabe besteht darin, die sportliche Leistungsfähigkeit der Athleten durch die Gestaltung des Trainings zu optimieren. Neben vorgegebenen Zielsetzungen durch Verband, Verein, Athlet oder die Öffentlichkeit werden allgemeine Erwartungen auch durch die individuellen Ziele des Trainers erzeugt. Da der Erfolg eines Trainers am sportlichen Erfolg seines Schützlings oder seiner Mannschaft gemessen wird, ist davon auszugehen, dass sich allgemeine verletzungsbezogene Erwartungen an Gesichtspunkten der Leistungsfähigkeit orientieren und getroffene Entscheidungen mit Blick auf deren Beitrag zur optimalen Erbringung sportlicher Höchstleistungen bewertet werden. Eingeschränkt wird dies auf programmatischer Ebene durch die Wahrnehmung sportartspezifischer und sportartübergreifender Regeln sowie durch allgemeine Normen und Werte. Auch dem Trainer werden in Abhängigkeit der Mitgliedschaft in einer Organisation spezifische Aufgaben und Entscheidungszuständigkeiten zugeschrieben. Da die Diagnose, Behandlung und Rehabilitation normalerweise in den Zuständigkeitsbereich von Ärzten und Therapeuten fällt, ist davon auszugehen, dass der Trainer insbesondere bei verletzungsbezogenen Entscheidungen in Training und Wettkampf sowie im Zusammenhang mit der Prävention von Verletzungen eine zentrale Rolle spielt. Das Sanktionspotential ist dabei maßgeblich von der Art der Anstellung abhängig und auf der einen Seite extrem hoch, da von Seiten des Athleten oder von Seiten der Organisation stets die Möglichkeit einer Beendigung der Zusammenarbeit besteht, falls keine sportlichen Erfolge erzielt werden – es sei denn, es liegt eine dauerhaft fixierte Festanstellung vor. Abgesehen von einer Kündigung oder einem Trainerwechsel besteht jedoch nur ein geringes Sanktionspotential in Bezug auf die Einhaltung von Trainingsprinzipien, einer dem Entwicklungsstand angemessenen Belastung oder der Vermeidung von Folgeschäden, insbesondere wenn keine vertraglich geregelte oder eine auf ehrenamtlicher Basis beruhende Athletenbetreuung erfolgt. Nicht zu vernachlässigen sind auch personale Erwartungen der Trainer, die sich an karrierebezogenen Zielsetzungen, wirtschaftlichen Interessen, medialer Bekanntheit, Prestige oder sozialer Anerkennung orientieren können oder sich aus Sympathien sowie aus Antipathien zu Athleten, Ärzten oder Physiotherapeuten ergeben. Festzuhalten bleibt, dass die Konstruktion einer ver-

letzungsbezogenen Entscheidungssituation aus Sicht des Trainers vor allem von dessen Erwartungen an die Leistungsfähigkeit des Athleten geprägt ist. Im Gegensatz zum Mannschaftsarzt, Mannschaftsphysiotherapeuten oder Athleten/Patienten ist die Rolle des Trainers damit von vornherein keiner paradoxieerzeugenden Doppellogik unterworfen.

Nun werden Athleten mit ihren Körpern auch von Managern, Funktionären oder Sportdirektoren beobachtet, die ebenfalls auf Grundlage individuell konstruierter Verletzungsphänomene und ihrer rollenspezifischen Ausrichtung Einfluss auf verletzungsbezogene Entscheidungslagen ausüben können. Es ist davon auszugehen, dass die Beobachtung dabei wie beim Trainer unter dem Primat der Leistungssteigerung und der Sieg/Niederlage-Codierung des Spitzensportsystems erfolgt. Inwieweit das tertiäre oder quartäre Unterstützungsumfeld eines Athleten (vgl. Thiel, 2002, S. 116) aktiv in verletzungsbezogene Entscheidungsprozesse eingreift oder ob dies lediglich indirekt durch die Vorgabe von Entscheidungsregeln oder durch die Kommunikation von Erwartungshaltungen erfolgt, ist bislang noch nicht eindeutig geklärt. Während im englischen Profifußball der Einfluss von Clubmanagern oder Eigentümern teilweise recht groß erscheint (vgl. Waddington, Roderick & Naik, 2001), deuten die Analysen von Thiel, Mayer & Digel (2009) auf eine weniger starke Einflussnahme bei konkreten Entscheidungslagen hin.

Zwischenfazit:

Eine verletzungsbezogene Entscheidungssituation stellt vor diesem Hintergrund nichts anderes als eine Konstruktion dar, die von verschiedenen Personen auf Basis der wahrgenommenen Verletzungsrealität vollzogen werden kann. Dabei sind insbesondere die aus dem Zusammenspiel sachlicher, zeitlicher und sozialer Erwartungen resultierenden Alternativen als auch die zu Grunde gelegten Bewertungskriterien von besonderer Bedeutung⁷². Welche Mechanismen sich beim Aufeinandertreffen solcher Konstruktionen im Rahmen der Interaktion mit anderen Personen zeigen, wie es zu einer wechselseitigen Beeinflussung der verletzungsbezogenen Alternativenlage kommt und von welchen Bedingungen die Kommunikation von Entscheidungen abhängt, gilt es nun genauer zu betrachten. Dabei sind vor allem die aus der verletzungsbezogenen Interaktion resultierenden und bislang nur angedeuteten sozialen Erwartungen differenzierter zu analysieren.

72 Wie es im individuellen Bewusstsein zur letztendlichen Bewertung und Festlegung auf eine Alternative kommt und welche individuellen Informationsverarbeitungsprozesse unmittelbar vor und nach einer Entscheidung ablaufen wird an dieser Stelle zu Gunsten einer Fokussierung sozialer Prozesse ausgeblendet.

5.2. Entscheidungsbezogene Kommunikation in organisierten Interaktionssystemen

Kommt es in einer Behandlungssituation oder beim Auftreten einer Verletzung im Training zur Kommunikation, dann treffen neben unterschiedlichen Verletzungsrealitäten auch soziale Verhaltenserwartungen und weitere personale Erwartungen aufeinander. In der Interaktion können so neue und situationspezifische Erwartungen hinzukommen oder überhaupt erst individuelle Entscheidungsnotwendigkeiten erzeugt werden. Beispielsweise wenn der Trainer einen verletzten Spieler fragt, wann er endlich wieder einsatzbereit ist. Insbesondere wenn mehr als zwei Personen mit jeweils mehr als zwei Entscheidungsalternativen aufeinandertreffen, ist von einer „Explosion sozialer Komplexität“ auszugehen (Schimank, 2005, S. 137)⁷³. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Athlet mit seinem Trainer und dem Mannschaftsarzt über die Gestaltung des Wiedereinstiegs ins Training zu beraten hat und zusätzlich ein Physiotherapeut hinzugezogen wird. Da sich Interaktionssysteme bilden, wenn es zur Kommunikation, d.h. zum Prozess der Selektion von Information, zur Mitteilung und zum Verstehen unter anwesenden Personen kommt (vgl. Kieserling, 1999), resultieren verletzungsbezogene Erwartungen aus den verletzungsbezogenen Kommunikationsinhalten und der Beziehung der anwesenden Personen. Verletzungsbezogene Interaktionssysteme bilden sich, sobald Schmerzen, Beschwerden oder Verletzungen und verschiedene Möglichkeiten der Verletzungsprävention kommuniziert werden. Dabei lassen sich in Abhängigkeit der beteiligten Personen, der Dauer und dem Formalisierungsgrad verschiedene Typen unterscheiden, bei denen wiederum unterschiedliche Themen zum Inhalt der Kommunikation werden. Für die Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen ist überwiegend von so genannten organisierten Interaktionssystemen auszugehen. Von organisierten Interaktionssystemen ist dann zu sprechen, wenn die Themen der Kommunikation durch Organisationen vorgegeben werden und die Anwesenden sich in ihrer Rolle als Organisationsmitglieder wahrnehmen (vgl. ausführlich Kieserling, 1999, S. 335ff). Im Kontext medizinischer Einrichtungen stellt im Grunde jede ärztliche oder therapeutische Behandlungssituation und jede Zusammenkunft von medizinischem Personal ein organisiertes Interaktionssystem dar. Durch die Anwesenheit verschiedener Stelleninhaber und/oder eines Patienten wird der Kommunikationsinhalt auf medizinische Themen gelenkt. In Spitzensportorganisationen ist ebenfalls von einer ganzen Reihe an organisierten Interaktionen auszugehen, in denen es zur verletzungsbezogenen Kommunikation kommen kann. Beispielsweise wenn es zu einem Verletzungsereignis wäh-

73 Dieser Gesichtspunkt wird bei den akteurszentrierten Entscheidungstheorien weitestgehend ausgeklammert. Zwar wird wie von Schimank (2005) stets auf die soziale Komplexität von Entscheidungssituationen verwiesen, eine akteurszentrierte Herangehensweise unter Annahme (bedingt) rationalen Entscheidens muss diese zwangsläufig unterkomplex behandeln. Spieltheoretische Überlegungen gehen zwar in diese Richtung, allerdings sind die Grenzen der Modelle sehr schnell erreicht, wenn mehr als zwei Akteure mit jeweils mehr als zwei Alternativen aufeinandertreffen.

rend einer Trainingseinheit oder einem Wettkampf kommt. Ein spezifischer Interaktionstypus ist im Spitzensport durch die geregelte Anwesenheit von medizinischen Rolleninhabern charakterisiert. Beispielsweise wenn eine medizinische Betreuung durch Mannschaftsärzte oder Teamphysiotherapeuten im Training oder bei Wettkampfreisen gesichert wird. Treten bei einem Athleten im Verlauf der sportlichen Karriere viele Verletzungen auf, ist er dementsprechend an einer Vielzahl solch organisierter Interaktionen als direkt Betroffener beteiligt. Darüber hinaus sind Athleten auch ohne akute Verletzungsproblematik häufig mit verletzungsbezogenen Interaktionen konfrontiert, zum Beispiel wenn sich ein Mitstreiter verletzt oder wenn über verletzte Athleten gesprochen wird. Neben der formal mehr oder weniger stark vorstrukturierten organisierten Interaktion ist darüber hinaus mit einer Vielzahl weiterer Interaktionen zu rechnen, die in außersportlichen Kontexten, wie beispielsweise im Bereich der Familie, dem Freundeskreis und ggf. dem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu verorten sind und in denen ebenfalls Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen thematisiert werden können.

Aus Perspektive eines psychischen Systems ergeben sich vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen demnach zwei grundlegende Varianten, wie sich die Kommunikation unter Anwesenden auf die Konstruktion einer Entscheidungssituation auswirken kann⁷⁴. Zum einen werden konkrete verletzungsbezogene Erwartungen und Alternativen *situativ* durch Kommunikation erzeugt. Auf der anderen Seite existieren *zeitlich relativ überdauernde* Erwartungserwartungen an die Themen und den Ablauf der Kommunikation, die sich in jeder organisierten Interaktion widerspiegeln⁷⁵. Diese in Stellen- und Rollenerwartungen bereits angedeuteten Erwartungen gilt es daher detailliert zu betrachten. Von besonderem Interesse sind dabei soziale geteilte Erwartungen darüber, wie Entscheidungsprozesse ablaufen und wie es zur Bewertung einer Entscheidung kommt.

5.2.1. Situativ erzeugte Erwartungen und Entscheidungsalternativen

Durch Kommunikation unter Anwesenden wird die Konstruktion einer verletzungsbezogenen Entscheidungssituation maßgeblich beeinflusst. Durch das Verstehen und die damit einhergehende Rekonstruktion verletzungsbezogener Kommunikationsinhalte verändert sich die Informationsbasis, was zu einer veränderten Alternativenlage beitragen kann. Dabei findet entweder eine neue Konstruktion von Alternativen statt oder es werden bereits vorliegende Alternativen modifiziert, verstärkt oder ausgeschlossen. Auf Grundlage der veränderten Infor-

74 Beim vorliegenden Kommunikationsbegriff ist darauf zu achten, dass nicht die Mitteilungsabsicht eines Senders darüber entscheidet, ob Kommunikation vorliegt, sondern die Interpretation als Mitteilung durch den Empfänger (vgl. Berghaus, 2003, S. 88). Entscheidend ist dabei eine Reflexion der Fragen: Was wird wann mitgeteilt? (Selektion von Information), Wie wird es mitgeteilt? (Selektion der Mitteilung, d.h. verbal, nonverbal, mündlich oder schriftlich), An wen wird es mitgeteilt und wie wird die Mitteilung verstanden? (Verstehen des Empfängers).

75 Kommunikation wird über Erwartungserwartungen gesichert (vgl. Kieserling, 1999; Luhmann, 1984a; Thiel, 2002, 2003).

mationsbasis aktualisiert dementsprechend jedes psychische System seine individuelle Konstruktion einer Entscheidungssituation.

Für die Konstruktion verletzungsbezogener Alternativenlagen ist Kommunikation damit ein zentraler Baustein. So bildet das Patientengespräch eine wichtige Informationsbasis für den Arzt oder Therapeuten, wenn es um die Fragen nach möglichen Verletzungsursachen, vorliegenden Symptomen oder um die Wünsche des Patienten geht. Gleichzeitig ergeben sich für den Patienten neue Anhaltspunkte für die eigene Einschätzung des vorliegenden Verletzungsphänomens. Die führt im Idealfall zu einer allmählichen Angleichung der Situationseinschätzungen und zu einer Akzeptanz der medizinischen Diagnose. In typischen organisierten Interaktionen des Spitzensports ist ebenfalls mit einem kommunikativen Austausch zu verletzungsbezogenen Themen zu rechnen. Beispielsweise wenn sich Athleten mit Trainern oder Teamkameraden über eine vorliegende Beschwerdeproblematik austauschen oder wenn über die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden geredet wird. Die Alternativenlage wird auch durch die Thematisierung vergangener Verletzungsereignisse oder Berichte über Genesungsverläufe beeinflusst.

Durch Kommunikation erfolgt so ein Abgleich der individuell repräsentierten Wissens- und Erfahrungsbestände zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen, was zur Entwicklung von sozial geteilten (d.h. in mehreren Bewusstseinsystemen ähnlich repräsentierten) Wissensbeständen führt. So sind im Gedächtnis der beteiligten Personen die relevanten inhaltlichen Aspekte verletzungsbezogener Kommunikation aus vergangenen Interaktionen repräsentiert. Für den spitzensportlichen Kontext ist zu erwarten, dass in einer ganz spezifischen Weise über Verletzungen und Schmerzen kommuniziert wird. Im Lauf der Zeit resultieren hieraus schließlich die individuell konstruierten Erwartungen über sozial anerkannte Verhaltensweisen und eine gängige Entscheidungspraxis. In der konkreten Interaktion ist dieses soziale Wissen neben den situationsspezifischen Wahrnehmungen zentraler Kommunikationsinhalt. Verletzungsbezogene Mitteilungen können jedoch auch stets indirekt formulierte Verhaltenserwartungen beinhalten. Beispielsweise wenn die subjektive Einschätzung einer Verletzungssituation mit einem konkreten Verhaltensvorschlag verknüpft wird. Eine verletzungsbezogene Mitteilung lässt sich jedoch auch in Form konkret vorgegebener Entscheidungsalternativen formulieren, wenn z.B. der Arzt mit einer vorgeschlagenen Behandlungsmethode einen Appell, eine Aufforderung, eine Anweisung oder einen Befehl verknüpft.

Kommt es zur Kommunikation von Verletzungssymptomen, Verletzungsdiagnosen und Behandlungsmöglichkeiten spielt neben dem Inhaltsaspekt der Kommunikation stets auch die Beziehung zwischen den Anwesenden eine zentrale Rolle. Auf der Beziehungsebene lässt sich dabei zwischen symmetrischen und komplementären Beziehungen unterscheiden (vgl. Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969, S. 68ff). Unter einer *symmetrischen Beziehung* ist dabei zu verstehen, dass sich die Kommunikationspartner als tendenziell gleichberechtigt und einander ebenbürtig erleben. *Komplementäre Beziehungen* weisen dagegen eine hierarchisch

oder unterschiedlich ausgerichtete Struktur auf. Hierbei erlebt sich ein Partner als übergeordnet, wohingegen sich der andere als untergeordnet erlebt.

Selbst wenn kein kommunikativer Austausch über ein vorliegendes Verletzungsphänomen erfolgt und kein Vorschlag oder eine Anweisung zu einem verletzungsbezogenen Thema gegeben werden, liegen Erwartungserwartungen vor, die sich aus der aktuellen oder aus der antizipierten Wahrnehmung von anderen Personen ergeben. Bei der verletzungsbezogenen Kommunikation unter Anwesenden treffen auf der Beziehungsebene Verhaltenserwartungen in Form von Erwartungen an die eigene Rolle sowie die antizipierten Erwartungen an die Rolle der jeweils anderen Anwesenden aufeinander. In einer medizinischen Behandlungssituation erwartet der Patient vom Arzt, dass dieser die richtige Diagnose stellt, eine optimale Behandlungsmethode auswählt und zur schnellen Genesung beiträgt. Der Arzt richtet gleichzeitig an den Patienten die Erwartung, dass dieser den ärztlichen Anweisungen Folge leistet und die medizinische Diagnose akzeptiert. Gleiches gilt, wenn ein Trainer vom Athleten erwartet, dass dieser die präventiven Trainingsinhalte ordnungsgemäß durchführt. Die *Beziehungsstruktur* resultiert in Anlehnung an Thiel (2002, S. 57) aus einem komplexen Zusammenspiel von organisationsstrukturellen Vorgaben, informellen Absprachen, bewussten oder unbewussten gesellschaftlichen Konventionen und persönlichen Präferenzen in Form von Sympathien oder Antipathien. Diese Beziehungsstruktur beeinflusst nicht nur den Kommunikationsprozess, sondern vor allem auch die Bewertung und Sanktionierung einer mitgeteilten Entscheidung (oder deren Rekonstruktion aus einem beobachteten Verhalten oder einer Mitteilung). Darüber hinaus gibt es zeitlich überdauernde Erwartungen an situationsspezifische Kommunikationsinhalte und an situativ richtiges Entscheiden. Solch zeitlich überdauernden Erwartungserwartungen gilt es nun für organisierte Interaktionssysteme genauer zu kennzeichnen. Dabei ist neben der Regulierung der Beziehung von Anwesenden auf die Mechanismen der Zurechnung und Bewertung einer Entscheidung einzugehen. Durch die Reflexion einer organisationalen Vorsteuerung von Entscheidungsprozessen wird schließlich der direkte Bezug zum Management hergestellt.

5.2.2. Zeitlich überdauernde Erwartungen und Entscheidungsalternativen

Die Kommunikation von Entscheidungen und verletzungsbezogenen Kommunikationsinhalten wird aus systemtheoretischer Perspektive durch Organisationsstrukturen in Form von Entscheidungsprämissen vorgesteuert (vgl. Luhmann, 2000)⁷⁶. Dabei lassen sich mit entscheidbaren Entscheidungsprämissen und nicht-entschiedenen Entscheidungsprämissen zwei grundsätzliche Arten von Prämissen unterscheiden, die das Entscheidungsverhalten der Mitglieder beeinflussen (sollen).

Entscheidbare Entscheidungsprämissen (1) sind solche Prämissen, „die durch Entscheidung eingeführt werden, um den Spielraum für eine Mehrzahl von Entscheidungen gleichsinnig einzuschränken“ (Luhmann, 2000, S. 224-225). Durch die gezielte Einführung solcher Prämissen wird von Seiten der Organisation versucht, das Treffen von Entscheidungen vorzuprogrammieren und die Verteilung von Aufgaben, Zuständigkeitsbereichen und Weisungsbefugnissen sowie den Personaleinsatz zu regeln

Auf der anderen Seite gibt es *nicht entschiedene Entscheidungsprämissen (2)*, die sich im Laufe der Systemgeschichte entwickelt haben und die als „systemeigene Organisationskultur“ (Luhmann, 2000, S. 244) aufzufassen sind. Durch *Organisationskultur* erzeugte Erwartungen leiten die Entscheidungsprozesse innerhalb der Organisation in verdeckter Art und Weise an, ohne dass diese Prämissen je explizit formuliert und reflektiert werden. Organisationskulturelle Erwartungen beeinflussen, welche Handlungen als Entscheidungen betrachtet, wem Entscheidungen zugerechnet und wie die getroffenen Entscheidungen im Nachhinein bewertet werden. Im Folgenden sind daher verletzungsrelevante Entscheidungsprämissen in Sportorganisationen und medizinischen Einrichtungen zu reflektieren, wobei auch Aspekte der strukturellen Kopplung dieser Organisationen zu berücksichtigen sind.

(1) Erwartungen durch entscheidbare Entscheidungsprämissen

Betrachtet man zunächst die entscheidbaren Entscheidungsprämissen genauer, dann resultieren Erwartungen aus Kommunikationswegen, der Regulierung des Personaleinsatzes und aus Entscheidungsprogrammen (vgl. ausführlich Luhmann, 2000, S. 225).

76 Davon ausgehend, dass alle sozialen Systeme und damit auch Organisation nur aus Kommunikationen bestehen, entstehen und reproduzieren sich Organisationen, „wenn es zur Kommunikation von Entscheidungen kommt und das System auf dieser Operationsbasis operativ geschlossen wird“ (Luhmann, 2000, S. 63). Organisationen grenzen sich von anderen Organisationssystemen durch ihre individuell ausgeprägten Strukturen in Form von Entscheidungsprämissen ab, die den Rahmen für weitere Entscheidungen liefern und so den Fortbestand der Organisation sichern (vgl. Luhmann, 2000, S. 331). Dieser Zugang ermöglicht es, die aus einem Alltagsverständnis heraus verschiedenen Sportorganisationen wie Sportvereine, Sportverbände, Profiteams oder nationale Auswahlmannschaften ebenso wie Krankenhäuser, sportmedizinische Abteilungen oder sportmedizinische Gemeinschaftspraxen mit Hilfe eines einheitlichen Beobachtungsrasters in ihrer jeweiligen Individualität zu analysieren.

Kommunikationswege und Regulierung des Personaleinsatzes

In organisierten Interaktionssystemen werden Erwartungen vor allem durch die Festlegung von Kommunikationswegen und durch die Regulierung des Personaleinsatzes gebildet. Kommunikationswege regeln dabei Entscheidungskompetenzen, d.h. welche Stelleninhaber das Recht haben, bindende Weisungen zu erteilen und an welchen Stellen Bericht über definierte Ereignisse zu erstatten ist. Über Kommunikationswege wird auch geregelt, welcher Stelle bestimmte Entscheidungen zugerechnet werden (vgl. Luhmann, 2000, S. 225). Bei Prämissen zur Personalregulierung handelt es sich um Vorgaben zu kurzfristigen als auch um langfristige Aufgabenzuordnungen an bestimmte Stellen (vgl. Luhmann, 2000, S. 225). In medizinischen Einrichtungen ist mit eindeutigen Erwartungen durch explizit festgelegte Kommunikationswege zu rechnen. So ist die Arzt-Patient-Interaktion, die Therapeut-Patient-Interaktion aber auch die Interaktion zwischen Ärzten, Therapeuten und Klinikpersonal durch eine hierarchische Strukturierung geprägt. Eine komplementäre Beziehungsstruktur ist daher charakteristisch. Ärzte entscheiden über Diagnose, Krankschreibung, Behandlung, Rehabilitationsstrategie und Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Physiotherapeuten sind formal an die in Form von Rezepten übermittelten ärztlichen Diagnosen und Behandlungsstrategien gebunden. Die Krankenbehandlung ist mit erstmaliger Konsultation eines Arztes, der Aufnahme der Patientendaten und über das Anlegen einer Patientenakte in ihrem Ablauf formal vorstrukturiert. Der Patient übernimmt im Bereich medizinischer Organisationen eine Komplementärrolle zum Arzt. Dabei wird vom Patienten erwartet, dass er den Anweisungen des medizinischen Personals Folge leistet und Compliance im Behandlungsverlauf zeigt (vgl. Vogd, 2005).

Weitaus differenzierter stellt sich die Situation in Sportorganisationen dar. Während vor allem in Sportspielmannschaften des Spitzensports von einer komplementären Beziehungsstruktur zwischen Athlet und Trainer auszugehen ist, spielen symmetrische Beziehungen vor allem in den demokratisch organisierten Vereinen und Verbänden eine zentrale Rolle. Ebenso ist mit einer Vielzahl an organisierten Interaktionen zu rechnen, bei denen die Beziehungsstruktur nicht eindeutig geregelt ist und eine ganz spezifische Ausprägung erfährt. So ist für Sportorganisationen davon auszugehen, dass für den Umgang mit Schmerzen kaum formale Anforderungen an Athleten und Trainer gestellt werden und dass Kommunikationswege nicht durch Entscheidung festgelegt werden, sondern meist das Resultat von informellen Aushandlungsprozessen darstellen (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Die Verteilung der Entscheidungskompetenzen erscheint gerade im Kopplungsbereich von Sportorganisationen und medizinischen Einrichtungen besonders schwierig, denn gerade in diesen Grenzbereichen zwischen medizinischer und sportlicher Logik ist mit massiven Problemen zu rechnen. In welchem Maße Mannschaftsärzte und Mannschaftsphysiotherapeuten in Sportorganisationen eingebunden sind, wem diese weisungsbefugt als auch weisungsberechtigt sind und welche Entscheidungsbefugnisse in diesem Kontext Athleten, Trainern oder Funktionären zugestanden werden, lässt

sich bislang nur vermuten. Wie die Beziehungsstruktur zwischen Athlet, Trainer, Mannschaftsarzt oder Mannschaftsphysiotherapeut aussieht und wie es in solchen Konstellationen zur Entscheidungsfindung kommt, ist weitestgehend unbekannt (vgl. Safai, 2003; Thiel, Mayer & Digel, 2009; Waddington, 2000).

Entscheidungsprogramme in Form von Zweck- und Konditionalprogrammen

Die inhaltlichen Aspekte der Kommunikation und eine Bewertung von Entscheidungen werden in der organisierten Interaktion maßgeblich durch festgelegte *Entscheidungsprogramme* beeinflusst. Entscheidungsprogramme stellen Regeln bzw. regulative Bedingungen für richtiges Entscheiden dar (vgl. Luhmann, 2000, S. 225). Beispielsweise indem festgelegt wird, welche Präventions-, Behandlungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen wann und wie durchzuführen sind oder welche Sicherheitsmaßnahmen zur Vermeidung von Verletzungen bei Wettkämpfen zu beachten sind. Entscheidungsprogramme produzieren Erwartungen in zweierlei Hinsicht. In *Zweckprogrammen* sind der Zweck und die Ziele der Organisation verankert und gleichzeitig definiert, welche Mittel zur Zielerreichung eingesetzt werden sollen. (vgl. Luhmann, 2000, S. 267 ff.). Mit *Konditionalprogrammen* wird festgelegt, was beim Eintreten eines bestimmten Ereignisses zu tun ist. Konditionalprogramme unterscheiden demnach zwischen Bedingungen und Konsequenzen und weisen die allgemeine Form des „wenn-dann“ auf. Solche Konditionalprogramme können auch sequenziell hintereinandergeschaltet werden (Luhmann, 2000, S. 263). In Konditionalprogrammen wird beispielsweise geregelt, was im Falle des Auftretens einer Verletzung, einer Krankheit oder bei sonstigen gesundheitlichen Beschwerden zu tun ist. In Sportorganisationen lassen sich verletzungsbezogene Entscheidungsprogramme in Trainingsprogrammen, im sportlichen Regelwerk, in einer Terminierung von medizinischen Vorsorguntersuchungen oder in sporttherapeutischen Aufbauprogrammen nach einer Verletzungspause identifizieren (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). In Organisationen des Medizinsystems liegen Entscheidungsprogramme in Form von Behandlungsrichtlinien-, Medikations-, Operations- und Rehabilitationsplänen oder Vorgaben zum Ablauf einer ärztlichen Sprechstunde vor (vgl. Vogd, 2005).

Davon ausgehend, dass verletzungsbezogene Entscheidungslagen wie der Großteil aller Entscheidungen im Bereich der medizinischen Versorgung äußerst komplex sind, lässt sich die Entscheidungsfindung nur begrenzt vorsteuern. Lässt sich eine Aufgabe wie die Diagnose einer Verletzung nicht im Detail programmieren, dann steigen die Anforderungen an die Person des Entscheiders (vgl. Luhmann, 2000, S. 226). Den begrenzten Möglichkeiten einer formalen Vorsteuerung lässt sich nur mit der Ausbildung von Experten begegnen. Diese werden in die Lage versetzt, unter Berücksichtigung eines komplexen Gefüges zahlreicher Symptome und situativer sowie externaler Einflussfaktoren angemessene Entscheidungsergebnisse zu erzielen. Der Vorteil einer Ausbildung von Experten liegt in der hohen Flexibilität, auf bestimmte Ereignisse angemessen reagieren zu können und für die jeweilige Situation ein optimales Ergebnis zu erzielen (vgl. Mintzberg, 1993). Für Spitzensportorganisationen ist mit einer ähnli-

chen Personalisierung der Zweck- und insbesondere der Konditionalprogrammierung auszugehen (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Die für den Arztberuf typische und an eine Person gebundene spezifische Expertise (vgl. Vogd, 2004) beruht in ähnlicher Form auch beim Trainer auf der praktischen Erfahrung durch Arbeit mit Athleten oder der eigenen sportlichen Karriere und ist weniger an lange Ausbildungszeiten gekoppelt. Der Nachteil einer starken Personalisierung der Konditionalprogrammierung ist darin zu sehen, dass den individuellen Fähigkeiten des Arztes, Physiotherapeuten oder Trainers eine herausragende Bedeutung zukommt. Die Schwierigkeit besteht entsprechend darin, ein durchweg hohes Erfahrungs- und Ausbildungsniveau zu erreichen.

Kriterien für richtiges Entscheiden

Fehlende Entscheidungsprogramme erschweren nicht nur die Entscheidungsfindung, sondern auch die Bewertung der getroffenen Entscheidungen. Als Kriterium zur Beurteilung lassen sich dann nur allgemeine organisationsspezifische Kriterien heranziehen, wie beispielsweise der Beitrag einer Entscheidung zur Erbringung der Leistungsfähigkeit oder zur schnellen Genesung. Da sich Spitzensportorganisationen und medizinische Einrichtungen an zwei unterschiedlichen Logiken orientieren, ist davon auszugehen, dass sich auch die Anforderungen an richtige Entscheidungen von Organisation zu Organisation unterscheiden. Während im Medizinsystem eine Bewertung anhand von Kriterien im Sinne des Codes gesundheitsförderlich/hinderlich erfolgt, ist im Spitzensportsystem mit Bewertungskriterien zu rechnen, die sich am Beitrag zur Leistungserbringung und Leistungssteigerung orientieren. Durch die Einführung entscheidbarer Entscheidungsprämissen und eine entsprechende Programmierung lassen sich jedoch auch andere Entscheidungskriterien einführen, die sich an den Logiken anderer gesellschaftlicher Teilsysteme ausrichten. Beispielsweise wenn es um die Finanzierung einer neuen Sporthalle geht. Fehlen formal festgelegte Entscheidungskriterien in Form ausdifferenzierter Zweck- und Konditionalprogramme ist eine eindeutige Bewertung der getroffenen Entscheidung schwierig. Für einen Entscheider (und für die Beobachter dieser Entscheidung) ergeben sich dabei größere Spielräume für die retrospektive Umdeutung einer Entscheidungssituation. Ebenso ist die Unsicherheit vor einer Entscheidung deutlich größer, wenn keine Reduktion von Komplexität durch Entscheidungsprogramme erfolgt.

Sind in einer Organisation Entscheidungsrichtlinien, Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten nur wenig formalisiert, spielen informelle Absprachen der Beteiligten eine entsprechend große Rolle. Diese informellen Absprachen zeigen sich in der organisierten und in der zufälligen Interaktion der Organisationsmitglieder. Die Bedeutung der im Verlauf einer Mitgliedschaft erlernten und meist unreflektiert übernommenen Entscheidungsroutrinen und Umgangsformen, die dem Bereich der Organisationskultur zugeordnet werden können, ist dementsprechend groß. Jeder Novize in einer für ihn fremden Organisation ist mit diesem Sachverhalt bestens vertraut. Entscheidungsabläufe müssen erst durchschaut werden, die richtigen Stellen für Anfragen identifiziert und die informellen Absprachen nachvollzogen werden.

Darüber hinaus muss der angemessene Umgang mit Entscheidungsproblemen und anderen Organisationsmitgliedern erst erlernt werden. Eine zentrale Rolle spielt hierbei die Organisationskultur. Diese beeinflusst Entscheidungen und deren Bewertung insbesondere in wenig formalisierten Organisationen maßgeblich. Durch informelle Absprachen und persönliche Beziehungen werden die formalisierten Stellenerwartungen mit einem Bündel zusätzlicher Rollenerwartungen versehen.

(2) Erwartungen durch eine spezifische Organisationskultur

Neben entscheidbaren Entscheidungsprämissen wirkt sich die Organisationskultur auf die Kommunikation von Schmerz und Verletzung aus⁷⁷. „Auf ihre Letztkomponenten reduziert, findet man Organisationskultur in Form von Werten, untermalt durch und gestützt auf die Geschichte des Systems (Luhmann, 2000, S. 244). Werte werden dabei als Anhaltspunkte in der Kommunikation aufgefasst, die nicht direkt kommuniziert werden. Organisationskulturen werden im jeweiligen System „als Selbstverständlichkeiten angesehen, die jeder versteht und akzeptiert, der mit dem System erfahren und vertraut ist“ (Luhmann, 2000, S. 145). Organisationskulturen werden im Rahmen von Sozialisationsprozessen vermittelt und stellen das Ergebnis historischer Lernprozesse im Umgang mit Problemen dar (vgl. Schreyögg, 2003, S. 451ff). Im Grunde geht es dabei um sozial geteilte Erwartungen und Alternativen, die von Seiten der Organisation nicht durch Entscheidungsprämissen reguliert werden und die sich aus der Interaktions- und Organisationsgeschichte ergeben haben. Organisationskulturen sind nach Schreyögg (2003, S. 451ff) als „komplexe, schwer fassbare Phänomene“ anzusehen, die als „selbstverständliche Annahmen“ dem täglichen Handeln zugrunde liegen und sich auf „gemeinsame Orientierungen, Werte, und Handlungsmuster“ beziehen. Gleichzeitig repräsentiert die Organisationskultur die „konzeptionelle Welt des Systems“ und vermittelt so Sinn und Orientierung in einer komplexen Welt. Folgt man Schreyögg (2003, S. 451ff) weiter, dann prägen Organisationskulturen insbesondere die emotionale Wahrnehmung, indem „sie normieren, was gehasst und was geliebt wird, was man mit Geduld ertragen und was aggressiv zurückgewiesen wird“.

Ein Versuch, die verschiedenen Aspekte einer Organisationskultur zu ordnen und ihre Beziehung zueinander zu klären, lässt sich für den Kontext von Verletzungen in Anlehnung an das Modell von Schein (2003) vornehmen. Aus diesem Modell lassen sich drei verschiedene Arten von Verhaltenserwartungen ableiten, die auf die Organisationskultur zurückgeführt werden können:

77 In organisierten Interaktionssystemen ist demnach von Organisationskultur zu sprechen, in allen anderen Interaktionssystemen, flüchtige Interaktionssysteme einmal ausgenommen, ließe sich auch von Interaktionskultur sprechen. Der Kulturbegriff ist der Ethnologie entliehen und bezeichnet nach Schreyögg (2003, S. 449f) dort die besonderen, historisch gewachsenen und zu einer komplexen Gestalt geronnenen Merkmale von Volksgruppen. Gemeint sind damit insbesondere Wert- und Denkmuster einschließlich der sie vermittelnden Symbolsysteme, wie sie im Zuge menschlicher Interaktion entstanden sind. In gewissem Sinne handelt es sich um eine spezifische Standardisierung des Denkens, Empfindens und Handelns.

1. *Erwartungen durch Basisannahmen* liegen unsichtbar und meist unbewusst vor. Hierzu gehört beispielsweise die soziale geteilte Einschätzung von Schmerzsymptomatiken oder Verletzungsphänomenen, der nicht hinterfragte Stellenwert bestimmter sportlicher Ereignisse oder allgemeine Vorstellungen über das menschliche Handeln, soziale Beziehungen, über die Systemumwelt, Wahrheit sowie Zeit. Solche Basisannahmen entsprechen nach Schein (2003) dem Weltbild einer Organisation.

2. *Erwartungen durch Normen und informelle Verhaltensstandards* finden teils sichtbar, teils unbewusst ihren Niederschlag in konkretisierten Wertvorstellungen. Im Kontext des Spitzensports ist dabei mit Erwartungen durch eine Orientierung an Wertvorstellungen wie Erfolg, Härte, Tapferkeit, Disziplin und Pflichterfüllung zu rechnen. Aber auch Erwartungen, die sich an Werten wie Tradition, Selbstbestimmung, Hedonismus mit der Suche nach Glück, Genuss oder Selbstbestimmung orientieren, sind denkbar. Hinzu kommen Erwartungen, die durch Gruppenzusammengehörigkeit oder in Form von Gruppendruck erzeugt werden. Im Zusammenhang mit verletzungsbezogenen Entscheidungen sind dabei insbesondere unreflektierte Verhaltensstandards und Maximen sowie ungeschriebene Verhaltensrichtlinien und Verbote zu erwarten. Beispielsweise wenn erwartet wird, dass Kopfschmerzen keinen Hinderungsgrund für eine Wettkampfteilnahme darstellen oder dass im Wettkampf kein Risiko gescheut werden darf. Auch die Maxime, dass ohne das Ertragen von Schmerzen kein Erfolg möglich ist, ließe sich diesem Bereich der Organisationskultur zuordnen.

3. Als weiterer Bereich der Organisationskultur wird das *sichtbare Symbolsystem* angesehen, das gleichzeitig den am einfachsten zugänglichen Teil der Organisationskultur darstellt. Dieses Symbolsystem ist jedoch nur im Zusammenhang mit den zu Grunde liegenden Wertvorstellungen verstehbar. Erwartungen werden hier z.B. durch das Erzählen von Geschichten und Legenden sowie durch Rituale und Riten generiert (z.B. Aufnahme-riten, Entlassungsriten, Bekräftigungsriten, Konfliktlösungsriten, Integrationsriten, Übergangsriten). Diesem Bereich lassen sich die bisherigen Überlegungen zur Kultur des Risikos (vgl. Nixon, 2004) und zum Einfluss des Clubhabitus eines Rugbyclubs (vgl. Howe, 2006) zuordnen, die vor allem für einen problematischen Umgang mit Schmerzen und Verletzungen verantwortlich gemacht werden.

Zwischenfazit

Verletzungsbezogene Entscheidungskommunikation lässt sich in ihrem zeitlichen, sachlichen und sozialen Auftreten durch Organisationen zwar vorsteuern. Wie die Kommunikation letztendlich abläuft und welche Entscheidung letztendlich getroffen und kommuniziert wird, lässt sich jedoch nicht determinieren. Denn jeder Stellen- und Rolleninhaber bringt bei jeder Entscheidungssituation auch seine eigenen personalen Erwartungen auf Basis individueller Realitätskonstruktion mit ein. In welchem Maße die individuellen Realitätskonstruktionen in der Interaktion überhaupt berücksichtigt werden, in welcher Relation diese zu sozialen Erwartungen stehen und welche Realitätskonstruktionen als gültig erachtet und nachgefragt werden,

hängt in hohem Maße von der organisationalen Vorsteuerung von Entscheidungsprozessen und von einer spezifischen Organisationskultur ab. Darüber hinaus ist innerhalb einer Organisation (z.B. Sportverband) mit verschiedenen organisierten Interaktionssystemtypen (z.B. National- und Auswahlmannschaften) zu rechnen, die wiederum durch ganz spezifische Entscheidungs- und Kommunikationsprozesse charakterisiert werden können.

5.2.3. Entscheidungsprozesse in typischen Interaktionssystemen

Haben Athlet, Trainer und Arzt über das weitere Vorgehen bei einer vorliegenden Schmerzproblematik zu entscheiden, ist von einem komplizierten Zusammenspiel persönlicher und sozial erzeugter Stellen- und Rollenerwartungen auszugehen. Gleiches gilt für die Entscheidung eines Verbandsgremiums über den Ausbau der medizinischen Betreuung oder die Gesundheitschreibung des Patienten durch den Arzt. Dieses komplexe Zusammenspiel lässt sich exemplarisch anhand von drei typischen Interaktionssystemen und den hierfür charakteristischen Entscheidungsprozessen strukturieren.

Entscheidungsprozesse in von formaler Vorsteuerung und Hierarchie geprägten Interaktionssystemen

In organisierten Interaktionen sind komplementäre Beziehungen die Regel, da die Zuschreibung von Entscheidungskompetenzen und die Regelung von Entscheidungsabläufen konstitutiv für organisierte Sozialsysteme ist (vgl. Luhmann, 2000). Die Entscheidungskompetenz wird dabei entweder mit dem Kommunikationsmedium Macht und/oder mit einer spezifischen Expertise eines Entscheiders gekoppelt. Welcher Stelleninhaber in welcher Situation entscheidet, ist dabei klar geregelt. Gleichzeitig erfolgt eine Vorsteuerung der Anwesenheit weiterer Stellen- oder Rolleninhaber. Insbesondere wenn schnelle und besonders schwierige Entscheidungen zu treffen sind, ist davon auszugehen, dass die Entscheidungskompetenz einem spezifisch ausgebildeten Experten, wie beispielsweise dem Arzt, zugeschrieben wird. In medizinischen Organisationen basiert die Arzt-Patient- und die Therapeut-Patient-Beziehung vor allem auf der medizinischen Expertise. Auf dem Kommunikationsmedium Macht basieren hingegen die organisationsinternen Beziehungen zwischen verschiedenen Ärzten oder zwischen Ärzten und den angestellten Therapeuten. Auch die Trainer-Athlet- oder die Manager-Athlet-Beziehung kann auf Macht basieren⁷⁸.

78 Symbolisch generalisierte Kommunikationsmedien wie Macht, Geld oder Recht machen zwar die Annahme eines bestimmten Selektionsvorschlags wahrscheinlicher, dennoch können sie nicht vollständig sicherstellen, dass Kommunikationen und kommunizierte Entscheidungen angenommen werden. Kommunikation bleibt stets kontingent und Selektionsvorschläge können abgelehnt werden (vgl. Borggrefe, Thiel & Cachay, 2006, S. 88).

Entscheidungsvarianten

In von formaler Vorsteuerung und Hierarchie geprägten Interaktionssystemen bestehen mehrere Möglichkeiten, wie es zur Kommunikation einer Entscheidung kommt. Zum einen kann eine Entscheidung getroffen werden, ohne dass dem Gegenüber eine Mitsprache bei der Alternativenformulierung und Bewertung eingeräumt wird. Der Zeitraum vor einer Entscheidung kann jedoch auch durch die Einräumung eines Mitspracherechts geprägt sein, indem ein kommunikativer Austausch zur Sach- und Alternativenlage erfolgt oder eine gemeinsame Bewertung einer Entscheidungssituation erfolgt. Weiterhin besteht auch die Möglichkeit, dass ein formal vorgesehener Entscheider seine Entscheidungskompetenz überträgt und die letztendliche Entscheidung gar nicht selbst trifft. Beispielsweise wenn der Arzt dem Patienten die letztendliche Wahl einer Operationsmethode überlässt, nachdem er diesen über mögliche Vor- und Nachteile aufgeklärt hat.

Betrachtet man den Entscheidungsprozess unter kommunikationstheoretischen Gesichtspunkten, dann hängt die erfolgreiche Kommunikation einer Entscheidung von der Mitteilung einer Entscheidung Alters und dem Verstehen derselben von Ego ab. Vom Verstehen des Sach- und Beziehungsaspekts der mitgeteilten Entscheidung wird zum einen die direkte Anschlusskommunikation beeinflusst. In Anlehnung an die Antwortalternativen auf Selektionsvorschläge in Kommunikationen bei Borggreve, Cachay & Thiel (2006, S. 91) kann Ego einer Entscheidung zustimmen und Kooperation signalisieren. Zum einen, weil die Entscheidung sachlich als richtig erachtet wird und die formal zugeschriebenen Entscheidungskompetenzen anerkannt werden. Die Entscheidung kann jedoch auch als sachlich falsch angesehen werden und Dissens erzeugen, dennoch wird aufgrund einer hierarchischen Beziehungsstruktur der Entscheidung zugestimmt und Konsens mitgeteilt. Beispielsweise wenn die Entscheidung eines Arztes trotz einer anderen Situationseinschätzung des Patienten nicht in Frage gestellt wird. Systemintern, d.h. im Bewusstsein des Athleten, bleibt die Ablehnung jedoch bestehen, was sich auf zukünftige Interaktionen auswirken kann. Beispielsweise indem der Patient allmählich das Vertrauen in den Arzt verliert. Liegt Dissens vor, kann von Ego die Entscheidung auch abgelehnt werden und ein Widerspruch kommuniziert werden. Die Beziehung von Altern und Ego ist dann ausschlaggebend für die weitere Kommunikation. So kann Alter entweder aufgrund seiner formalen Weisungsbefugnis versuchen, die Entscheidung durchzusetzen, um bei Ego ein erwartungskonformes Verhalten zu erzwingen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, die Entscheidung noch einmal zu überdenken und über andere Alternativen zu diskutieren. Ein kommunizierter Widerspruch kann sich allerdings auch bei Konsens aufgrund der strategischen Ablehnung der Entscheidung ergeben.

Sanktionsmechanismen

Aber nicht nur die direkte Anschlusskommunikation wird von der formal-hierarchischen Beziehung beeinflusst. Bedeutsamer erscheint die Verbindlichkeit der auf Basis einer kommunizierten Entscheidung konstruierten Verhaltenserwartungen. Die Anschlusskommunikation

und die durch eine Entscheidung (oder durch entscheidungsbezogene Kommunikation) konstruierten Verhaltenserwartungen werden in hierarchisch geprägten Interaktionen damit maßgeblich von den Sanktionsmöglichkeiten des Entscheiders beeinflusst. Beobachtet ein Entscheidungsberechtigter ein nicht-erwartungskonformes Verhalten, kann dies thematisiert, bewertet und den bestehenden Regeln nach sanktioniert werden. Die erwarteten Konsequenzen bei einem nicht-erwartungskonformen Verhalten spielen entsprechend eine zentrale Rolle bei der Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen. Erwartbare Konsequenzen bei einem nicht-erwartungskonformen Verhalten liegen jedoch auch für den Entscheider vor, denn dessen Entscheidungskompetenz ist in Organisationen ebenfalls an die Einhaltung spezifischer Regeln gekoppelt. Zum einen ist die Entscheidungskompetenz für spezifische Entscheidungssituationen meist formal über Kommunikationswege an die Stelleninhaber übertragen. Zum anderen können in Entscheidungsprogrammen Bewertungskriterien für situativ richtiges Entscheiden festgelegt oder formale Richtlinien für den Ablauf der Entscheidungsfindung vorhanden sein. In Abhängigkeit der organisationsspezifischen Entscheidungsprämissen ist dementsprechend mit Sanktionsmechanismen bei einer Fehlentscheidung sowie bei einem nicht erwartungskonformen Verhalten zu rechnen. Eine Überprüfung von Entscheidungen und des beobachtbaren Verhaltens (das jederzeit als Resultat einer Entscheidung gewertet werden kann) erfolgt in Organisationen vor allem anhand organisationsspezifischer Rationalitätskriterien. Solche Rationalitätskriterien lassen sich zum einen auf den Prozess der Entscheidungsabläufe und zum anderen auf das Ergebnis der getroffenen Entscheidungen anwenden. Bei der Prozessrationalität wird ein korrekter Ablauf des Entscheidungsprozesses fokussiert, wohingegen die Ergebnisrationalität auf das Entscheidungsergebnis abzielt (vgl. Schimank, 2005). Welche Kriterien für richtiges Entscheiden formuliert werden, hängt wiederum von der Organisation und deren Ausrichtung an gesellschaftlichen Teilsystemen ab.

In von formaler Vorsteuerung und Hierarchie geprägten Interaktionssystemen dominieren die individuellen Erwartungen des Entscheiders. Die Entscheidungsfindung hängt maßgeblich von dessen Situationsdefinition und der konstruierten Erwartungen und Alternativen ab. Eine Irritation der Erwartungs- und Alternativenlage durch das Einholen zusätzlicher Informationen oder durch den kommunikativen Austausch mit anderen ist jedoch auch bei hierarchisch geprägten Entscheidungsprozessen möglich. Solche Entscheidungsprozesse sind demnach für die Arzt-Patient- und die Trainer-Athlet-Interaktion im Spitzensport zu erwarten.

Der Vorteil eines formalisierten und an Hierarchien orientierten Entscheidungsprozesses liegt vor allem in der Ermöglichung schnellen Entscheidens. In besonders dringenden Fällen, wie beispielsweise einem medizinischen Notfall, darf keine Zeit durch vorherige Diskussionen zur Sachlage oder zur Zuständigkeit verloren gehen. Darüber hinaus ist der Rückgriff auf Sanktionsmechanismen bei abweichendem Verhalten der Entscheider und der Komplementärrolleninhaber durch die klare Zuordnung der Entscheidungskompetenzen und vorliegender Entscheidungsrichtlinien möglich. Der Einfluss der persönlichen Beziehung der Anwesenden

nimmt mit zunehmendem Formalisierungsgrad der Beziehungsstruktur in ihrer Bedeutung ab. Denn durch eine Vorsteuerung von Entscheidungsprozessen mit Hilfe von Entscheidungsprogrammen und Kommunikationswegen wird der Einfluss personaler Erwartungen des Stelleninhabers reduziert. Betrachtet man den Komplementärrolleninhaber, dann ist mit einem solchen Entscheidungsverfahren stets die Gefahr der Erzeugung von Dissens verbunden, was sich wiederum in einer mangelnden Compliance bei der Entscheidungsumsetzung ausdrücken kann. Ein optimales Entscheidungsergebnis hängt damit zum einen von der Expertise des Entscheiders ab, eine erfolgreiche Umsetzung der Entscheidung wird hingegen, trotz zahlreicher Sanktionsmechanismen, vor allem durch die Vermeidung von Dissens bei den Komplementärrollenträgern gewährleistet.

Entscheidungsprozesse in von Informalität und Kooperation geprägten Interaktionssystemen

Nun gibt es in Organisationen unzählige Entscheidungssituationen, für die keine expliziten Entscheidungsrichtlinien formuliert, Aufgaben- und Zuständigkeiten definiert oder Entscheidungskompetenzen formal festgelegt sind. Ist kein Entscheider und kein bindendes Entscheidungsverfahren vorgesehen, dann gilt es eine Entscheidung flexibel vorzubereiten, die Alternativen auszuhandeln und die Entscheidung in Absprache zu treffen. Die Entscheidung lässt sich dann entweder der Gesamtgruppe, einer Einzelperson oder einem Teil der Gruppe zuschreiben. Die Entscheidungsfindung, -bewertung und -zuschreibung lässt sich durch persönliche Absprachen informell regeln oder in Orientierung an bestehenden Vereinbarungen aus früheren Interaktionen durchführen. Oder es wird in Anlehnung an die Organisationskultur so entschieden, wie schon immer entschieden wurde, ohne die Zuschreibung der Entscheidung, die Entscheidungsbewertung und den Entscheidungsprozess zu hinterfragen. Möglich ist auch, dass die Interaktionssituation von den allgemeinen Rollenerwartungen der Anwesenden dominiert wird, indem bestehende Hierarchien übertragen werden. Prinzipiell ist in Abhängigkeit der jeweiligen Anwesenden von einem hierarchischen über ein kooperatives bis hin zu einem demokratischen Entscheidungsverfahren alles möglich.

Kooperative Entscheidungsprozesse und Kommunikation

Mit einem kooperativen Entscheidungsverfahren sind hohe kommunikative Anforderungen verbunden. Denn es gilt zu einer gemeinsamen Situationseinschätzung in Form eines Abgleichs verschiedener Entscheidungsalternativen zu kommen. Je mehr Personen anwesend sind, desto schwieriger und langwieriger kann sich ein solch kommunikativer Abstimmungsprozess darstellen. Auf eine mitgeteilte Situationseinschätzung oder eine formulierte Entscheidungsalternative kann stets durch Mitteilung neuer, noch nicht bedachter sachlicher Aspekte oder durch eine Umformulierung der Alternativenlage oder -bewertung reagiert werden. Kommt es zu einem Entscheidungsvorschlag von Alter, dann ist dieser von Ego (und den anderen Anwesenden) kommunikativ zu bestätigen und von Altern ggf. erneut rückzubestätigen. Liegt anstatt einer Zustimmung zur Entscheidung („ja, so machen wir es“) ein kommuni-

zierter Widerspruch vor („vielleicht sollten wir es doch anders machen“), wird eine erneute Prüfung der Alternativenlage erforderlich. Dies versetzt den Entscheidungsfindungsprozess in eine erneute „kollektive Reflexionsschleife“. Es kann jedoch auch zu einer Verteidigung der vorgeschlagenen Entscheidung kommen, wenn ein Interaktionspartner seine Sicht der Dinge für richtig hält oder sich in seiner Rolle als Entscheider sieht. Ist die Entscheidungskompetenz für spezifische Entscheidungssituationen nicht festgelegt und liegen keine klaren Bewertungskriterien für situativ richtiges Entscheiden vor, dann ist auch nicht mit formal vorgesehenen Sanktionsmechanismen bei einer Fehlentscheidung zu rechnen. Es sei denn, die Stellen- und Rollenerwartungen sind wie bei einem Arzt so allgemein und umfassend definiert, dass diese selbst in Situationen außerhalb medizinischer Einrichtungen greifen (z.B. bei einer (Notfall-)Behandlung im privaten Umfeld).

Sanktionsmechanismen

Die erwarteten Konsequenzen bei einem nicht-erwartungskonformen Verhalten spielen auf den ersten Blick nur eine geringe Rolle. Das bedeutet jedoch nicht, dass keine Sanktionsmöglichkeiten vorliegen. Diese sind auf einer persönlichen Ebene anzusiedeln und können sich im Verlauf der weiteren Interaktionsgeschichte in Antipathien oder offener Ablehnung zeigen. Vertrauen ist in solchen Interaktionssystemen von Vorteil, da ähnlich wie bei generalisierten Kommunikationsmedien eine Reduktion der Komplexität möglich wird. Vor allem in der Trainer-Athlet-Beziehung spielen Vertrauen und weitere gefühlbasierte Äquivalente wie z.B. gemeinsame Identitäten oder Gefühlsbeziehungen eine entscheidende Rolle (vgl. Borggrefe, Thiel & Cachay, 2006, S. 77). Zum Beispiel wenn der Athlet darauf vertraut, dass der Trainer die Trainingsinhalte so wählt, dass es zu keiner Überbelastung kommt.

Die Entscheidungsfindung und Bewertung wird entsprechend stark von gesellschaftlichen Konventionen, der Organisationskultur und informellen Absprachen beeinflusst. Darüber hinaus spielt die persönliche Beziehung der Anwesenden in Form von Sympathien oder Antipathien eine entscheidende Rolle. Der Einfluss persönlicher Präferenzen und individueller Situationsdefinitionen ist ebenfalls hoch, was eine flexibel an die jeweilige Situation angepasste Entscheidung ermöglicht. Dies kann allerdings langwierige Abstimmungsprozesse erfordern. Eine solch kooperative Entscheidungsfindung stellt dementsprechend hohe Anforderungen an die kommunikative und soziale Kompetenz aller Beteiligten. Eine schnelle Entscheidungsfindung ist nur bei wohldefinierten Entscheidungssituationen und/oder ähnlichen persönlichen Präferenzen möglich. Bei unterschiedlichen Einschätzungen einer Entscheidungssituation oder unterschiedlichen Präferenzstrukturen kommt es hingegen entweder zu einem langwierigen Aushandlungsprozess oder zu einem Abbruch der Entscheidungsfindung aufgrund kommunizierter Widersprüche. Besonders kritisch erscheinen Interaktionssituationen, in denen sich die Anwesenden unterschiedlichen Leitorientierungen verpflichtet fühlen (z.B. Interaktion zwischen Trainer, Arzt und Athlet) oder in denen Stelleninhaber verschiedener Organisationen aufeinander treffen, die aufgrund ihrer hierarchischen Einbindung jeweils als Entscheider auftreten

(z.B. Interaktion zwischen Trainer und Mannschaftsarzt oder Manager und Mannschaftsarzt). Der Vorteil solch eines Entscheidungsverfahrens liegt einerseits darin, dass ein fachlich-sachlicher Austausch zur umfassenderen Einschätzung einer Entscheidungssituation beiträgt und sich andererseits bei einem erzielten Konsens die Interessen der Beteiligten in der letztendlichen Entscheidung widerspiegeln. Ähnliche persönliche Erwartungen bilden letztendlich die Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Entscheidung und eine ähnliche Bewertung der getroffenen Entscheidung im Nachhinein. Die rückwirkende Bewertung einer von Informalität geprägten Entscheidung kann jedoch besonders problematisch werden. Denn im Nachhinein lässt sich leicht darauf verweisen, dass man die Entscheidung in ihrer letztendlichen Form gar nicht mitgetragen hat, beispielsweise weil der eigene Vorschlag nicht gewürdigt oder die Entscheidungsverantwortung bewusst auf eine anderen Personen abgewälzt wurde.

Entscheidungsprozesse in von formalisierten demokratischen Entscheidungsprozessen geprägte Interaktionssysteme

Der Ablauf der Entscheidungsfindung ist bei einem demokratischen Entscheidungsprozess von vornherein festgelegt. Gleiches gilt für die Zuschreibung der Entscheidung an eine Gruppe oder ein Gremium. Normalerweise entscheidet hier jeder Anwesende/Stimmberechtigte auf Grundlage seiner eigenen Präferenzen zunächst selbst, indem er zwischen vorgegebenen Alternativen wählt. Die letztendliche Entscheidung wird dann durch die mehrheitlich gewählte Alternative repräsentiert. Durch ein solches Verfahren wird eine symmetrische Beziehungsstruktur hergestellt, sofern jeder Anwesende nur eine Stimme hat. Allerdings sind demokratische Entscheidungen durch Formulierung von Alternativen vorzubereiten, was ebenfalls (langwierige) Aushandlungsprozesse notwendig macht und einen Einfluss komplementärer Beziehungsstrukturen ermöglicht. Beispielsweise wenn bei der Vorbereitung einer Abstimmung eine gezielte Informationspolitik erfolgt oder nur ausgewählte Entscheidungsalternativen bereitgestellt werden. So besteht die Gefahr einer gezielten Beeinflussung der Informationsbasis durch Steuerung des Informationsflusses, der Bildung strategischer Allianzen oder einer Ausübung von Fraktionszwang. Darüber hinaus sind demokratische Entscheidungsprozesse vor allem in Sportorganisationen häufigen Unterbrechungen aufgrund einer Vertagung der Abstimmung unterworfen (vgl. zu Entscheidungsprozessen in Sportvereinen Thiel, Meier & Cachay, 2006). Schnelle Entscheidungen sind (in Abhängigkeit des Formalisierungsgrads eines Wahlverfahrens) nur dann möglich, wenn bei der Alternativenformulierung entweder ähnliche Präferenzstrukturen und Realitätskonstruktionen oder bereits konträre Positionen vorliegen. Bei einem solchen Verfahren haben die Stimmberechtigten keine Sanktionsmechanismen zu fürchten, solange es sich um eine geheime Wahl handelt.

Zwischenfazit

Es gibt mehrere Möglichkeiten, wie Entscheidungsprozesse ablaufen und wie es schließlich zur Mitteilung einer Entscheidung kommt. Für verletzungsbezogene Entscheidungslagen er-

scheinen vor allem die von formaler Vorsteuerung und Hierarchie geprägten Entscheidungsprozesse sowie die durch geringe Informalität und Kooperation charakterisierten Abläufe von besonderer Bedeutung für alltägliche Interaktionen in Training, Wettkampf und im Zuge der medizinischen Behandlung. Formalisierte demokratische Entscheidungsprozesse sind hingegen eher auf Sportverbands- und -vereinsebenen anzusiedeln.

Verletzungsbezogene Kommunikationsprozesse sind durch die Mitteilung einer Entscheidung noch nicht zwangsläufig beendet. Denn jede Entscheidung lässt sich von den Adressstellen der Kommunikation unter Verwendung systemspezifischer Kriterien bewerten, was eine Anschlusskommunikation zur Folge hat. Auch im Zeitraum vor einer Entscheidung sind unterschiedliche Deutungen verletzungsbezogener Kommunikationsangebote und entsprechende Anschlusskommunikationen zu erwarten⁷⁹. Die auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelten Erwartungen können zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Karriere eines Athleten kollidieren und so zu Verständigungsproblemen, Inkompatibilitäten und zu Koordinationsproblemen führen. Vor dem Hintergrund differenter Konstruktionen des vorliegenden Verletzungssphänomens und unterschiedlicher Rollenerwartungen ist mit zahlreichen Konfliktpotentialen und Konflikten zu rechnen, die es im folgenden Kapitel genauer zu analysieren gilt.

79 Mit den Begriffen Kommunikationsangebot bzw. Selektionsvorschlag wird die Selektion von Information und der Inhalts- und Beziehungsaspekt der Mitteilung bezeichnet (vgl. Thiel, 2002, S. 55). Im Zuge von Kommunikationsangeboten kommt es zu Erwartungen darüber, dass diese auch verstanden werden und es zu einer Annahme oder Ablehnung des Kommunikationsangebots kommt.

5.3. Verletzungsbezogene Konfliktpotentiale und Konflikte

Obwohl noch so gut wie gar nichts über das Auftreten verletzungsbezogener Konflikte und über die zu Grunde liegenden Konfliktpotentiale im Spitzensport bekannt ist, muss davon ausgegangen werden, dass jede verletzungsbezogene Entscheidungssituation auch eine potenzielle Konfliktsituation darstellt. Konflikte sind aus systemtheoretischer Perspektive als „Zusammenhänge kommunizierter Widersprüche zu begreifen, wobei die Form des kommunizierten Widerspruchs sowohl eine verbale als auch eine nonverbale sein kann" (Thiel, 2002, S. 53). Solch kommunizierte Widersprüche können dabei entweder aus divergierenden Verhaltenserwartungen oder aus der offenen Ablehnung eines Verhaltens, einer Handlung oder einer Entscheidung resultieren (vgl. Thiel, 2003).

5.3.1. Konfliktpotentiale verletzungsbezogener Entscheidungssituationen

Im Rahmen der Kommunikation verletzungsbezogener Entscheidungen in organisierten Interaktionssystemen wurde bereits angedeutet, wie es zu einem kommunizierten Widerspruch kommt. Ganz allgemein erfolgt auf ein Selektionsangebot von Alter eine Deutung durch Ego. Das Selektionsangebot in Form einer Mitteilung wird von einem autopoietischen und operativ geschlossenen Bewusstseinsystem stets vor dem Hintergrund der eigenen Systemgeschichte auf Basis eigener Erwartungen und gesammelter Erfahrungen gedeutet (vgl. Luhmann, 1984a, S. 189). Ein sozialer Konflikt entsteht demnach erst durch das sinnbasierte Verstehen eines Kommunikationsangebots und des daran angeschlossenen kommunizierten Widerspruchs. In Anlehnung an die konflikttheoretischen Überlegungen von Thiel (2002, 2003) ist für verletzungsbezogene Interaktionssituationen davon auszugehen, dass die Entscheidung zur Mitteilung eines Widerspruchs sowohl von individuellen personenbezogenen Erwartungen als auch von den im Bewusstsein repräsentierten sozialen Verhaltenserwartungen bedingt wird. In organisierten Interaktionssystemen spielen zusätzlich zu informellen Absprachen und bewussten oder unbewussten gesellschaftlichen Konventionen entsprechend die Stellen- und Rollenerwartungen des jeweils gastgebenden Systems, d.h. der Organisationen des Spitzensportsystems oder des Medizinsystems eine zentrale Rolle⁸⁰. Die individuellen personenbezogenen Erwartungen resultieren insbesondere aus subjektiven Verletzungsvorstellungen, persönlichen Präferenzen wie allgemeinen und sportlichen Zielsetzungen, Sympathien oder Antipathien sowie der Bereitschaft zu Widersprechen und/oder affektlogischen Konstruktionen. Affekte spielen bei der Bereitschaft zum widersprechen eine entscheidende Rolle (vgl. Thiel, 2002).

80 Diese Überlegungen basieren auf Thiel (2002, S. 62), der die Entscheidung zur Mitteilung eines Widerspruchs im Kontext von Sportspielmannschaften des Spitzensports auf personenbezogene Ursachen und strukturelle Bedingungen des gastgebenden Systems zurückführt. Unterschieden werden dabei aus Perspektive einer Spitzensportorganisation extern generierte Erwartungen durch Leistungserwartungen von Bezugssystemen und intern generierte Erwartungen in Form von Mitgliedschaftserwartungen und personalen Erwartungen.

So beeinflussen z.B. Ärger, Furcht oder Unlust die individuellen Realitätskonstruktionen und die eigenen Erwartungs-Nutzen-Kalkulationen, was zu einer entsprechenden Stärkung oder Hemmung der Widerspruchsbereitschaft führt. Vor dem Hintergrund der bisherigen Überlegungen ergeben sich damit vielfältige Varianten potentieller Erwartungsdifferenzen und Möglichkeiten der Ausbildung verletzungsbezogener sozialer Konflikte.

Konfliktpotentiale aufgrund differenter Verletzungskonstruktionen

Für die Entstehung verletzungsbezogener Konflikte erscheinen dabei vor allem Konfliktpotentiale aufgrund differenter Realitätskonstruktionen zum aktuellen Gesundheitszustand, zu einem vorliegenden Verletzungsphänomen und zu den als notwendig erachteten Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen bedeutsam. Bei einfach definierten Verletzungsphänomenen ist dabei von ähnlichen Konstruktionen der Entscheidungssituation und von einer weitestgehenden Deckung der Alternativenlage oder der Bewertungskriterien auszugehen. Beispielsweise wenn eindeutige Verletzungssymptome wie bei einer Schnittwunde vorliegen und hierfür einfach nachvollziehbare Behandlungsrichtlinien existieren. Mit zunehmendem Interpretationsspielraum bei der Konstruktion eines Verletzungsphänomens, unklarer Risiken oder erwartbarer Folgeschäden ist entsprechend von einem erhöhten Konfliktpotential auszugehen. Vor allem bei unspezifischen Störungen des Wohlbefindens ist mit unterschiedlichen Verhaltenserwartungen bezüglich einer Trainings- und Wettkampfpause zu rechnen. Auch beim Wiedereinstieg nach einer Verletzung ist vor dem Hintergrund des Konstruktionscharakters von Gesundheit und Verletzung von Konfliktpotentialen auszugehen. Darüber hinaus kann es durch Differenzen in der Wahrnehmung potentieller Verletzungen und bei der Einschätzung einer Notwendigkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ebenfalls zu Erwartungskollisionen zwischen Trainer und Athlet oder Arzt und Athlet kommen.

Organisationale Konfliktpotentiale

Von grundlegender Bedeutung für ein Verletzungsmanagement sind organisationale Konfliktpotentiale, die aus einer Orientierung an unterschiedlichen gesellschaftlichen Kommunikationszusammenhängen resultieren. Diese Konfliktpotentiale sind durch das Aufeinandertreffen der Logik des Medizinsystems und der Logik des Spitzensportsystems in der Rolle des (Mannschafts-)Arztes und (Team-)Physiotherapeuten bereits angelegt. Diese Doppellogik ist auch mit der Rolle des Athleten verknüpft, der im Falle einer Verletzung zusätzlichen Erwartungen an die Rolle des Patienten zu genügen hat. Spitzensportorganisationen und medizinische Einrichtungen produzieren darüber hinaus eine ganze Reihe weiterer Konfliktpotentiale durch Stellen- und Rollenerwartungen, die in solchen Bereichen zu erwarten sind, in denen sich die Aufgaben von Trainern, Ärzten, Physiotherapeuten und des Athleten überschneiden. So ist mit unklaren Zuständigkeitsverteilungen, nicht eindeutig festgelegten Entscheidungskompetenzen und abstimmungsbedürftigen Vorgehensweisen vor allem im Bereich der Prävention von Verletzungen zu rechnen (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Konfliktpotentiale durch persönliche Beziehungen der Anwesenden und durch Leistungsbeziehungen mit der Umwelt

Insbesondere in wenig formalisierten und von informellen Absprachen geprägten verletzungsbezogenen Interaktionssystemen ergeben sich Konfliktpotentiale aus der persönlichen Beziehung der Anwesenden. Vor allem mangelndes Vertrauen, Antipathien und eine Missachtung gesellschaftlicher Umgangsformen sowie organisationskultureller Handlungspraktiken können bei auftretenden Schmerzen und im Verlauf einer Behandlung im Laiengesundheitssystem als Ausgangspunkt eines kommunizierten Widerspruchs angesehen werden. Hinzu kommen personenspezifische Zielsetzungen, wie beispielsweise wirtschaftlicher Erfolg, mediale Bekanntheit oder gesellschaftliche Anerkennung, die in Interaktionssituationen zu konfligierenden Erwartungen führen können. Durch Leistungsbeziehungen mit der Umwelt (vgl. Thiel, 2002) ergeben sich beispielsweise für Athleten zusätzliche Konfliktpotentiale, die durch Verpflichtungen aufgrund abgeschlossener Werbeverträge, eine Berufsausbildung oder einer beruflichen Tätigkeit ausgelöst werden können.

5.3.2. Konfliktverläufe mit Verletzungsbezug

Fasst man Konflikte als kommunizierte Widersprüche auf, dann handelt es sich dabei um Alltagsbildungen, die häufig auftreten und überall entstehen können. Meist handelt es sich dabei um rasch bereinigte Bagatellen, die in sozialen Zusammenhängen abgesichert sind. Ein dem Bagatellkonflikt zu Grunde liegender Dissens mündet z.B. aufgrund von organisationalen Verhaltenserwartungen oder gemeinsamen Zielsetzungen in eine gegenseitige Angleichung, eine Akzeptanz des Nein oder in eine Kooperation. Vor allem im Kontext verletzungsbezogener (Entscheidungs-)Kommunikation ist die Wahrscheinlichkeit der Mitteilung eines Widerspruchs enorm hoch. Wenn auf einen kommunizierten Widerspruch ein neuer folgt und sich die Kommunikation am Widerspruch an sich ausrichtet, können aus einfachen Bagatellkonflikten stabile Konfliktsysteme entstehen (vgl. Thiel, 2003)⁸¹.

In stabilen Konfliktsystemen bilden sich eigene Strukturen in Form von Verhaltenserwartungen aus, die generalisiert werden und zu stabiler und abgesicherter Erwartungsbildung führen. Das Einlenken einer der beteiligten Parteien ist in hohem Maße unwahrscheinlich. Betrachtet man die Strukturen eines stabilen Konfliktsystems, dann lassen sich folgende Charakteristika aufzeigen. Auf sozialer Ebene kann ein stabiles Konfliktsystem als Zweier-Gegnerschaft angesehen werden, dessen Parteien über diametral entgegengesetzte affektlogische Konstruktionen verfügen. Die eigene Position gilt als rational begründbar, während die andere als ungerecht empfunden wird. Der Einfluss affektlogischer Konstruktionen ist entsprechend groß. Auf sachlicher Ebene kann ein stabiler Konflikt dadurch gekennzeichnet werden, dass er die

81 Solch stabile Konfliktsysteme sind als eine Sonderform sozialer Systeme anzusehen, die durch einen Zusammenhang kommunizierter Widersprüche gekennzeichnet sind (Thiel, 2003, S. 55).

Offenheit für fast alle Möglichkeiten des Benachteiligens, Zwingens und Schädigens der anderen Partei beinhaltet. In zeitlicher Hinsicht sind Konflikte dadurch charakterisiert, dass Vergangenes unter den Bedingungen des aktuellen Konflikts neu interpretiert wird, beispielsweise indem das Handeln und die Entscheidungen des Gegners stets in ein negatives Licht gestellt werden. In Bezug auf die Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Konflikten sind die unterschiedlichen Phasen von einem (1) kommunizierten Widerspruch über die (2) nichteskalative Stabilisierung des Konfliktsystems bis hin zur (3) Eskalation eines Konflikts von Bedeutung (vgl. ausführlich Thiel, 2003, S. 55ff).

5.3.3. Konflikte im zeitlichen Verlauf spitzensportlicher Karrieren

Betrachtet man das mögliche Auftreten von verletzungsbezogenen sozialen Konflikten vor dem Hintergrund spitzensportlicher Karriereverläufe, dann kann ein Widerspruch entweder in einer Phase relativer Beschwerdefreiheit, bei akut auftretenden Schmerzen, im Rahmen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation oder in der Phase des Wiedereinstiegs nach einer Verletzung kommuniziert werden. Weiterhin ist zu unterscheiden, ob der kommunizierte Widerspruch durch Kommunikation in einem organisierten Interaktionssystem zustande kommt, bei dem die Anwesenden regelmäßig miteinander zu tun haben (z.B. im täglichen Training) oder ob es sich um eine flüchtige Interaktion handelt. Kommt es zu einer nichteskalativen Stabilisierung eines Konfliktsystems in Folge kommunizierter Widersprüche zwischen Athlet und Mannschaftsart z.B. im Zusammenhang mit der Durchführung von Präventionsmaßnahmen, dann kann dies die weitere Interaktion im Rahmen der medizinischen Behandlung ungünstig beeinflussen⁸². Ebenso kann die gesamte Trainingsarbeit durch die Stabilisierung eines verletzungsbezogenen Konflikts in Mitleidenschaft gezogen werden, wenn neben dem Athleten der Trainer, der Teamphysiotherapeut oder ein Manager involviert ist. Bei stabilen und lange Zeit andauernden Konflikten kann es sein, dass diese eskalieren. Die Konflikteskalation ist als ungebremstes Wachstum des Konfliktsystems auf der Ebene der inkludierten Personen, der Konfliktgegenstände sowie der eingesetzten Konfliktmittel anzusehen (vgl. ausführlich Thiel, 2003, S. 64ff). Dabei kommt es *erstens* zu einer Inklusion neuer Teilnehmer bei gleichzeitiger Kollektivierung affektlogischen Denkens, *zweitens* zu einer Ausweitung des Konfliktgegenstandes bei gleichzeitiger Reduktion von Komplexität und *drittens* zu einem Anstieg der Gewaltbereitschaft bei gleichzeitigem Rückgang der „exit-option“. Eine zielgerichtete Zusammenarbeit in sportlichen und medizinischen Kontexten wird mit zunehmender Stabilisierung und Eskalation eines Konflikts immer schwieriger oder gar unmöglich, es sei denn, es kommt zur Deeskalation. Die Deeskalation eines Konfliktsystems kann auf verschiedene Arten erfolgen.

82 Bei einer nichteskalativen Stabilisierung eines Konfliktsystems kommt es zur Erzeugung konfliktspezifischer Erwartungsunsicherheit, einer Generalisierung konfliktssystemischer Strukturen und einer Generierung von Images (Thiel, 2003, S. 76).

Deeskalation von Konflikten

Erstens kann sich die Deeskalation eines Konfliktsystems durch Selbstreflexion in Form einer durch Lernen induzierten Verhaltensänderung oder aber als Flucht vollziehen (vgl. ausführlich Thiel, 2003, S. 79ff). Für Athleten ergeben sich jedoch nur bedingt Fluchtmöglichkeiten, es sei denn, es kommt zu einem Trainer- oder Vereinswechsel oder zu einem Wechsel des behandelnden Arztes bzw. Physiotherapeuten. Ein Trainer oder Sportdirektor kann den Athleten hingegen aus dem Kader streichen oder gegebenenfalls die Zusammenarbeit einstellen. Tritt ein Arzt in seiner Funktion als Mannschaftsarzt zurück, kann dieser so stabilisierten oder eskalierten Konflikten ebenfalls ein Ende bereiten. Die Deeskalation eines Konfliktsystems kann auch durch selbstreflexive Lernprozesse erfolgen. Zum einen, wenn es zu einer Revision subjektiver Verletzungsvorstellungen und veränderten Ursache-Wirkungskonstruktionen von Verletzungen kommt oder zum anderen, wenn die Schuld/Unschuld-Konstruktion verändert wird. Beispielsweise wenn ein Athlet die Sinnhaftigkeit präventiver Trainingsmaßnahmen nach einer schweren Verletzung erkennt.

Zweitens ist denkbar, dass es zu einer Deeskalation in Form einer Kontextsteuerung durch Akteure der äußeren Umwelt des Konfliktsystems kommt (vgl. ausführlich Thiel, 2003, S. 82ff). Beispielsweise wenn ein Funktionär vermittelnd eingreift oder der Trainer ein Machtwort bei anhaltenden Differenzen zwischen Athlet und Arzt spricht. Im Falle des Gelingens führt dies zu einer relativ dauerhaften Deeskalation eines Konfliktsystems. Eine Vermittlung hat jedoch nur dann eine Aussicht auf Erfolg, wenn der Konflikt noch nicht die letzten beiden Eskalationsphasen erreicht hat. Unterordnung ist prinzipiell auf jeder Eskalationsstufe möglich, vorausgesetzt der Unterwerfende kann dabei auf die notwendigen Mittel (Macht, Geld, Vertrauensentzug) zurückgreifen und ist in der Lage, eine oder beide Parteien zur Unterordnung zu bewegen. Bei verletzungsbezogenen Konflikten stellt sich insbesondere die Frage, wie die Machtverhältnisse zwischen medizinischem Personal und den spitzensportlichen Rolleninhabern verteilt sind. Beispielsweise ob ein Trainer überhaupt die Mittel besitzt, einen Konflikt zwischen Mannschaftsarzt und Athlet zu beenden oder welche Möglichkeiten Funktionären bleiben, die Deeskalation eines verletzungsbezogenen Konflikts zwischen Trainer, Athlet und behandelndem Arzt durchzusetzen. Erfolgt die Deeskalation gegen den Willen einer Konfliktpartei, ist eine dauerhafte Auflösung des Konflikts unwahrscheinlich.

Zu einer dauerhaften Deeskalation kommt es *drittens* bei der Destruktion des Konfliktsystems (vgl. Thiel, 2003, S. 84). Dies kann durch Vernichtung in Form von Rufmord, Kündigung, Entlassung oder als Vernichtung von lebenswichtiger Ressourcen und Vitalfunktionen von zumindest einer Konfliktpartei geschehen oder durch eine Selbstzerstörung bzw. durch den natürlichen Tod einer Konfliktpartei erfolgen. Die Destruktion verletzungsbezogener Konflikte kann jedoch auch durch die erfolgreiche Wiederherstellung der Gesundheit erfolgen, sobald der Athlet nicht mehr als Patient ins Medizinsystem inkludiert ist. Eine dauerhafte Destruktion erfolgt auch, wenn ein Athlet oder Trainer die spitzensportliche Karriere beendet.

Kosten und Nutzen verletzungsbezogener Konflikte

Mit verletzungsbezogenen Konflikten gehen auf der einen Seite Kosten einher, andererseits ist mit jedem Konflikt auch ein potenzieller Nutzen verbunden. So ermöglichen erst Konflikte notwendige Strukturänderungen, da jede Veränderung etablierter Kommunikationsformen eine kommunizierte Ablehnung dieser Strukturen voraussetzt (vgl. Thiel, 2003, S. 86). Der potenzielle Nutzen eines Konflikts kann in einer Veränderung der Gesundheitsvorstellungen und des Gesundheitsbewusstseins eines Athleten liegen, die erst durch eine widersprüchliche Thematisierung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen erreicht wird. Aus Sicht einer Sportorganisation kann es durch Konflikte zu einer Optimierung des Trainings oder der medizinischen Betreuung bei Wettkämpfen kommen. Denkbar ist auch, dass erst die Eskalation eines Konflikts zur Konsensbildung führt. Nämlich dann, wenn durch die offene Auseinandersetzung bei allen Beteiligten eine Reflexion gegenseitiger Unterstellungen, vorliegender Missverständnissen oder unterschiedlichen Verletzungskonstruktionen ermöglicht wird. Konflikte können jedoch auch unfunktionell und für die beteiligten Parteien und das gastgebende System kostenintensiv verlaufen (vgl. Thiel, 2003, S. 86). Beispielsweise indem sich die durch einen Konflikt ausgelöste emotionale Belastung des Athleten auf die sportliche Leistungsfähigkeit und die Trainingsmotivation auswirkt. Insbesondere ein schwelender Konflikt „birgt permanent latente Folgekosten in sich [und] ‚saugt‘ gewissermaßen Energie aus dem System, in welchem er sich festgesetzt hat“ (vgl. Thiel, 2003, S. 89). So führt ein schwelender Konflikt dazu, dass sich die Konfliktparteien zunehmend auf den Konflikt konzentrieren und damit ihre systembezogenen Leistungen suboptimal erbringen. Zusätzlich werden personelle und sachliche Ressourcen gebunden, die eigentlich für die Erreichung sportlicher oder gesundheitsbezogener Zielsetzungen vorgesehen sind. Durch einen Konflikt können auch funktionierende Abläufe gestört werden, beispielsweise weil medizinische Leistungen des Mannschaftsarztes und Teamphysiotherapeuten schlecht geredet oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus sind Unterordnung und Flucht als Kosten unfunktionell verlaufender Konflikte zu betrachten (vgl. Thiel, 2003, S. 90). Unterordnung führt zu einem Verlust des Veränderungspotentials eines Konflikts und zu einer Bestätigung bestehender Strukturen. Mit der Flucht hingegen gehen wichtige Ressourcen des gastgebenden Systems verloren, beispielsweise wenn ein Mannschaftsarzt seine Betreuungsleistungen zurückfährt oder ein erfolgreicher Athlet den Verein wechselt.

Zwischenfazit

Die Funktionalität von Konflikten und Konfliktverläufen für eine Veränderung des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen in Interaktions- und Organisationssystemen darf vor dem Hintergrund einer meist negativen Konnotation des Konfliktbegriffs nicht aus dem Blick geraten. Vielmehr lässt sich aus einem funktionalen oder konstruktiven Umgang mit Konflikten auf die Lernfähigkeit eines personalen oder sozialen Systems schließen.

5.4. Management verletzungsbezogener Entscheidungen in Spitzensportorganisationen

Um die Frage nach den Ansatzpunkten für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport aus theoretischer Perspektive bearbeiten zu können, ist zunächst auf die Merkmale eines reflexiven Managements einzugehen.

5.4.1. Merkmale eines reflexiven Managements

Management ist nicht nur auf Wirtschaftsorganisationen beschränkt, vielmehr benötigen alle Organisationen Management, die auf eine effektive und effiziente Nutzung der ihnen verfügbaren/und oder anvertrauten Ressourcen angewiesen sind (vgl. Baecker, 2003; Thiel & Mayer, 2008; Willke, 2008). Aus einer funktionalen Perspektive ist Management nicht einzelnen Personen oder Stelleninhabern zuzuschreiben, sondern als ein Prozess aufzufassen, der zur möglichst effektiven und effizienten Erreichung der Ziele einer Organisation beiträgt (vgl. Thiel, Breuer & Mayer, 2008; Thiel & Mayer, 2008)⁸³. Fasst man Management als einen Prozess auf, der zur Zielerreichung beiträgt, dann ist ein so verstandenes Management auch anschlussfähig an individuelle Biographien. Bei einem solch individuellen Management stehen jedoch nicht die Ziele einer Organisation, sondern die Lebensziele einer Person im Mittelpunkt. Bei der Auseinandersetzung mit Management ist daher strikt auf die Trennung von Organisation und Person zu achten⁸⁴.

Der Managementbegriff lässt sich aus systemtheoretischer Sicht noch weiter spezifizieren. Management lässt sich dann als *rekursiven Prozess mit den Funktionen des Distanzierens, Überprüfens und Wiedereinführens von Strukturen eines Systems zur möglichst effizienten Erreichung selbst gesetzter Ziele bezeichnen* (vgl. Thiel & Mayer, 2008). Rekursiv bedeutet, dass sich die einzelnen Managementfunktionen ständig aufeinander beziehen, miteinander vernetzt sind und im Managementprozess sowohl hintereinander als auch nebeneinander ablaufen können. „Distanzieren von Strukturen“ bedeutet die Festlegung und Abgrenzung von Strukturen, die funktional für eine möglichst effektive Zielerreichung sind. „Überprüfen von Strukturen“ weist über die Strukturbildung hinaus auf die Selbstbeobachtung des Systems hin.

83 Beim Management geht es also nicht um den Sportmanager oder die Führungskraft, die eine Organisation managt, sondern um den Prozess, der zum Erreichen bestimmter Zielsetzungen führt.

84 Dass es beim Management von und in Organisationen vor allem um die Ziele und deren Umsetzung geht ist nach Willke (2008, S. 115) alles andere als selbstverständlich, da die meisten Menschen nach wie vor davon ausgehen, dass Organisationen nichts anderes darstellen als Aggregate von Personen. Aus systemtheoretischer Perspektive bestehen soziale Systeme jedoch aus Kommunikationen und Organisationen entsprechend aus kommunizierten Entscheidungen. Personen sind durch diese Theoriedisposition nicht weniger wichtig, sie rücken nur an eine andere Stelle. Durch die Trennung von Person und Organisation lässt sich erst erkennen, dass sich die Ziele von Organisationen von den individuellen Zielen der Personen als Organisationsmitglieder unterscheiden können. Die Ziele der Organisation können zwar von Personen mehr oder weniger geteilt werden, entscheidend ist jedoch, dass diese Ziele bestehen bleiben, selbst wenn Personen die Organisation verlassen.

Das bedeutet zum einen, bestehende Strukturen daraufhin zu überprüfen, welchen Beitrag sie zum Erreichen des Organisationszwecks leisten. Zum anderen ist darunter zu verstehen, Anforderungen einer sich wandelnden Umwelt zu beobachten und zu prüfen, ob die Strukturen diesen Umweltanforderungen angemessen sind. Beim „Wiedereinführen von Strukturen“ geht es schließlich um Lernprozesse, nämlich die gegebenen Strukturen an die Ergebnisse der Überprüfung anzupassen und zwar entweder durch Verstärkung oder durch Korrektur (vgl. Thiel & Mayer, 2008). Ein erfolgreiches Management stellt damit die Fähigkeit eines Systems dar, sich Ziele zu setzen, Aufgaben zu formulieren, Abweichungen von Zielsetzungen zu beobachten und auf Abweichungen entweder durch Verstärkung oder durch Korrektur zu reagieren (vgl. Baecker, 2003, S. 336-337). Die Strukturen einer Organisation stellen die bereits angesprochenen entscheidbaren und nicht-entschiedenen Entscheidungsprämissen dar, mit deren Hilfe die Organisationen eine Vorsteuerung des Entscheidungsverhaltens der Organisationsmitglieder erzielen. Bei einem Verletzungsmanagement in Spitzensportorganisationen geht es um die Gestaltung von Entscheidungsprämissen, die einen potentiellen Verletzungsbezug aufweisen. Mit Entscheidungen über Entscheidungsprämissen lassen sich so bestehende Strukturen verändern, stabilisieren oder neu schaffen. Solche Planungsentscheidungen können entweder durch individuelle Personen, Personengruppen oder eigens dafür vorgesehene Gremien getroffen werden.

Eine zentrale Voraussetzung für einen zielgerichteten Managementprozess in Organisationen ist neben der Festlegung die permanente Überprüfung, Anpassung oder Neuformulierung von Entscheidungsprogrammen und Kommunikationswegen. Besonders wichtig sind hierbei Entscheidungen über den Einsatz und die Rekrutierung des Personals. Denn mit solchen Entscheidungen wird über unzählige persönliche Entscheidungsprämissen entschieden, die in jeder Entscheidungssituation die zentrale Rolle spielen. Je weniger Vorgaben in Form von Entscheidungsprogrammen und Kommunikationswegen in Spitzensportorganisationen distanziert sind, desto mehr hängt die effektive und effiziente Zielerreichung von den jeweiligen Stelleninhabern und damit von deren persönlichen Entscheidungsprämissen ab. Auch lässt sich die Zweckmäßigkeit der durchgeführten Maßnahmen und der individuellen Entscheidungsergebnisse nur schwer überprüfen, wenn kaum formale Strukturen ausgebildet sind, an denen sich eine Überprüfung orientieren könnte. Organisationen haben jedoch die Möglichkeit, spezifische Strukturen auszubilden, welche die Funktion des Überprüfens übernehmen und mit deren Hilfe organisationale Prozesse und die relevanten Umwelten beobachtet werden können. Hierbei kann es sich zum einen um Instrumente des Controllings oder Monitorings handeln, wie beispielsweise regelmäßige Leistungsdiagnostiken oder systematische Gesundheitsuntersuchungen. Zum anderen kann die Funktion des Überprüfens auch personalisiert werden, z.B. wenn eine Stelle mit genau dieser Aufgabe betraut wird. Vor allem in expertenbasierten Organisationen wird von den Stelleninhabern eine Selbststeuerung verlangt, wie zum Beispiel die Trainingssteuerung beim Trainer oder die Steuerung des medizinischen Behandlungsprozesses.

ses beim Arzt. Das Ergebnis der Überprüfung hängt jedoch maßgeblich von den explizit angelegten oder implizit vorhandenen Bewertungskriterien ab. In Spitzensportorganisationen ist zu erwarten, dass insbesondere der sportliche Erfolg als Kriterium zur Bewertung organisationaler Strukturen und Prozesse herangezogen wird und eine Änderung von Strukturen vor allem bei ausbleibenden sportlichen Erfolgen als angemessen erachtet wird.

Im Folgenden gilt es auf Basis theoretischer Überlegungen mögliche Ansatzpunkte für ein möglichst ganzheitliches Verletzungsmanagement in Spitzensportorganisationen zu identifizieren. Ganzheitlich bedeutet in diesem Kontext, dass verschiedene Perspektiven integriert und Ansatzpunkte auf unterschiedlichen Systemebenen ermittelt werden.

5.4.2. Ansatzpunkte für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement

Will man das verletzungsbezogene Entscheidungsverhalten überindividuell vorsteuern, dann ist auf die Entscheidungsbedingungen einzuwirken und der Kontext zu gestalten, in dem Entscheidungen getroffen werden.

Gestaltung von Entscheidungsprämissen der Spitzensportorganisationen

Durch gezielte Einführung von Entscheidungsprämissen kann von Seiten der Organisation versucht werden, dem Entscheidungsverhalten der Organisationsmitglieder einen Rahmen zu geben, die Verteilung von Entscheidungskompetenzen und Aufgaben festzulegen und den Personaleinsatz zu regulieren. Hierbei ist auf die Balance zwischen einer Überregulierung durch Entscheidungsprämissen und der Gewährung eines allzu großen Entscheidungsspielraums für den oder die jeweiligen Entscheider zu achten. Vielmehr gilt es in Abhängigkeit der jeweiligen verletzungsbezogenen Entscheidungssituation die Prämissen sinnvoll zu gestalten. Lässt sich eine Entscheidungssituation nur schwer vorsteuern, weil hochflexibles und auf persönlicher Expertise basiertes Entscheiden notwendig ist, gilt es die personalen Entscheidungsvoraussetzungen zu verbessern. Denn nach Luhmann (2000, S. 181) sind die „Erhaltung und Verbesserung der Entscheidungsfähigkeit (statt Rationalität) das eigentliche Kriterium effektiver Organisation“. Um eine Reduktion verletzungsbedingter Ausfallzeiten, Rezidivverletzungen, gesundheitlicher Langzeitschäden und verletzungsbedingten Beendigungen spitzensportlicher Karrieren zu erreichen, gilt es dementsprechend die verletzungsbezogene Entscheidungsfähigkeit durch die Gestaltung von Entscheidungsprämissen zu steigern (oder auf bereits hohem Niveau zu halten).

Der grundlegende Zweck der Organisation und die gesellschaftlich erzeugten Erwartungen lassen sich durch ein Management nicht verändern. Allerdings lassen sich diese Erwartungen organisationsintern durch die Ausdifferenzierung von Entscheidungsprogrammen regulieren. Hier spielt die *Formulierung von klaren Zielen* und allgemeinen Kriterien für die Bewertung von Entscheidungen eine zentrale Rolle. Ziele können dabei auf einer normativen, strategischen oder operativen Ebene angesiedelt sein und sich auf die Prävention von Verletzungen, die Behandlung und Rehabilitation und auf die Vermeidung von Spät- und Folgeschäden be-

ziehen. Dabei gilt es nicht nur auf der normativen Ebene z.B. durch die Formulierung von medizinethischen Richtlinien oder der Verabschiedung eines Präventionsprogramms Entscheidungsprämissen zu setzen, sondern vor allem deren Umsetzung durch strategische und konkrete operative Zielsetzungen zu verfolgen. Auf die zentrale Bedeutung einer Ableitung von Zielen und Maßnahmen verweist Willke (2008, S. 125), indem er die Strategiefähigkeit „als generische Kernkompetenz zur Steuerung komplexer Organisationen“ bezeichnet. Dabei gilt es in Abhängigkeit der formulierten Ziele die entsprechend notwendigen Maßnahmen einzusetzen. Mögliche Ziele eines Verletzungsmanagements im Spitzensport sind beispielsweise die Reduktion verletzungsbedingter Ausfallzeiten und die Vermeidung von Rezidivverletzungen, gesundheitlichen Langzeitschäden und der Sportinvalidität. Dies kann durch Maßnahmen zur Optimierung der medizinischen und therapeutischen Behandlung und Betreuung, durch Präventionsprogramme oder durch den Einsatz einer sportpsychologischen Begleitung verfolgt werden. Vor allem im Überlappungsbereich von zwei gesellschaftlichen Leitorientierungen sind dabei situationsspezifische Kriterien für die Bewertung zu treffender und getroffener Entscheidungen zu formulieren, transparent zu machen und entsprechende Sanktionsmechanismen bei Missachtung zu installieren. Dies lässt sich über Konditionalprogramme in Form von Wenn-Dann-Vorgaben für situativ richtiges Entscheiden und zu erwartende Sanktionen bei Missachtung erreichen. In diesem Zusammenhang erscheint die Entwicklung von „Guidelines“ zum Umgang mit typischen Verletzungen in Trainings- und Wettkampfphasen von besonderer Bedeutung, die auf spitzensportliche und medizinische Erwartungen abgestimmt sind. Hierzu gehören auch formalisierte Notfallpläne und die Gewährleistung einer schnellst- und bestmöglichen medizinischen Versorgung für Spitzenathleten.

Für ein Management verletzungsbezogener Entscheidungen ist die *formale Vorsteuerung der Anwesenden in verletzungsbezogenen Interaktionssituationen* ebenso zentral wie eine *eindeutige Aufgabenverteilung* und die *Vergabe von Entscheidungskompetenzen*. Die Gestaltung der Kommunikationswege ist insbesondere im Schnittbereich der Aufgabengebiete des Trainers und des medizinischen Personals von Bedeutung, es gilt jedoch auch den Verantwortungsbereich des Athleten festzulegen und kritisch zu hinterfragen. Die mit einer Stelle verbundenen Entscheidungsprämissen und Kommunikationswege spielen vor allem bei der *Personalregulierung* eine entscheidende Rolle. Dies betrifft das medizinische Personal im Spitzensport in gleichem Maße wie Trainer, Betreuer, Manager und die Athleten selbst. Sind keine klaren Entscheidungsrichtlinien, Aufgabengebiete und Verantwortlichkeiten geregelt, spielen die individuellen Rollenerwartungen des Kandidaten oder informelle und nur schwer sanktionierbare Absprachen eine entsprechend große Rolle. Vor allem Neurekrutierungen sind als Chance anzusehen, denn hier lassen sich recht einfach klare Aufgabenbeschreibungen, eventuelle Zielvereinbarungen und verbindliche Entscheidungsrichtlinien an die Mitgliedschaft koppeln. Dies hängt jedoch maßgeblich von der Art der Mitgliedschaft ab, d.h. ob die Mitgliedschaft vertraglich geregelt und finanziell vergütet, in Form eines ehrenamtlichen Engagements oder

über das Erreichen von Kadernormen erfolgt. Hiervon hängen auch das Sanktionspotential und die Möglichkeiten einer Personalfreisetzung bei einer Nichtbeachtung organisationaler Regeln ab.

Über die Einführung von Entscheidungsprämissen lässt sich der *Einfluss der Organisationskultur* zwar reduzieren. Einer zielgerichteten Beeinflussung und künstlichen Gestaltung entzieht sich dieser Bereich jedoch, da sich solche Kulturen über einen langen Zeitraum hinweg entwickeln, nicht rational gelernt, sondern handelnd erfahren und in einem entsprechend komplexen Vermittlungsprozess erworben werden (vgl. Schreyögg, 2003, S. 481). Durch eine externe Beschreibung und Thematisierung solch symbolischer Konstruktionen lassen sich jedoch Selbstreflexionsprozesse anstoßen. Diese gehen jedoch nicht selten mit einer Abwehr- und Verteidigungshaltung einher, da durch eine solche Offenlegung der bisherige Umgang mit Schmerzen und Verletzungen in ein anderes Licht gerückt wird. Bei der Reproduktion bestehender organisationskultureller Strukturen spielen langjährige Trainer, Funktionäre, Mannschaftsärzte und Teamphysiotherapeuten die zentrale Rolle. Bei den Athleten ist davon auszugehen, dass deren Orientierung durch die Schmerz- und verletzungsbezogenen Kommunikationsmuster sowie durch die in den Köpfen des spitzensportlichen Unterstützungspersonals gespeicherten nicht-entschiedenen Entscheidungsprämissen geprägt wird und es so zu einer Stabilisierung der Organisations- und Interaktionskultur kommt. Organisationsmitglieder besitzen hier jedoch meist ihren blinden Fleck. Dementsprechend ist eine Erzeugung differenter Realitäten, z.B. in Form einer Beschreibung von Entscheidungsprozessen oder dem Umgang mit Schmerzen und Verletzung durch externe wissenschaftliche Beobachter oder externe Berater für die Einleitung von Selbstreflexions- und Selbststeuerungsprozessen erforderlich. Bei einem Management verletzungsbezogener Entscheidungsprozesse ist damit die kritische Reflexion typischer organisationaler Entscheidungsprozesse als ein zentraler Bestandteil anzusehen.

Verbesserung der Entscheidungskommunikation in sozialen Interaktionen

Eine zentrale Rolle beim Management verletzungsbezogener Entscheidungsprozesse spielt das verletzungsbezogene Konfliktmanagement, das sich aus einem Management von Konfliktpotentialen und einem Management von Konfliktverläufen zusammensetzt (vgl. Thiel, 2002, S. 181ff). Ein verletzungsbezogenes Konfliktmanagement muss unabhängig von bereits entstandenen Konflikten ansetzen. Denn die Entstehung und der Verlauf von Konflikten werden ebenso von den Strukturen der Interaktionssysteme, Organisationssysteme und Gesellschaftssysteme (d.h. den Lektorientierungen, Kommunikations- und Entscheidungsregeln und Kommunikationsmustern) wie von den individuellen und sozial geteilten mentalen Konfliktmodellen (d.h. von Vorstellungen darüber, wie Konflikte zu führen und zu regulieren sind) bestimmt (vgl. Thiel, 2003, S. 92). Dabei geht es zum einen um die Gestaltung von Kommunikationsregeln und -mustern und zum anderen um die Reduktion organisationaler und interaktionaler Konfliktpotentiale durch Entscheidungen über Entscheidungsprämissen. Bei der

Gestaltung von Prämissen ist nicht nur auf deren vordergründige Zweckmäßigkeit zu schauen. Vielmehr sind die durch das Zusammenspiel verschiedener organisationaler Regelungen, gesellschaftlicher Erwartungen und individueller Präferenzen erzeugten Konfliktpotenziale zu regulieren. Das Ziel eines verletzungsbezogenen Konfliktmanagements stellt dementsprechend die funktionale Reduktion von Konfliktpotenzialen und die funktionale Deeskalation von Konfliktverläufen dar. Bei einem funktionalen verletzungsbezogenen Konfliktmanagement ist der Nutzen von Konflikten für das individuelle und organisationale Lernen zu berücksichtigen (vgl. zum organisationalen Lernen u.a. Senge, 2003; Thiel & Meier, 2005; Willke, 1998). Eine Erhöhung der Transparenz und Ermöglichung der Kommunikation über Konflikte lässt sich durch die Einführung von Kommunikationsmustern, Kommunikationsregeln und Leitorientierungen erreichen (vgl. Thiel, 2003, S. 94).

Steigerung der personalen Entscheidungsfähigkeit

Bei komplexen und nur schwer vorsteuerbaren Entscheidungslagen spielt das individuelle Bewusstsein der an einer Entscheidung beteiligten Personen eine zentrale Rolle. Für ein Management verletzungsbezogener Entscheidungsprozesse stellt sich hier die Frage nach einer Verbesserung der individuellen Entscheidungsfähigkeiten. Aus der Expertiseforschung weiß man, dass sich ein kompetenter medizinischer Experte durch eine hohe Flexibilität im Denken und Handeln auszeichnet und dass neben dem deklarativen Wissen das prozedurale Wissen stark ausgeprägt ist (vgl. Vogd, 2004, S. 43ff). Durch Maßnahmen der Personalentwicklung kann zum einen versucht werden, die deklarative Wissensbasis durch Fortbildungen bei Trainern, Athleten und Ärzten zu verbessern, indem beispielsweise der aktuelle sportmedizinische Wissensstand praxisgerecht aufbereitet und kommuniziert wird. Prozedurales Wissen lässt sich hingegen nur schwer vermitteln, da es an individuelle Erfahrungen gekoppelt ist. Dieses erfahrungsbasierte Wissen transparent und für andere verfügbar zu machen, stellt hier eine Herausforderung dar. Denkbar wären in diesem Zusammenhang die Erstellung und Veröffentlichung von Case Studies bei der Behandlung von Spitzenathleten. Die individuellen Entscheidungsfähigkeiten lassen sich nicht nur durch eine Ausweitung der medizinischen Wissensbasis erreichen. Da die Informationsbasis verletzungsbezogener Entscheidungslagen maßgeblich von Kommunikationsprozessen beeinflusst wird und die Entscheidungsfindung meist in sozialer Interaktion zu erfolgen scheint, kann eine Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von Athleten, Ärzten, Trainern und des weiteren Unterstützungspersonals sinnvoll sein. Nicht nur vor dem Hintergrund zahlreicher Konfliktpotentiale kann eine Entwicklung der verletzungsbezogenen Sozialkompetenz von Mannschaftsärzten, Teamphysiotherapeuten, Trainern und insbesondere von Athleten hilfreich sein.

Aus systemtheoretischer Perspektive stellt sich das Problem, dass eine Veränderung psychischer als auch sozialer Systeme nur in Form von „Veränderungen, die durch ihre Organisation und Struktur determiniert sind“ (Maturana, 1982, S. 188) geschehen kann. Dieser Sachverhalt weist auf die Problematik einer direkten Einflussnahme auf ein Individuum, eine Organisation

oder einen Gesellschaftsbereich „von außen“ hin. Solch eine direkte Einflussnahme ist kaum möglich, da die Impulse, die vom jeweiligen System aufgenommen werden, immer auch von diesem selbst interpretiert werden. Die für eine erfolgreiche Intervention notwendige Bereitschaft wird durch die Operationsweise und die Struktur des jeweiligen Systems bestimmt. Diese hängt eng mit dessen Biographie zusammen, denn „die Relevanz eines bestimmten Verhaltens oder einer Verhaltensklasse wird immer in der Vergangenheit determiniert“ (Maturana, 1982, S. 52). Um die aktuelle Operationsweise und die bestehenden Strukturen psychischer und sozialer Systeme besser verstehen zu können, bedarf es einer besonderen Betrachtung der Systemgeschichte und den damit zusammenhängenden Mechanismen der Entscheidungskommunikation. Die Auseinandersetzung mit Athletenbiografien ist für die Erklärung der verletzungsbezogenen Entscheidungspraxis im Spitzensport und für die Entwicklung systemspezifischer Interventionsansätze eine zentrale Voraussetzung. Um Lern- und Sozialisationsprozesse in der Athletenbiografie einer Beobachtung zugänglich zu machen, gilt es im Folgenden die zeitliche Kopplung von Entscheidungen durch eine Fokussierung von Entscheidungsprozessen genauer zu betrachten.

5.4.3. Kopplung von Entscheidungen im Verletzungsprozess

Vom Auftreten erster Symptome bis zur Entscheidung eines Wettkampfverzichts vergehen bei überlastungsbedingten Verletzungen nicht selten Monate. Ebenso ist bei schweren Verletzungen oder chronischen Beschwerdebildern von langwierigen Behandlungs- und Rehabilitationsprozessen auszugehen. Die zeitlichen Perspektiven, die bei einer Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungen berücksichtigt werden müssen, sind dementsprechend lang. In der Karriere eines Athleten ist darüber hinaus mit zahlreichen Verletzungsereignissen zu rechnen, und selbst beim Ausbleiben schwerer Verletzungen bleibt eine latente Verletzungsgefahr bestehen. Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen sind darüber hinaus in der verletzungsbezogenen Kommunikation und in kommunizierten verletzungsbezogenen Entscheidungen allgegenwärtig, auch wenn beim Athleten selbst kein akutes Verletzungsproblem vorliegt.

Zeitliche Abfolge von Entscheidungen

Setzt man die Karriere eines Athleten zur zeitlichen Strukturierung ein und betrachtet die Gesamtheit möglicher verletzungsbezogener Entscheidungssituationen muss davon ausgegangen werden, dass durch das Treffen einer Entscheidung stets bestimmte Folgeentscheidungen ein- und andere wiederum ausgeschlossen werden. Beispielsweise erfolgt mit der Entscheidung, dass bei einer Verletzung auf die Konsultation eines medizinischen Experten zu verzichten ist, gleichzeitig auch der Ausschluss des gesamten Entscheidungsspektrums aus dem Bereich der medizinischen Versorgung. Mögliche Entscheidungen von der Diagnose über medizinische Behandlungsstrategien bis hin zu Rehabilitationsmaßnahmen und der ärztlichen Festlegung einer Verletzungspause werden damit obsolet. Auch die zeitliche Abfolge der jeweiligen Ent-

scheidungen ist von höchster Relevanz. So kann die Entscheidung zur Konsultation eines medizinischen Experten zeitlich vor als auch nach der Entscheidung über eine Wettkampfabgabe liegen. Es kann auch zur Bündelung verschiedener Entscheidungen in einer konkreten Situation kommen oder zur zeitlichen Verschiebung anstehender Entscheidungen. Wenn zum Beispiel der Entscheidung zur Konsultation eines Arztes oder die Absage eines Wettkampfs hinausgeschoben wird oder wenn verschiedene Einzelentscheidungen wie bei einem medizinischen Notfall innerhalb kürzester Zeit getroffen werden müssen. Durch organisationsstrukturelle Vorgaben und informelle Absprachen lassen sich Entscheidungen gezielt aneinander koppeln. Bereits durch die Festlegung, dass ein Arzt bei einem Wettkampf anwesend sein muss, lässt sich die im Notfall eine zeitlich enge Koppelung zahlreicher Einzelentscheidungen sicherstellen. Denn der Arzt kann sofort eine Erstdiagnose stellen, über Erstbehandlungsmaßnahmen entscheiden, unmittelbar festlegen, ob der Wettkampf beendet werden muss und gleich eine Prognose über die Verletzungsdauer abgeben. In welcher Reihung diese Einzelentscheidungen konkret getroffen werden hängt jedoch von der Expertise des jeweiligen Arztes ab. Geht man von einer sehr schweren und lebensbedrohlichen Verletzung aus, ist davon auszugehen, dass die zeitliche Abfolge der Entscheidungen vom Zeitpunkt des Traumas über Erste-Hilfe-Maßnahmen bis hin zu einer medizinischen Notfallversorgung deutlich schneller zu erfolgen haben als beim Auftreten einer Verletzung, die durch einen allmählich zunehmenden Beschwerdeverlauf gekennzeichnet ist. Darüber hinaus ist bei einer schweren Verletzung mit einer deutlich längeren Behandlungs- und Rehabilitationsphase zu rechnen als bei leichten Verletzungen, die innerhalb weniger Tage oder Wochen zur Ausheilung gebracht werden können, was sich wiederum auf die Zeitspanne zwischen den zu treffenden Entscheidungen auswirkt. Besonders komplex erscheint die Aneinanderreihung von Entscheidungen bei Überlastungserscheinungen oder chronischen Verletzungsverläufen. Hier stellt sich vor allem die Frage, ob und wann eine Inklusion ins Medizinsystem erfolgt und inwieweit diese bei fortwährenden Beschwerden bestehen bleibt.

Lernprozesse

Mit Ausnahme verletzungsbezogener Entscheidungen über Entscheidungsprämissen in Verbandsgremien ist davon auszugehen, dass der Athlet an fast allen Entscheidungssituationen entweder als Entscheider selbst oder als Adressstelle einer Entscheidung beteiligt ist. Vor diesem Hintergrund erscheint die verletzungsbezogene Entscheidungsgeschichte des personalen Systems Athlet in Form der Verletzungsbioografie für das Verstehen des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen höchst bedeutsam. Bewusstseinsstrukturen sind zwar relativ stabil, dennoch findet eine permanente Anpassung, durch Verstärkung oder Neustrukturierung, verursacht durch mehr oder weniger starke Irritationen aus der Umwelt statt. Da Verletzungsereignisse als einschneidende Erlebnisse in der Spitzensportbiografie beschrieben werden (vgl. Petrie, 1993), stellt sich die Frage, inwieweit hiermit individuelle und organisationale Lernprozesse einhergehen. Bei *individuellen Lernprozessen* ist mit einer Veränderung der

Bewusstseinsstrukturen, insbesondere der subjektiven Gesundheits-, Krankheits- und Verletzungsvorstellungen zu rechnen. *Organisationale Lernprozesse* zeigen sich in einer Veränderung oder Neueinführung von Entscheidungsprämissen sowie in einer Veränderung der Kommunikation im Rahmen organisierter Interaktion. Beispielsweise wenn wie im Skirensport in der Folge eines Todesfalls oder einer schweren traumatischen Verletzung die Sicherheitsbestimmungen verschärft und die Notfallversorgung stärker formalisiert wird. Dass Lernprozesse stattgefunden haben, lässt sich demnach an einer veränderten verletzungsbezogenen Entscheidungspraxis feststellen.

Zusammenfassung und weiteres Vorgehen

Zu jedem Zeitpunkt in der Karriere eines Spitzenathleten ist mit verletzungsbezogenen Kommunikationsinhalten und verletzungsbezogenen Entscheidungslagen zu rechnen. Die Zeit nach einer verletzungsbezogenen Entscheidung leitet die nächste Entscheidung ein, ebenso ist der unmittelbare Zeitraum nach einer überstandenen Verletzung der Zeitraum vor einer möglichen Neuverletzung. Eine Entscheidung trennt dabei Vergangenheit und Zukunft. Vor der Entscheidung führt das komplexe Zusammenspiel der Erwartungen zur Wahl einer Entscheidungsalternative, nach der Entscheidung werden die Entscheidungsfolgen ebenfalls auf Basis zahlreicher Erwartungen bewertet. Die verletzungsbezogene Entscheidungskommunikation, d.h. der Ablauf des Entscheidungsprozesses wird dabei situativ von Organisationen vorgesteuert, insbesondere die Zurechnung von Entscheidungen zu einem Entscheider oder einer Gruppe. Zu unterscheiden ist dabei, ob eine Entscheidung unter Anwesenheit anderer zu treffen ist, ob es vor einer Entscheidung zu einem kommunikativen Austausch kommt oder ob die Entscheidung relativ isoliert von einer Person getroffen und erst später mitgeteilt wird.

Welche Entscheidungen anstehen, ob und wann diese getroffen werden, hängt dabei vor allem von der individuellen Konstruktion des vorliegenden Verletzungsphänomens, von der verletzungsbezogenen Kommunikation und von zahlreichen personalen und sozialen Verhaltenserwartungen ab. Bei jeder einzelnen Entscheidung kommt es zu einem Zusammenspiel solcher Erwartungen, das in sozialer Hinsicht umso komplexer wird, je mehr Personen an einer Entscheidung beteiligt sind und je weniger dabei die Entscheidungskompetenzen und -abläufe festgelegt sind. Welche konkreten Verhaltenserwartungen auf sozialer Ebene relevant werden, ist in nicht unerheblichem Maße durch die Organisationen des Spitzensportsystems und des Medizinsystems beeinflusst. Denn durch Entscheidungsprämissen werden nicht nur Entscheidungssituationen definiert, Vorgaben zum richtigen Entscheiden gemacht oder die Abfolge von Entscheidungen geregelt, so dass bei einem vorliegenden Verletzungsphänomen typische Entscheidungsprozesse in Gang kommen. Darüber hinaus erfolgt vor allem auch eine Regulierung der an einer Entscheidungssituation Beteiligten und der jeweiligen Zuständigkeiten. Gleichzeitig wirken informelle Absprachen und die Organisationskultur auf die Interaktion der Stelleninhaber, hinzu kommen persönliche Beziehungsaspekte. Zentral sind jedoch die individuellen Gesundheits- und Verletzungskonstruktionen der Anwesenden und die darauf be-

zogenen Kommunikationsinhalte, sofern es zur Interaktion kommt. Im zeitlichen Verlauf spitzensportlicher Karrieren ist mit einer Änderung individueller und organisationaler Entscheidungsprämissen zu rechnen; jede Einzelentscheidung stellt somit nur eine Momentaufnahme aktueller Systemstrukturen dar.

Ein ganzheitliches Verletzungsmanagement behält all diese Aspekte im Blick und setzt auf die Gestaltung der Entscheidungsbedingungen. In der folgenden empirischen Untersuchung gilt es nun anhand von Fallstudien aus den Sportarten Leichtathletik und Handball die spitzensportliche Entscheidungspraxis zu rekonstruieren und die Entscheidungsbedingungen genauer zu analysieren.

III. Empirische Untersuchung

6. Methode

6.1. Vorüberlegungen und Leitfragen

Im Rahmen einer explorativen empirischen Untersuchung gilt es nun nach generativen Mechanismen beim Umgang mit Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen zu fahnden, indem der Fokus auf eine *Rekonstruktion individueller und sozialer Bedingungen der verletzungsbezogenen Entscheidungspraxis in spitzensportlichen Kontexten gelegt wird*. Dabei geht es nicht nur um die Identifikation relevanter sozialer Bedingungen⁸⁵, sondern um die Analyse des Zusammenspiels biologischer, psychischer und sozialer Faktoren im Rahmen verletzungsbezogener Entscheidungssituationen. Eine (Re-)konstruktion des vorliegenden Verletzungsphänomens mit den damit zusammenhängenden Ursache-Wirkungsbeziehungen sowie individuellen und sozialen Erwartungen ist für ein Verständnis der Mechanismen des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen sowie eines aus medizinischer Sicht problematischen Gesundheits- und Krankheitsverhaltens grundlegend. Ein Zugang zu solch subjektiven Gesundheits- und Verletzungsvorstellungen muss biografische Gesichtspunkte und die Auseinandersetzung mit der Lebenswelt des Athleten beinhalten. Denn nur aus dem Lebenslauf von Personen und den damit einhergehenden Lebenserfahrungen kann die besondere Identität einer Person begriffen werden (vgl. Schimank, 1988, S. 55).

Vor allem die Entwicklung des Gesundheits- und Verletzungsverständnisses bei Spitzenathleten ist vor dem Hintergrund einschneidender Erlebnisse in den Blick zu nehmen. Darüber hinaus sind jedoch auch die individuellen Verletzungsvorstellungen und die damit zusammenhängenden Entscheidungsprämissen relevanter Umfeldakteure zu explizieren, wobei besonders auf sozial geteilte Vorstellungen zur Entscheidungspraxis bei vorliegenden Schmerzen und Verletzungen einzugehen ist. So ist über die von den beteiligten Akteuren in diesem Zusammenhang konstruierten Ursache-Wirkungs-Beziehungen so gut wie gar nichts bekannt. Werden beispielsweise Verletzungen als singuläre Ereignisse mit schicksalhaftem Charakter angesehen, ist eine Verletzungsprophylaxe nur schwer mit dem Denken der beteiligten Personen in Verbindung zu bringen. Insbesondere die Reflexion der Athletenpersönlichkeit erscheint für die Suche nach konkreten Ansatzpunkten und Zeitpunkten für spezifische verletzungsbezogene Interventionen bedeutsam. Über die subjektive Dimension spitzensportlicher

85 Dies stellt ein Defizit quantitativ orientierter Zugänge zu gesundheits-, krankheits- und verletzungsbezogener Zugänge dar. Aber auch bei bisherigen qualitativen Zugängen erfolgt eine relativ theorieleose Erfassung sozialer Einflussfaktoren.

Verletzungs- und Krankheitskarrieren ist jedoch kaum etwas bekannt, ebenso wenig weiß man über Zeitpunkte in der Athletenbiographie, an denen unterschiedliche Erwartungen an die Gesundheit der Athleten kollidieren. Solch sensitive Punkte in der Athletenbiographie zu bestimmen, an denen sich entscheidet, ob die zukünftige Karriere langfristig gesundheitsschädigend verläuft, ist für die Frage nach den Möglichkeiten einer organisationalen Vorsteuerung von Entscheidungsprozessen von höchster Relevanz. Um verletzungsbezogene Entscheidungslagen besser verstehen zu können, bedarf es daher neben einer biografischen Rekonstruktion verletzungsbezogener Wirklichkeitskonstruktionen der Erfassung von zeitlich stabilen und relativ überdauernden Erwartungsstrukturen, die aus individuellen Biografien und der Organisationsgeschichte resultieren. Vor dem Hintergrund erwartbarer Differenzen bei Realitätskonstruktionen unterschiedlicher Bezugspersonen ist mit zahlreichen sozialen Konflikten zu rechnen, deren Entstehung und Verlauf gegebenenfalls genauer in den Blick zu nehmen sind. Zieht man die zu Beginn der Arbeit dargestellten Defizite im Bereich theoriegeleiteter empirischer Untersuchungen zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport in Betracht, dann lassen sich folgende Fragestellungen konkretisieren.

Fragestellungen für die empirische Untersuchung

(1) *Wie sehen Verletzungsbioografien von Spitzenathleten aus und wie wird mit diesen Verletzungen in spitzensportlichen Kontexten umgegangen?*

- Wie rekonstruieren Spitzensportler den Umgang mit Verletzungen und welche aktuellen Gesundheits- und Verletzungsvorstellungen liegen vor?
- Wie stellt sich der Umgang mit Verletzungen aus Sicht der beteiligten Trainer und Ärzte dar und wie ist die medizinische Behandlung und Betreuung organisiert?

(2) *Welche generativen Mechanismen/Archetypen lassen sich beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen rekonstruieren?*

- Welche verletzungsbezogenen Entscheidungsmechanismen lassen sich vor dem Hintergrund unterschiedlicher Verletzungsverläufe rekonstruieren und welche Rolle spielen hierbei insbesondere subjektive Verletzungsvorstellungen, verletzungsbezogene Kommunikationsinhalte und soziale Verhaltenserwartungen?
- Zu welchen Zeitpunkten im Karriereverlauf treten verletzungsbezogene Erwartungskollisionen auf und inwieweit führt dies zu individuellen und sozialen Konflikten und Konfliktverläufen?
- Inwieweit kommt es im Karriereverlauf zu verletzungsbezogenen Lernprozessen und dabei insbesondere zu einem Wandel der Gesundheits- und Verletzungsvorstellungen sowie zu einer Veränderung der Vorsteuerung von Entscheidungen in Spitzensportorganisationen?
- Welche verletzungsbezogenen Entscheidungssituationen sind aus biografischer Sicht besonders bedeutsam und inwieweit hängt hiervon der weitere Karriereverlauf ab?

Eine Bearbeitung dieser Fragestellungen erfordert einen möglichst gegenstandsangemessenen Einsatz empirischer Methoden. Wenn es wie bei den formulierten Fragestellungen um eine Auseinandersetzung mit psychischen und sozialen Prozessen geht und wenn dabei die Komplexität der Aussagen erhalten bleiben soll, bietet sich eine qualitative Vorgehensweise an. Ein solches Vorgehen ist durch einen offenen, problemorientierten und möglichst ganzheitlichen Zugang zu Untersuchungspersonen und zur Untersuchungssituation gekennzeichnet (vgl. Lamnek, 2005; Mayring, 2002).

In jüngster Zeit wird ein Einsatz qualitativ-rekonstruktiver Methoden vor allem auch im Bereich der krankheitsbezogenen Copingforschung und im Zusammenhang mit der Erforschung von subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen eingefordert, „um subjektive Bedeutungen, biografische Prozesse und soziale Zusammenhänge besser erfassen zu können“ (Faltermayer, 2005, S. 236)⁸⁶. Für die Analyse der Tiefenstrukturen einer Organisation und

86 Obwohl die Modelle des Gesundheitsverhaltens zunehmend als Prozess gestaltet werden, haben die bislang abgebildeten Prozesse „jedoch überwiegend nur eine kurzfristige und aktualgenetische Dimension, langfri-

den damit verbundenen organisationskulturellen Aspekten wird ebenfalls ein qualitativer Zugang als notwendig erachtet (vgl. Schreyögg, 2003; Willke, 2004). Ein qualitativer Zugang drängt sich auch vor dem Hintergrund des notwendigerweise explorativen Charakters der vorliegenden Studie auf, darüber hinaus liegt dem systemtheoretisch-konstruktivistischen Paradigma ein qualitativer Zugang nahe, insbesondere wenn es sich um ein komplexes soziales Phänomen wie den Umgang mit Verletzungen handelt⁸⁷. Da der empirische Gegenstandsbezug der Systemtheorie nur ansatzweise thematisiert wird, liegen bislang keine spezifisch systemtheoretischen Erhebungs- und Auswertemethoden vor. Es bestehen jedoch zahlreiche Verbindungen zur qualitativen bzw. rekonstruktiven Sozialforschung (vgl. Vogd, 2005). So erlaubt die systemtheoretische Analyse eine multiperspektivische Betrachtung der von ihr untersuchten Phänomene, was wiederum Anchlüsse an die Erstellung einer multidimensionalen Typologie bietet und die Voraussetzung für Generalisierungsleistungen in der qualitativen bzw. rekonstruktiven Sozialforschung darstellt. Neben der biografischen Methode (vgl. Fuchs, 1984; Kohli, 1981) sind für die vorliegenden Fragestellungen vor allem die problemzentrierte Interviewmethode (vgl. Witzel, 1985) und Techniken aus dem Bereich der Organisationsforschung (vgl. im Überblick Probst & Büchel, 1998) von besonderer Relevanz für die Generierung von empirischem Datenmaterial. Ansatzpunkte für die Datenauswertung ergeben sich aus systemtheoretisch-konstruktivistischer Perspektive bei den Auswerteverfahren der Ethnomethodologie, der objektiven Hermeneutik und insbesondere bei der dokumentarischen Methode (vgl. ausführlich Vogd, 2005, S. 13ff). Die dokumentarische Methode dient der „Rekonstruktion der praktischen Erfahrungen von Einzelpersonen und Gruppen in Milieus und Organisationen, gibt Aufschluss über die Handlungsorientierungen, die sich in der jeweiligen Praxis dokumentieren und eröffnet somit einen Zugang zur Handlungspraxis“ (Nohl, 2008, S. 8).

Auch wenn Wirklichkeiten aus konstruktivistischer Perspektive als individuelle und soziale Konstruktionen angesehen werden, gilt für die wissenschaftliche Rekonstruktion dieser Sachverhalte die Haltung des „methodologischen Objektivismus: Die Wirklichkeitsinterpretation (und -konstruktion) ist zwar eine Frage des Standorts, nicht aber eine Frage der Beliebigkeit bzw. des Geschmacks“ (Vogd, 2005, S. 15). Um eine solch „kontrollierte Beobachtung zweiter Ordnung“ (Vogd, 2005, S. 30) zu ermöglichen, gilt es nun die methodische Herangehensweise und das konkrete Vorgehen bei der Datenerhebung, Datenaufbereitung, Dateninterpretation und Ergebnisdarstellung zu erläutern.

stige Prozesse, die gerade für gesundheitliche Belange zentral sind und die auch biografische Veränderung einbeziehen müssten, werden nicht modelliert“ (Falstermaier, 2005, S. 188).

87 Ein quantitatives Vorgehen wird aufgrund des explorativen Charakters, der fokussierten Fragestellungen und des systemtheoretisch-konstruktivistischen Rahmenmodells damit für die vorliegende Arbeit ausgeschlossen (zu Unterschieden zwischen qualitativer und quantitativer Sozialforschung vgl. ausführlich Lamnek (2005, S. 6ff).

6.2. Biografische System-Mapping-Methode

6.2.1. Untersuchungsplan

Ein Untersuchungsplan umfasst auf formaler Ebene das Untersuchungsziel sowie den Untersuchungsablauf und regelt so die Art der Kommunikation zwischen Forscher und Untersuchungsgegenstand (vgl. Mayring, 2002, S. 40)⁸⁸. Für die vorliegende Studie wurde mit der *biografischen System-Mapping-Methode* ein Verfahren entwickelt, bei dem die biografische Methode mit der Mind-Mapping-Methode (vgl. Buzan & Buzan, 2005; Müller, 2008) und der problemzentrierten Interviewmethode zur Datenerhebung kombiniert werden. Zur Datenauswertung wird bei diesem Verfahren auf die an systemtheoretisch-konstruktivistische Überlegungen anschlussfähige dokumentarische Methode zurückgegriffen. Die *biografische System-Mapping-Methode* ermöglicht neben einer mehrperspektivischen Rekonstruktion des individuellen und sozialen Umgangs mit Verletzungen vor allem eine Rekonstruktion generativer Mechanismen durch eine mehrdimensionale Typenbildung. Neben dem Nachvollzug subjektiver Sinnstrukturen und deren Verknüpfung mit sozialen Strukturen⁸⁹ steht dabei die auf der Mind-Mapping-Methode basierte grafische Rekonstruktion verletzungsbezogener Prozesse in spitzensportlichen Karriereverläufen im Mittelpunkt. Um vor dem Hintergrund des enormen empirischen Forschungsdefizits einen Überblick über den Gesamtkomplex verletzungsbezogener Entscheidungslagen zu erhalten und um Veränderungsprozesse mit abbilden zu können, sind längere Zeitperspektiven, d.h. mehrere Wochen, Monate und Jahre in den Blick zu nehmen. Dies geschieht durch die Erstellung einer Verletzungslandkarte, mit der die gesamten Verletzungsereignisse in der Karriere eines Spitzenathleten grafisch dargestellt werden können und die zur Unterstützung und zum Anstoß biografischer Erzählungen dient. Diese grafisch rekonstruierte Verletzungsbiografie lässt sich schließlich als Bezugspunkt für problemzentrierte Interviews mit den an den jeweiligen Verletzungsereignissen beteiligten Personen (Trainer und behandelnder Arzt) verwenden. Damit wird insbesondere auf die Erfassung subjektiver Verletzungskonstruktionen, Situationseinschätzungen aus Sicht von Athleten, Trainern und Ärzten sowie auf diesbezügliche Differenzen und auftretende Konflikte abgezielt, um so zu einer distanzierten Realitätskonstruktion aus der Perspektive eines „Beobachters der Beobachter“ zu kommen.

Nun handelt es sich bei den biografischen System Mappings um eine Art „*doppelte Einzel-fallanalyse*“. Für die vorliegende Studie wurden als übergeordnete Fallstudien die Sportarten Handball und Leichtathletik ausgewählt, woraus sich wiederum jeweils zwei biografische

88 Oftmals werden für diesen Sachverhalt auch die Begriffe Forschungsdesign, Forschungsarrangement, Forschungstypus oder Forschungskonzeption verwendet.

89 Entsprechend wird dabei auf die Erfassung der drei grundlegenden Sinnkonzepte qualitativer Sozialforschung (subjektiver, sozialer und objektiver Sinn) abgezielt (vgl. ausführlich Lamnek, 2005, S. 28ff).

Einzelfallstudien ableiten. Die biografischen Einzelfallstudien beziehen sich auf die Untersuchungseinheiten einzelner Athleten, wobei versucht wird, diese Fälle in ihrem jeweiligen Kontext und ihrer jeweiligen Individualität zu verstehen. Die Biografieforschung eröffnet hier einen Zugang zur sozialen Wirklichkeit, bei dem die Individualität des Akteurs berücksichtigt bleibt und diese Individualität sozial verursacht und strukturiert gedacht wird. Da es neben einer Betrachtung einzelner Athleten vor allem auch um deren „systemische Einbindung“ in den gesellschaftlichen Bereich des Spitzensports mit den jeweiligen Spitzensportorganisationen geht, sind die jeweiligen Sportarten ebenfalls als Einzelfälle zu analysieren. Denn als Einzelfall können nicht nur Subjekte, sondern auch komplexere soziale Systeme gelten (vgl. Mayring, 2002, S. 41). Durch die Auswahl der Sportarten Handball und Leichtathletik wird versucht, eine größtmögliche Kontrastierung zu erreichen. Zum einen, weil es sich um eine typische Individual- und Mannschaftssportart handelt, und zum anderen, weil sich diese Sportarten in ihrer Belastungs- und Anforderungsstruktur sowie im Auftreten typischer Verletzungen unterscheiden⁹⁰. Indem zwei Athleten aus jeder Sportart mit ihrem jeweils fallspezifischen sportlichen Umfeld fokussiert werden, wird eine sportartinterne Differenzierung erreicht, die das Erkennen sportartübergreifender, sportartspezifischer und subjektspezifischer Mechanismen erleichtert.

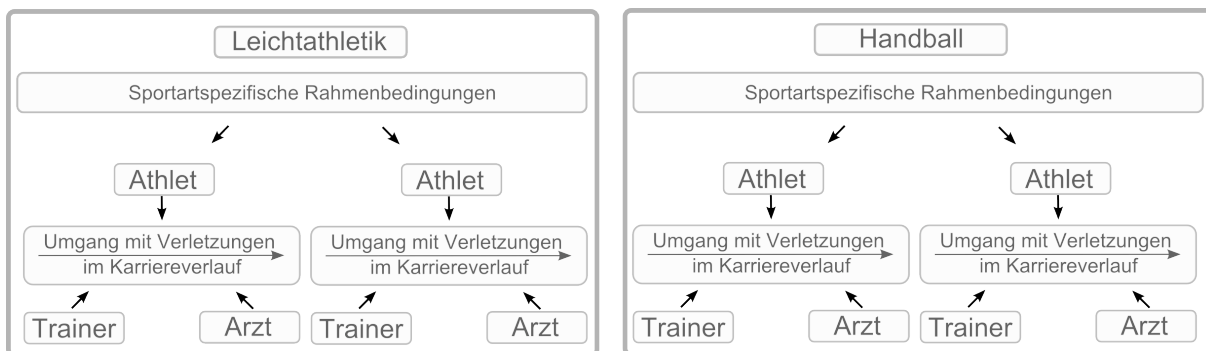


Abbildung 3: Biografisches System Mapping zur mehrperspektivischen Rekonstruktion des Umgangs mit Verletzungen im Karriereverlauf von Spitzensportlern

Die einzelfallspezifischen Betrachtungen werden darüber hinaus in Beziehung zu den allgemeinen und sportartspezifischen Rahmenbedingungen der Organisation gesundheitsbezogener Maßnahmen gesetzt. Dies geschieht durch den Rückgriff auf die Teilergebnisse der Studie von Thiel, Mayer und Digel (2009) zu Gesundheit im Spitzensport. Die Grundlage hierfür bildeten Experteninterviews mit Funktionären, Ärzten, Trainern, Physiotherapeuten und Athleten in den Sportarten Handball und Leichtathletik.

6.2.2. Methoden der Datenerhebung

90 Zur Auswahl der Sportarten Handball und Leichtathletik vgl. Thiel, Mayer & Digel (2009).

Bei der Darstellung der Methoden zur Datenerhebung im Rahmen des biografischen System Mappings steht insbesondere die Beschreibung des Vorgehens beim biografischen Athleteninterview im Mittelpunkt.

6.2.2.1. *Biografisches Interview und Verletzungslandkarte (Map)*

Biografische Forschung stellt sich zum einen als Ausformung des Einzelfallapproachs mit einem speziellen soziologisch-theoretischen Ansatz und zum anderen als eine Kombination qualitativer Erhebungs- und Auswertemethoden dar (vgl. Lamnek, 2005, S. 692). Der Untersuchungsplan bezieht sich dabei auf die Rekonstruktion der Biografie von Einzelpersonen, wobei Biografie - im Unterschied zum Lebenslauf - als die wahrgenommene und erinnerte Lebensgeschichte mit ihren individuellen Deutungen und Sinnkonstruktionen angesehen wird (vgl. Lamnek, 2005, S. 697). Die Biografieforschung ist in ihrer thematischen Ausrichtung nicht nur auf die Analyse lebensgeschichtlicher Verlaufsmuster begrenzt, vielmehr trägt die methodische Orientierung an der Biografie dazu bei, die alltäglichen Handlungen und Entscheidungen besser zu verstehen⁹¹. Mit Hilfe biografischer Einzelfallanalysen lassen sich vor allem tiefer greifende Einsichten in sonst schwer zugängliche Bereiche erhalten (vgl. Mayring, 2002, S. 46). Da es in der vorliegenden Arbeit um einen spezifischen Ausschnitt aus der Biografie eines Athleten und um konkrete Problemlagen geht, ist eine thematische Vorsteuerung des Interviews und eine systematische Fokussierung auf verletzungsbezogene Prozesse mit Hilfe eines offenen Leitfadens notwendig. Bei der Interviewführung ist jedoch eine flexible Handhabung des Leitfadens Voraussetzung, um die befragten Athleten in ihrem Erzählfluss nicht zu unterbrechen, sondern vielmehr zu stimulieren. Da sich durch grafische Maßnahmen eine „Erhärtung“ von biografischen Daten erreichen lässt (vgl. ausführlich Mayring, 2002, S. 45), wurde basierend auf der Mind-Mapping-Methode ein Vorgehen entwickelt, das dem Interviewten die Rekonstruktion seiner Verletzungsbiografie erleichtert. Im Mittelpunkt steht dabei die grafische Darstellung von Verletzungsverläufen, die zum einen dem Interviewer Anhaltspunkte für gezielte Nachfragen liefert und eine detaillierte Auseinandersetzung mit Veränderungsprozessen durch die Verbildlichung der zeitlichen Dimension ermöglicht. Darüber hinaus lassen sich zum anderen subjektive Deutungen und Selbsteinschätzungen gezielter erheben, wenn die Forschungssubjekte selbst zur grafischen Darstellung angeregt wer-

91 Die Biografieforschung bedient sich verschiedener qualitativer Methoden bei der Datenerhebung und Datenauswertung. Meist wird das narrative Interview oder ein offenes Leitfadeninterview zur Erhebung biografischer Daten verwendet. Für die Auswertung gibt es mehrere Techniken, denen jedoch gemein ist, dass die Interpretation in mindestens zwei Schritten zu erfolgen hat. Neben der Rekonstruktion der Ereignisse und deren Bedeutung für den Handelnden beinhaltet die Interpretation stets auch die Konstruktion von allgemeinen Mustern, die aus der individuellen Lebensgeschichte resultieren. Als Auswertetechniken stehen in Abhängigkeit der Fragestellung und des wissenschaftstheoretischen Zugangs die komparative Kasuistik nach Jüttemann, die vergleichend-kontrastierende Typenkonstruktion nach Gerhard, die objektive Hermeneutik nach Oevermann, die strukturelle Beschreibung nach Herrmanns, die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, die strukturelle Rekonstruktion nach Bude oder die dokumentarische Methode nach Bohnsack zur Verfügung (vgl. im Überblick Lamnek, 2005).

den (vgl. ausführlich Mayring, 2002, S. 45). So erweitert die Kombination sprachlicher und visueller Fähigkeiten das intellektuelle Vermögen des Menschen, wobei insbesondere das Zeichnen eigener Bilder als vorteilhaft angesehen wird. Dies ist vor allem hilfreich, wenn große Informationsmengen hierarchisiert und kategorisiert dargestellt werden sollen (vgl. Buzan & Buzan, 2005). Da solche Techniken „im Grenzbereich zwischen Erhebung und Auswertung“ (Mayring, 2002, S. 86) liegen, ist die Aufbereitung der Verletzungslandkarten an späterer Stelle ausführlicher zu betrachten.

Für die grafisch gestützten biografischen Interviews wurde ein Leitfaden mit ausführlicher Anleitung entwickelt, der im Rahmen einer Vorstudie mit vier Nachwuchsathleten nach jedem Interview angepasst wurde. Besonders viel Wert wurde auf die grafische Rekonstruktion der Verletzungsbiografie gelegt, indem versucht wurde, die Mind-Map-Techniken „Betonung“, „Assoziationen“, „Deutlichkeit“ und „persönlicher Stil“ zu berücksichtigen und für Spitzenathleten sinnvolle „Ordnungsideen“, d.h. thematische Strukturierungen, zu entwickeln (vgl. Buzan & Buzan, 2005). Das folgende 4-stufige, leitfadenbasierte Vorgehen fand schließlich in der Hauptstudie seine Anwendung:

(1) Grafisch gestützte Rekonstruktion der Verletzungsbiografie:

In dieser Phase steht die Erstellung einer Verletzungslandkarte zur Darstellung von Verletzungsverläufen im Karriereverlauf im Mittelpunkt. Als Hilfsmittel fungieren eine Skizze des menschlichen Körpers, ein Fragenkatalog zur Erfassung von Verletzungsmustern und ein auf Millimeterpapier gezeichnetes Koordinatensystem. Der Athlet wird nach einer standardisierten Einführung und Erklärung der Methode aufgefordert, seine bisherigen Verletzungen in die Skizze des menschlichen Körpers einzutragen. Nach Identifikation der Verletzungen, dem Zeitpunkt des Auftretens und der Verletzungsdauer erfolgt die Erstellung des Verletzungsdiagramms, wobei die x-Achse zur zeitlichen Strukturierung dient und die y-Achse das Maß für den subjektiv wahrgenommenen Beschwerdegrad (Skala 0-10) repräsentiert. Auf der y-Achse wird damit die jeweilige subjektive Wahrnehmung eines Verletzungsphänomens zu verschiedenen Zeitpunkten abgetragen. Die Skalierung der Zeitachse ist in Abhängigkeit der recherchierten Karrieredauer des Athleten bereits angepasst, ebenso sind die zentralen sportlichen Erfolge bereits auf der Zeitachse als Orientierungshilfen vermerkt. Für den Fall einer langen Karrieredauer werden zwei Diagramme vorbereitet, um für die detaillierte Auseinandersetzung mit einer zentralen Verletzung auf eine andere Skalierung zurückgreifen zu können. Nach der sachlichen Identifikation der Verletzungen hat der Athlet die Aufgabe, die jeweiligen Verletzungsverläufe in das vorbereitete Diagramm einzuzichnen und dabei den Beschwerdeverlauf zu kommentieren. Dabei werden Hinweise zum Markieren des Verletzungsbegins und des Zeitpunkts erneuter Beschwerdefreiheit sowie zur Erstellung der „Fieberkurve“ (z.B. durch Fragen nach Phasen zunehmender oder abnehmender Beschwerden) durch den Interviewer gegeben und erzählgenerierende Fragen zu den jeweiligen Verletzungen formuliert. Im Anschluss werden die Bedeutung der einzelnen Verletzungen für die bisherige

Karriere erörtert und mögliche Zusammenhänge zwischen den Verletzungen diskutiert. Das so erarbeitete Verletzungsdiagramm wird auf einem DIN-A0-Poster fixiert und kann so für eine weitere grafische Auseinandersetzung im Sinne der Mind-Mapping-Methode verwendet werden. Während des gesamten Interviews liegen für weitere symbolische oder grafische Darstellungen verschiedenfarbige Stifte bereit. Durch die grafische Darstellung der Verletzungen sind diese im weiteren Verlauf des Interviews präsent, was den Athleten Vergleichsmöglichkeiten bietet und Bezugspunkte für mögliche Veränderungsprozesse beim Umgang mit verschiedenen Verletzungen bereitstellt. Auf Basis dieses grafischen Überblicks über die Verletzungsbiografie steht in der nächsten Phase eine Fokussierung auf die für den Karriereverlauf besonders bedeutsame Verletzung an.

(2) Fokussierung des Umgangs mit der zentralen Verletzung im Karriereverlauf

Die Fokussierung auf die zentrale Verletzung ist mit der Aufgabe einer detaillierten Beschreibung des Verlaufs und der Frage nach zusammenhängenden Phasen verbunden. Im Anschluss erhält der Athlet ein für die Mind-Mapping-Methode charakteristisches und bereits vorgefertigtes Ästebündel, das den jeweils identifizierten Phasen zugeordnet und auf dem Poster fixiert wird. Dieses setzt sich aus je einem Ast zu den Themen: Ursachen, Erleben, beteiligte Personen und Ziele sowie weiteren unbenannten Ästen zusammen. Der Ast „Ursachen“ zielt dabei auf die Erfassung der Gründe ab, die aus Sicht des Athleten zum Verlauf der jeweiligen Phasen beigetragen haben, beim Ast „Erleben“ geht es um die Bezeichnung von Gefühlen und Gedanken, bei den „beteiligten Personen“ soll der Athlet die in der jeweiligen Phase besonders bedeutsamen Personen benennen und mit dem Ast „Ziele“ ist die Frage nach den jeweils vorherrschenden sportlichen, privaten und beruflichen Zielsetzungen verknüpft. Für zusätzliche Aspekte stehen dem Athleten mehrere unbenannte Äste zur Verfügung. Nach einer erneuten detaillierten Arbeitsanweisung werden diese Ästebündel vom Athleten zunächst in Stillarbeit selbstständig ergänzt. Diese Erarbeitungsphase soll zur intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Verletzungsbiografie beitragen, ohne dabei unter dem Erzähldruck der Interviewsituation zu stehen. Während dieser Stillarbeitsphase zieht sich der Interviewer bewusst zurück und bereitet sich auf den weiteren Gesprächsverlauf vor. Nach dieser individuellen Erarbeitungsphase steht in der folgenden Interviewphase die verbale Beschreibung der Verletzungsphasen durch den Athleten im Mittelpunkt. Dabei wurde versucht, den Erzählfluss aufrechtzuerhalten und nur im Falle von Unklarheiten oder Gesprächspausen durch gezielte Rückfragen steuernd einzugreifen. Schließlich steht die zusammenhängende Betrachtung des ausgewählten Verletzungsphänomens im Mittelpunkt, indem der Athlet zu möglichen Ursachenverkettenungen, einer retrospektiven Bewertung und nach persönlichen Schlussfolgerungen befragt wird.

(3) Zusammenhängende Betrachtung der Verletzungsbiografie und allgemeine Fragen zum aktuellen Umgang mit Schmerzen und Verletzungen.

Nach der intensiven Auseinandersetzung mit einer spezifischen Verletzungsproblematik steht die gesamte Verletzungsbiografie erneut im Fokus, indem auf Zusammenhänge zwischen Verletzungen und die jeweilige Bedeutung des sozialen Umfelds näher eingegangen wird. In dieser Phase kommt schließlich ein detailliert ausgearbeiteter Interviewleitfadenabschnitt zum allgemeinen Umgang mit Schmerzen, Verletzungen, gesundheitlichen Risiken und verletzungsbezogenen Konflikten zum Einsatz. Dabei wird insbesondere auf verletzungsbezogene Entscheidungsprozesse mit direktem Bezug zum sportlichen Training und zu Wettkämpfen abgezielt, beispielsweise durch die Thematisierung von Wettkampfeinsätzen trotz Beschwerden. In diesem Zusammenhang wird der Athlet zu Überlegungen über die subjektive Bedeutung von Gesundheit und zu möglichen Folgen seines spitzensportlichen Engagements angestoßen und zu weitergehenden Reflexionen angeregt. Darüber hinaus gilt es die individuelle Bedeutung von Unterstützungsleistungen des Vereins oder Verbands zu eruieren.

(4) Reflexion von Verbesserungsmöglichkeiten beim Umgang mit Gesundheit und organisatorische Abklärung des weiteren Vorgehens

Den Abschluss bildet eine reflexive Frage zu Verbesserungsmöglichkeiten beim Umgang mit Gesundheit im Spitzensport – zum einen mit Blick auf die eigene Karriere und zum anderen unter dem Gesichtspunkt organisatorischer Veränderungen z.B. im Bereich der medizinischen Betreuung. Am Ende erfolgen die gemeinsame Festlegung der relevanten Umfeldakteure und eine Abstimmung des weiteren Vorgehens. Den Athleten wird dabei, auch unter dem Blickwinkel einer Weiterentwicklung des Untersuchungsinstruments, die Möglichkeit eines Feedbacks zum Interview gegeben.

6.2.2.2. Problemzentrierte Experteninterviews mit thematischem Bezug zur Athletenbiografie

Zur Befragung des jeweiligen Trainers und behandelnden Arztes kommt als Datenerhebungsverfahren ein leitfadengestütztes Interview in einer Mischung aus problemzentriertem Interview (vgl. Lamnek, 2005; Mayring, 2002; Witzel, 1985) und Experteninterview (vgl. Meuser & Nagel, 2002) zum Einsatz. Da die Person in ihrer Rolle als Trainer oder Arzt zu ihrem jeweiligen Handlungsfeld befragt wird, ist im Folgenden der Begriff problemzentriertes Experteninterview zu verwenden. Die teilweise Standardisierung mittels Leitfaden ermöglicht die spätere Vergleichbarkeit mehrerer Interviews und gewährleistet eine Thematisierung der relevanten Themengebiete, bei gleichzeitiger Offenheit für neue Erkenntnisse. Die Entwicklung der Interviewleitfäden erfolgt ebenfalls theoriegeleitet (vgl. Mayring, 2002, S. 67-72) und in enger Abstimmung mit den Leitfäden der biografischen Athleteninterviews sowie unter Einbeziehung der Erfahrungen aus den Experteninterviews im Rahmen der Studie von Thiel, Mayer und Digel (2009). Wie bei den Athleteninterviews werden Aspekte der systemischen Gesprächsführung berücksichtigt, indem die Techniken (lineale, zirkuläre, strategische und

vor allem reflexive Fragen) einer effektiven Gesprächsführung Berücksichtigung finden (vgl. ausführlich Schack & Thiel, 2005, S. 37ff).

Darüber hinaus wurden erste Erkenntnisse aus den biografischen Athleteninterviews mit in die Leitfäden der Umfeldakteure eingebracht. Der Leitfaden wies schließlich zwei Bereiche auf, wobei es im ersten Bereich um die Rekonstruktion des zentralen Verletzungsphänomens des Athleten und um die jeweilige Beziehung zum Athleten in dieser Phase ging. Hierbei wurden die Trainer und Ärzte nach ihrer Sicht der Dinge bei der jeweils ausgewählten Verletzung gefragt, indem ebenfalls die Aspekte Ursachen, Erleben, beteiligte Personen und persönliche Ziele berücksichtigt wurden. Der zweite Bereich drehte sich um allgemeine Fragen zur Prävention von Verletzungen, zum Umgang mit Schmerzen und zur Organisation der medizinischen Behandlung und Betreuung. Die ursprüngliche Idee einer Rekonstruktion der gesamten Verletzungsbioografie des Athleten ließ sich nicht realisieren, da durch Trainerwechsel und unterschiedliche behandelnde Ärzte stets nur Ausschnitte direkt mit erlebt werden konnten. Dementsprechend wurden in den Interviews allgemeine Aspekte des Umgangs mit Verletzungen stärker in den Blick gerückt, ohne dabei jedoch den Bezug zum jeweiligen Athleten zu verlieren. Bei der Formulierung der Fragen wurde darauf geachtet, dass die Interviewpartner auch aus Sicht ihrer jeweiligen Funktionsrolle antworten, um über individuelle Konstruktionen zum Umgang mit Gesundheit hinaus Rückschlüsse auf sogenannte „archetypische“ Konstruktionen (vgl. Senge, 2003) zu gewinnen. Die allgemeinen und entpersonalisierten Leitfäden für Athleten, Trainer und Ärzte befinden sich im Anhang.

6.2.3. Fallauswahl und Durchführung der Untersuchung

Die Auswahl der vier Athleten für die biografischen Einzelfallstudien basiert auf theoretischen Vorüberlegungen. Neben dem Kriterium Leistungsfähigkeit (A-Kader) wurde auf ein mehrmaliges Auftreten von Verletzungen im Karriereverlauf Wert gelegt. Im Rahmen der vom Autor geführten Experteninterviews für die Studie von Thiel, Mayer und Digel (2009) konnte gezielt nach Athleten gefragt werden, die in ihrer bisherigen Karriere bereits besonders langwierige und/oder besonders häufige Verletzungsereignisse zu verzeichnen hatten. Diese Athleten sollten es trotz Verletzungen geschafft haben, in die Weltspitze vorzustoßen, sich dort zu halten oder nach längeren Verletzungsphasen wieder dorthin zurückzukehren. Dabei wurden bewusst keine ehemaligen Athleten ausgewählt, die aufgrund von Verletzungen ihre Karriere beenden mussten, um die rückblickende Bewertung nicht durch Entwicklungen im Nachgang der Karriere zu beeinflussen. In der Leichtathletik erfolgte die Auswahl eines Athleten und einer Athletin, da die (medizinische) Betreuung der Nationalmannschaft des Leichtathletikverbands für Männer und Frauen vom gleichen Personal und ohne räumlich-organisatorische Trennung durchgeführt wird. In der Sportart Handball operieren die Herren- und Damennationalmannschaften jedoch organisatorisch getrennt, gleiches gilt für die Organisation des Spielbetriebs in den Bundesligen. Da die Frage der organisationsstrukturellen

Einflüsse auf den individuellen Umgang mit Verletzungen und die Abstimmung zwischen den Organisationseinheiten Verein – Auswahlmannschaft im Fokus steht und zum Zeitpunkt der Untersuchung ein optimaler Zugang zum Forschungsfeld Herrenhandball bestand, erfolgte die Auswahl zweier männlicher Spieler. Die so ausgewählten Athleten wurden kontaktiert und über die geplante Studie unterrichtet, darüber hinaus wurde das Vorgehen mit den verantwortlichen Trainern oder Managern abgestimmt. Alle angefragten Athleten erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen, von Seiten des sportlichen Umfelds gab es ebenfalls keine Einwände. Bei jeder Einzelfallstudie wurde nach dem gleichen Muster vorgegangen. Den Ausgangspunkt bildeten das biografische Athleteninterview und die Erstellung der Verletzungslandkarte. Auf dieser Basis wurde der jeweils relevanteste Trainer und Arzt ermittelt und mit der Bitte um ein problemzentriertes Interview kontaktiert. Bei einer Fallstudie verweigerte der zentrale Arzt sehr spät und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Untersuchung. Zu diesem Zeitpunkt lagen bereits die aufbereiteten und viel versprechenden Daten aus Athleten- und Trainersicht vor, so dass die Entscheidung getroffen wurde, die Fallstudie trotzdem mit in die Arbeit aufzunehmen. Als Ersatz wurde ein Interview mit einem Manager durchgeführt, um zumindest einen Einblick in die fallspezifische Organisation der medizinischen Behandlung und Betreuung zu erhalten.

Die Athleten- und Trainerinterviews fanden in vereinseigenen Besprechungsräumen, die Interviews mit Ärzten in deren jeweiligen medizinischen Einrichtungen und damit im gewohnten sportlichen Umfeld statt. Auf eine genaue Angabe des Untersuchungszeitraums wird an dieser Stelle aufgrund von Überlegungen zur Maskierung der Daten verzichtet. Durch die zeitliche Nähe zur Durchführung des Forschungsprojekts „Gesundheitsmanagement im Spitzensport“ konnten Synergieeffekte vor allem im Bereich der Kontaktaufnahme/Teilnahmebereitschaft und bei der Vorbereitung sowie Durchführung der Untersuchung genutzt werden. Die Erfahrungen des Autors durch insgesamt 30 problemzentrierte Interviews flossen bei der Erstellung des Untersuchungsinstrumentariums mit ein und erwiesen sich bei der Durchführung der System Mappings als sehr hilfreich. Vor allem die so erlangten „Insiderkenntnisse“ durch die Gespräche mit Leichtathletik-A- und B-Kader-Athleten der Lauf- und Sprungdisziplinen, deren Heimtrainern, zugehörigen Disziplintrainern, den leitenden Bundestrainern, Vertretern des Ärzte- und Physiotherapeutenteams sowie des Sportdirektors konnte gezielt für Rückfragen eingesetzt werden. Auch die Interviews mit Handballspielern der Herrennationalmannschaft und deren Unterstützungsumfeld, bestehend aus Trainer, Arzt, Physiotherapeut und Teammanager sowie Athleten, Trainer, Manager und Ärzte einer Bundesligamannschaft trugen maßgeblich zu einer Schärfung der Beobachtungsinstrumente und zu einer flexiblen Handhabung des Leitfadens bei.

Bei der Durchführung der Interviews wurde versucht, neben den systemischen Fragetechniken auch die Basisvariablen (Echtheit des Gesprächsleiters, positive Wertschätzung der Gesprächsteilnehmer, einführendes Verstehen und positive Selbsteinbringung) der systemischen

Gesprächsführung anzuwenden (vgl. ausführlich Schack & Thiel, 2005, S. 37ff). Die eigenen leistungssportlichen Erfahrungen und insbesondere die eigene Verletzungsbiografie des Interviewers waren hierbei von großem Nutzen. Die Gespräche wurden allesamt mit digitalen Aufnahmegeräten aufgezeichnet. Die Dauer der biografischen Interviews bewegte sich zwischen 90 und 225 min (Durchschnitt: 151 min), die der problemzentrierten Interviews mit den Umfeldakteuren zwischen 30 und 90 min (Durchschnitt: 60 min), so dass insgesamt 18 Stunden 4 min Interviewmaterial zur Aufbereitung vorlagen.

Tabelle 1: Überblick über die Fallzahlen der empirischen Untersuchung

Biografische System Mappings	Athleten	Trainer	Ärzte	Manager	Gesamtanzahl (Dauer)
Handball	2	2	1	1	6 (10h, 4min)
Leichtathletik	2	2	2	-	6 (8h)

Auf eine kurze Charakterisierung der befragten Personen und auf eine Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Interviewverlauf wird an dieser Stelle verzichtet, da dies unmittelbar vor dem jeweiligen biografischen System Mapping sinnvoller erscheint. Zu bedenken ist jedoch, dass auf eine umfangreiche Charakterisierung der Athleten und ihrer Lebenswelt zur Wahrung der Anonymität verzichtet werden muss.

6.2.4. Datenaufbereitung und Maskierung der Daten

Alle Interviews wurden wörtlich transkribiert und anschließend ins Schriftdeutsch übertragen. Füllworte, Wortwiederholungen und die technischen Anweisungen des Interviewers zur Erstellung der Verletzungsgrafik wurden nicht transkribiert. Bei der Übertragung ins Schriftdeutsch wurden, sofern überhaupt notwendig, grammatikalische Umstellungen vorgenommen, um die Lesbarkeit der Aussagen zu erhöhen. Die biografischen Athleteninterviews wurden nach der Übertragung ins Schriftdeutsch von einer zweiten Person abgehört und parallel gegengelesen, um Transkriptionsfehler oder Sinnverschiebungen aufgrund der Glättung des Interviewmaterials zu minimieren⁹². Zur weiteren Auswertung erfolgte der Export der vollständigen Textfassungen des verbal erhobenen Materials in das Auswerteprogramm „MAXQDA“ zur computergestützten Analyse qualitativer Daten (vgl. Kuckartz, 2005). Dieses Computerprogramm erleichtert die Konstruktion von Kategoriensystemen, die Codierung, die Verwaltung von Notizen sowie die Bezeichnung der codierten Interviewpassagen für die anschließende Auswertung. Für die Analyse der transkribierten Texte wurde ein allgemeines Codesystem mit den Obercodes „mehrperspektivische Rekonstruktion Verletzungsverlauf“, „aktuelle Einstellungen zu Gesundheit und Verletzung“ sowie „Organisation von Prävention, Behand-

92 Die transkribierten Interviews liegen als Interviewband vor und können beim Verfasser eingesehen werden.

lung und Rehabilitation“ bereits vor dem Codieren in Orientierung an den formulierten Fragestellungen entwickelt. Der Obercode „aktuelle Einstellungen zu Gesundheit und Verletzung“ beinhaltet Subcodes wie „Bedeutung und Wandel von Gesundheit im bisherigen Leben“, „Einstellungen zur Verletzungsprävention“, „Bedeutung von Schmerzen und Einstellung zur Schmerzmedikation“ oder „Risikobereitschaft für den sportlichen Erfolg“. Bei der „Organisation von Prävention, Behandlung und Rehabilitation“ erfolgte ebenfalls vor dem Codieren die Ausdifferenzierung in „ärztliche Behandlung und Betreuung“, „physiotherapeutische Behandlung und Betreuung“, „Rolle der Nationalmannschaft“ oder „Verantwortlichkeiten im Bereich der Prävention“. Im Laufe der Codierung wurden hier lediglich Ergänzungen und Modifikationen vorgenommen. Im Gegensatz dazu konnte der Obercode „mehrperspektivische Rekonstruktion Verletzungsverlauf“ erst auf Basis der jeweiligen Verletzungen des Athleten fallspezifisch und während des Codierens ausdifferenziert werden. Eine weitere Verfeinerung dieser Subcodes erfolgte durch die Identifikation von Einzelereignissen und ihrer zeitlichen Einordnung (z.B. Saisonabbruch, Operation, Rehabilitation). Das jeweils zugehörige Trainer- und Arztinterview konnte anschließend mit dem athletenspezifischen Kategoriensystem codiert werden, um so eine thematische Bündelung der unterschiedlichen Perspektiven zu erreichen.

Die Aufbereitung der Verletzungsgrafiken erfolgte in zwei Schritten. In einem ersten Schritt ging es um die Übertragung der auf Millimeterpapier gezeichneten subjektiven Verletzungsverläufe in eine digital vorliegende Grafik. Hierzu wurden die von den Athleten gezeichneten Diagramme abfotografiert, in das Vektorgrafikprogramm „INKSCAPE“ importiert und unter Verwendung eines Stifttablets in ein zuvor erstelltes Koordinatensystem übertragen. Die so digitalisierten Kurven ließen sich mit entsprechenden Angaben zum Verletzungstyp versehen und mit einer Bezeichnung zentraler Ereignisse und verletzungsbezogener Behandlungsmaßnahmen ergänzen. Die vom Athleten absolvierten oder verletzungsbedingt abgesagten sportlichen Großereignisse wurden als zusätzliche symbolische Strukturierungshilfe mit in die Diagramme aufgenommen. Die den Athleten vorgelegte Abbildung eines menschlichen Körpers wurde ebenfalls digitalisiert und mit den jeweiligen Angaben zu den Verletzungen versehen.

Maskierung der Daten

Da es sich bei den erhobenen Daten um sehr persönliches und teilweise sehr sensibles Material handelt, sind zur Wahrung des Datenschutzes und der Anonymität Maßnahmen zur Maskierung der Daten notwendig. Alle interviewten und in den Interviews genannten Personen erhielten Alias-Namen, die, falls notwendig, durch deren Funktionsbezeichnung ergänzt wurden (z.B. Mannschaftsarzt Dr. K. Müller). Weitere Vorkehrungen zur Anonymisierung beziehen sich auf die genannten Städte, Vereinsnamen und die leichtathletische Disziplin. Hier erfolgt lediglich die Angabe, ob es sich um den Bereich der Laufdisziplinen oder um die Wurf-/Sprungdisziplinen handelt. Besonders wichtig ist eine Verschlüsselung der Datumsangaben und der genannten sportlichen Ereignisse. Hierzu wurde zum einen die Zeitachse der Verletzungsgrafiken von Jahreszahlen und Datumsangaben bereinigt. Die Skalierung bleibt beste-

hen, eine Nummerierung der Monate (12, 24, 36 usw.) und die damit verbundene Kennzeichnung der Jahreswechsel beginnt jedoch bei einem virtuellen Nullpunkt. Das kalendarische Alter der Athleten darf entsprechend auch nicht angegeben werden, vermerkt ist lediglich der Zeitpunkt des Interviews durch eine vertikale Linie im Diagramm. Zum anderen ist es notwendig, die jeweils genannten sportlichen Ereignisse zu verfremden. Aus theoretischer Perspektive erscheint es jedoch notwendig, verschiedene Arten von Wettkämpfen mit Blick auf deren Bedeutung für eine spitzensportliche Karriere zu unterscheiden. Mit dem Begriff internationale Meisterschaften (IM) werden Olympische Spiele, Weltmeisterschaften oder Europameisterschaften zusammengefasst. Bei internationalen Wettkämpfen (IW) handelt es sich um Ereignisse wie Europapokal, Championsleague, Super Cup, Weltcup, Europacup, Golden League etc. Ereignisse auf nationaler Ebene wie Bundesligaspiele, Freundschaftsspiele, Qualifikationwettkämpfe, deutsche Meisterschaften oder nationale Meetings werden auch unter diesen Oberbegriffen geführt. Für jede der Fallstudien wurde ein Verschlüsselungsdokument erstellt, das getrennt von den Transkripten aufbewahrt wird. Auf eine absichtlich vom Forscher vorgenommene Abänderung der betriebenen Sportarten, sportlichen Ereignisse und der vorliegenden Verletzungen wurde verzichtet, weil a) die Kenntnis des zu Grunde liegenden Verletzungsphänomens für die Studie zentral ist, b) die Bedeutung eines Wettkampfs für einen Umgang mit Verletzungen relevant erscheint und c) anzunehmen ist, dass sportartspezifische Strukturen auch zu sportartspezifischen Verhaltensmustern beitragen.

6.2.5. Datenauswertung, -interpretation und Ergebnisdarstellung

Die Datenauswertung, -interpretation und Ergebnisdarstellung erfolgt in Anlehnung an die dokumentarische Methode (vgl. ausführlich Bohnsack, 2003; Nohl, 2008). Dieses Verfahren ist zum einen in seinen wesentlichen epistemischen Grundannahmen mit der Luhmannschen Systemtheorie kompatibel (vgl. Vogd, 2004, S. 30ff) und eignet sich zum anderen für die Auswertung und Interpretation narrativ-biografischer Interviews (vgl. Nohl, 2005) ebenso wie für eine Analyse problemzentrierter Interviews (vgl. Vogd, 2005)⁹³. Bei der von Ralf Bohnsack in Anknüpfung an den Wissenssoziologen Karl Mannheim entwickelten dokumentarischen Methode steht die Entwicklung formaler Theorien durch sinn- und soziogenetische Typenbildung im Vordergrund (vgl. Vogd, 2005, S. 31). Denn die Soziogenese eines konkreten Phänomens wird erst dann verständlich, wenn die soziale Realität als Schnittmenge mehrerer gleichzeitig wirkender genetischer Prinzipien begriffen wird. So ist nicht nur das, was wörtlich und explizit z.B. in den Interviewtexten mitgeteilt wird, für die empirische Analyse von

93 Die ursprünglich für den Bereich der qualitativen Bildungs- und Sozialforschung entwickelte dokumentarische Methode lässt sich prinzipiell zur Auswertung und Interpretation jeglicher Arten von transkribierten Interviews, Beobachtungsprotokollen und sogar für Bild- und Videomaterial nutzen (vgl. Nohl, 2008). Innerhalb einer übergreifenden Methodologie der qualitativen Sozialforschung ist damit die Auswertung unterschiedlichster empirischer Datenmaterialien und eine kohärente Triangulation unterschiedlicher Erhebungsmethoden möglich (vgl. Nohl, 2008, S. 15).

Bedeutung. Wie bei der objektiven Hermeneutik geht es auch bei der dokumentarischen Methode um die Rekonstruktion des Sinngehalts, der den Äußerungen zu Grunde liegt (vgl. Nohl, 2005, S. 4).

Die Differenz der Handlungspraxis zu Theorien über die Handlungspraxis ist dabei der Ausgangspunkt der Sinnrekonstruktion in der dokumentarischen Methode⁹⁴. Dabei wird zwischen den Sinnebenen immanenter Sinngehalt und Dokumentsinn unterschieden (Bohnsack, 2001, 2003; Nohl, 2008). Der hierbei zentrale *Dokumentsinn* begreift eine Handlung oder einen Text in seiner Herstellungsweise, in seinem „modus operandi“, wobei insbesondere der Orientierungsrahmen, in welchem eine Problemstellung bearbeitet wird, von besonderer Bedeutung ist (Bohnsack, 2003, S. 255). Die Beobachtung wechselt hier vom Zweck zum Prozess, indem die Frage in den Mittelpunkt gerückt wird, wie es beispielsweise zur Ausbildung von Motiven, zu bestimmten Handlungen oder wie im vorliegenden Fall zum Umgang mit Verletzungen und zu konkreten verletzungbezogenen Entscheidungen kommt. Der Dokumentsinn beinhaltet entsprechend die Frage nach der spezifischen Operationsweise eines personalen oder sozialen Systems. Als Orientierungsrahmen kommen entsprechend individuell stabile Bewusstseinsstrukturen, zeitlich überdauernde Kommunikationsstrukturen in Interaktionssystemen, Entscheidungsprämissen in Organisationssystemen oder die Leitorientierungen und Programmierungen gesellschaftlicher Teilsysteme in Frage. In Anlehnung an Nohl (2008, S. 9) soll ein Beispiel die zwei Sinndimensionen verdeutlichen: Nimmt man eine Schmerztablette ein, so kann man die Absicht haben, eine vorhandene Schmerzsymptomatik auszuschalten. Die erste Komponente des immanenten Sinngehalts, der intentionale Ausdruckssinn in Form einer (zweckrationalen) Intention, ist dem außenstehenden Beobachter jedoch ebenso wenig wie dem in seine eigene Vergangenheit blickenden Akteur unmittelbar und valide zugänglich, sie muss vielmehr unterstellt werden. Aus dieser Unterstellung resultiert ein objektiver Sinnzusammenhang (der zweiten Komponente des immanenten Sinngehalts) mit allgemeinem Charakter, indem auf den common sense rekurriert wird: Beispielsweise werden die Einnahmen der Schmerztablette als eine medizinische Behandlungsmaßnahme bezeichnet. Der Dokumentsinn indes konstituiert sich im Prozess der Herstellung einer solchen medizinischen Behandlungsmaßnahme, indem danach gefragt wird, wie es überhaupt zu dieser Behandlungsmaßnahme kommt. Hierzu sind die mit dem Dokumentsinn verbundenen generativen Mechanismen zu rekonstruieren und die verschiedenen Formen individueller und sozial ge-

94 Wenn Menschen von ihren Erfahrungen berichten, dann lassen sich diese Schilderungen auf ihren wörtlichen, expliziten d.h. *immanenten Sinngehalt* hin untersuchen. Der immanente Sinngehalt lässt sich wiederum in einen intentionalen Ausdruckssinn und in einen objektiven Sinngehalt differenzieren. Dabei bezeichnet der intentionale Ausdruckssinn nach Mannheim (1964, S. 107) das, was vom „ausdrückenden Subjekt gemeint, im bewußtseinsmäßigen Daraufgerichtetsein intendiert war“, wohingegen sich der objektive Sinngehalt nicht auf die Intentionen der Akteure, sondern auf den „objektiven sozialen Zusammenhang“ bezieht, „der über die Intentionen und Eigentümlichkeiten der Akteure hinausgeht“. Beim dokumentarischen Sinngehalt wird darüber hinaus „die geschilderte Erfahrung als Dokument einer Orientierung rekonstruiert, die die geschilderte Erfahrung rekonstruiert“ (Nohl, 2008, S. 8).

teilter Wissensbestände zu ermitteln. Ziel ist demnach eine Typenbildung, die jedoch nicht im Sinne eines common sense die Stereotypen des Alltags widerspiegelt, sondern als „prozessanalytische“ und auf den „modus operandi“ der Praxis gerichtete „generative Formel“ zu verstehen ist (Bohnsack, 2001, S. 229f)⁹⁵. Diese Unterscheidung zwischen immanentem und dokumentarischem Sinngehalt äußert sich forschungspraktisch in der formulierenden Interpretation als einem ersten und in der reflektierenden Interpretation als einem zweiten Schritt bei der Auswertung (vgl. Nohl, 2008, S. 9) und spiegelt sich auch bei der Ergebnisdarstellung wider.

(1) „Biografische System Mappings“ als Resultat der formulierenden Interpretation

Bei der formulierenden Interpretation geht es zunächst um die Erschließung der Inhalte des Ausgangsmaterials und um dessen Rekapitulation „innerhalb des Relevanzsystems und des Rahmens der untersuchten Gruppe“ (vgl. Bohnsack, 1999, S. 36). Bei einer solchen Zusammenfassung der Wirklichkeitskonstruktionen der untersuchten Akteure verbleiben die Forschenden ausschließlich beim thematischen Gehalt der Texte, ohne dabei auf ein sozialwissenschaftliches Vokabular zurückzugreifen (vgl. Nohl, 2001, 2005). Die Bewertung bestimmter Handlungspraxen, Entscheidungen oder Einstellungen, beispielsweise vor dem Hintergrund des medizinischen state of the art, ist dabei nicht Thema der Interpretation. Der immanente Sinngehalt der Aussagen bleibt außerhalb der Aufmerksamkeit (vgl. Vogd, 2004, S. 64).

Die Darstellung des fallspezifischen Umgangs mit Verletzungen steht somit im Mittelpunkt der formulierenden Interpretation. Hierbei werden die Verletzungsbioografien der Athleten unter Verwendung der von den Athleten erstellten Verletzungsgrafiken nachgezeichnet und um die Perspektiven des Arztes und Trainers ergänzt. Zur Darstellung kommen ebenfalls die in den Interviews explizit fokussierten Bereiche der Gesundheits- und Verletzungsvorstellungen aus Athletensicht sowie der Organisation der medizinischen Betreuung und Behandlung.

95 Im Sinne Luhmanns Beobachtungen zweiter Ordnung werden hier die Prozesse und die Prozessstrukturen der Herstellung von Motivzuschreibungen selbst thematisiert (vgl. Vogd, 2005, S. 33).

Als Resultat der formulierenden Interpretation sind die vier „System Mappings“ nach folgendem Schema aufgebaut.

1. Verletzungsbiografie im zeitlichen Verlauf

- Überblicksartige Darstellung des Umgangs mit den aufgetretenen Verletzungen
- Fokussierung des Umgangs mit der bedeutsamsten Verletzungsproblematik im Karriereverlauf unter besonderer Berücksichtigung einer mehrperspektivischen Betrachtungsweise und unter Betonung der Entscheidungsproblematik „verletzungsbedingte Wettkampfabgabe“
- Aktuelle gesundheitliche Situation (mit Rück- und Ausblick)

2. Gesundheits- und Verletzungsvorstellungen im biografischen Kontext aus Athletensicht

3. Fallspezifische Organisation der medizinischen Betreuung und Behandlung

Die übergeordneten Fallstudien Handball und Leichtathletik werden jeweils durch eine Zusammenfassung der organisatorischen Rahmenbedingungen auf Ebene des Verbands- bzw. der Nationalmannschaften eingeleitet. Grundlage hierfür ist die Studie von Thiel, Mayer und Digel (2009). Der formulierenden Interpretation wird in der vorliegenden Arbeit viel Platz eingeräumt, um das bislang wenig beachtete Phänomen des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport möglichst tiefgründig und vor allem authentisch zu beschreiben. Dabei wird bewusst versucht, so oft wie möglich auf Originalzitate der jeweils Befragten zurückzugreifen und Reformulierungen nur in reduzierter Form vorzunehmen.

(2) Generative Mechanismen beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen als Ergebnis der reflektierenden Interpretation und komparativen Analyse mit sinn- und soziogenetischer Typenbildung

Die reflektierende Interpretation leistet zum einen eine Abstraktion, indem übergreifende Muster innerhalb eines oder mehrerer Fälle entdeckt werden. Zum anderen erfolgt eine Spezifizierung, indem konkrete Unterschiede benannt und lokalisiert werden. Für die Strukturierung der reflektierenden Interpretation eignen sich gemeinsame Bezugsprobleme, die in den jeweils zu vergleichenden Fällen unterschiedlich behandelt werden können (vgl. Vogd, 2004, S. 64). Den bereits formulierten Fragestellungen für die empirische Untersuchung zu Folge sind dies vor allem die im Verletzungsprozess auftretenden Entscheidungsprobleme und die daran gekoppelten Erwartungen sowie Verletzungsverläufe, Konfliktsituationen oder Veränderungen im Bereich der Gesundheits- und Verletzungsvorstellungen. Die Suche nach Regelhaftigkeiten in den Aussagen eines Interviewpartners oder nach Regelhaftigkeiten zwischen den Aussagen verschiedener Interviewpartner erfolgt zunächst durch eine komparative Sequenzanalyse, die einerseits dem Zweck der Validierung und zum anderen der Generierung mehrdimen-

sionaler Typologien und so der Generalisierung dient (vgl. Nohl, 2008, S. 57)⁹⁶. Hilfreich ist hierbei eine Unterscheidung von Erzählung, Beschreibung und Argumentation (vgl. Nohl, 2008, S. 48)⁹⁷. Da subjektiv gemeinter Sinn oder zweckrationales Handeln nur als Oberflächenphänomene einer tiefer liegenden sozialen Struktur der (Entscheidungs-) Kommunikation anzusehen sind (vgl. Vogd, 2005, S. 35), gilt es die empirischen Daten kommunikativer Sprechakte aus Interviewtranskripten sozialperspektivisch als eine „textuale Realität“ zu interpretieren, „in der verschiedene Orientierungsrahmen, d.h. spezifische Weisen von Sinnselektionen, in einer wohl definierten Beziehung zueinander stehen“ (Vogd, 2004, S. 37)⁹⁸.

Die sinn- und soziogenetische Typenbildung stellt den Kern der reflektierenden Interpretation und das Ergebnis der komparativen Analyse dar. Die Bildung einer solchen Typik beginnt damit, dass in den unterschiedlichen Fällen homologe Orientierungsrahmen (bzw. systemische Kontexturen oder Logiken) identifiziert werden, die auf Gemeinsamkeiten verweisen. Davon ausgehend lassen sich dann andere Orientierungsrahmen identifizieren, in denen sich die Fälle unterscheiden. Solche Kontraste in der Gemeinsamkeit dienen als Ausgangspunkt für eine mehrdimensionale Typenbildung (vgl. Nohl, 2005, S. 5). Sinngenetische Typen werden konstruiert, indem die Orientierungsrahmen in ihrer Unterschiedlichkeit von den spezifischen Fällen abgelöst und auf diese Weise abstrahiert werden (vgl. Nohl, 2008, S. 116). Den Ausgangspunkt hierzu bilden die gezeichneten Verletzungsdiagramme, die auf typische Verletzungsverläufe hin untersucht werden. Darauf aufbauend wird versucht, typische Entscheidungen sowohl in ihrer zeitlichen Abfolge als auch mit ihren jeweils zu Grunde liegenden Mechanismen der Entscheidungsfindung und Bewertung zu identifizieren. Gleiches gilt für

-
- 96 Ausgangspunkt der reflektierenden Interpretation sind Sequenzen von Sprechakten, die auf ihren dokumentarischen Gehalt, d.h. auf ihre Orientierungsrahmen hin untersucht werden. Die Sequenzanalyse (vgl. Bohnsack, 2001) ist bei der dokumentarischen Methode im Unterschied zur Objektiven Hermeneutik (vgl. Oevermann, 2000) und Narrationsstrukturanalyse (vgl. Schütze, 1983) immer schon eine komparative Sequenzanalyse. „Wenn die dokumentarische Methode darauf zielt, die implizite Regelhaftigkeit von Erfahrungen und den in dieser Regelhaftigkeit liegenden dokumentarischen Sinngehalt (...) zu rekonstruieren, so bedeutet dies, über eine Abfolge von Handlungssequenzen oder von Erzählsequenzen zu Handlungssequenzen hinweg Kontinuitäten zu identifizieren“ (Nohl, 2008, S. 51). Das Augenmerk wird auf den modus operandi gelenkt, indem Alternativen diskutiert oder Abgrenzungen zu ähnlichen Phänomenen in anderen Kontexten vorgenommen werden, um so Kontingenzen sichtbar zu machen (vgl. Bohnsack, 1999, S. 36).
- 97 Erzählungen sind dadurch gekennzeichnet, dass der Informant Handlungs- und Geschehensabläufe in einem zeitlichen Verlauf mit Anfang und Ende darstellt. Beschreibungen zeichnen sich im Allgemeinen durch die Darstellung immer wiederkehrender Handlungsabläufe oder feststehender Sachverhalte aus, wohingegen Argumentationen als (alltags-)theoretische Zusammenfassungen zu den Motiven, Gründen und Bedingungen für eigenes oder fremdes Handeln angesehen werden (vgl. Nohl, 2008, S. 48). Vor allem Argumentationen sind für eine Identifikation von Orientierungsrahmen von besonderer Bedeutung.
- 98 Etwas weiter als der Begriff des Orientierungsrahmens ist die Luhmannsche Konzeption polykontexturaler Verhältnisse zu fassen, mit der die Durchdringung systemischer Zusammenhänge beschrieben wird (vgl. Vogd, 2004, S. 37f). Der Begriff der Kontextur lässt sich daher als „interpretativer Metarahmen“ für die zu interpretierenden Texten begreifen, mit dessen Hilfe „verschiedene genetische Prinzipien, etwa die übergreifenden Logiken verschiedener Systeme (Interaktionssysteme, Organisationen, Funktionssysteme und psychische Systeme) miteinander in Beziehung gesetzt werden können“ (Vogd, 2005, S. 38).

ein typisches Auftreten von Erwartungskollisionen und möglichen Konfliktverläufen. Sinngetische Typen lassen sich durch die soziogenetische Typenbildung weiter verfeinern, „wenn man herausarbeitet, mit welchen spezifischen Erfahrungshintergründen bestimmte Orientierungsrahmen systematisch - und das heißt nicht nur im Einzelfall – zusammenhängen“ (Nohl, 2005, S. 4)⁹⁹. In der vorliegenden Studie erfolgt dabei eine Fokussierung von Gemeinsamkeiten und Differenzen, die sich aus unterschiedlichen Erfahrungshintergründen einer sportart-spezifischen Sozialisation ergeben. Darüber hinaus werden typische Veränderungen im Karriereverlauf betrachtet und biografisch besonders relevante Knotenpunkte, an denen sich der weitere Karriereverlauf entscheidet, identifiziert.

Der *erste Ergebnisteil* zu den Verletzungsbiografien von Spitzensportlern und dem fallspezifischen Umgang mit diesen Verletzungen beginnt mit dem System Mapping des Leichtathleten Sven Wagner. Im Anschluss werden die „Mappings“ von Leichtathletin Tina Frey und der Handballspieler Tobias Kurz und Klaus Schneider dargestellt. Im *zweiten Ergebnisteil* sind die Resultate der reflektierenden Interpretation in Form verschiedener Typologien zusammengefasst.

99 Das Vorgehen bei der Datenauswertung im Rahmen der dokumentarischen Interpretation beinhaltet somit auch das für biografische Forschung formulierte Kriterium der Interpretativität und die damit verbundene zweistufige Auswertetechnik, bestehend aus dem Nachvollzug der individuellen Lebensgeschichte und der Herausarbeitung sozialer Muster (vgl. Lamnek, 2005, S. 694). Darüber hinaus wird durch die komparative Analyse, den Fallvergleich und die mehrdimensionale Typenbildung nicht nur auf die Individualität von Erfahrungs- und Erlebnisverkettungen abgezielt, sondern vor allem den kollektiven Aspekten von Biografien und den zu Grunde liegenden psychosozialen Mechanismen Beachtung geschenkt (zur dokumentarischen Auswertung biografisch-narrativer Interviews vgl. Nohl (2005). Im Unterschied zu Bourdieus (1982) Betonung des distinktiven Charakters habitueller Stilelemente erfolgt bei der dokumentarischen Methode die Fokussierung auf milieutypische Gemeinsamkeiten der Erlebnisschichtung, auf gemeinsame Weltanschauungen oder Zentren gemeinsamen Erlebens im Medium der Konjunktion, d.h. in habituellen Übereinstimmungen (vgl. Bohnsack, 1997, S. 208).

7. Fallstudien

Zunächst ist auf die sportartübergreifenden Regelungen zur gesundheitsbezogenen Betreuung von Spitzenathleten einzugehen, bevor die strukturellen Rahmenbedingungen der Sportarten Leichtathletik und Handball im Zusammenhang mit den System Mappings genauer dargestellt werden. Spitzensportler sind nicht nur an eine Organisation, sondern je nach Wettbewerb an Verbände, Vereine oder Profiteams gekoppelt. Von Seiten des DOSB und der Spitzenverbände wird für Bundeskaderathleten ein sportmedizinisches Untersuchungs- und Betreuungssystem bereitgestellt, das für die Durchführung unterschiedlichster Maßnahmen, wie die sportmedizinische Eingangsuntersuchung, die sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung, die leistungsphysiologische Untersuchung inklusive Trainingssteuerung, aber auch für medizinische Behandlungs- und Betreuungsleistungen zuständig ist (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009, S. 183ff). Dabei ist die Abgrenzung der medizinischen Behandlung, Betreuung und der sportmedizinischen Gesundheitsuntersuchung operativ von Bedeutung. Mit der sportmedizinischen Gesundheitsuntersuchung sind in erster Linie präventivmedizinische Aufgaben verbunden. Einmal jährlich sollen die Kaderathleten in einem ausgewiesenen sportmedizinischen Untersuchungszentrum unter internistischen und orthopädischen Gesichtspunkten „durchgecheckt“ werden. Die sportmedizinische Betreuung bezieht sich zum einen auf „die tägliche Begleitung des Trainings im Sinne der Prävention, die Überwachung und Steuerung der Belastung“, auf Maßnahmen „der täglichen Regeneration bis hin zur Gesundheitsberatung und Aufklärung über Doping u.a.“ (DOSB, 1998, S. 2). Die Betreuung kann „durch den OSP-Arzt, Verbandsarzt und den Sportphysiotherapeuten“ erbracht werden. Neben einer sportartübergreifenden Betreuung durch OSP-Ärzte und OSP-Physiotherapeuten soll durch den Verbandsarzt zum anderen die sportartspezifische Betreuung bei zentralen Maßnahmen des Verbands, wie beispielsweise Trainingslehrgängen oder internationalen Meisterschaften, gesichert werden. Bei diesem vom Spitzenverband benannten Arzt sollen auch die Ergebnisse der sportmedizinischen Gesundheitsuntersuchungen als auch die Maßnahmen der Leistungsdiagnostik, der Trainingssteuerung, der Behandlung und der Betreuung [an den OSPs] zusammenlaufen. Darüber hinaus ist er bei der Planung verschiedener Maßnahmen auf Bundesebene beteiligt (vgl. DOSB, 1998, S. 2). Der Verbandsarzt hat darüber hinaus zu sichern, dass die „im Rahmen einer zentralen Maßnahme durchgeführten Behandlungen, erhobene Befunde und Aufzeichnungen über Trainingssteuerung und Trainingsverlauf (...) – eventuell über den Athleten – dem im täglichen Trainingsprozess betreuenden Mediziner [z.B. OSP-Arzt, Vereinsarzt] und dem Trainer zugänglich gemacht werden“ (DOSB, 1999, S. 5). Bei der sportmedizinischen Behandlung geht es hingegen primär um die Rehabilitation nach Verletzung oder operativen Eingriffen sowie um die Behandlung von Krankheit, Verletzung oder Sportschaden. Hierzu kann auf die Ärzte und Physiotherapeuten der Olympiastützpunkte oder auf die bei den Nationalmannschaftseinsätzen anwesenden Verbandsärzte und -physiotherapeuten zu-

rückgegriffen werden. Generell wird die medizinische Behandlung von Seiten des DOSB und der Verbände nach dem Grundsatz der freien Arztwahl gehandhabt, was bedeutet, dass die Athleten nicht verpflichtet sind, auf die Leistungen des bereitgestellten Personals zurückzugreifen (vgl. DOSB, 1998, S. 2). Wie und von wem die medizinische Behandlung in Trainingsphasen und bei Wettkämpfen außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Verbände koordiniert wird, ist nicht geregelt und bleibt dem Athleten und dessen individuellem Unterstützungsumfeld überlassen. Gleiches gilt für die systematische Dokumentation von Untersuchungsbefunden. Der Verbandsarzt kann nur auf die von ihm selbst dokumentierten gesundheitlichen Beschwerden, die im Verlauf von zentralen Maßnahmen aufgetreten sind, zurückgreifen und gegebenenfalls die Ergebnisse der jährlichen Gesundheitsuntersuchung nutzen. Bei Wettkämpfen der Nationalmannschaft wird es für den zuständigen Verbandsarzt damit sehr schwierig, sich einen schnellen Überblick über Untersuchungsbefunde zu machen, die dezentral z.B. vom Heim- oder Mannschaftsarzt erhoben wurden (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Einen Spezialfall stellt die medizinische Betreuung bei einem sportlichen Großereignis wie den Olympischen Spielen dar. Die medizinische Abteilung, bestehend aus Verbandsärzten und Verbandsphysiotherapeuten, wird vom leitenden Mannschaftsarzt und einem leitenden Physiotherapeuten der Olympiamannschaft angeführt. Darüber hinaus wird vom IOC bzw. vom lokalen Organisationskomitee für alle Sportler und Betreuer eine umfangreiche medizinische Grundversorgung sichergestellt¹⁰⁰. So wurden beispielsweise die insgesamt 449 deutschen Athleten bei den Olympischen Spielen 2004 in Athen von 26 Verbandsärzten und 40 Verbandsphysiotherapeuten vor Ort betreut. Neben einer ärztlichen und physiotherapeutischen Betreuung direkt in den Wohnblocks der Athleten wurde eine medizinische Zentrale, vergleichbar mit einer allgemeinmedizinischen und physiotherapeutischen Praxis, eingerichtet. Darüber hinaus stand eine komplett eingerichtete Poliklinik im Olympischen Dorf zur Verfügung, für besonders eilige und schwierige Fälle wurde durch das NOK im Vorfeld zusätzlich ein Kooperationsvertrag mit einer angesehenen Athener Klinik geschlossen (vgl. Kindermann, Engelhardt & Eder, 2005, S. 34-35). Für den Fall akuter Notfälle ist bei einem sportlichen Großereignis, wie es die Olympischen Spiele darstellen, somit eine schnelle und umfangreiche medizinische Erstversorgung und Behandlung gewährleistet. Die beschriebenen Leistungen der Verbände stellen nur einen Teil der gesundheitsbezogenen Ressourcen dar, auf die ein Athlet zurückgreifen kann. Angekoppelt an Sportspielmannschaften oder sonstige Wettkampfmannschaften in den entsprechenden Sportvereinen, Profiteams oder Trainingsgruppen der Bundespolizei, Bundeswehr oder des Bundesgrenzschutzes werden weitere Behandlungs-, Betreuungs- und Vorsorgeleistungen erbracht. Im Idealfall sind damit zusätzliche

100 Auch bei anderen bedeutenden Wettkämpfen, wie Welt und Europameisterschaften wird von Seiten des Organisationskomitees meist eine medizinische Grundversorgung für Athleten und Betreuer sichergestellt.

Vorsorgeuntersuchungen verbunden, es kann aber auch sein, dass Behandlungsmöglichkeiten bei niedergelassenen Ärzten oder Physiotherapeuten durch bestehende Verträge mit Arbeitgebern, wie beispielsweise der Bundeswehr oder des Vereins, eingeschränkt werden.

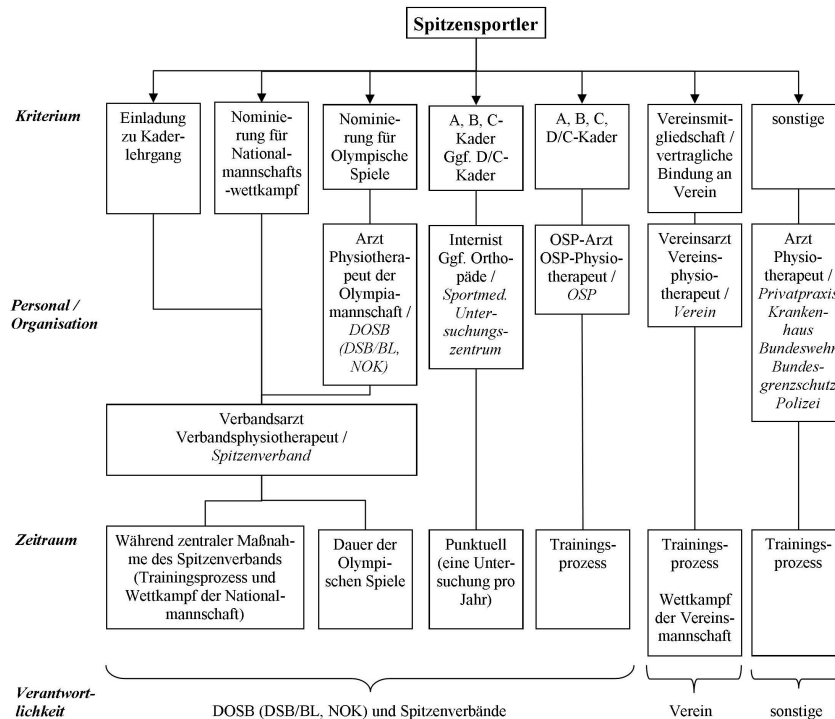


Abbildung 4: Medizinische Behandlung und Betreuung im Spitzensport am Beispiel des eingesetzten Personals (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Dieses Schaubild verdeutlicht die potenzielle Komplexität von Zuständigkeiten bei der medizinischen Behandlung und Betreuung. Um herauszufinden, wie verletzungsbezogene Maßnahmen in den Nationalmannschaften der Verbände konkret organisiert werden, werden im Folgenden die entsprechenden Strukturen des DLV und des DHB genauer analysiert.

7.1. Biografisches System-Mapping I: Leichtathlet Sven Wagner

7.1.1. Allgemeine Rahmenbedingungen der Sportart Leichtathletik

Spitzenleichtathleten sind in ein kompliziertes Geflecht aus verschiedenen Organisationseinheiten eingebunden. Neben der Vereinsmannschaft, in deren Farben nationale Titelkämpfe, Wettkämpfe oder Meetings bestritten werden, spielt der DLV in zweierlei Hinsicht eine Rolle. Zum einen, indem über den Kaderstatus der Zugang zu spezifischen Leistungen des Verbands und des DOSB gesteuert wird, und zum anderen, indem der Verband durch die Nominierung für internationale Meisterschaften den Zugang zu Wettkämpfen im Trikot der Nationalmannschaft in jedem Jahr aufs Neue regelt. In Trainingsphasen können neben Verein und Verband auch disziplinspezifische Teams, informelle Trainingsgruppen sowie Einrichtungen von Bundesgrenzschutz, Bundespolizei oder Bundeswehr relevant werden. Für alle Leichtathleten identisch ist hingegen der Wettkampfkalender, durch den der Wechsel zwischen Trainings- und Wettkampfphasen erfolgt und der die jeweils anstehenden Saisonhöhepunkte vorgibt.

Zur Saisonplanung und zur Bedeutung von Großereignissen in der Leichtathletik

Die Saisonplanung wird bei Spitzenleichtathleten zum einen von einer Hallen- und einer Freiluftsaison und den jeweils anstehenden internationalen Wettkämpfen wie (Hallen-) Europameisterschaften, (Hallen-)Weltmeisterschaften und Olympischen Spielen bestimmt. Der Trainingsbeginn zur Vorbereitung auf die Mitte Januar startende Hallensaison erfolgt ab Oktober. Neben den deutschen Hallenmeisterschaften stehen im Falle einer erfolgreichen Qualifikation Anfang März die im jährlichen Rhythmus wechselnden Welt- und Europameisterschaften in der Halle auf dem Programm. Nach der Hallensaison beginnt Mitte Mai eine erneute Trainingsphase, die zur Vorbereitung auf die Freiluftsaison dient und in der meist ein längeres Trainingslager eingelegt wird. Der Saisonbeginn erfolgt in Abhängigkeit persönlicher Präferenzen zwischen Anfang oder Ende Mai. Die nationalen Titelkämpfe finden meist Anfang Juli statt und stellen eine wichtige Zwischenstation für die Nominierung zu internationalen Meisterschaften dar. Für eine Nominierung durch den deutschen Leichtathletikverband (DLV) haben die Athleten neben der Erbringung vorab definierter Leistungsnormen die mit der entsprechenden Bundeskaderzugehörigkeit verbundene Aufnahme ins Dopinkontrollsystem vorzuweisen¹⁰¹. Weltmeisterschaften finden alle zwei Jahre, Europameisterschaften aufgrund der Olympischen Spiele nur alle vier Jahre statt. Hinzu kommen Europameisterschaften für Nationalmannschaften. Die internationalen Meisterschaften sind meist auf Ende August oder

101 In jedem Jahr legt der Deutsche Leichtathletik-Verband für die anstehenden Großereignisse entsprechende Qualifikationsnormen fest, mit denen die Athleten die Nominierungsvoraussetzungen für die verschiedenen Veranstaltungen erfüllen. Darüber hinaus erfolgt die Fixierung von Kaderrichtwerten zur Einstufung in die DLV-Kader (vgl. <http://www.deutscher-leichtathletik-verband.de/index.php?SiteID=190>. Zugriff am 6.6.2009).

Anfang September terminiert, im Anschluss stehen eine Reihe weiterer Meetings sowie das IAAF World Athletics Final im Wettkampfkalender. Über die gesamte Freiluftsaison verteilt finden internationale Meetings der IAAF (z.B. Golden League, Grand Prix) und EAAF sowie zahlreiche weitere nationale und internationale Meetings statt. Entsprechend haben die Leichtathletinnen und -athleten von Mai bis September und von Januar bis März die Möglichkeit, ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Betrachtet man vor diesem Hintergrund die medizinische Behandlung und Betreuung von Leichtathleten genauer, dann lassen sich in Anlehnung an Thiel, Mayer & Digel (2009) die folgenden sechs Bereiche unterteilen.

Medizinische Behandlung und Betreuung in der Leichtathletik

1) Den ersten Bereich bildet die medizinische Betreuung bei nationalen und internationalen Wettkämpfen sowie zentralen Trainingsmaßnahmen oder Lehrgängen der Kaderathleten des DLV. Für Wettkämpfe der Nationalmannschaft steht eine medizinische Abteilung bereit, die in Abhängigkeit von der Mannschaftsgröße meist aus zwei Ärzten sowie aus vier bis sechs Physiotherapeuten besteht, die zu Behandlungszwecken gesundheitlich angeschlagener Athleten und zur Versorgung akut auftretender Unfälle oder Erkrankungen vor Ort bereit stehen. Es gibt einen leitenden Verbandsarzt, der neben der Koordination des Personaleinsatzes von Ärzten und Physiotherapeuten bei Wettkämpfen im Aktiven- und Juniorenbereich auch die Personalauswahl steuert. Er ist bei nationalen und internationalen Meisterschaften mit dabei und koordiniert die Zusammenarbeit der DLV-Ärzte und Physiotherapeuten. Darüber hinaus gehört neben dem Aufgabenbereich einer akuten Behandlung auch die Prophylaxe von Krankheiten und Verletzungen in den Zuständigkeitsbereich des leitenden Verbandsarztes und den der anderen Verbandsärzte. Bei den Verbandsphysiotherapeuten liegt eine ähnliche Aufgabenverteilung vor. Hier gibt es auch einen leitenden Verbandsphysiotherapeuten, der in Abstimmung mit dem leitenden Verbandsarzt die Therapien, den Personaleinsatz und die Zusammenarbeit koordiniert. Zur Betreuung bei Trainingslagern und Wettkämpfen steht ein Pool an 25-30 verschiedenen Physiotherapeuten zur Verfügung. Der Aufgabenbereich der Verbandsphysiotherapeuten beschränkt sich formal auf die Betreuung bei Wettkämpfen und Trainingslagern der Nationalmannschaft. Hinzukommen kann die Behandlung von Athleten, die in Trainingsphasen bei den entsprechenden Therapeuten vorstellig werden. Eine Verpflichtung zum Aufsuchen eines DLV-Arztes oder Physiotherapeuten besteht jedoch nicht.

Die Nominierung des medizinischen Personals lief lange Zeit insbesondere bei Großwettkämpfen eher undurchsichtig ab, mittlerweile werden die Vorschläge des leitenden Arztes von der hauptamtlichen Führung des DLV diskutiert und die medizinische Betreuung über einen längerfristig ausgerichteten Einsatzplan geregelt, der durch den leitenden Verbandsarzt in Kooperation mit dem leitenden Physiotherapeuten aufgestellt wird. Die Aufgaben der Verbandsärzte und Verbandsphysiotherapeuten sind nicht bis ins Detail geregelt, die Ausgestaltung des Aufgabenbereichs hängt maßgeblich vom Engagement des jeweils leitenden Verbandsarztes und seinem Team ab. Die medizinische Abteilung ist während der Wettkämpfe zumeist in den

Katakomben der Stadien untergebracht, um im Falle auftretender Beschwerden oder Verletzungen möglichst schnell über einen weiteren Wettkampfeinsatz entscheiden und eine Behandlung einleiten zu können. Im Hinblick auf die Organisation von Trainingslagern der Nationalmannschaft finden sich lediglich Regelungen, die den Einsatz von Physiotherapeuten sicherstellen. Dass bei den von den Bundestrainern bzw. den Disziplintrainern organisierten Trainingslagern mindestens ein Physiotherapeut dabei sein soll, ist jedoch noch nicht allzu lange die Regel. Nicht festgelegt ist die Begleitung eines DLV-Arztes. Dementsprechend wird in Trainingslagern bei medizinischen Notfällen häufig auf lokale Versorgungseinrichtungen zurückgegriffen.

2) Den zweiten Bereich bilden allgemeine gesundheitsbezogene Regelungen des Verbands, die für alle Kaderathleten gültig sind, wie beispielsweise die Vorgabe, dass diese sich einmal jährlich in einem sportmedizinischen Untersuchungszentrum einer Vorsorgeuntersuchung unterziehen sollen. Zusätzlich besitzen die von den Disziplintrainern entworfenen Rahmentrainingspläne einen indirekten Verletzungsbezug, indem z.B. die Gestaltung von Regenerationsphasen oder eine Integration präventiver Trainingsformen vorgegeben werden. Die Umsetzung dieser Pläne unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten durch die jeweiligen Trainer vor Ort ist damit jedoch nicht gewährleistet. Indirekte Vorgaben mit Verletzungsbezug werden auch durch die Nominierungskriterien festgelegt, die einen „Gesundheitsnachweis“ im unmittelbaren Vorfeld der jeweiligen Meisterschaft erforderlich machen. Nach der Nominierung haben die Athleten noch einmal einen Leistungsnachweis zu erbringen, um zu zeigen, dass sie auch noch unmittelbar vor der Meisterschaft leistungsfähig sind. Wer dieser Leistungserbringung nicht standhält, wird von der Nominierung zurückgezogen. Eine vorherige Konsultation des leitenden Mannschaftsarztes ist dagegen formal nicht vorgesehen. Ein Umdenken bei der medizinischen Behandlung und Betreuung resultierte vor allem aus hohen Verletzungs- und Ausfallraten im nationalen Auswahlkader trotz der vorhandenen Betreuungsleistungen. Die Überlegungen zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Strukturen auf der nationalen Ebene im DLV mündeten im Herbst 2004 in die Formulierung von Zielsetzungen für ein „Gesundheitsmanagement“. Dieses Konzept basiert im Grunde auf den drei Säulen Bewusstseinsbildung bei den Trainern und Athleten, Anpassung des Trainings durch Verstärkung der regenerativen Aspekte und des Bereichs Grundlagentraining sowie einer Verbesserung der Vernetzung von Athleten, Trainern und medizinischem Personal in Gesundheitsfragen. Hierzu wurden vom DLV vor allem Spezialleistungen für die Mitglieder des zum Untersuchungszeitpunkt existierenden und neu eingeführten Top-Team-Peking-2008-Kaders bereitgestellt¹⁰². Im Mittelpunkt stehen in diesem neuen System die so genannten Top-

102 Für das Top-Team-Peking wurden nach den Olympischen Spielen 2004 in Athen 55 Athleten ausgewählt, denen man an vom damaligen Leistungsstand zugetraut hatte, in Peking in ein Finale zu kommen oder um eine Medaille zu kämpfen. Diese Gruppe wurde nach den Weltmeisterschaften in Helsinki im Jahre 2005 auf 69 Athleten erweitert.

Team-Lehrgänge, die sich durch eine breit aufgestellte medizinische Abteilung auszeichnen. So wurde im Rahmen eines einwöchigen Top-Team-Nationalmannschaftslehrgangs im Oktober 2006 zum ersten Mal viel Wert auf eine besonders intensive medizinische Beratung und Betreuung gelegt, indem drei DLV-Ärzte und sieben DLV-Physiotherapeuten mit anwesend waren. Eine weitere dieser Aktivitäten ist die orthopädische Leistungsdiagnostik, die speziell für die Pekingkaderathleten entwickelt und Ende des Jahres 2005 erstmalig im Rahmen eines Top-Team-Kaderlehrgangs eingesetzt wurde. Allerdings besteht in einer derart ausdifferenzierten Individualsportart wie der Leichtathletik die Schwierigkeit der Entwicklung und Einführung von einfachen, disziplinübergreifenden Maßnahmen zur Überprüfung eines allgemein-athletischen Status, da diese Überprüfung normalerweise im Verantwortungsbereich des Trainers liegt. Mit den Top-Team-Lehrgängen wurde auch ein Instrument geschaffen, das grundsätzlich für einen Austausch über gesundheitsbezogene Fragen einsetzbar ist, was bislang vor allem im Bereich der Ernährungsberatung praktiziert wird. In der Anfangsphase befindet sich auch die Einführung eines Gesundheitspasses, der einen ersten Schritt zu einer einheitlichen Dokumentation der Verletzungs- und Krankheitsgeschichte darstellt. Die Athleten sind angehalten, die von den jeweiligen Ärzten durchgeführten Behandlungen einzutragen. Damit soll in erster Linie eine adäquate Behandlung bei Nationalmannschaftslehrgängen und Trainingslagern erleichtert werden. Ein weiteres Anliegen liegt in der expliziten Ausweisung regionaler und mit dem DLV kooperierender medizinischer Experten, um zu einem leichteren Aufbau lokaler Netzwerke für medizinische Behandlungszwecke beizutragen.

3) Den dritten für die Leichtathletik relevanten Bereich bildet die medizinische Betreuung an Olympiastützpunkten. Diese so genannte Regelbetreuung an Olympiastützpunkten läuft über spezifische Kooperationsvereinbarungen, die nicht an allen Trainingsorten gleich sind. Das zentrale Ziel ist es, bei aller Unterschiedlichkeit der gegebenen infra- und personalstrukturellen Bedingungen am Heimattrainingsort zumindest eine Mindestbetreuung im physiotherapeutischen Bereich zu gewährleisten. In Abhängigkeit des Kaderstatus werden den Athleten hier vor allem physiotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bereitgestellt. Ein A-Kader- oder Top-Team-Kader-Athlet hat beispielsweise das Anrecht auf die Nutzung von drei physiotherapeutischen Behandlungen pro Woche, ein B-Kader-Athlet darf hingegen nur zwei Behandlungen in Anspruch nehmen. Oftmals ist auch ein Stützpunktarzt vorhanden, der von den Athleten aufgesucht werden kann. Darüber hinaus bestehen in Abhängigkeit des jeweiligen Stützpunkts Angebote in den Bereichen der psychologischen Betreuung, Laufbahn- und Ernährungsberatung sowie der Leistungsdiagnostik.

4) Der Verein kann bei Leichtathleten ebenfalls eine Rolle im Zusammenhang einer medizinischen Betreuung spielen. Manche Vereine haben Physiotherapeuten, die eine Wettkampfbetreuung bei nationalen Wettkämpfen übernehmen und bei nationalen Meisterschaften zusätzlich zu den Verbandsphysiotherapeuten anwesend sind. Es gibt Vereine, die ihren Athleten trainingsbegleitende physiotherapeutische Leistungen bereitstellen: entweder werden Physio-

therapeuten beschäftigt oder die Zusammenarbeit mit Physiotherapiepraxen wird gesucht. Viele Vereine kooperieren auch mit einem Sportarzt oder einer medizinischen Einrichtung vor Ort, um eine möglichst schnelle und exklusive Behandlung der Athleten zu gewährleisten. Darüber hinaus stellen manche Vereine auch die infrastrukturellen Rahmenbedingungen für die Durchführung verletzungspräventiver und rehabilitativer Maßnahmen bereit, beispielsweise durch das Vorhandensein entsprechender Gymnastik- oder Krafräume, Saunen oder Entspannungsbecken.

5) Eine weitere Rolle können die von Bundespolizei, Bundesgrenzschutz oder Bundeswehr bereitgestellten medizinischen Ressourcen darstellen, sofern sich der oder die Athletin in einem Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis mit diesen Organisationen befindet.

6) Den sechsten Bereich bilden die individuell vom Athleten und dessen Umfeld organisierten medizinischen Behandlungs-, Rehabilitations- und Betreuungsmaßnahmen, die außerhalb des Zuständigkeitsbereichs von DLV, DOSB oder dem Verein liegen.

Mit Hilfe der zwei System Mappings von Sven Wagner und Tina Frey gilt es nun unter anderem die individuelle „Komposition“ und das Zusammenspiel dieser sechs potentiell relevanten Bereiche genauer zu beschreiben und insbesondere die Rolle der verbandsbezogenen Betreuung bei Training und Wettkampf genauer zu analysieren.

7.1.2. Überblick und Zeitraum bis zur Schulterverletzung

Allgemeine Informationen zum biografischen System Mapping von Sven Wagner

Der für diese Einzelfallstudie ausgewählte *Leichtathlet Sven Wagner (S_SW)* ist in den Wurf- und Sprungdisziplinen zu Hause und blickt bereits auf eine längere sportliche Karriere zurück. Er hat den Übergang von der Jugend über die Junioren zu den Aktiven gut gemeistert und entscheidet sich aufgrund guter Wettkampfergebnisse für eine Profilaufbahn. Nach ein paar Jahren nimmt er zusätzlich ein Studium auf, um sich ein zweites Standbein für die Zeit nach der sportlichen Karriere zu verschaffen. Neben zahlreichen sportlichen Erfolgen blickt Sven zum Zeitpunkt des Interviews bereits auf viele Verletzungen zurück, die sich wie ein roter Faden durch die gesamte Laufbahn ziehen. Er verkörpert den Typus eines Leichtathleten, der trotz wiederkehrender Verletzungen seine Karriere fortsetzt und stets zu Spitzenleistungen zurückfindet. Das Interview mit Sven findet nachmittags im Besprechungsraum seines Trainingszentrums statt. Sven hat sich den gesamten Nachmittag frei genommen und zeigt sich dem Vorgehen gegenüber offen. Bereits von Beginn an herrscht eine angenehm lockere Gesprächsatmosphäre, Sven ist von Beginn an hoch konzentriert und es entsteht der Eindruck, dass er sich intensiv mit seiner Verletzungsbioografie auseinandersetzt und alles noch einmal durchlebt. Im Zuge des Einzeichnens der bedeutsamsten Verletzungsmuster in das Diagramm fallen Sven zahlreiche weitere Beschwerdebilder ein, die im Karriereverlauf eine Rolle gespielt haben. Die Zeit vergeht wie im Fluge und erst gegen Ende des 225minütigen Gesprächs weist Sven darauf hin, dass langsam die Konzentration nachlässt. Über die selbst gezeichneten Verlet-

zungsverläufe zeigt er sich am Ende beeindruckt, ist aber gleichzeitig froh, dass er die Auseinandersetzung mit seinen Verletzungen hinter sich hat. „Es war anstrengend, aber nicht nervig, weil ja keine blöden Fragen dabei waren. Es waren nur anstrengende Fragen, weil man sich ja nicht so strukturiert über seine Vergangenheit und über das, was in seinem Leben passiert ist, auseinandersetzt“ (S_SW, 629)¹⁰³.

Wenige Wochen nach dem Athleteninterview wird am selben Ort der langjährige Trainer F. Schäfer (T_FS) zu Svens Verletzungsbiografie befragt. Der Trainer gibt während des 30minütigen Gesprächs bereitwillig Auskunft, macht aber auch deutlich, dass er zum Umgang mit den Verletzungen seines Schützlings nicht so viel sagen kann, da er sich als Trainer vor allem für das Training verantwortlich sieht. Er teilt mit, dass er nicht gerne in die Vergangenheit blickt, sondern lieber nach vorne schaut.

Die Auswahl des Arztes gestaltet sich aufgrund von vielen involvierten Ärzten etwas schwierig. Gemeinsam mit Sven wird Dr. U. Becker (A_UB) ausgewählt, der den Athleten bereits mehrmals behandelt hat und aktuell als erster Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen fungiert. Darüber hinaus betreut Dr. U. Becker zahlreiche weitere Leichtathleten und kann aufgrund seiner mehrjährigen Erfahrung gleichzeitig als Experte für den Umgang mit Spitzenleichtathleten im Allgemeinen angesehen werden. Das 75minütige Interview findet in der Privatpraxis von Dr. U. Becker am Tag des Trainerinterviews statt. Der Arzt beteiligt sich mit großem Engagement am Gespräch und nimmt sich viel Zeit. Die Gesprächsatmosphäre ist von großer Offenheit geprägt und wird als sehr angenehm empfunden. Insgesamt liegen der Darstellung des nun folgenden biografischen System Mappings von Sven Wagner 330 Minuten Interviewmaterial zu Grunde.

Überblick über die biografisch relevanten Verletzungen

Die Verletzungen von Sven verteilen sich über den gesamten Körper. Neben der für das Jugendalter typischen schmerzhaften Reizung des Patellasehnenansatzes (Morbus Osgood Schlatter) treten im weiteren Karriereverlauf zunächst Rückenbeschwerden im Bereich des Iliosakralgelenks und eine Subluxation der Peronealsehne am Sprunggelenk auf. Wenig später entwickeln sich chronische Sprunggelenks- und Mittelfußbeschwerden, die von Muskelfaserrissen am Oberschenkelbeuger begleitet werden. Problemen im Bereich der Lendenwirbelsäule (Ödem im 4. Lendenwirbel/Ermüdungsbruch) folgen eine Nackenwirbelerkrankung, der Anriss eines Wadenmuskels (M. Tibialis Posterior) und Schulterprobleme (Impingement Syndrom). Darüber hinaus treten zwei regelrechte Verletzungskomplexe auf, bei denen es zeit-

103 Viele der folgenden Interviewpassagen wurden zum Zwecke der besseren Verständlichkeit gekürzt. Bei Kürzungen, die über Wortwiederholungen oder Füllworte hinausgehen, ist dies durch eine runde Klammer (...) gekennzeichnet. Ergänzungen nicht beendeter Satzbestandteile sind von einer eckigen Klammer [...] umgeben. Gleiches gilt für situativ notwendige Maßnahmen einer Anonymisierung der Daten, wie zum Beispiel bei einer Nennung von leichtathletischen Trainingsmaßnahmen, die Rückschlüsse auf die Disziplin zulassen.

gleich oder in unmittelbarer Folge zu gesundheitlichen Problemen kommt. Beim ersten Verletzungskomplex handelt es sich um die Leitproblematik Leistenbruch, um eine Fingerkuppenfraktur, eine Knochenhautreizung am Schienbein, eine schmerzhafte Veränderung des großen Zehs (Hallux Valgus) und um weitere kleinere Beschwerdebilder. Der zweite Verletzungskomplex ist vor allem durch Kniebeschwerden (Patellaspitzenyndrom) charakterisiert, nebenbei existieren zusätzliche Beschwerden im Bereich des Handgelenks. Nach der Erarbeitung der Verletzungen mit Hilfe der Körpergrafik macht Sven von sich aus darauf aufmerksam, dass vor allem ein Verletzungstypus überwiegt. „Auf einen Unfall sind die wenigsten Verletzungen zurückzuführen. Bei mir ist alles Verschleiß oder Fehlbelastung“ (S_SW, 28). Diese Einschätzung verweist vor dem Hintergrund der zahlreichen auf ein traumatisches Ereignis zurückzuführenden Verletzungen wie die zwei Muskelverletzungen, der Fingerkuppenbruch, die Nackenwirbelerletzung oder die Subluxation der Peronealsehne bereits auf deren relativ geringe subjektive Bedeutung im Karriereverlauf. Im Bewusstsein präsent sind vor allem die Beschwerden im Bereich der Schulter und des Rückens sowie des Knie- und Sprunggelenks.

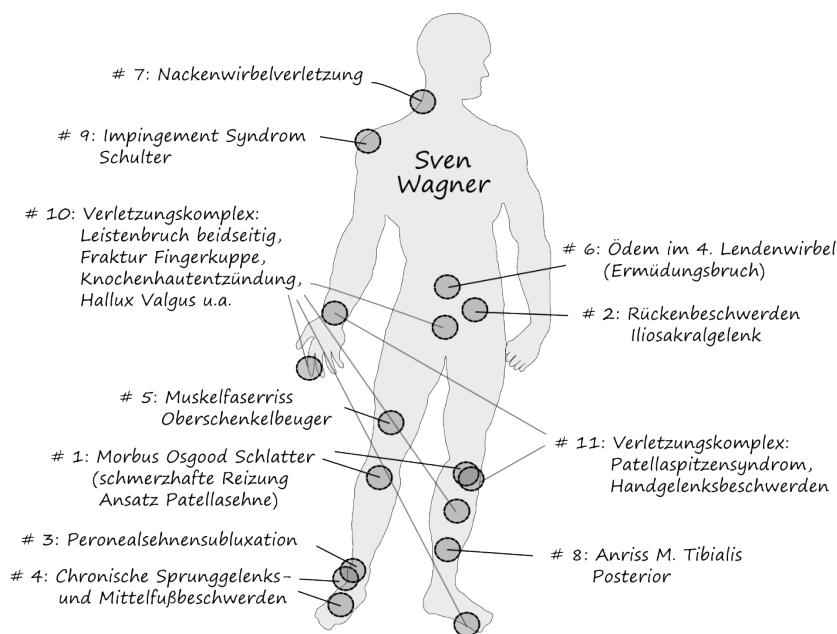


Abbildung 5: Verletzungsbiografie von Sven Wagner im Überblick

Rückblickend stellt sich für Sven die Schulterverletzung als am schwerwiegendsten heraus, gefolgt vom Ermüdungsbruch im Lendenwirbelbereich und den chronischen Sprunggelenks- und Mittelfußbeschwerden. Die Verletzungskomplexe sind in ihrer Summe ebenfalls bedeutsam, isoliert betrachtet spielen die jeweiligen Einzelprobleme jedoch nur eine untergeordnete Rolle. „Die einzelnen Leistenbrüche an sich, würde ich, weil das auch keine Verletzung ist, die langfristig irgendwelche Folgen hat, nicht unbedingt berücksichtigen. Also Schulter, Rücken und Mittelfuß mit der Operation“ (S_SW, 240).

- **Morbus Osgood Schlatter beidseitig (# 1)**

In der Jugend treten bei Sven nach einer Trainingseinheit mit vielen Sprungübungen starke Knieschmerzen auf, die als Morbus Osgood Schlatter diagnostiziert werden und für längere Zeit das Training beeinflussen. „Da habe ich das Bein zwei Mal komplett eingegipst bekommen, einmal vier Wochen und einmal drei Wochen“ (S_SW, 13). Zum ersten Mal in der noch jungen Karriere erfolgt eine intensive physiotherapeutische Behandlung (vgl. S_SW, 36). Die Beschwerden lassen zwar allmählich nach, dennoch begleiten sie Sven knapp fünf Jahre lang. „In den ersten Monaten kam es einem am schlimmsten vor. Auch auf beiden Seiten. Später war es eigentlich nur noch links. Aber irgendwann kann man sich im Training auch so ein bisschen darauf einstellen“ (S_SW, 134). Insbesondere bei Sprüngen zur Schulung der Reaktivkraft muss Sven in der Folge sehr vorsichtig sein (S_SW, 130). Einen direkten Bezug zum Leistungssport sieht Sven jedoch nicht. „Weil das mein Bruder auch bekommen hat und der hat nie wirklich Leistungssport betrieben. Das ist ja eine gar nicht so unübliche Krankheit bei Jungen in dem Alter, deshalb hat mich das mental gesehen nicht beeinträchtigt“ (S_SW, 138). Hin und wieder treten auch Knochenhautreizungen im Bereich des Schienbeins auf, die jedoch nur vage im Gedächtnis geblieben sind. „Das kam auch in der Jugend schon mal vor. Das kann ich aber nur ganz schwer sagen, wann das war und wie das aufgetreten ist“ (S_SW, 141). Vier Jahre nach der ersten sportlich relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung tritt ein neues Beschwerdebild auf. „Und dann ging es eigentlich fließend über. Rückenprobleme waren dann so das nächste, was mich regelmäßig beeinträchtigt hat“ (S_SW, 13).

- **Beschwerden Iliosakralgelenk (# 2)**

Die Rückenbeschwerden im Bereich des Iliosakralgelenks (ISG) begleiten Sven in den folgenden fünf Jahren, indem sie immer wieder akut auftreten und vor allem das Training beeinflussen. „Ich meine, ich habe immer Rückenprobleme am ISG gehabt. Das habe ich auch schon in der Jugend gehabt. Da wurde ich auch regelmäßig behandelt. Da habe ich teilweise auch mit Gürtel [trainiert]. Das ging nicht. Dann wurde eine Beinlängendifferenz festgestellt. Daraufhin habe ich Einlagen bekommen und mit den Einlagen habe ich das ganz gut in den Griff bekommen. Aber ich habe immer wieder Phasen gehabt, vor allem im Wintertraining, wo ich zwei bis drei Wochen nicht [disziplinspezifisch trainieren] konnte, weil das ISG wieder entzündet war“ (S_SW, 157). Trotz der Beeinflussung des Trainings durch die ISG-Problematik geht die Leistungsentwicklung von Sven steil nach oben, so dass dieser sich für eine Profikarriere entscheidet. Nach einem sportlich erfolgreichen und durch die punktuell vorhandenen Rückenprobleme und auslaufenden Kniebeschwerden nur unwesentlich beeinträchtigten Jahr kommt es gleich zu Beginn der ersten Saison als professioneller Leichtathlet zu einer traumatischen Verletzung.

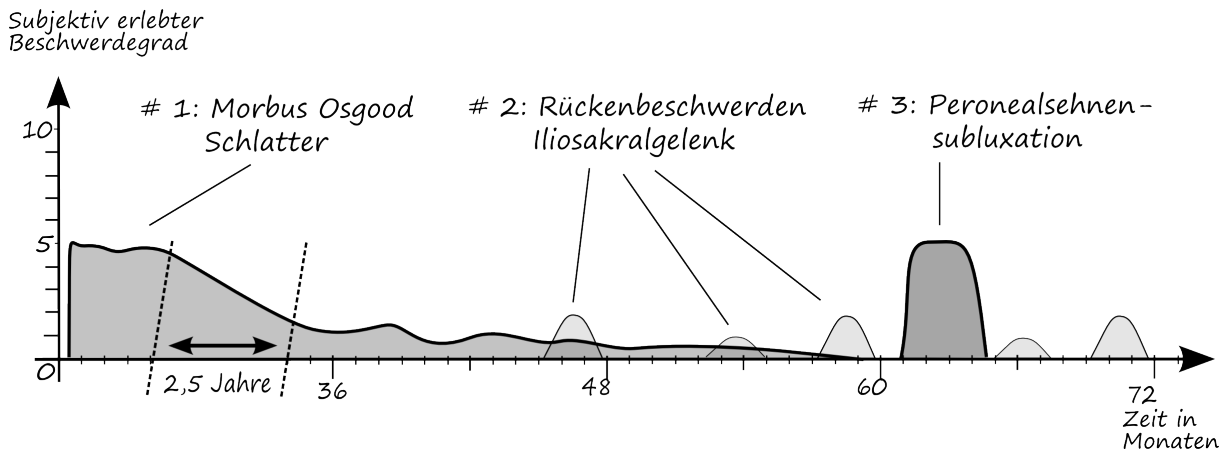


Abbildung 6: Verletzungsverläufe #1 bis #3 von Sven Wagner

- **Peronealsehnensubluxation (#3)**

Bei einem Hallenwettkampf erleidet Sven eine Verletzung am rechten Sprunggelenk, die sich später als Peronealsehnensubluxation herausstellt (S_SW, 32). Eine medizinische Erstversorgung erfolgt sofort. „Hier bei dem Fuß habe ich direkt eine Spritze bekommen und der wurde dann ruhig gestellt, aber da konnte man nicht viel machen. Als erstes habe ich mich ziemlich betrunken an diesem Abend, was ein ziemlicher Fehler war. Aber damals hat mich das alles nicht so gekümmert. Da sind wir mit mehreren Leuten weg und am Ende konnte ich sogar richtig gut gehen auf dem Fuß. Am nächsten Tag bin ich dann aufgewacht und hatte ein riesengroßes Ei am Fuß. Das war so die Erstbehandlung. Natürlich eine riesengroße Schwellung gehabt und der [Fuß] ist zehn Jahre später noch immer dick“ (S_SW, 76). Um die Verletzung kümmert sich Sven zunächst nicht weiter. „Die ersten Tage, wenn man keine Diagnose hat, habe ich mir auch nicht viel dabei gedacht. Ich bin auch nicht direkt zum Arzt gegangen“ (S_SW, 62). Einen festgelegten Ablauf und einen medizinischen Ansprechpartner gibt es zu diesem Zeitpunkt noch nicht. „Damals war ich da noch nicht so routiniert. Ich weiß gar nicht, zu wem ich (...) da gegangen bin. Ich glaube Dr. B. Adler, der ist super. Ich glaube bei dem war ich damals. (...) Er hat mich mit den Rückenproblemen mal behandelt. Und ich glaube mit dem Fuß war ich dann auch bei ihm, aber da konnten wir auch nichts mehr machen“ (S_SW, 78).

Trotz der Verletzung fährt Sven mit ins Trainingslager und lässt sich dort vom mitgereisten Physiotherapeuten U. Winkler nicht nur behandeln. „Da haben wir Stabilisationsübungen und ein Aufbaustraining gemacht“ (S_SW, 78). Den Beschwerdeverlauf beschreibt Sven rückblickend wie folgt. „Als es passiert ist, habe ich das nicht so ernst genommen, weil es eigentlich mein erster größerer Unfall war und ich dachte, das wäre nicht so wild. Hat sich erst im Nachhinein herausgestellt, dass es mich doch beeinträchtigt hat“ (S_SW, 54). Erst zwei Wochen nach dem Ereignis realisiert Sven das Ausmaß der Verletzung. Er benötigt weitere zwei-einhalb Monate, bis er wieder richtig laufen kann, was er mit der eingezeichneten Beschwerdekurve entsprechend vermerkt (S_SW, 54-64). Der Einstieg in den Wettkampfbetrieb erfolgt

in der laufenden Saison, die schließlich mit guten Ergebnissen bei internationalen Meetings beendet wird. In der darauf folgenden Hallensaison erzielt Sven bei der internationalen Meisterschaft 1, auch mit Blick auf den im Sommer anstehenden Saisonhöhepunkt, ein viel versprechendes Ergebnis.

- **Chronische Mittelfußbeschwerden Phase 1 (# 4)**

In der Vorbereitung auf die Freiluftsaison erlebt Sven neben den erneut auftretenden Iliosakralgelenksproblemen erstmals eine Beeinträchtigung durch Schmerzen im Bereich des Mittelfußes. „Daran kann ich mich erinnern. Ich hatte eine super Saison, aber ich musste meinen Fuß immer so zusammentapen, dass ich darauf laufen konnte. Hier das kam eher so schleichend. Ich konnte im Grunde immer damit trainieren und auch Wettkämpfe machen“ (S_SW, 144). Sven nimmt die im Saisonverlauf langsam zunehmenden Beschwerden nicht so ernst. „Die Verletzung, die verdrängt man auch gerne. Das ist ein bisschen schwierig, das genau zu sagen. Aber ich würde schon sagen, dass das im Training dann wieder schlimmer wird. Im Wintertraining vor allen Dingen, weil man das gar nicht so gedacht hatte. Und zur Saison belastet man im Grunde weniger. Bekommt dann natürlich auch eine Spritze, dann ist das wieder okay“ (A_UB, 147). Nach einem ersten Höhepunkt in der Wintertrainingsphase lassen die Beschwerden auch behandlungsbedingt im Verlauf der sportlich erfolgreichen Hallensaison etwas nach.

- **Muskelfaserrisse Oberschenkelbeuger (# 5)**

Im Vorbereitungstrainingslager auf die Sommersaison zieht sich Sven jedoch einen ersten von zwei Muskelfaserrissen hinzu. Während dieser Zeit lernt Sven den Arzt Dr. U. Becker kennen, der im weiteren Karriereverlauf immer wieder eine Rolle spielt. Beim Muskelfaserriss im Oberschenkelbeuger wird zunächst eine zwei- bis dreiwöchige disziplinspezifische Trainingspause eingelegt, die im Nachhinein jedoch als zu kurz angesehen wird, da dieselbe Verletzung nur einen Monat später bei einem Wettkampf erneut auftritt. „Nach dem ersten war [die Pause] definitiv zu kurz. Vielleicht zwei Wochen. Das war nicht so lange. Zwei Wochen, maximal drei Wochen, würde ich sagen“ (S_SW, 41). Der erste Muskelfaserriss wird als wenig bedeutsam eingestuft, weil sich dieser in der Trainingsphase ereignet. Auch die Erinnerung an die Behandlungsmaßnahmen ist verblasst. „Nach dem ersten kann ich mich gar nicht mehr erinnern, wie wir das gehandhabt haben, weil da keine Wettkämpfe angestanden haben“ (S_SW, 43). Die Relevanz der Verletzung wird als gering betrachtet. „Das ist auch ärgerlich, aber es war der Muskel und das nimmt man nicht so ernst, weil man weiß, dass es schnell auskuriert ist. (...) Da weiß man eigentlich sofort was Sache ist“ (S_SW, 67). Das Training wird dabei nicht komplett ausgesetzt, sondern lediglich an die durch die Verletzung vorgegebenen Einschränkungen angepasst. „Ich habe die ganze Zeit trainiert. Ich kann mich zwar nicht mehr so genau erinnern, aber würde ich so sagen. Ich habe alles gemacht, was möglich ist, und dann langsam die Belastung gesteigert“ (S_SW, 69). Die Bewertung der beiden Muskelfaserrisse in Relation zueinander hängt für Sven vom Zeitpunkt des Auftretens ab. „Bei der

zweiten [Verletzung] würde ich jetzt mal intuitiv sagen, dass die mich ein bisschen mehr geärgert hat, weil da die Saison schon losgegangen ist“ (S_SW, 69). Obwohl keine Wettkämpfe bestritten werden können, stellt diese in Relation zu anderen Verletzungstypen für Sven kein allzu großes Problem dar. „Mit [dem Muskelfaserriss] konnte ich auch keine Wettkämpfe springen, aber man weiß, das dauert nur 2 Wochen“ (S_SW, 144). Die restlichen Wettkämpfe der Freiluftsaison werden inklusive der internationalen Meisterschaft 4 trotz der langsam wieder zunehmenden Mittelfußbeschwerden erfolgreich bestritten. Im Wintertraining treten zunächst wieder die bereits vertrauten Rückenbeschwerden am ISG auf, ehe es mit Beginn des neuen Jahres zu einer bislang nicht da gewesenen Rückenproblematik kommt.

- **Ödem im 4. Lendenwirbel / Ermüdungsbruch (# 6)**

Das erstmalige Auftreten der Rückenprobleme ist Sven immer noch präsent. „Am 3. Januar fing das mit dem Rücken an, das weiß ich noch ziemlich genau. Es war die erste Einheit nach Silvester“ (A_UB, 149). Nachdem die Injektionen mit Schmerzmitteln des Vereinsarztes Dr. N. Jakobi keinen Erfolg zeigen, beginnt eine Ärzteodyssee. „Das war da, als ich von Arzt zu Arzt gefahren bin. Teilweise war ich auch bei guten Ärzten, da wurde ein Knochenszintigramm gemacht, Kernspin gemacht, geröntgt und eine Spritzenkur habe ich bekommen, die hat aber gar nichts gebracht. Dann hat mir jemand gesagt, das wäre ein Ermüdungsbruch, dann wieder nicht, weil das Szintigramm nicht die entsprechenden Sachen angezeigt hat“ (S_SW, 215). Zunächst sucht Sven einen Rückenexperten auf. „Der hat eine Spritzenkur gemacht. Da war ich vielleicht fünf Wochen. Habe in der Zeit vier Spritzen bekommen, aber damit hat sich die Situation überhaupt nicht verbessert“ (S_SW, 290). Trotz starker Beschwerden und unklarer Diagnosestellung erfolgt parallel zu den Arztkonsultationen der Einstieg in die Hallensaison. „Anfangs dachte ich, ich kann noch einen Wettkampf springen und bin in die [Hallen-] Saison eingestiegen. Ging nicht!“ (S_SW, 155). Nachdem die Hallensaison beschwerdebedingt abgebrochen werden muss, geht die Suche nach Hilfe weiter. „Ich bin bei Dr. T. Baum gewesen in Stadt14, dahin fährt man auch nicht mal eben. Und der wusste auch nicht so recht. Dann wechselt man halt wieder den Arzt. Dann war ich bei Dr. B. Adler. Der sagt, ich weiß darüber nicht Bescheid. Dann nach Stadt 2 zu einem Professor und das war dann die letzte Station. Ich weiß jetzt nicht mehr, was da noch dazwischen war“ (S_SW, 290). Der Einschätzung des Professors schenkt Sven schließlich Glauben. „Im Endeffekt war es, das hat mir nach drei Monaten ein Professor, der Prof. Dr. K. Hesse, gesagt, dass es eine Veränderung wie bei einem Ermüdungsbruch ist, aber schon ein bisschen was anderes und dass das einfach ein paar Monate braucht, bis sich der Knochen wieder neu ausgerichtet hat und wieder fest ist“ (S_SW, 215). Die durchgeführten Arztkonsultationen erstrecken sich auf das gesamte Bundesgebiet. „Ich war bei so vielen Ärzten, dass ich das sogar beim Finanzamt einreichen musste, weil die mir nicht geglaubt haben, dass ich so oft beim Arzt war. Da musste ich die ganzen Termine auflisten. Ich war bei sieben verschiedenen Ärzten und jeder hatte irgendwie einen anderen Ansatz. (...) Das war schon eine sehr nervige Geschichte“ (S_SW,

155). Das gemeinsame Trainingslager mit der Trainingsgruppe steht auch in diesem Jahr wieder auf dem Programm, obwohl durch die Rückenbeschwerden ein wettkampforientiertes Training unmöglich ist. „Da habe ich aber viele Läufe gemacht. In dem Trainingslager war es aber so, dass ich nicht richtig laufen konnte, weil mir der Fuß so weh tat und da war ich schon ziemlich frustriert“ (S_SW, 151). Denn parallel zur Rückenproblematik, die Sven auch als Ödem im Dornfortsatz des 4. Lendenwirbels bezeichnet, laboriert er immer noch an den Mittelfußbeschwerden (S_SW, 95). Im Verlauf der Freiluftsaison lassen die Rückenbeschwerden jedoch schnell nach. Sven schafft mit einem späten Einstieg die Qualifikation für die internationale Meisterschaft 6 und bringt die Saison trotz zunehmender Mittelfußbeschwerden erfolgreich zu Ende. Im Gegensatz zu den Mittelfußbeschwerden bereitet ihm die „LWS-Geschichte“ auch in der Folge keine Probleme mehr (vgl. S_SW, 217).

- **Chronische Mittelfußbeschwerden und Operation Sprunggelenk/Mittelfuß**

- Phase 2 (# 4)**

Im Laufe des Wintertrainings nehmen die Mittelfußbeschwerden so stark zu, dass die Entscheidung zu einer operativen Versorgung nach der Hallensaison getroffen wird. Der Höhepunkt ist unmittelbar vor Jahresende erreicht. „Die Probleme hatte ich, wie schon gesagt im Mittelfuß, und das tat mir ständig weh. Da habe ich auch regelmäßig Kortison gespritzt bekommen. Am Anfang hat das vier Wochen gehalten. Später hat das nur noch zehn Tage funktioniert. (...) In dem Wintertraining wurden die Abstände immer kürzer und deshalb haben wir dann gesagt, das muss operiert werden“ (S_SW, 109). Die unter sportlichen Gesichtspunkten erfolgreiche Hallensaison zieht Sven unter starker Schmerzmedikation noch durch. Eine Teilnahme an der internationalen Meisterschaft 7 wird durch den bereits im Vorfeld festgelegten Operationstermin von vornherein ausgeschlossen. Gegen Ende der Hallensaison findet schließlich die Operation bei Dr. U. Becker statt. „Da wurden das Sprunggelenk und der Mittelfußknochen operiert. Also an zwei Stellen. Wie man die Verletzung bezeichnet, weiß ich immer noch nicht“ (S_SW, 109). Sicher ist jedoch, dass ein Dornfortsatz am Thalus operativ entfernt wurde (S_SW, 105). „Nachdem ich die Operation überstanden hatte, habe ich am Fuß, zumindest an den Stellen, keine Probleme mehr gehabt. Ich meine das Sprunggelenk ist immer noch steif, aber ich habe keine Schmerzen. Es gibt ein paar Übungen, die ich nicht machen kann, auf die ich verzichten muss. Aber es gibt keine Beschwerden. Ab da war es wirklich schmerzfrei“ (S_SW, 153).

Perspektive Arzt: Der Arzt Dr. U. Becker erinnert sich an die Behandlung der Mittelfußbeschwerden und den Beginn der Zusammenarbeit mit Sven Wagner wie folgt. „Zusammen mit Jonas Neumann ist er dann auch irgendwie bei mir gelandet und ich weiß auch gar nicht mehr genau, wie es war. Normalerweise ist Sven sehr selbständig und ich glaube, dass er mich direkt angesprochen hat und nicht wie üblicherweise der Trainer des jeweiligen Athleten. Das ging bei Sven zunächst mit kleineren Sachen los, die wir gesehen haben. In dem Jahr, in welchem er [eine super sportliche Leistung erbracht hat], wurde die Zusammenarbeit dann inten-

siver, weil er ein bzw. zwei Probleme am Fuß hatte. Nach [der persönlichen Bestleistung] hat er dann auf die nationale Meisterschaft 7 und die internationale Meisterschaft 7 verzichtet, weil er sich bei uns hat operieren lassen, nachdem nächtelang darüber beraten wurde. Im folgenden Sommer ging es dann wieder mit seinem Fuß, aber eigentlich auch nicht so richtig, wie wir uns das vorgestellt haben. Die Operation ist also nicht perfekt verlaufen, weil eine von den beiden Beschwerdestellen nach der Operation nicht so geworden ist, wie es unser Anspruch war. In diesem Zusammenhang ist es dann enorm wichtig, cool zu bleiben, indem man sich bewusst macht, was richtig gemacht worden ist und wie der Stand der Dinge ist, weil in solch einem Fall auch immer sehr viele Leute herumrühren. Physiotherapeuten haben da etwas zu sagen, die auch teilweise mit tollen neuen Ideen kommen, die hilfreich sind, manchmal aber eben auch nicht“ (A_UB, 15). Dies ist insbesondere bei Sven Wagner der Fall. „Da reden dann auch sehr viele Leute mit und da darf man die eigene Wichtigkeit und die eigenen Präferenzen nicht zu sehr in den Vordergrund stellen, muss sie aber gleichzeitig auch beachten. Man muss also ein gutes Maß finden. Letztendlich überzeugen dann immer die Erfolge. Wenn es gut läuft, dann hat man für den sportlichen Erfolg und alles andere eigentlich alles richtig gemacht. Man muss aber auch die therapeutischen Resultate bzw. Entwicklungen einordnen. Mit dem Fuß war es bei Sven so, dass die Beweglichkeit nicht so perfekt war, wie sich das alle vorgestellt haben. Da waren aber auch die Erwartungen insgesamt brutal hoch. Bei einem chronischen Vorschaden, einer Operation und der Gesamtbelastung sollte ein Ergebnis herauskommen, als hätte es gar keine Verletzung gegeben. Das ist eine Erwartung, die einfach nicht realisierbar ist. Da haben wir dann ein bisschen dran herumgebastelt, was okay war, wo aber gleichzeitig auch der Weg wieder ein bisschen auseinandergedriftet ist. Es kamen dann nach und nach andere Problemchen mit dazu, bei denen immer mehrere Ärzte mit dran beteiligt waren“ (A_UB, 18).

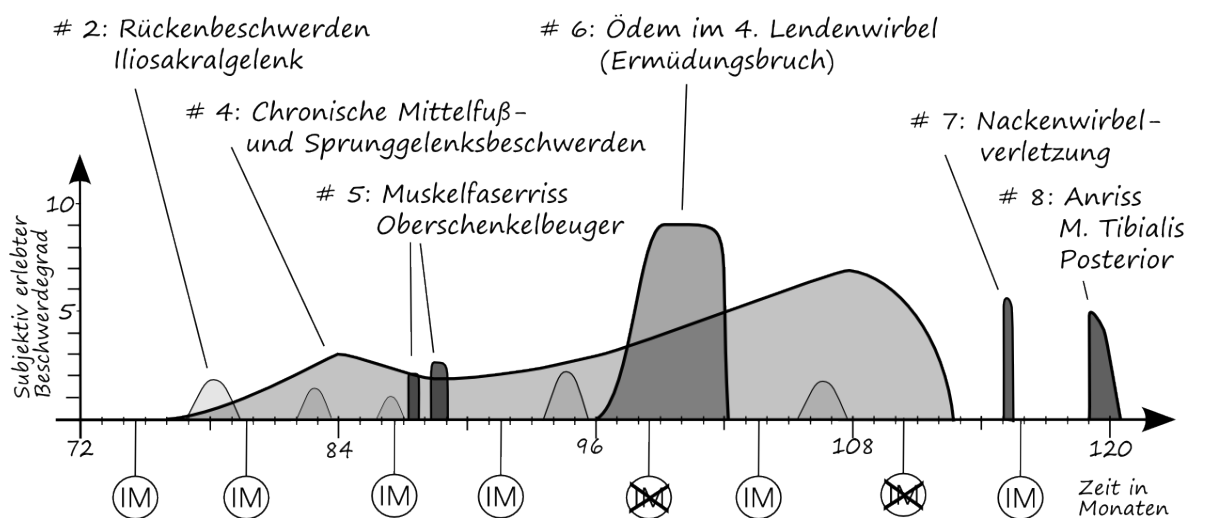


Abbildung 7: Verletzungsverläufe #4 bis #8 von Sven Wagner

- **Nackenvirbelverletzung (#7)**

Rechtzeitig zur Vorbereitung auf die Freiluftsaison ist die Verletzung soweit ausgeheilt, dass ein wettkampforientiertes Training möglich ist und der Saisonanstieg wie geplant durchgeführt wird. Nach zunächst guten Wettkampfergebnissen ereignet sich nach der Qualifikation für die internationale Meisterschaft 8 ein Missgeschick während des Vorbereitungstrainingslagers. „Da habe ich mir auch noch den Nacken beim Turmspringen verrenkt. (...). Das war sogar ein Unfall. (...). Da haben wir Köpfer vom Siebeneinhalbmeterbrett gemacht und ich bin aus dem Wasser gekommen, hab mich von meinen Kumpels verabschiedet und bin zum Physio gegangen. Das war nicht so clever“ (S_SW, 196). Obwohl die Teilnahme an der internationalen Meisterschaft hierdurch nicht in Gefahr ist, ärgert sich Sven über den Zeitpunkt des Auftretens. „Das war vom Zeitpunkt her super doof. Je älter man wird, desto höher sind die Ansprüche an einen selbst und da nervt eine jede Verletzung mehr, als wie wenn man noch jünger ist“ (S_SW, 198). Sven glaubt zwar nicht, dass die Nackenverletzung die Wettkampfleistung negativ beeinflusst hat, sicher ist er sich hierbei rückblickend allerdings nicht (S_SW, 202).

- **Anriss Musculus Tibialis Posterior (#8)**

Ende des Jahres reißt sich Sven im Wintertraining mit dem Musculus tibialis posterior einen Wadenmuskel auf der nicht operierten Seite an. „Weil das ist oft so, wenn man die eine Seite operiert bekommt oder an der Achillessehne was hat, dann bekommt man kurze Zeit später auch Probleme auf der anderen Seite“ (S_SW, 268). Obwohl die Verletzung nach zwei Wochen immer noch nicht ganz ausgeheilt ist, fährt Sven mit ins Trainingslager nach Südafrika. „Da konnte ich nicht [disziplinspezifisch trainieren], das war auch doof, aber war nicht ganz so nervig. [Die Verletzung] hat schon drei Wochen gedauert. Das würde ich sagen, hatte damit zu tun, dass ich die linke Seite einfach zu viel belastet habe“ (S_SW, 268). Im Laufe des Trainingslagers kommt es bei Sven zu einem neuen Beschwerdepheänomen an der Schulter. Diese Problematik wird von Sven rückblickend als bedeutsamste Verletzung der Karriere bewertet und im Folgenden detaillierter betrachtet.

7.1.3. Mehrperspektivische Rekonstruktion des Umgangs mit der Schulterverletzung

Zu Jahresbeginn verspürt Sven parallel zur abklingenden Wadenverletzung Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. „Die Schulterprobleme (.) kamen auch vom Football werfen und nicht vom [wettkampforientierten Training]. Irgendwie hab ich mich beim Werfen da verletzt“ (S_SW, 268). Die auftretenden Schmerzen ignoriert Sven zunächst. „Dann habe ich natürlich weiter geworfen. Ich würde sagen, innerhalb von drei bis vier Tagen ist das passiert“ (S_SW, 332). Die Behandlung durch den mitgereisten Physiotherapeuten führt in Kombination mit einer Trainingspause zu einer zügigen Verbesserung des Zustands, eine ärztliche Diagnose wird daraufhin nicht mehr als notwendig erachtet (vgl. S_SW, 332). Der Einstieg in die Hallensaison erfolgt aufgrund des verletzungsbedingten Trainingsrückstands etwas später als

in den Jahren zuvor und verläuft weniger erfolgreich, da sich Sven für die internationale Meisterschaft 9 nicht qualifizieren kann.

Erneutes Auftreten der Beschwerden im Trainingslager und die „dumme Phase“

Zur Vorbereitung auf die Freiluftsaison wird von der Trainingsgruppe um Trainer F. Schäfer Anfang April ein Trainingslager in Mittelamerika eingelegt. „Das war das erste Trainingslager, bei dem es angefangen hat, dass ich Flugangst bekommen habe. Ich habe früher nie Flugangst gehabt, aber in der Zeit kam Flugangst dazu. (...) Da habe ich gegen die Flugangst Medikamente bekommen. Mittlerweile ist das wieder behoben und ich fliege ohne Medikamente. Ich wurde ja [im Jahr zuvor] am Fuß operiert und da habe ich vor der OP Tabletten bekommen, die einen absolut ausschalten. Den Arzt, Dr. U. Becker, habe ich gefragt, ob man die auch gegen Angstzustände nehmen kann. Daraufhin meinte er: ‚Ja, aber die sind echt stark‘. Aber dann habe ich halt dieselbe Dosierung wie vor der OP genommen, zwei Tabletten davon. Also am Anfang nur eine, aber dann bin ich mitten im Flug aufgewacht, was ich nicht wollte, und habe dann noch eine zweite hinterher geworfen und mit Wein heruntergespült. Ich habe vier Tage lang zu jeder Urzeit geschlafen. Ich habe 12 Stunden in der Nacht geschlafen, mittags drei Stunden, nach dem Abendessen noch eine Stunde. Ich glaube, dass ich da einfach ein bisschen Körperspannung verloren habe und dass das möglicherweise [zu den Beschwerden] geführt hat“ (S_SW, 376). In den ersten Tagen des Trainingslagers verspürt Sven zunächst Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, die er auf eine Wirbelblockade zurückführt. „Ich hätte in dem Zustand nicht richtig trainieren sollen. Stichwort Schlaftabletten zum Fliegen. (...) Ein Arzt wäre [in Mittelamerika] auch sinnvoll gewesen. Da war kein Arzt vor Ort“ (S_SW, 376). Um die Wirbelblockade soll sich deshalb die mitgereiste Physiotherapeutin kümmern. „Mich hat es geärgert, dass die Physiotherapeutin den Nacken nicht einrenken wollte. Ich kann mich erinnern, dass ich selbst versucht habe, mit aller Gewalt den Nacken einzurenken. Wenn man zwei Wochen damit rumlaufen muss, dann ist man auch bedrückt. Man versucht hier, man versucht da was zu renken. Dann tat mir aber irgendwann die Schulter weh. Dann habe ich versucht, die Schulter selbst zu behandeln, aber das wurde eigentlich immer schlimmer. Es war einfach nur nervig. (...) Ich habe ja normal weiter trainiert, von daher war ich jetzt auch nicht großartig frustriert. Ich war eigentlich nur müde. Wenn ich mich an das Trainingslager zurückerinnere, da lag ich eigentlich nur im Bett“ (S_SW, 383).

Entscheidung zur Trainingsabsage bei Beschwerden mit Blick auf den Saisonhöhepunkt

Der Trainer wird zwar über die Schulterbeschwerden informiert, die Entscheidung zur Trainingsteilnahme sieht Sven jedoch bei sich selbst. „Ich meine, da muss ich als Athlet selbst sagen, ob es geht oder nicht und ich konnte [disziplinspezifisch trainieren]. Es war nicht angenehm, aber man rechnet nicht damit, dass man direkt so einen Schaden verursacht“ (S_SW, 376). Erst im Nachhinein erkennt Sven, dass er in diesem Fall nicht die richtige Entscheidung getroffen hat und macht dabei indirekt auf die Rolle des Umfelds aufmerksam. „Dann würde ich sagen, dass ich die Situation falsch eingeschätzt habe, wenn man das im Nachhinein be-

trachtet. Das ist eine Ursache. Bei [unserer Disziplin] ist es so, da kann man nicht bloß wegen Bauchschmerzen aufhören. Gerade mit meinem Trainer, der in [Osteuropa] groß geworden ist. Da kann man wegen vermeintlicher Kleinigkeiten das Training nicht abbrechen. Wenn ich dann sage, ich kann nicht springen, mir tut ein bisschen die Schulter weh, dann sagt er: ‚Reiß dich zusammen, was ist denn mit dir los?‘ Aber das ist ja eine Fehleinschätzung der Situation“ (S_SW, 376). Die anderen Athleten spielen im Gegensatz zu den sportlichen Zielen bei der Entscheidung zum Trainingsabbruch für Sven keine Rolle. „Ich überlege gerade, ob das eine Rolle spielt, dass ich mit einer großen Trainingsgruppe gereist bin und ich mir nicht die Blöße geben wollte, mit einer kleinen Verletzung nicht zu springen. Aber das ist nicht der Fall. So schätze ich mich selbst nicht ein, wenn es nicht geht, dann geht es nicht. Dann habe ich auch kein Problem damit. Da würde ich nicht sagen, dass es da eine Form von Gruppenzwang gibt. Es kommt häufig vor, dass jemand nicht [trainiert], weil er nur platt ist. So habe ich die Situation auch gar nicht in Erinnerung, dass ich aus einem Gruppenzwang heraus versucht habe weiter zu [trainieren]. Da kommen eher die Ziele [ins Spiel]. Man weiß, man befindet sich so in der letzten Phase vor der Saison und das ist dann viel eher der Grund, dass ich dann sage, jetzt musst du dich mal zusammenreißen, du kannst dir jetzt keine vier Wochen mehr nehmen, um das in Ruhe auszukurieren“ (S_SW, 387). In diesem Jahr steht für Sven die internationale Meisterschaft 10 als Saisonhöhepunkt fest, allerdings muss er sich hierfür erst noch qualifizieren. „Aber dadurch, dass es in Deutschland so viele gute [Athleten] gibt, ist immer die Quali das Erste, was wirklich aktuell wird“ (S_SW, 387). Eine Verletzung unmittelbar vor Beginn der Saison ist für Sven daher besonders ungünstig. „Wenn man ernsthaft in Erwägung zieht, [bei der internationalen Meisterschaft 10] zu starten, muss man [wettkampforientiert trainieren]. Da kann man sich nicht die Zeit nehmen“ (S_SW, 404). Dieser Zeitraum der auftretenden Beschwerden ist für Sven von einem hohen Maß an Ungewissheit geprägt. „Das ist so eine Schwebephase, würde ich sagen. (...) Schwebephase und Ungewissheit“ (A_ST, 338). Sven wird zunächst von verschiedenen mit dem Verein zusammenarbeitenden Physiotherapeuten behandelt. „Das war nicht durchgehend derselbe [Physiotherapeut]. Ich meine, die kennen einen dann und die sprechen sich auch untereinander ab“ (S_ST, 484).

Perspektive Arzt: Dr. U. Becker bleibt bei den Schulterbeschwerden zunächst außen vor. „So weit ich mich erinnere, war es tatsächlich so, dass da bereits eine Menge gelaufen ist. Ich hatte von der Primärverletzung gehört, weil mir das irgendjemand erzählt hat. Sven ist damit aber nicht zu mir gekommen. Zwischendurch, wenn man sich mal gesehen hat, hat er gefragt, ob ich mal kurz gucken kann, aber ich war diesbezüglich in allerletzter Konsequenz nicht so richtig am Start. Sven ist dann zu einem anderen Kollegen gegangen, was dann auch viel mit der Kombination seines Physiotherapeuten zusammen hing“ (A_UB, 30).

Perspektive Trainer: Für Trainer F. Schäfer sind die Schulterbeschwerden zum ersten Mal „durch irgendeine falsche Bewegung“ im Training aufgetreten. „Die Schulter hat sich verdreht, dann war sie vielleicht ein bisschen gezerrt und entzündet“ (T_FS, 12). Zu Beginn ist es

F. Schäfer, der Sven dazu ermutigt, trotz der Beschwerden weiter zu belasten, da diese aus seiner Sicht im Verlauf der Belastung auch wieder verschwunden sind. „Aber wie ich mich erinnere, tat diese Schulter so weh, dass ich ihn immer überwinden musste, [wettkampforientiert zu trainieren]. Nach zwei, drei [intensiven Belastungen] ging das weg, [die Schmerzen sind] immer wieder über die Saison (...) weggegangen“ (T_FS, 12). An einer anderen Stelle macht F. Schäfer deutlich, dass er auch beim Auftreten der Schulterbeschwerden versucht hat, den betroffenen Bereich zu schonen und das Training durch alternative Methoden aufrechtzuerhalten. „Also, nichts ist wichtiger als Gesundheit. Ich würde dann, und so war es auch, das Ganze ruhen lassen und was anderes machen. Man kann letztendlich so viel anderes trainieren. Wenn man oben gut austrainiert ist, dann kann man die Beine mehr trainieren und Sachen wie Schnelligkeit und Sprungkraft“ (T_FS, 21). F. Schäfer geht davon aus, dass Sven im Gegensatz zu anderen Athleten kein Geheimnis um auftretende gesundheitliche Probleme macht. „Es gibt schon Athleten, die Schmerzen verheimlichen. Da muss man schon ganz genau schauen, um herauszubekommen, ob die was haben. Und die würden das nie sagen. Die verniedlichen das alles und sagen, das ist nicht schlimm und am Ende ist das doch ein Ermüdungsbruch oder kurz vor dem Ermüdungsbruch“ (T_FS, 76). Die Ursachen für ein solches Verhalten sieht F. Schäfer in deren falschem Ehrgeiz „Eigentlich wollen alle das Beste und Höchste und dann wollen die Athleten das nicht zugeben, dass das irgendwie nicht klappt und dass sie das nicht schaffen. Sie wollen aber unbedingt, auf Kosten der Gesundheit, wenn das nicht richtig angepackt wird. Aber wenn ich so etwas erfahre, dann Sorge ich direkt für die richtige Behandlung, das ist das Wichtigste“ (T_FS, 80). Er sieht sich bei solchen Athleten im Nachhinein selbst mit in der Pflicht. „Wenn ich vorher genau geschaut hätte oder der Athlet [mit dem Ermüdungsbruch] ehrlich zu mir gewesen wäre, dann hätte ich es ihm direkt verboten, weiter zu machen“ (T_FS, 76).

Die dumme Phase: Einstieg in die Freiluftsaison trotz Beschwerden und Fit-Spritzen

Die von einem hohen Maß an Ungewissheit geprägte Schwebephase, in der sich Sven bereits intensiv physiotherapeutisch behandeln lässt, zieht sich bis zum Saisonbeginn hin. Eine zentrale Rolle spielt dabei Physiotherapeut J. Köhler, der den Kontakt zum Schulter spezialisten Dr. P. Krause herstellt. „Dann fängt es an real zu werden, weil man die Wettkämpfe nicht richtig [bestreiten] kann. Dann fängt man mit Spritzen an. Wenn die Saison nicht beginnen würde, dann würde man sich auch ein bisschen mehr Zeit nehmen, vielleicht auch auf [die disziplinspezifische Belastung] verzichten. Aber das ist schon die heikle Phase. Bei uns geht es auch am Anfang darum, sich direkt zu qualifizieren. Und da fängt man an sich für den Wettkampf fit zu spritzen. Also hier ist so die dümmste Phase im Verlauf. Die dumme Phase, wo man eigentlich Pause machen sollte, es aber nicht tut, weil man ehrgeizig ist“ (S_SW, 352). Wettkämpfe unter Schmerzmedikation und das Einlegen kurzer Verletzungspausen wechseln sich ab. „Da habe ich ja schon Spritzen bekommen und dann drei bis vier Wochen Pause. Dann wieder Wettkämpfe probiert und dann ging es wieder nicht“ (S_SW, 333). Ne-

ben den bei Wettkämpfen anwesenden Verbandsärzten sucht Sven vor allem Dr. P. Krause in regelmäßigen Abständen auf. Die Beziehung bleibt über den gesamten Verletzungszeitraum jedoch ambivalent. „Der Dr. P. Krause ist zwar unheimlich nett und wohl auch kompetent. Zu ihm habe ich aber schon damals keinen so engen Draht gehabt. Dadurch dass man immer zuerst im Wartezimmer hatte zwei Stunden sitzen müssen, bis man dran gekommen ist. Dann hat er einen eher nebensächlich behandelt. Ja, das klappt schon und er will immer privates und sportliches wissen und die Verletzungen werden nur kurz angeschnitten. Es ist oft bei etablierten älteren Ärzten so, dass sie keine Lust haben, mit irgendwelchen dahergelaufenen [Sportlern] intensiv darüber zu sprechen, wie so etwas entstehen kann. Und das kann ich auch irgendwie nachvollziehen, aber deshalb hatte ich zu dem auch keine sonderlich enge Beziehung. Da ist man hingegangen, der hat sich die Sache angeschaut, gesagt, mach das und das, ein bisschen ruhig halten, trainiere mal den Muskel ein bisschen mehr und wir sehen uns nächste Woche, tschüss“ (S_SW, 528).

Höhepunkt der Beschwerden und Saisonabbruch unmittelbar vor einer internationalen Meisterschaft

Die Schulterbeschwerden nehmen im Saisonverlauf von Woche zu Woche zu, was sich verstärkt auch in den Wettkampfleistungen widerspiegelt. Dennoch qualifiziert sich Sven bei den nationalen Meisterschaften für die in fünf Wochen anstehende internationale Meisterschaft 10. „Da hatte ich mich qualifiziert und zwar mit einem beschissenen Wettkampfergebnis“ (S_SW, 251). An die Wettkämpfe davor kann sich Sven nicht mehr genau erinnern. Im Gedächtnis bleiben jedoch zwei Ereignisse im Zeitraum nach der erfolgreichen Qualifikation, bei denen sich die Schulterproblematik zuspitzt. Zunächst muss ein Wettkampf in Südeuropa schmerzbedingt abgebrochen werden. „Wenn ich im Training mal eine Einheit abrechnen muss, okay, dann gehe ich nach Hause (...). Aber wenn ich 600 km nach [Stadt 14] fahre, mich aufwärme, es geht um was und dann [bringe ich keine Leistung], weil ich mich nicht getraue, [die Schulter zu belasten], dann war die lange Reise umsonst, dann ist das ein beschissener Zeitpunkt, um so was zu machen. Und dann sind da noch ein paar tausend Zuschauer, die einen versagen sehen. Noch schlimmer finde ich es vor den anderen Kollegen, vor den Leuten, die mit einem [an den Start gehen], wenn die einen in der Situation so versagen sehen. Das war enorm frustrierend. Das ist schon auch so eine Art Verzweiflung. Man ist im Grunde eigentlich hilflos“ (S_SW, 406).

Nach diesem Rückschlag startet Sven trotz starker Schmerzen und körperlicher Beeinträchtigungen erneut bei einem Wettkampf im Ausland. „Es war dann so, dass ich nachts auf der rechten Seite nicht mehr schlafen konnte, so dass ich auf dem Bauch oder auf der linken Seite geschlafen habe. Wenn ich einen Bürojob hätte, Türklinken kann ich auch mit einer schmerzenden Schulter bedienen. Natürlich hatte ich durchgehend schlechte Laune, wenn die Wettkämpfe so hochgradig schlecht laufen und es irgendwie auch keinen Fahrplan gibt, der dir die Gewissheit verschafft, dass in zwei Wochen wieder alles gut ist, dann hat man halt schlechte

Laune“ (S_SW, 447). Erst beim dem zweiten Wettkampf im Ausland merkt Sven, dass eine sportliche Belastung nicht mehr möglich ist. „Da konnte ich nicht [starten], da ging nichts mehr. Da habe ich auch Kortison rein bekommen, aber das ging nicht“ (S_SW, 253). Kurz nach diesem Wettkampf und nur wenige Wochen vor der internationalen Meisterschaft 10 bricht Sven schließlich die Saison auf dem Höhepunkt der Beschwerdeproblematik ab. Ausschlaggebend ist hierbei die verletzungsbedingte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit „[Bei dem Wettkampf] habe ich festgestellt es geht nicht. Spritzen bekommen, pausiert, wieder Spritzen bekommen und wieder pausiert. Das war eigentlich so der letzte Versuch und da habe ich festgestellt, dass ich überhaupt keinen Rhythmus habe und dass es sich mit dieser Form überhaupt nicht lohnt, zu einer internationalen Meisterschaft zu fahren“ (S_SW, 440). Die mit den letzten Wettkämpfen verbundenen Erlebnisse bezeichnet Sven auf der einen Seite als „Horror“, auf der anderen Seite macht sich ein Gefühl der Erleichterung breit, nachdem Gewissheit über den weiteren Saisonverlauf herrscht. „Wenn man die Entscheidung fällt, die Saison abubrechen, dann ist das schon so ein Gefühl. Ich meine, die Entscheidung hätte früher fallen müssen, aber das war jetzt das Richtige. Es war natürlich super beschissen, aber irgendwie hat man auch nicht mehr im Hinterkopf, man muss nächste Woche wieder einsatzbereit sein. Wie soll man das nun nennen? Gut, das ist schon eine gewisse Erleichterung, aber auch ein Desinteresse an aktuellen Ereignissen“ (S_SW, 472).

Fokussierung der Entscheidung über Wettkampfabgabe und Saisonabbruch aus unterschiedlichen Perspektiven

Entscheidungen zur verletzungsbedingten Wettkampfabgabe oder gar zu einem Abbruch der Saison sind für Sven äußerst diffizil. „Es ist schwer die Zukunft vor auszusehen. Wie entwickelt sich das? Haben die Ärzte doch noch eine Möglichkeit, das mit Spritzen in den Griff zu bekommen? Oder ist es realistisch betrachtet, besser aufzuhören, die Saison abubrechen? Obwohl an der Entscheidungsfindung Trainer und Arzt beteiligt sind, sieht Sven die Entscheidung letztendlich bei sich selbst. „Das ist immer schwer. Weder der Trainer noch der Arzt kann in einen hineinfühlen und einschätzen, wie sehr das einen behindert. Das ist eine Entscheidung, die der Athlet nur alleine treffen kann und da muss man ein gutes Körpergefühl haben. Das ist schwierig. Der Trainer kann einem natürlich Tipps geben und der Arzt kann auch seine Einschätzung abgeben, aber man sieht ja irgendwie, ob Behandlungsmethoden greifen oder nicht. Das ist schwierig, das Ganze objektiv einzuschätzen. (...) Einfach orientierungslos“ (S_SW, 410). Ein Trainings- oder Wettkampfabgabe durch einen Arzt würde in solch einer Phase auch nichts nützen, wie Sven lachend bemerkt. „Dann würde ich einen zweiten Arzt aufsuchen“ (S_SW, 412). Nur wenn der Arzt zu einer ähnlichen Situationseinschätzung kommt, ist eine schnelle Entscheidung möglich. „Das kommt darauf an, welches Vertrauen ich zu dem Arzt habe. Wenn ich selbst der Meinung bin, es geht nicht und der Arzt der Meinung ist, es geht nicht, dann ist die Entscheidung gefallen. Das ist auch schon vorgekommen, dass ich sage, es geht nicht. Aber die Ärzte sind oft auch nicht einer Meinung. Der

eine sagt so und der andere sagt, mach dir keinen Kopf, das bekommen wir hin“ (S_SW, 412). Wenn es um eine verletzungsbedingte Wettkampfabgabe oder gar um einen Saisonabbruch geht, sind insbesondere verschiedene Arztdiagnosen für Sven besonders problematisch. „Als ich damals diese Rückenverletzung hatte und bei sieben verschiedenen Ärzten war, da hat mir auch jeder was anderes gesagt. In so einer Phase ist das eigentlich das Schlimmste, wenn es keine klaren Diagnosen gibt und somit auch keine klare Zukunftsprognose, wann man wieder einsatzbereit sein wird. In dieser dummen Phase steckt man einfach den Kopf in den Sand und hofft, dass die anderen das richten und in vielen Fällen geht das halt nicht gut“ (S_SW, 414).

Der Trainer hält sich Svens Ansicht nach bei der Entscheidungsfindung sehr zurück. „Trainer F. Schäfer ist nicht derjenige gewesen, der mit mir zum Arzt geht und sich die Diagnose anhört. Der vertraut darauf, was ich ihm erzähle, und er ist auch nicht der Trainer, der sagt, du musst jetzt aufhören. Der überlässt einem schon die Entscheidung, ob man der Meinung ist, dass man Wettkämpfe [machen] kann oder nicht. Der unterstützt mich da eher, weil er schon die Eigenverantwortung des Athleten voraussetzt“ (S_SW, 418). Gesundheitliche Probleme verschweigt Sven dabei nicht. „Nein, so ein Verhältnis hatte ich nie zu meinem Trainer. Ich bin mit F. Schäfer groß geworden. (...) Er ist ein absolut offener umgänglicher Mensch. Er ist verständnisvoll, lieb, hilfsbereit und zuvorkommend. Da würde ich nie irgendwelche Informationen zurückhalten, weil ich denke, dass er mir Druck oder Ärger macht. Der ist absolut verständnisvoll und wenn es nicht geht, dann geht das nicht. Das Leben geht dann trotzdem weiter. Das ist absolut kein Problem gewesen. Das fände ich ja unglaublich belastend, wenn das noch hinzukommt. Das kam mit dem Trainer D. Lange später hinzu, dass es dann anstrengend wurde“ (S_SW, 422).

Finanzielle Aspekte sind für Sven auch bei den Schulterbeschwerden zu Beginn der Saison nur von sekundärer Bedeutung, wenn es um eine Wettkampfabgabe geht. Auf die gesamte Saison bezogen spielen diese durch die unmittelbare Wechselbeziehung zwischen sportlicher Leistungsfähigkeit der für einen Profisportler notwendigen Sicherung finanzieller Ressourcen allerdings eine wichtige Rolle. „Da steht zunächst nach wie vor die Qualifikation [für die internationale Meisterschaft 10] im Vordergrund. Aber auch das Geld verdienen gehört dazu, wenn man professionell Sport betreibt und nicht arbeitet. Wir verdienen nur dann Geld, wenn wir Wettkämpfe [bestreiten]. Wenn ich keine Wettkämpfe [bestreite] (...) dann reduzieren die Sponsoren auch um 50 Prozent oder springen ganz ab. Das meiste Geld verdienen wir über die Wettkämpfe, indem wir Antrittsgelder oder Bonusprämien bekommen. Und wenn man einen Wettkampf nicht springt oder eine ganze Saison abbläst, dann heißt das, dass man ein halbes oder dreiviertel Jahr gar nichts verdient. Das ist auch so ein Künstlerdasein. (...) Das ist schon ein Faktor“ (S_SW, 435). Im Laufe der Saison verändert sich die Relation sportlicher und finanzieller Ziele. „Dann ist es so, dass wir in den ersten Wochen [der Saison] noch nicht die hochkarätigen Wettkämpfe [haben], da verdienen wir noch nicht so viel Geld. In der Zeit ist das Hauptaugenmerk schon die Qualifikation. (...) Man sucht die Wettkämpfe schon

eher danach aus, ob man da [gute Leistungen bringen] kann, als dass man da viel Geld verdient. Weil das wichtigste, um in Zukunft gut Geld zu verdienen, ist bei dem Höhepunkt gut abzuschneiden. Wenn ich [Europa- oder Weltmeister] werde, dann habe ich so einen Marktwert, dann verdiene ich auf den ganzen nächsten Wettkämpfen unglaublich gutes Geld. Und wenn ich gar nicht zur [internationalen Meisterschaft] komme, ist es für den Manager recht schwer zu argumentieren. Geld verdienen ist auch immer so im Hinterkopf, auf jeden Fall, aber die Qualifikation ist schon das übergeordnete Ziel“ (S_SW, 435). Bis zum Saisonhöhepunkt steht für Sven das Kriterium sportliche Leistungsfähigkeit im Mittelpunkt. „Nach dem Höhepunkt, wo bekomme ich das meiste Geld“ (S_SW, 436). Indirekt spielen auch die Erwartungen des Managers in die Entscheidungsfindung bei verletzungsbedingten Wettkampfabgaben mit ein. „Nicht, dass mir mein Manager Druck machen würde. Der ist auch ehemaliger [Spitzensportler] und auch nur paar Jahre älter als ich. Aber man schließt halt Verträge mit den Veranstaltern und er erfährt daher als erster und muss auch als erster erfahren, wenn ich nicht [starten] kann. Der muss dann auch wissen, für den Fall, dass ich in drei Wochen wieder [wettkampforientiert belasten kann], ob ich die Wettkämpfe mache und wie fit ich sein werde. Wenn er verhandelt, kann er nicht sagen, [Sven kommt in den Bereich seiner Bestleistung], wenn ich selbst eingeschätzt [weit davon entfernt bin]. Und deshalb muss ich mit ihm auch kooperieren. Er verdient natürlich seinen Lebensunterhalt indem ich [starte]. Von daher tu ich ihm keinen Gefallen, wenn ich sage, ich [starte] nicht. Aber das spielt nur nebensächlich eine Rolle. Natürlich würde ich ihm gern auch eine Freude machen, weil dann auch ich gutes Geld verdiene. Aber wenn es nicht geht, dann geht es halt nicht. Da habe ich auch kein schlechtes Gewissen, wenn er schlecht verdient, denn dann verdiene ich noch schlechter. Deshalb habe ich da keine Bedenken wegen des Managers“ (S_SW, 430).

Perspektive Trainer: Die Entscheidung zur verletzungsbedingten Wettkampfabgabe oder zum Saisonabbruch verortet F. Schäfer ebenfalls beim Athleten. Seine Einflussmöglichkeiten als Trainer sieht er dabei als begrenzt an. „Die Entscheidung liegt letztendlich beim Athleten selbst. Ich kann ihn nicht zwingen, mehr zu machen und wenn er trotz Verletzung will, dann könnte ich, glaube ich, auch nicht so einwirken. Ich würde bestimmt versuchen, dagegenzusteuern, aber es ist trotzdem schwer“ (T_FS, 28). Solche Entscheidungen werden jedoch im Vorfeld gemeinsam und unter Einbezug des Managers besprochen. „Da habe ich die ganze Zeit über Kontakt zu meinem Athleten und dessen Manager, so dass wir das vernünftig absprechen, wenn es nicht geht. Wenn es nicht geht, dann geht es nicht und da gibt es keine Verpflichtungen. Die kann man immer mit dem Grund einer Verletzung abwenden. Das ist nichts, wo man streitet oder was Nachteile mit sich bringt“ (T_FS, 45). Eine verletzungsbedingte Abgabe des Saisonhöhepunkts ist für den Trainer besonders schmerzlich. „Als Trainer hat man schon damit zu kämpfen. Damals war Sven der Beste. Ich habe ihn sehr geliebt. In einer großen Gruppe kann man sich einem anderen Athleten widmen, das lenkt dann ab. Aber wenn man gar keinen anderen hat, wie das bei vielen anderen Trainern der Fall ist, (...) da würde

würde ich schon auch in Depressionen fallen“ (T, FS, 23). Er kann in einer solchen Situation nur versuchen, den Athleten für zukünftige Erfolge zu motivieren. „Das wichtigste ist, ihn bei Laune zu halten. Aufbauen und überzeugen, die Sachen suchen, die man noch verbessern könnte und die dann später Nutzen bringen für die weitere Entwicklung“ (T_FS, 25).

Perspektive Arzt: Obwohl Dr. U. Becker bei den Schulterbeschwerden nicht direkt involviert ist, gibt er Auskunft darüber, wie normalerweise Entscheidungen zu verletzungsbedingten Wettkampfabgaben getroffen werden. „Die Entscheidung liegt letztendlich beim Athleten selber. Es ist so, dass kein Betreuer die Entscheidung fällen kann, das kann nur der Athlet. In solch einer Situation muss man dann auch wieder die Vor- und Nachteile besprechen, um abzuwägen, was unter dem Strich mehr bringt. Der Athlet muss das dann für sich selber einordnen und gucken, was ihm wichtiger ist: Entweder Geld verdienen mit dem Risiko, alles aufs Spiel zu setzen. Oder ist es gar nicht so schlimm, den einen oder anderen Wettkampf wegzulassen, um davon dann längerfristig zu profitieren. Das sind Sachen, die man besprechen muss, aber im Endeffekt sind alle Athleten mündig. Ich würde nie zu einem Athleten gehen und ihm [den Wettkampf] verbieten, es sei denn, es ist der Knochen gebrochen oder irgendetwas ganz Dramatisches. Wenn es aber keine eindeutigen Situationen sind, muss man sie abwägen“ (A_UB, 42).

Gerade bei solchen auf den ersten Blick nicht dramatischen Verletzungen oder Beschwerden wie bei den vorliegenden Schulterbeschwerden nehmen die Sportärzte durch ihre Behandlungsmaßnahmen eine problematische Rolle ein, wie Dr. U. Becker kritisch bemerkt. „Das ist aber auch tatsächlich gerade das Problem in der Sportmedizin bzw. Sportorthopädie, weil man da natürlich auch immer an Grenzen geht, indem man versucht, dem Athleten so lange wie möglich den Wettkampf und das Training möglich zu machen. Da steckt tatsächlich wirklich manchmal dieses Zwanghafte in dem Athleten, dass er trainieren muss. Manchmal ist es aber wirklich besser, mal eine Pause zu machen, wodurch man ein höheres körperliches und mentales Trainings- oder Wettkampfniveau erreichen kann. Das sind die Dinge, die man im Laufe seines aktiven Athletenlebens und Sportbetreuerlebens auch lernen muss“ (A_UB, 42). Die Grenzüberschreitung wird, wenn überhaupt, erst dann offensichtlich, wenn es zu spät ist. „Irgendwann ist dann Schluss. Gerade bei Sven, der mal eine Ermüdungsfraktur hatte, wäre es super gewesen, wenn diese hätte vermieden werden können. Da wären ihm viele Schmerzen erspart geblieben“ (A_UB, 42).

Die Frage nach den Interventions- und Behandlungsmaßnahmen bei Athleten, die trotz vorhandener Beschwerden an Wettkämpfen teilnehmen wollen, beantwortet Dr. U. Becker unter Berücksichtigung der an ihn gestellten Erwartungen als Sportmediziner. „Das ist auch eine ganz interessante Frage, weil man als Sportarzt eigentlich immer gefordert ist, sei es im Breiten- oder Leistungssport, die sportliche Aktivität irgendwo zu ermöglichen. Das ist ungefähr das, was ein Sportler bzw. Hochleistungssportler auch irgendwo erwartet. In solch einer Situation muss man auch immer abwägen, um welches Ereignis es sich handelt. Vor einem Finale

bei den Olympischen Spielen ist man bereit, andere Dinge zu tun als vor einem Wettkampf in Pusemucke, da gibt es einfach Unterschiede. Eigentlich sollte man aber die Dinge, die man bei den Olympischen Spielen machen würde, vorher einmal in Pusemucke ausprobiert haben, weil man nicht weiß, was da eigentlich passiert. Man sollte also Erfahrungen haben, wie so etwas funktioniert. Mein Prinzip diesbezüglich ist: Weniger ist mehr. Man muss also mit den Gegebenheiten umgehen und hier ist es dann wieder wichtig, das Sinnvolle und Notwendige zu machen und nicht alles, was möglich ist. Das ist das alles Entscheidende und dafür muss man sich mit dem Athleten verstehen und auseinandersetzen“ (A_UB, 39). Die Kommunikation mit dem Athleten unter den schwierigen Vorwettkampfbedingungen stellt bei der Behandlung von Spitzenathleten eine große Herausforderung dar. „Man muss mit ihm reden und gucken, wie er tickt: Ist es wirklich ein Problem, welches ihn handicapt oder ist es ein grundsätzliches Problem, welches durch die Nervosität vor dem Großereignis aufgepumpt wird - wo man dann Luft rauslassen muss? Das muss man einordnen und einsortieren, was teilweise extrem schwer ist, weil es Athleten gibt, zu denen man gar keinen Zugang mehr hat. Da ist dann keine Verbindung, kein Weg vorhanden, über den man den Athleten erreichen kann, weil er in einer Art Tunnel ist. Es gibt aber auch andere, die da sehr viel cooler reagieren und sagen, dass sie da bestimmte Vorstellungen haben, weil sie das eine oder andere bereits ausprobiert haben. Das läuft dann auch bei ganz großen Ereignissen und ist völlig easy, während andere sich da völlig verrückt machen und nichts mehr geht“ (A_UB, 39).

Beginn der Frustrphase mit vier Wochen Trainingspause und ohne Arztbesuch

Die unmittelbare Zeit nach dem Saisonabbruch bezeichnet Sven als „Frustrphase“ (S_SW, 355). In den folgenden Wochen zieht er sich zurück und möchte auch nichts von sportlichen Wettkämpfen wissen. „Die [internationale Meisterschaft 10] habe ich gar nicht angeschaut. Ich glaube, ich war gar nicht in Deutschland. (...) Da war auch so eine Ungewissheit, ob das mit der Schulter überhaupt wieder funktioniert und ich wieder springen kann. Da hat mich das eigentlich eher weniger interessiert. Also mehr verärgert, als interessiert, würde ich sagen“ (S_SW, 449). Eine Behandlung der verletzten Schulter hat für Sven nach dem Saisonabbruch zunächst keine allzu große Relevanz. „Ich kann mich nicht genau erinnern, aber ich glaube, dass ich nach dem Saisonabbruch ein paar Wochen keinen Arzt aufgesucht habe. Ob ich die Schulter vier oder fünf Wochen früher gesund bekomme, spielt ja keine Rolle“ (S_SW, 452). Bis zum Trainingsbeginn für die neue Saison hat Sven noch mehr als zwei Monate Zeit. „Von daher habe ich dann erst mal eine Zeit lang gedacht, ich lasse die Schulter in Ruhe und lenke mich ab. Ich weiß gar nicht mehr, was ich in der Zeit gemacht habe“ (S_SW, 452).

Besuch beim Schulterexperten auf Anraten des Physios und Operation

Die eingelegte Trainings- und Wettkampfpause führt allerdings zu keiner wesentlichen Beschwerdeverbesserung. „Ich war dann irgendwann doch wieder beim Arzt, der sich die Schulter auch in aller Ruhe angeschaut hat. Der dann auch wusste, was gespritzt wurde und wie es gehandhabt wurde, dass ich pausiert habe, dass ich wieder [gestartet] bin und wieder pausiert

habe. Ich habe ja dann vier Wochen Pause gemacht und es hat sich in der Zeit eigentlich so gut wie gar nichts getan. Es ist kaum besser geworden und dann wurde ein Kernspin gemacht, ich weiß nicht, ob geröntgt wurde, der hat alle möglichen Tests gemacht“ (S_SW, 461). Eine eindeutige Diagnose erhält Sven von Dr. P. Krause jedoch nicht. „Die Sache beim Schultergelenk ist, dass man mit dem Kernspin im Grunde keine wirkliche Diagnose stellen kann, weil da so viel auf einem Haufen ist. Dann wird zum Teil eine Arthroskopie gemacht, nur um zu schauen, was tatsächlich kaputt ist. Das hatte er mir dann nahe gelegt, ohne aber eine klare Diagnose zu stellen. Dann wurde operiert und dabei wurden so verschiedene Sachen festgestellt. Der Schleimbeutel vor allen Dingen, unter dem Schulterdach, wurde zu 70 Prozent weggenommen, weil der chronisch entzündet war und sonst wurden noch allerlei Sachen gemacht“ (S_SW, 461). Eine Aufklärung über mögliche Folgen der Operation für die weitere spitzensportliche Karriere erhält Sven nicht. „Bei meiner Fuß-OP damals wurde ich [von Dr. U. Becker] wesentlich ausführlicher aufgeklärt. Der war halt mit auf den Wettkämpfen und hat mir halt Röntgenbilder gezeigt, gesagt, was passieren kann und wie sich so etwas entwickeln kann. Bei der Schulter OP war das für den [Arzt] ziemlich nebensächlich. Der operiert was weiß ich wie viele Schultern in der Woche. Der hat aber nicht in Frage gestellt, ob ich nachher wieder voll einsatzfähig bin. Der ist, das muss er auch sein, überzeugt von seinen Operationsmethoden und sagte, wenn nicht viel ist, dann wird nicht viel gemacht und von daher sollte das überhaupt kein Problem darstellen. Ein besonders intensives Aufklärungsgespräch hat es nicht gegeben, nicht dass ich mich erinnern könnte“ (S_SW, 468). Eine Operation steht jedoch auch so außer Frage. „Die Fragen, die ich hatte, habe ich gestellt. Die wurden auch beantwortet und ansonsten fand ich die Risiken überschaubar. Den Zustand behalten wollte ich auch nicht und deshalb war ich mir relativ schnell sicher, dass es Sinn macht, die Schulter zu operieren, weil ich fast über ein halbes Jahr diese Probleme hatte. Und es gab niemanden, der da irgendwelche Einwände gehabt hätte und gesagt hätte, das solltest du besser nicht tun, weil bei einer Schulter-OP das Risiko viel zu groß ist. Da waren sich alle schon irgendwie halbwegs einig“ (S_SW, 470).

Perspektive Arzt: Die Kombination aus Physiotherapeut und Schulterspezialist findet Dr. U. Becker prinzipiell nicht schlecht, allerdings fällt es ihm schwer, sein Unverständnis über die durchgeführte Operation zu verbergen. „[Das] endete dann aber in einer Operation, wo ich nicht weiß, ob das so/. Das konnte keiner so richtig nachvollziehen, weil es auch definitiv keinen/. Wie ich es verstanden habe, gab es keinen maximalen Anhaltspunkt dafür, dass man in die Schulter unbedingt hineinschauen muss, also eine Arthroskopie macht, zumal bei einem [Spitzenathleten] die Schultern ein Heiligtum sind. Da muss man immer genau abwägen, ob man das überhaupt so machen kann und darf und was dabei herauskommt. Das (...) ist dann jedenfalls bei Sven so gemacht worden, was mir ein wenig leichtfertig vorkam. Vielleicht war ich aber auch ein bisschen zu kompliziert und vielleicht hätte man/. Ich weiß jetzt nicht so genau/. Ich hatte es auch nicht in der Hand und habe mich dann auch nicht dagegen gestellt. Es

war dann einfach, wie es war und der Athlet hat sich auch dafür entschieden. In diesem Fall hatte ich keinerlei beratende Tätigkeit“ (A_UB, 30).

Perspektive Trainer: Bei Fragen zu Behandlungsmaßnahmen wie der Operation sieht sich der Trainer ebenfalls involviert. „Der Trainer wird dann schon informiert und ich erfahre alles. Aber ich kann nur zustimmen, wenn der Athlet die Entscheidung trifft. Und das macht er meistens. Gut, wenn man schon so viele Erfahrungen hat wie ich (...) und ähnliche Verletzungen erlebt hat, dann kann man auch immer wieder Ärzte aufzeigen, die besser helfen können und das mache ich auch. Nicht zur Verletzungsbehandlung, sondern um anderen Rat einzuholen. Und wenn es nicht anders geht, dann bleibt die Entscheidung stehen. So war es auch bei Sven, er hat vier Ärzte aufgesucht, bis er sich entschieden hat“ (T_FS, 31).

Die Phase der Erleichterung und Aufbruchstimmung nach der Operation und Rehabilitation beim bereits bekannten Physiotherapeuten

Auch nach der Operation nimmt der Physiotherapeut J. Köhler eine zentrale Rolle ein. Er behandelt Sven nicht nur über den gesamten Saisonverlauf und stellt den Kontakt mit dem Schulterexperten her, sondern vereinbart nach dem Saisonabbruch auch einen Operationstermin und zeigt sich vor allem für die anschließende Rehabilitation verantwortlich. Zum Zeitpunkt der Schulterbeschwerden kennen sich die beiden bereits seit etwa fünf Jahren. Bei J. Köhler handelt es sich um einen Therapeuten, der vor seinem Wechsel in ein Medizinzentrum intensiv mit Svens Trainingseinrichtung zusammengearbeitet hat. Da sich das Medizinzentrum in einer anderen Stadt befindet, fährt Sven nur noch bei „größeren Sachen“, wie zum Beispiel der Rehabilitation nach der Fuß-Operation, zur Behandlung dorthin. Der Kontakt reißt jedoch nie ab, nicht zuletzt weil J. Köhler, wie bei den Schulterbeschwerden auch, immer noch einmal wöchentlich zu Behandlungszwecken in Svens Trainingseinrichtung vorbeischaut (vgl. S_SW, 535). Während die Zusammenarbeit mit Dr. P. Krause unmittelbar nach der Operation beendet ist, beginnt die Rehabilitation bei J. Köhler, dessen Arbeitsstätte sich im selben Gebäudekomplex befindet. „Der Arzt ist eine Stunde nach der OP einmal rein gekommen und danach habe ich ihn nicht wieder gesehen. Die ganzen Nachfolgeuntersuchungen hat ein Assistenzarzt gemacht. Nach der OP war für den das Thema erledigt. Physiotherapeutisch haben wir sehr intensiv gearbeitet. Vom ersten Tag an, im selben Haus (...). Der J. Köhler, der hat da auch eine super Praxis und physiotherapeutisch wird da alles gemacht. (...) Die sind auf einem Flur, man geht nur raus und da ist er neben dem Dr. P. Krause. (...) Ich bin da hin und es war von vorneherein klar, dass ich die Physio direkt nach der OP beginne. Das wurde von Anfang an mit dem Physio so abgeklärt“ (S_SW, 533).

Sven muss lange überlegen, wie er sich nach der OP gefühlt hat. „Das ist schon so was wie eine Aufbruchstimmung. Man verspürt ein bisschen Erleichterung, weil man denkt, man hat das Problem behoben“ (S_SW, 357). Allerdings kommt es im Anschluss an die mehrwöchige Phase der Erleichterung zu einer erneuten Frustphase. „Weil sich das nicht bessert“ (S_SW, 359). An sportliches Training ist für den Rest des Jahres nicht zu denken. „Nach der OP ging

halt nichts. Die ersten Wochen nach der Schulter-OP, da konnte ich nicht mal laufen, weil man den Arm nicht so richtig schwingen kann. Und von daher habe ich den Rest des Jahres (.) nur Krankengymnastik gemacht und der Trainer hatte damit eigentlich gar nichts zu tun“ (S_SW, 490). Sven vermeidet in dieser Zeit den Kontakt zu seinem sportlichen Umfeld und blendet das sportliche Geschehen aus, obwohl er regelmäßig in der Trainingseinrichtung vorbeischaute. Die Behandlung durch Physiotherapeut J. Köhler lässt er nach einiger Zeit aufgrund der räumlichen Entfernung und der Stagnation der Beschwerden auslaufen und beschränkt sich auf eine Weiterbehandlung am Heimatort. Neben den physiotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten greift er auf weitere Ressourcen des Trainingszentrums zurück (S_SW, 543). „In der Zeit habe ich relativ wenig Zeit im Verein verbracht. Da bin ich gekommen, habe in so einem Therapieraum Krankengymnastik gemacht, aber ansonsten habe ich mich mit [meiner Disziplin] nicht großartig befasst. Ich konnte selbst nicht [mitmachen], da ging gar nichts. Dann war schon Dezember und die [Hallen-] Saison habe ich überhaupt nicht verfolgt. Ich habe mich auch nicht dafür interessiert. Ich weiß gar nicht, was in dem Winter passiert ist. Wenn ich selbst so außen vor bin, dann habe ich da kein Interesse daran“ (S_SW, 492).

Perspektive Trainer: In der Phase nach der Operation konzentriert sich F. Schäfer auf seine anderen Athleten. „Zum Glück hatte ich auch andere Athleten. Ich kann eigentlich nicht viel machen. Sven hat sich fast zwei Monate nicht auf der Anlage gezeigt, aber das war okay. Ich habe das nicht verhindert und habe ihn in Ruhe gelassen“ (T_FS, 35). Der Athlet ist vielmehr selbst für die Aufrechterhaltung des Kontakts verantwortlich. „Sven ist von allen Athleten der am besten erzogene. Er kümmert sich um den Informationsfluss und für ihn ist es auch wichtig, dass der Trainer Bescheid weiß und dass ich nicht in eine Misstimmung ver falle, sondern dass immer Optimismus ausgestrahlt wird“ (T_FS, 37).

Frustphase II und Gedanken an ein Karriereende

Im Zeitraum der Hallensaison verfolgt Sven primär das Ziel, in der nächsten Freiluftsaison wieder an Wettkämpfen teilnehmen zu können, allerdings kommt es zu keiner wesentlichen Verbesserung der Beschwerden (vgl. S_SW, 540). Er macht sich daher erste Gedanken zu einem Leben außerhalb des Spitzensports. „Jeder andere in meinem Alter hatte zu dem Zeitpunkt schon ein Praktikum hinter sich oder sonst irgendwelche Erfahrungen in der Berufswelt. Meine Freundin stand schon kurz vor dem Diplom und hatte die ganze Zeit dazu gearbeitet. Ich hatte viel Zeit, da ich ja nur noch zwei Mal die Woche Krankengymnastik hatte, aber ich war fast jeden Tag im Training. Dann kamen die zwei anderen an, die eine Agentur gründen wollten, so eine PR-Agentur (...). Ja, dann fand ich das Ganze gar nicht so schlecht und das hatte mich auch interessiert. Das habe ich so parallel gemacht, um einfach zu schauen, wie es ist zu arbeiten und ob das was für die Zukunft ist“ (S_SW, 498).

In Anbetracht der bevorstehenden Freiluftsaison mit der internationalen Meisterschaft 12 im Sommer versucht Sven gleichzeitig die Grundlagen für eine Wiederaufnahme des Wett-

kampfbetriebs zu legen. „Im Frühjahr bin ich dann mit allen zusammen ins Trainingslager gefahren. Da konnte ich zwar auch nicht [wettkampforientiert trainieren] und da war dann die Hoffnung, dass es endlich klappen würde und ich mich auf die Saison vorbereiten kann“ (S_SW, 492). Mit den erneut zunehmenden Beschwerden wird Sven immer frustrierter, zumal im Trainingslager absehbar ist, dass die Wettkampfsaison ohne ihn beginnen muss. In dieser Phase macht sich Sven ernsthaftere Gedanken über eine verletzungsbedingte Beendigung der Karriere. „Das mit der Schulter hat so lange gedauert, dass ich nicht wusste, wo das hinführen würde und ich hatte mich auch schon halbwegs [mit einem Karriereende] abgefunden. (...) Als das im März und April nicht besser wurde, da war ich eigentlich schon kurz davor zu sagen, belassen wir das dabei, meine Karriere ist zu Ende. Aber das Arbeiten hat mir auch so wenig Spaß gemacht. Zumindest in der Agentur, weil wir alle keine Erfahrung hatten und das war im Nachhinein auch eine eher halbherzige Geschichte (S_SW, 505). Sven versucht dennoch, das Training so gut es geht aufrechtzuerhalten, um vielleicht doch noch rechtzeitig zur Qualifikation für den Saisonhöhepunkt ins Wettkampfgeschehen eingreifen zu können.

Perspektive Trainer: Aus Sicht des Trainers vermittelt Sven selbst in einer der schwierigsten Phasen seiner Karriere Optimismus. „Der Sven hat eine gute Einstellung, alles was noch irgendwie schlimmer sein könnte, hat bei ihm etwas Gutes. So hat er das immer gesagt. Dann hat er halt mehr für das Studium getan oder andere Sachen, die auch wichtig waren, wie sich um andere Freunde kümmern. Auch das ist ein Lebensinhalt“ (T_FS, 37). Die Gedanken an ein Karriereende und der durch die Beschwerden ausgelöste Frust werden nicht mit dem Trainer geteilt. „Ich habe eigentlich nie den Eindruck gehabt, dass er nicht weiter will oder kann, aber dann habe ich aus der Zeitung erfahren, das war die lange Zeit mit der Schulter, dass er schon an ein Karriereende gedacht hat“ (T_FS, 71).

Perspektive Arzt: Im Vorbereitungstrainingslager auf die Freiluftsaison, bei dem Dr. U. Becker als betreuender Arzt mit dabei ist, werden die Schulterprobleme gemeinsam besprochen (A_UB, 16). „Dort ging es dann im Prinzip darum, was eigentlich mit der Schulter passieren soll. Sven hat dort ein bisschen seine Übungen mit der Schulter gemacht und man hat gemerkt, dass er wollte, aber auch dass er gleichzeitig ein wenig frustriert war, weil es nicht so richtig nach vorne ging. Wir haben dann überlegt, was wir machen sollen, weil mir bei der klinischen Untersuchung der Schulter eigentlich nichts aufgefallen ist. Kleine Sachen habe ich entdeckt, aber nichts, womit man nicht [wettkampfmäßig die Disziplin ausüben] kann“ (A_UB, 32). Versuchsweise vermittelt Dr. U. Becker den Athleten an einen anderen Physiotherapeuten. „Daraufhin habe ich ihn dann noch mal zu einem freakigen Physiotherapeuten, den ich kannte, geschickt, woraufhin dann noch mal so etwas wie ein Durchbruch für seine Schulter erreicht worden ist, so wie ich ihn verstanden habe“ (A_UB, 16).

Wechsel des Physiotherapeuten und schnelle Besserung der Beschwerden

Sven sieht im Physiotherapeuten L. Schmidt, der für seine Fähigkeiten in der Behandlung von Schulterproblemen in Sportlerkreisen bereits bekannt ist, einen Hoffnungsschimmer. „Der Dr. U. Becker ist Orthopäde und arbeitet mit verschiedenen Vereinen zusammen. Der hat mit [Leichtathleten] zusammengearbeitet und mit rhythmischen Sportgymnasten und der hatte auch mal einen Handballer, der für Stadt1 gespielt hat und der auch erzählt hat, dass er so Schulterprobleme hatte und mit dem Physiotherapeuten fantastische Erfolge hatte. Der hätte in der Handballszene schon viele kuriert und das ging dann über den Dr. U. Becker, der mir den empfohlen hatte. Dann war ich da und war auch sehr begeistert“ (S_SW, 543). Der Ansatz von Physiotherapeut L. Schmidt und die damit zusammenhängenden Annahmen zu Entstehung und Verlauf der Schulterbeschwerden machen für Sven Sinn und führen zu einer neuen Bewertung der Ursachen. Vor allem, weil die Schulterbeschwerden nach nur wenigen Behandlungen verschwunden sind. „L. Schmidt meinte, dass Schulterprobleme oftmals gar nicht direkt mit der Schulter zusammenhängen sondern von der Halswirbelsäule kommen, weil die Nerven, die die Schulter und den rechten Arm ansteuern, aus der Halswirbelsäule austreten“ (S_SW, 204). Der hat dann nur an meiner Halswirbelsäule gearbeitet und nach nur einer Behandlung war meine Schulter um 50 Prozent besser. Danach hat er mich noch zwei bis drei Mal behandelt und innerhalb von zwei Wochen war ich einwandfrei einsatzbereit. Danach stand die Frage im Raum, ob zwischen den Schulterbeschwerden und dem verknacksten Hals irgendwie eine Verbindung besteht. Weil in den Trainingseinheiten, in denen die Schulterprobleme auftraten, habe ich mir den Hals verknackst und wir hatten die Physiotherapeutin dabei, die die Halswirbelsäule nicht einrenken wollte und ich bin zwei Wochen mit dem verknacksten Hals gesprungen. Wenn man das jetzt so sieht, könnte die Halswirbelverletzung [im Vorfeld] ein Grund für die Schulterprobleme sein, aber da wird sich kein Arzt darauf festlegen, zumindest nicht schriftlich. Vor allem nicht der, der mich operiert hat“ (S_SW, 206).

Perspektive Arzt: Nachdem die Beschwerden durch die Behandlung an der Halswirbelsäule nachgelassen haben, intensiviert Sven die Zusammenarbeit mit Dr. U. Becker nach der längeren Pause wieder. „Ab diesem Zeitpunkt haben wir uns dann eigentlich wieder häufiger getroffen und mit speziellen Therapieverfahren gearbeitet. Das Konzept, dass man mit den Athleten auch gesunde Therapie macht, ist wichtig. Das war auch bei Sven eine wichtige Sache, dass es nicht immer gut ist, alles zu machen, was theoretisch möglich ist, sondern dass man das Sinnvolle machen muss. Das muss man dann abwägen und natürlich auch mit anderen Kollegen und Physiotherapeuten abwägen. Dann muss man weiterhin auch eine gewisse Praktikabilität einschätzen. So ist es aus meiner Sicht nicht immer sinnvoll, für jeden Arztbesuch hundert Kilometer zu fahren oder irgendwo hinzufliegen. Man muss sehen, dass die Gesamtlinie stimmt und dass man bestehende Probleme behandelt bekommt. Viel besser ist natürlich noch, Präventivmaßnahmen diesbezüglich zu treffen“ (A_UB, 16). Auf die konkreten Maß-

nahmen einer „gesunden Therapie“ geht Dr. U. Becker nicht näher ein. Einen Hinweis hierzu gibt jedoch Trainer F. Schäfer, der darin die Ursache für Svens Genesung sieht.

Perspektive Trainer: „Jetzt haben wir viel bessere Methoden. Wahrscheinlich würde Sven zum jetzigen Zeit nicht mehr operiert werden, sondern es gibt diese Behandlung, die Dr. U. Becker macht, mit Orthokin¹⁰⁴ und das hat Sven auch am meisten geholfen. Nicht so sehr die Operation als diese Spritzen von Dr. U. Becker. Also das hat ihn geheilt“ (T_FS, 14).

Wiederaufnahmen des wettkampforientierten Trainings und Absage der Saison aufgrund von Leistungsdefiziten

Nach zehn Monaten ohne wettkampforientiertes Training und ohne einen Wettkampf zu bestreiten, kann Sven unmittelbar nach den Behandlungsmaßnahmen durch L. Schmidt wieder ohne Einschränkung trainieren. „Das war die längste Pause, die ich jemals hatte“ (S_SW, 361). Allerdings ist die Zeit zum Aufbau einer konkurrenzfähigen Form für die bereits laufende Freiluftsaison zu knapp, was die Freude über die schnelle Genesung etwas trübt. „Mit dem Rücken hatte ich auch fünfeinhalb Monate [nicht disziplinspezifisch trainiert] und habe es dann innerhalb von vier Wochen geschafft (...) [meine Leistung zu bringen] und mich für die internationale Meisterschaft 6 zu qualifizieren. Da hat das mal geklappt. Aber nach zehn Monaten und mit der Schulter hatte ich keine Chance mehr“ (S_SW, 253). Wie im Vorjahr muss Sven das Ziel einer Teilnahme bei internationalen Meisterschaften verletzungsbedingt begraben. „Das hat mich sehr geärgert“ (S_SW, 253). Die Gedanken an ein Karriereende werden nach den überstandenen Schulterbeschwerden und der Wiederaufnahme des wettkampforientierten Trainings jedoch wieder beiseite geräumt. „Wenn es sportlich läuft, dann ist der Beruf des Leistungssportlers das Schönste, was man machen kann. Man ist viel unterwegs. Ich trainiere auch gerne und [auf internationalen Meisterschaften] zu sein, das Gefühl ist einfach unschlagbar. Von daher fand ich es auch lohnenswert, sich noch mal voll darauf zu konzentrieren“ (S_SW, 505). Mit Blick auf die nächste Saison stellt Sven auch die beruflichen Ziele wieder in den Hintergrund. „Da habe ich mir die Frage gestellt, willst du [die internationale Meisterschaft 12] angehen oder nicht und wenn ich das will, muss das Priorität haben mit Training und allem was damit zusammenhängt (S_SW, 498). Sportliche Zielsetzungen haben für Sven wieder allerhöchste Priorität, das Arbeiten wird eingestellt und das mehr oder weniger parallel betriebene Studium verliert an Bedeutung. „Die Reihenfolge macht nur dann Sinn, wenn man den Leistungssport auch professionell betreibt“ (S_SW, 502).

104 Beim Orthokin-Therapiesystem erfolgt eine Behandlung von Arthrose und Rückenschmerzen auf biologischer Basis mit vollständig körpereigenen Stoffen, ohne dabei auf Fremdstoffe zurückzugreifen. Hierbei werden individuell körpereigene Proteine aus dem Blut des Patienten gewonnen, zur Vermehrung angeregt und schließlich als individuelles Medikament injiziert. (vgl. <http://www.orthokin.de/orthokin-arthrose-und-rueckentherapie.html>. Zugriff am 16.6.2009).

Perspektive Trainer: Nachdem Sven wieder ohne Einschränkungen am Training teilnehmen kann, geht es aus Sicht von F. Schäfer mit der Leistungsfähigkeit trotz verpasster Qualifikation zügig bergauf. „Der Sven braucht nicht viel, um schnell wieder auf die Beine zu kommen. Da war er auch schnell. (...) Das ging nicht lange, dann war er schon wieder auf 75, 80 Prozent. Das war relativ einfach und aufbauend für mich“ (T_FS, 39). Sven gehört zu einer kleinen Gruppe von Ausnahmeathleten, die nach einer Verletzung ohne ein langes Aufbautraining wieder an alte Leistungen anknüpfen können. „Manche müssen einen Haufen an Arbeit leisten und lange dafür trainieren und andere, wie zum Beispiel Uli Roth, der konnte ein halbes Jahr nichts machen, kam auf die Anlage und [hat gleich sehr gute Leistungen gezeigt]. Das sind solche Talente. Von denen gibt es nicht viele, aber die gibt es. Dazu gehört Sven und ein paar andere auch“ (T_FS, 42).

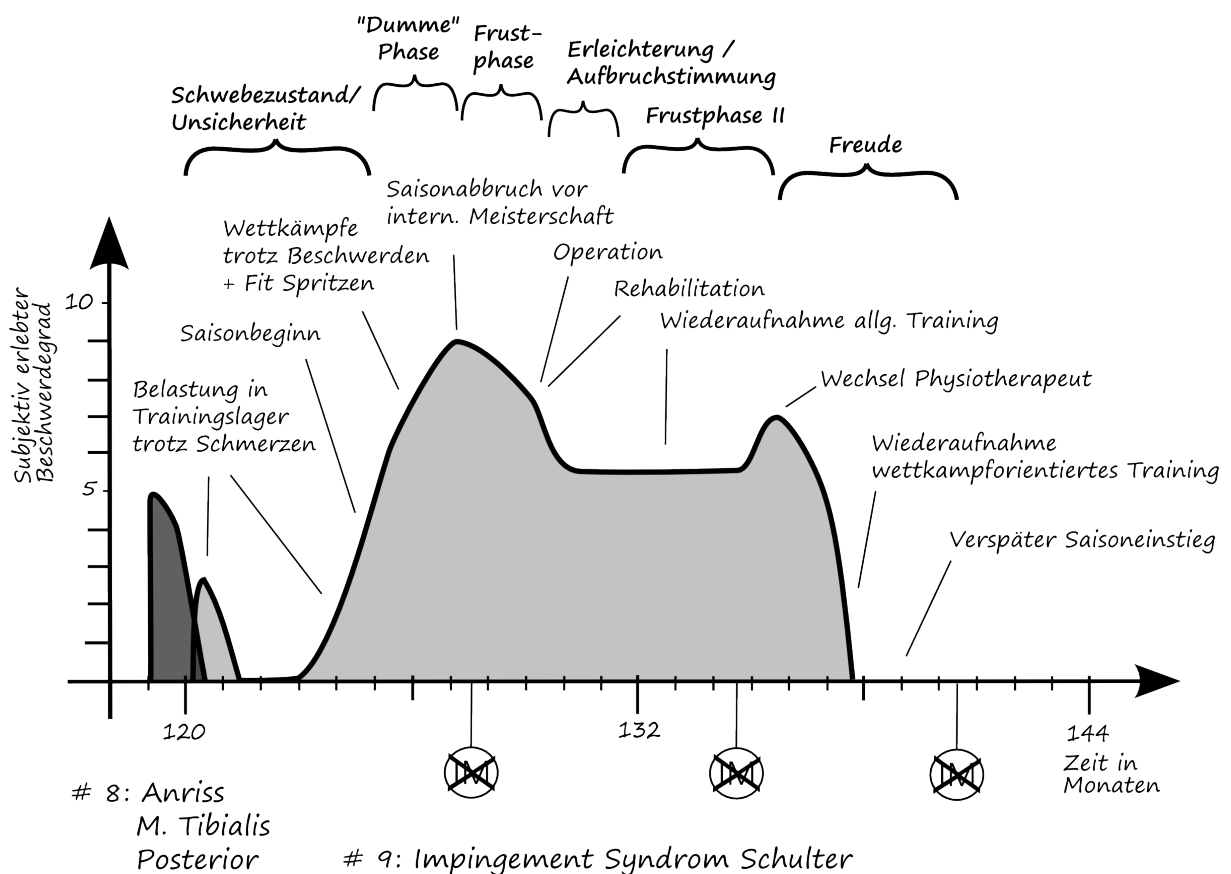


Abbildung 8: Umgang mit der bedeutendsten Verletzung im Karriereverlauf von Sven Wagner

Ursachenzuschreibung für das Auftreten und den Verlauf der Schulterbeschwerden

Über die genauen Ursachen der Schulterbeschwerden ist sich Sven bis heute noch nicht ganz im Klaren. „Ärzte legen sich da ja auch nicht fest“ (S_SW, 372). Er macht dabei auf die grundsätzlichen Schwierigkeiten einer Ursachenzuschreibung bei entzündlichen Gelenkbeschwerden aufmerksam. „Wenn man sich ein Bein bricht oder umknickt, hat man wenigstens

eine Ursache. Aber wenn Verschleiß auftritt oder eine chronische Entzündung entsteht, dann ist das immer schwer zu sagen, ob das ein statisches Problem oder zu hohe Trainingsbelastungen oder fehlende physiotherapeutische Behandlung ist“ (S_SW, 395). Über das Auftreten der Beschwerden liegt nach dem Besuch beim Physiotherapeuten die Theorie über den Einfluss der Nackenprobleme vor. „Und wie gesagt, was ich nicht hundertprozentig weiß, wovon ich aber ausgehe, dass die Halswirbelsäulenverletzung auch mit den Schulterproblemen zu tun hatte. Die Verbindung würde ich sehen“ (S_SW, 271). Für die zunehmenden Beschwerden und deren Verfestigung macht Sven jedoch andere Ursachen aus. „Nicht rechtzeitig auf die Signale des Körpers gehört oder nicht rechtzeitig die Saison abgebrochen. (...) Man hätte die Saison abbrechen müssen, um sich das Ziel abschreiben zu können, bei der Internationalen Meisterschaft 10 zu starten. Ich hätte die ersten sechs Wochen der Saison sein lassen sollen und dann hinten raus ein paar vernünftige Wettkämpfe [machen] können“ (S_SW, 402). Ob ein solches Vorgehen Schlimmeres verhindert hätte, kann Sven jedoch nicht sagen. „Ich weiß nicht, ob das die Operation vermieden hätte“ (S_SW, 400). Die Schulterverletzung bereitet Sven im weiteren Karriereverlauf im Grunde keine allzu großen Schwierigkeiten mehr. „Ich muss halt vorsichtig sein. Ich kann nicht zu viele Überzüge machen, sonst tut mir die [Schulter] weh. Das ist alles in einem akzeptablen Bereich. Ansonsten würde ich damit auch [keine Wettkämpfe bestreiten] können“ (S_SW, 171). Rückblickend bewertet er die Verletzung dennoch als die schwerwiegendste in seiner Karriere. „Das war dann schon sehr frustrierend. Schulter war eigentlich das Schlimmste. (...) Das ist nicht nur die Verletzung an sich, sondern die Tatsache, schon wieder verletzt zu sein“ (S_SW, 169).

Perspektive Arzt: Die Ursachen für den langwierigen Verlauf der Schulterbeschwerden sieht Dr. U. Becker vor allem in der Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität. „Es war erst eine Bagatellverletzung, glaube ich, keine Ahnung. Es war jedenfalls kein schlimmer Unfall oder Ähnliches, sondern etwas ganz Banales, was dann zu immer größeren Problemen führte. Vielleicht hätte man das Ganze dann zu irgendeinem Zeitpunkt oder viel, viel früher, einfach einmal ausheilen lassen müssen. Dann hätte er vielleicht diese Probleme und die ganzen Folgegeschichten nie bekommen“ (A_UB, 66). Die mit der Stellung einer eindeutigen Diagnose verbundene Angabe der Genesungsdauer und die verbindliche Vorgabe eines für alle Beteiligten einleuchtenden Therapiekonzepts stellt Dr. U. Becker als Voraussetzung dar. „Da kommen wir dann jetzt vielleicht auch wieder zu der Frage, wo man das Ganze abbrechen sollte? Da ist dann auch wieder weniger mehr und in diesem Zusammenhang muss man das Problem auch ganz deutlich erkennen und sagen, dass es wahrscheinlich sechs Wochen dauern wird. Nach diesen sechs Wochen wird zunächst eine Aufbauphase von drei bis vier Wochen eingelegt, bis man wieder das Trainingsniveau erreicht hat. Das heißt, dass man von Beginn der Beschwerden bis zum Wiedererlangen des Trainingsniveaus einen Weg von neun bis zwölf Wochen hinter sich gebracht hat, nachdem eigentlich erst wieder mit dem normalen Training begonnen werden kann“ (A_UB, 66). Als Orientierungshilfe wäre ein Leitfaden bei solchen

Beschwerden notwendig. „Das heißt, dass dieser Zeitraum von Beginn an mit einkalkuliert werden sollte, damit man verlorene Erwartungen und Frustphasen vermeidet, weil man als Athlet dann weiß, dass man gerade erst in Woche fünf ist und sich deshalb so eingeschränkt fühlt. In diesem Sinne hätte man einen Leitfaden, an dem man sich orientieren kann. Dieses ständige ich hab dies und jenes, dass etwas nie richtig final abgeklärt ist, man nie richtig die Ursache beschrieben bekommen hat, der eine so, der andere so und wieder ein anderer so sagt, dass es einfach so unkoordiniert abläuft, ist schwierig. Das Ganze dann zu begleiten und den Athlet auch zu motivieren ist aber natürlich auch sehr aufwendig“ (A_UB, 66).

Hallen- und Freiluftsaison ohne Beschwerden

Vom Wintertraining, über die anschließende Hallensaison und die Vorbereitung auf die Freiluftsaison bleibt Sven beschwerdefrei. Er schafft es auch, die gesamte Wettkampfphase ohne gesundheitliche Probleme zu überstehen. „[Da] hatte ich ein Jahr, in dem ich komplett gesund geblieben bin. Das Diagramm spiegelt das gut wider. Sportlich gesehen war ich auch nicht ganz zufrieden mit dem Jahr, aber gesundheitlich hatte ich in der Zeit keine Beschwerden“ (S_SW, 190). Sven kann alle Wettkämpfe bestreiten und schafft die Qualifikation für die internationalen Meisterschaften 12, bei denen er sein anvisiertes Ziel jedoch nicht erreicht. Nach der Saison kommt es zu einem Trainerwechsel, indem Sven die langjährige Zusammenarbeit mit F. Schäfer beendet und von Trainer D. Lange betreut wird. Sven startet jedoch weiterhin im Trikot seines Vereins und kann die Trainingseinrichtungen weiter nutzen.

7.1.4. Zeitraum nach der Schulterverletzung und aktuelle Situation

• Verletzungskomplex Leiste, Schienbein, Großzeh, Finger, Schulter usw. (#10)

Mit Beginn der Vorbereitung auf die neue Saison kehren gesundheitliche Beschwerden zurück. „Das ging los in der ersten Woche Training mit dem neuen Trainer“ (S_SW, 178). Insgesamt geht Sven von „bestimmt 15 bis 17 Verletzungen“ aus, die innerhalb eines Jahres auftreten und sich meist überlagern und von Sven im Diagramm mit einer Kurve zusammengefasst werden. „Das war der Leistenbruch - ob ich die Sachen noch alle zusammenbekomme? Das war an dem Fuß die Geschichte, beide Knochenhäute, dann habe ich einen Zahn gezogen bekommen, dann hatte ich so einen Schleimbeutel, der operativ entfernt werden musste. Nicht alles hatte da mit dem Sport zu tun. Dann hatte ich eine Fingerkuppenfraktur in der Zeit, einen Hexenschuss. Eigentlich zwei Mal einen Hexenschuss. Alle vier Wochen kam etwas Neues dazu“ (S_SW, 186). Auch der große Zeh bereitet immer wieder Probleme. „Dann hatte ich an der Beugesehne vom dicken Zeh auch wieder so ein Ödem, das immer größer wird und wahrscheinlich auch irgendwann mal operiert werden muss“ (S, SW, 174). Die beidseitige Knochenhautentzündung am Schienbein stellt einen Dauerzustand dar. „Aber ich berücksichtige das beim Training so gut wie gar nicht“ (S_SW, 118). Die Fingerverletzung ist hingegen nach sechs Wochen wieder vollständig ausgeheilt „Das hat mein Zahnarzt diagnostiziert. Ich war beim Zahnarzt, der hat einen Zahn geröntgt und der hat ein mobiles Röntgengerät. Da habe

ich ihn gefragt, ob er vielleicht meinen Finger gerade mal Röntgen könnte, weil ich mir den vor zwei Tagen im Training angeschlagen habe. Ja, kein Problem und da hat er draufgehalten und da wurde der Bruch dann diagnostiziert. Aber das wurde nicht weiter behandelt. (...) Das dauert sechs Wochen, bis der schmerzfrei ist. Aber der hat mich so gut wie gar nicht gestört. (...). Nach drei bis vier Tagen war es eigentlich schon so, dass ich keine Probleme mehr hatte, da habe ich die Finger einfach zusammengetaped“ (S_SW, 86). Nach einer durchwachsenen Hallensaison nehmen im weiteren Verlauf der Trainingsvorbereitung und während der Freiluftsaison die Beschwerden im Bereich der Leiste zu, darüber hinaus machen sich vor allem Kniebeschwerden bemerkbar und auch die Schulter meldet sich zurück. In diesem Zusammenhang greift Sven auch wieder auf die Hilfe von Physiotherapeut L. Schmidt zurück, der die Schulterbeschwerden erfolgreich kuriert hatte. Die Behandlung verläuft in diesem Fall jedoch nicht zufrieden stellend, so dass die Zusammenarbeit wieder eingestellt wird. „Ich war sieben oder acht Termine da, ich weiß nicht mehr genau. Der hat auch zwischenzeitlich eine Fortbildung gemacht und seine Behandlungsmethoden verändert. Erstens hat er nur noch 20-Minuten-Termine gegeben und der ist bei Stadt 7, da fahre ich 1 Stunde und 15 Minuten dahin. Das ist schon ziemlich weit und ich war dann auch mit den letzten Behandlungen nicht mehr zufrieden. Der ist ziemlich gut, was Schulter und Wirbelsäulenprobleme angeht, aber was andere Probleme angeht, da ist er nicht meine erste Wahl. Da hat man nach ein paar Jahren schon seine Spezialisten gefunden“ (S_SW, 545).

Veränderung des Umgangs mit Beschwerden bei neuem Trainer D. Lange

Die Reaktionen des neuen Trainers auf die zahlreichen gesundheitlichen Probleme sind einerseits ähnlich wie bei F. Schäfer. „Im Grunde genau so verständnisvoll. Aber das ist gar nicht das Problem. Er ist auch ein netter und umgänglicher Mensch. Sonst wäre ich ja nicht zu ihm gegangen und wir hätten nie zusammen gearbeitet. Aber der ist halt schon anspruchsvoller“ (S_SW, 428). Im Gegensatz zu F. Schäfer nimmt der neue Trainer D. Lange die Beschwerden und Verletzungen von Sven sehr ernst. „Bei F. Schäfer war es halt so, wenn du ein Problem hattest und du konntest nicht [disziplinspezifisch trainieren], dann war das o.k., dann springst du die Woche halt nicht. Das ist auch ein bisschen launenabhängig, ob er dir dann sagt, reiß dich jetzt mal zusammen und gehe zum Physio und behandle das. Das Leben geht halt weiter. Ein ziemlich lockerer Umgang eben. Und bei D. Lange ist das halt durchgehend so gewesen, wenn etwas nicht in Ordnung ist, dann gehe ich zum Physio und dann geht er mit zum Physio. Dann hört er, was ich dem Physio sage und dann spricht er nachher mit dem Physio, was er für einen Eindruck hat. Und wenn ich zum Arzt gehe, rufe ich ihn danach an, oder er kommt mit zum Arzt. Das ist halt schon eine sehr intensive Betreuung und wenn ich im Training etwas nicht machen möchte, dann muss ich fragen, kann ich das heute vielleicht weglassen, weil das heute nicht geht. Das ist schon eine wesentlich schwierigere Situation, wenn man viel verletzt ist“ (S_SW, 428). Vor allem die mit den Verletzungen zusammenhängenden Gespräche empfindet Sven als überaus anstrengend. „Nicht dass ich Angst hatte, dass er mir

sagt, jetzt reiß dich mal zusammen oder das kann ja nicht sein. Aber das war eine derartige Fülle von Verletzungen, die ich in der Phase hatte, dass es jedes Mal bedeutete, darüber reden zu müssen. Nicht das Reden an sich, sondern dann muss ich darüber nachdenken, argumentieren, so wie ich es jetzt [im Interview] tue und Ursachen herausfinden. Und wenn es die zehnte Verletzung innerhalb von vier Monaten ist, dann will man gar nicht mehr darüber reden. Dann geht man zum Physio und sagt dem, was Sache ist, der soll sich darum kümmern und gut ist's. Dann will man die Sache auch irgendwann mal abhaken. Und in dem Jahr war es mit dem Trainer sehr anstrengend. (...) Einlaufen und Rapport abliefern, wie der Gesundheitszustand ist. Wenn man das 300 Tage im Jahr machen muss, dann geht einem das auf den Keks“ (S_SW, 424).

Einstieg in die Wettkampfsaison mit starken Schmerzen

Die Beschwerden beeinträchtigen bereits von Beginn der Saison die Leistungsfähigkeit. „Ich konnte schon die ganze Saison, schon vor dem ersten Wettkampf kaum laufen. Mir tat die Leiste weh, mir tat das Knie weh und dann kam die Schulter noch hinzu. Zum Teil bin ich auf Wettkämpfen gewesen, wo ich mich gar nicht einlaufen konnte. Mir tat alles weh“ (S_SW, 262). Sven lässt sich dabei auch von befreundeten Athleten zum Weitermachen überreden. „Es ist grundsätzlich schon so, wenn der eine verletzt ist oder einen schlechten Wettkampf aufgrund von Verletzungen [macht], dass dann gerade so im engeren Freundeskreis gesagt wird, komm, jetzt reiß dich mal zusammen. Gerade wenn man so eine Wettkampftour hat und das hatten wir [in diesem] Sommer, wo wir von Stadt 17 aus nach Stadt 18 weitergeflogen sind. Da wollte ich wegen der Leiste auch schon nicht mehr, das ging nicht. Aber dann kommen die an und sagen, wir sitzen in einem Boot, [meine Leistungsfähigkeit ist] auch scheiße, komm mit, dann können wir uns wenigstens einen schönen Abend in Stadt 18 machen. Wir sind ja kein Mannschaftssport, aber das existiert bei uns auch, dass man sich so gegenseitig ein bisschen mitreißt“ (S_SW, 478). Die Beschwerden insbesondere in der Leiste nehmen weiter zu, Sven und sein Trainer D. Lange wollen jedoch den Qualifikationswettkampf für den Saisonhöhepunkt nicht absagen. „Das war alles eine riesen Quälerei, bis zur nationalen Meisterschaft 14 haben wir das durchgezogen. Das war der einzig vernünftige Wettkampf und danach hatten wir noch vier bis fünf Wochen bis zur internationalen Meisterschaft 14. Aber dann haben wir den Entschluss gefasst, zu operieren und zu hoffen, dass es gut geht“ (S_SW, 262).

Leistenoperation wenige Wochen vor dem Saisonhöhepunkt

Zum Zeitpunkt der Qualifikation weiß Sven bereits seit einem halben Jahr, dass er eine weiche Leiste hat. „Am Ende konnte ich auch nichts mehr machen. (...) Da wurde das prophylaktisch operiert. Es war noch nicht zum Leistenbruch gekommen, aber wenn das Gewebe einmal so geschwächt ist, dann gibt es keinen Weg mehr zurück. Das kann man nicht trainieren“ (S_SW, 99). Vor der internationalen Meisterschaft muss Sven allerdings noch einen Leistungsnachweis für den DLV erbringen, damit er starten darf. „[Ich] habe zweieinhalb Wo-

chen nach der Leisten-OP wieder einen Wettkampf gemacht, was ich natürlich nicht getan hätte, wenn es der Verband nicht von mir verlangt hätte. Im Nachhinein war das vielleicht zu früh, weil jetzt meine linke operierte Leiste wieder anfängt zu ziehen. Zwar nicht so schlimm, dass ich unbedingt einbreche, aber sie macht sich auf jeden Fall bemerkbar“ (S_SW, 262). Sven erbringt zwar den Leistungsnachweis, für die internationale Meisterschaft fühlt er sich dennoch nicht gewappnet. „Und nach einer Leisten-OP, da werden ja auch Nerven durchtrennt, da habe ich einfach kein (.) Gefühl mehr gehabt. Man ist nach einer Vollnarkose und allem zwei Wochen eh platt und da habe ich keinen Wettkampfrhythmus mehr gefunden. Das war eigentlich auch absehbar und da hatte ich auch viele Diskussionen mit meinem Trainer“ (S_SW, 262). Sven gibt schließlich dem Drängen seines neuen Trainers D. Lange nach und nimmt die internationalen Meisterschaften in Angriff. „Er würde das hier wohl nicht in der Form dargestellt haben wollen, aber es war definitiv so, dass er mich eher ermutigt hat zu springen und ich gesagt habe, das macht eigentlich keinen Sinn. Aber die Hoffnung stirbt da trotzdem zuletzt und irgendwie habe ich dann doch gesagt, ich probiere es“ (S_SW, 264). Den Bereich seiner normalen Leistungsfähigkeit erreicht Sven nicht nur annähernd, was ihn im Nachhinein zum Schluss kommen lässt, dass er den Wettkampf besser hätte absagen sollen (S_SW, 255). Wie bei den Schulterbeschwerden zwei Jahre zuvor versucht Sven trotz einer Vielzahl verschiedener Beschwerden das Training so lange wie möglich aufrechtzuerhalten und die Wettkampfsaison trotz starker Schmerzen wie geplant durchzuziehen. Im Nachhinein zeigt er sich auch hier wieder einsichtig. „Aber wenn man einfach fünf akute Verletzungen und dann noch die Trainingsbelastung zusätzlich hat, da ist der Körper einfach überfordert zu regenerieren und dann entsteht eine Baustelle nach der anderen und dann ist das nur eine Frage der Zeit, bis da auch ernsthafte Probleme auftreten. So hat sich das bei mir zugespitzt und am Ende ging da einfach gar nichts mehr. Im Sommer konnte ich mir nicht einmal die Zähne putzen ohne Voltaren“ (S_SW, 273).

Perspektive Arzt: Dr. U. Becker geht von einer hohen gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft bei Spitzensportlern wie Sven Wagner aus. „Unsere Athleten sind zumindest alle so drauf, dass es sich noch im erlaubten Rahmen bewegt, sich definitiv aber auch immer an der Grenze bewegt, auf jeden Fall“ (A_UB, 72). Der Einsatz von Schmerzmitteln zur Aufrechterhaltung des sportlichen Trainings- oder Wettkampfbetriebs gehört dabei zum Alltag. „Das ist Standard. Manche, glaube ich, können mit Schmerzmitteln überhaupt erst [ihre Disziplin ausüben]. Obwohl sich Dr. U. Becker zunächst für die Behandlung der Leistenprobleme verantwortlich zeigt, wird ihm von Trainer und Athlet mit Blick auf die Gewährleistung einer Teilnahme an der internationalen Meisterschaft 14 das Vertrauen entzogen und ein anderer Weg gewählt. „Letztes Jahr ging es bei Sven in diesem Zusammenhang um seine Leistenprobleme, wo ich definitiv anderer Meinung war. Ich habe zwar das Problem auch wieder erkannt und gesagt, das ist es, was es letztendlich auch war. Da haben aber die Jungs irgendwie - oder, ich weiß gar nicht genau, wie es entglitten ist. Das fand ich aber auch wieder ganz interessant: Ich

hatte für die Leistenproblematik im Prinzip einen anderen Plan. Ich hatte schon den Plan, dass es gemacht werden muss, aber dass man dann dem Körper auch die Zeit geben muss, dass man danach wieder ein beschwerdefreies Trainingsniveau erreichen und auch beschwerdefreier an Wettkämpfen teilnehmen kann. Das ist dann halt wiederum durch ein übersteigertes und heldenhaftes Darstellen anderer Leute ein bisschen durchkreuzt worden, so nach dem Motto: ‚Ich mach das mal eben und in acht Tagen kannst du wieder [voll belasten]! Das mag für einen Fußballspieler gelten, der dann wieder spielen kann, aber nicht für die Belastung [in Svens Disziplin]. Das ist dann auch entsprechend nach hinten losgegangen, so dass dann nach der internationalen Meisterschaft 14 auch wieder eine entsprechende Maximalfrustrationsphase eingetreten ist, wo von dem Athlet die Frage gestellt wurde, ‚kann ich das eigentlich noch‘? Ist mein Körper für [die Disziplin] bereit oder nicht? Ich denke, dass man ihm das auch hätte ersparen können, aber genau an diesem Zeitpunkt ist er umgesprungen, was dieses eine Schräubchen zu viel war, indem er gesagt hat, dann mach ich das jetzt. Vielleicht war aber auch ich zu zögerlich und hatte dabei eine zu gebremste Einstellung, das kann auch sein. Ich will nicht sagen, dass das, was ich vorgeschlagen hatte, vom zeitlichen Ablauf her das Richtige war, aber im Nachhinein hat sich zumindest herausgestellt, dass diese forcierte Art ein bisschen zu heavy war, weil Sven sich die erste Seite sofort hat machen lassen und die zweite Seite so, wie ich es vorgeschlagen habe“ (A_UB, 77).

Auf der einen Seite ärgert sich Dr. U. Becker über Athleten wie Sven, die wie bei der Behandlung des Leistenbruchs einfach den Arzt wechseln. „Auf der anderen Seite sollte sich der vorübergehend betreuende Doktor nicht für zu wichtig erachten. Das ist irgendwie ein Steinchen in einem großen Konstrukt. Wie gesagt, 80 bis 90 Prozent machen das Training und Talent des Athleten aus und wir [die Ärzte] bewegen uns da irgendwo im Zehn-Prozent-Bereich unserer Einflussmöglichkeiten. Auch da ist wieder der Erfolg die Zielsetzung, da dies im Hochleistungssport einfach das Wichtige ist. Die Gesundheit spielt natürlich auch eine große Rolle, weshalb man sie nie ganz außer Acht lassen sollte. Da gibt es dann einfach auch Grenzen, so wie man zum Beispiel mit einer Ermüdungsfraktur einfach nichts mehr machen sollte. Das und andere Sachen verbieten sich dann einfach, was der Athlet dann aber auch von selbst merkt. Dieses Abdriften in solch einem Augenblick [wie bei dem Leistenbeschwerden] sind dann Erfahrungen, bei denen man natürlich fragt, ob das unbedingt mit so viel Druck gemacht werden musste, aber auf der anderen Seite kann ich auch den Athleten verstehen. Für ihn zählt der Erfolg und für ihn ist der betreuende Arzt einfach Mittel zum Zweck, der dann auch dafür benutzt wird. Irgendwann kommen dann die Athleten auch wieder mit irgendetwas anderem - das sehe ich extrem entspannt und denke nie, dass ich an irgendetwas festhalten müsste. Es ist vielmehr wirklich der Gedanke, dass jenes Problem so und so behoben werden kann und man dem Athleten diesen Vorschlag macht, welcher dann von diesem angenommen wird oder auch nicht“ (A_UB, 81). Die an ihn gerichteten Erwartungen bei der Behandlung eines Spitzenathleten wie Sven versucht Dr. U. Becker als Herausforderung zu sehen. „Der Druck ist

schon irgendwo da. Für mich persönlich ist es aber eigentlich eine Herausforderung: Zu verstehen, woran die Beschwerden liegen können und daraufhin Therapieformen einzusetzen, die möglichst nicht schaden und tendenziell mehr helfen, als sie schaden können.(...) Daher muss man verschiedene Therapieformen gegeneinander abwägen und sich für eine möglichst schonende und zielgerichtete Form entscheiden“ (A_UB, 36).

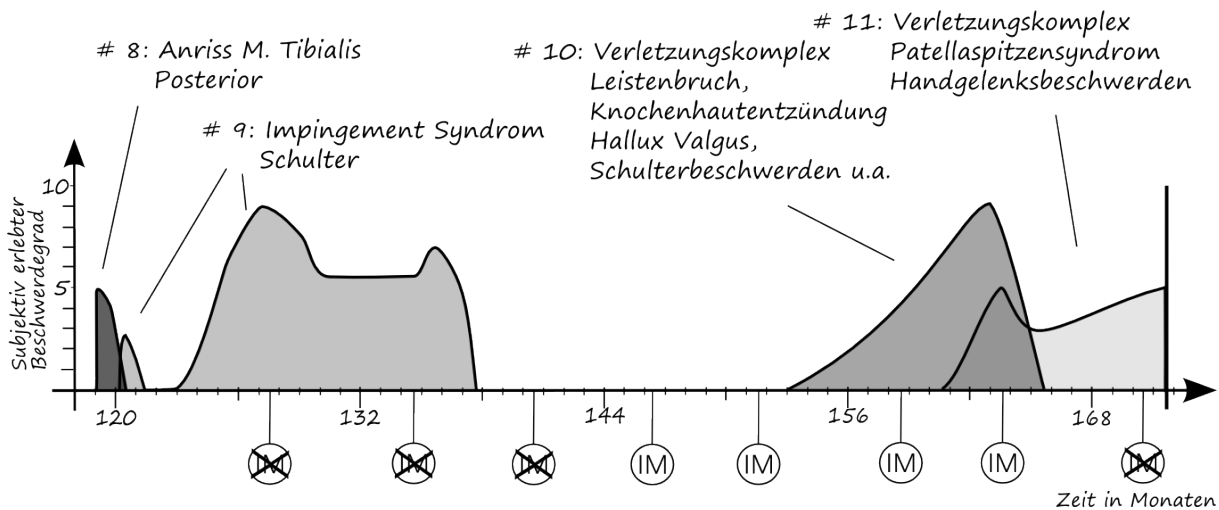


Abbildung 9: Zeitraum nach bedeutsamster Verletzung und aktuelle Situation von Sven Wagner

Die beschwerdebedingte Leistungsbeeinträchtigung führt bei Sven kurzzeitig wieder zu Gedanken an ein mögliches Karriereende. „Das war kurz vor dem die Schuhe an den Nagel hängen“ (S_SW, 178). Sven betont jedoch, dass es sich in diesem Jahr nur um kleinere Verletzungen gehandelt hat, die erst in ihrer Vielzahl und in Kombination mit den gezeigten sportlichen Leistungen zu dem in der Summe schlechtesten Jahr seiner bisherigen Karriere geführt haben (S_SW, 176). Nach der Saison trennt sich Sven von Trainer D. Lange und trainiert zunächst auf eigene Faust alleine weiter, ehe die Zusammenarbeit mit dem früheren Trainer F. Schäfer langsam wieder aufgenommen wird.

- **Verletzungskomplex mit Patellaspitzenyndrom, Handgelenksbeschwerden usw. (#11) und aktuelle Situation**

Sven befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews in der Vorbereitung auf die neue Freiluftsaison. Er hat nach einer von verletzungsbedingten Wettkampfabgaben geprägten Hallensaison immer noch mit verschiedenen gesundheitlichen Problemen zu kämpfen, die ihn im Training jedoch nicht allzu sehr einschränken. „Im Augenblick haben wir ja keine Saison, die geht Anfang Mai los. Ich fange Ende Mai erst an. Im Leistungsbereich ist man nie hundertprozentig gesund, aber im Augenblick kann ich eigentlich ganz gut [disziplinspezifisch arbeiten] und trainieren. Es gibt ein paar Probleme, die aktuell bestehen und die ich auch behandeln lasse. Aber wenn die jetzige Situation in der Saison auftreten würde, würde ich sogar mal eine Woche oder zwei aussetzen. Aber so vom Training her, kann man die Belastung ein bisschen bes-

ser einteilen und im Augenblick läuft es eigentlich ganz gut“ (S_SW, 17). Neben der Patellaspitzenproblematik, die bereits seit einem Jahr vorliegt, verspürt Sven neben leichten Rückenbeschwerden vor allem Schmerzen im Handgelenk. „Da weiß ich aber nicht, was es ist. Ich war beim Vereinsarzt, der setzt sofort eine Spritze rein, aber es wurde keine wirkliche Diagnose gestellt. Und ein bisschen am Rücken hinten. Ich hatte die letzten Tage einen steifen Hals. Wahrscheinlich irgendeine Blockade oder eine Rippe blockiert“ (S_SW, 20). Solche Beschwerden sind jedoch nichts Besonderes. „Das kommt immer mal wieder vor. Das sind kleinere Sachen“ (S_SW, 116). Hinzu kommen auch die immer noch vorhandenen Schmerzen am großen Zeh. „Halux valgus, also dicker Zeh, der tut mir zurzeit immer weh. Aber das will ich gar nicht aufführen“ (S_SW, 112). Diese Schmerzen beeinträchtigen lediglich das Befinden beim Training. „Wenn beim Laufen der dicke Zeh weh tut, dann nervt das schon ganz schön“ (S_SW, 114). Das seit einem Jahr vorhandene Patellaspitzensyndrom ist nach einer vorübergehenden Besserung wieder auf dem Stand des Vorjahres. „Das war zwischenzeitlich mal besser, weil ich weniger trainiert habe. (...) Die Patellaspitze ist im Moment das Einzige, was mich so wirklich nervt“ (S_SW, 231). Mit Blick auf die in Kürze anstehende Freiluftsaison erwartet Sven durch die Schmerzen im Handgelenk keine Beeinträchtigung. „Das Handgelenk würde ich in diesem Jahr nicht als Problem bezeichnen, wenn sich das nicht schlimmer entwickelt. Ich [trainiere] ja alles damit.“ (S_SW, 229). Dennoch ist sich Sven darüber im Klaren, dass diese Schmerzsymptomatik einen ungünstigen Verlauf nehmen kann. „Ich meine, auch mit dem Handgelenk, da könnte sich herausstellen, dass ich da so einen Knorpelschaden habe, damit ich meine Karriere abbrechen muss. (...) Das ist so eine Schwebephase, würde ich sagen. (...) Schwebephase und Ungewissheit“ (S_SW, 347). Er befindet sich damit aktuell wieder in einer Situation, in der er trotz Schmerzen weitertrainiert und lediglich darauf hoffen kann, dass es nicht zu einer chronischen Beschwerdeproblematik kommt. Es dominiert die Erwartung, dass sich die medikamentös reduzierten Handgelenksschmerzen als harmlos herausstellen.

Perspektive Arzt: „Hier und da und dort gab es dann immer wieder kleinere Reizungen, eigentlich typische Überlastungsprobleme. Zwischendurch haben wir gedacht, dass wir den Meniskus operieren müssen, wovon wir dann aber wieder Abstand genommen haben und dann kam eigentlich auch die Schulter schon wieder. Es war also die Schulter und dann kleinere Sachen wie die Brustwirbelsäule, die eine Rolle spielten. Ansonsten ist Sven regelmäßig in einer ganz guten physiotherapeutischen Betreuung, so weit ich das verstanden habe“ (A_UB, 21).

Perspektive Trainer: Die Ursachen für die vielen Verletzungen und ständigen Beschwerden liegen aus Sicht F. Schäfers im mangelnden Trainingsfleiß, den Sven stets durch sein Talent kompensieren konnte. „Er hätte wie Jonas Neumann hart arbeiten sollen und das hat er nicht. (...) Weil er nicht so viel trainiert hat, hat er das muskulär nicht aufgebaut und dann müssen die Knochen leiden. (...) Er konnte ganz schnell viel erreichen, aber mit einem hohen Ver-

schleiß. Jonas Neumann hat das mit harter Arbeit erarbeitet, er ist nicht so oft verletzt und bringt trotz seines fortgeschrittenen Alters immer noch so tolle Leistungen“ (T, FS, 14). Eine weiterhin sportlich erfolgreiche Karriere seines Schützlings macht F. Schäfer vom Ausbleiben neuer Verletzungen abhängig. „Jetzt würde ich sagen, wenn er körperlich nicht mehr fit wäre durch irgendeine Verletzung, dann wäre das Karriereende nahe, weil er nicht so stark an den Sport gebunden ist wie andere, also abhängig ist. Das könnte ich mir vorstellen. Aber jetzt hat er erstmal den Ehrgeiz, es allen noch mal zu zeigen“ (T_FS, 71). Die langjährige Erfahrung aus der Zusammenarbeit soll dabei helfen. „Ich habe ihn so lange betreut, ich sehe so viele Möglichkeiten bzw. mit der Erfahrung, wie er trainiert hat, da kann man alles noch genauer dosieren und ihn motivieren. Und nach so langer Zeit weiß man, wie man das machen soll“ (T_FS, 73). F. Schäfer geht davon aus, dass Sven selbst am besten weiß, wann er die sportliche Belastung reduzieren muss. „Sven ist ehrlich und kennt mittlerweile seinen Körper so gut, dass er genau weiß, wann genug und dann Schluss ist“ (T_FS, 98).

Perspektive Arzt: Auch Dr. U. Becker geht davon aus, dass Sven aus seinen Verletzungen gelernt hat. „[Sven hat] langsam gemerkt, was sein Körper an Trainings- und Wettkampfbelastung aushält, was vielleicht weniger als bei anderen Athleten ist. Vielleicht muss er auch gar nicht so viel wie andere Athleten trainieren. Vielleicht ist es so, dass Sven bestimmte Dinge seines Körpers beachten muss und auf bestimmte Sachen eingehen muss. Das hat er jetzt, glaube ich, maßgeblich aufgrund seiner langen Diagnosekette, gelernt“ (A_UB, 21). Dennoch bleibt der Arzt etwas skeptisch. „Man hat so den Eindruck, dass dort wirklich ein Missverhältnis zwischen Belastung und Belastbarkeit besteht. (...) Mir kommt es immer wie ein High-Tech-Formel-1-Fahrzeug vor, an dem einfach immer geschraubt und gemacht werden muss, wir aber eigentlich immer mehr Reparaturen machen. (...) Ich würde mir wünschen, dass wir mehr an den kleinen Schrauben drehen. (...) Das würde ich mir viel mehr wünschen als irgendwo nonstop Flickwerk zu betreiben. Das wäre super. Sven hat sich jetzt auch, glaube ich, ein bisschen mehr Zeit genommen. Er hat dieses lange Trainingslager gemacht, in dem er einfach ein bisschen relaxt, Golf gespielt und ein wenig trainiert hat und ich hoffe das dies so eine Art Reset-Effekt war, so dass man jetzt im Nachhinein schaut, was man machen kann und was nicht. Man kann aber nichts erzwingen und muss gucken, wie es mit dem Zusammenspiel zwischen der Belastung und Entlastung funktioniert. Wenn die Hochleistungssportkarriere irgendwann einmal zu Ende ist und der Athlet dann nicht mehr in der Lage ist, sich ein bisschen sportlich zu betätigen, wäre das sehr schlimm“ (A_UB, 88).

Über mögliche Langzeitschäden wird aus Sicht von Dr. U. Becker jedoch kaum gesprochen. „Bei den aktuellen Athleten wird das eigentlich nicht thematisiert.“ Er verweist dabei auf aktuelle Forschungsergebnisse, die in den relevanten leichtathletischen Disziplinen auf keinen erhöhten Beschwerdegrad im Nachgang der Karriere hinweisen. „Insofern ist das alles scheinbar relativ, wenn man das auf die Ergebnisse solcher Nachuntersuchungen beziehen

will. (...) Man sieht das auch in anderen Sportarten, wie in der rhythmischen Sportgymnastik zum Beispiel. Die Athleten leiden und leiden während sie aktiv sind, haben aber danach eigentlich nicht mehr oder weniger Beschwerden als Hobbysportler oder engagierte Freizeitsportler“ (A_UB, 93).

7.1.5. Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen im biografischen Kontext

Die Bedeutung von Gesundheit verändert sich für Sven im Verlauf seines bisherigen Lebens und bezieht sich auf mehrere Dimensionen. „Das ist eine Frage, die man ziemlich komplex beantworten kann, weil sich das ja auch im Verlauf der Jahre entwickelt. Gesundheit ist in vielerlei Hinsicht ein wichtiges Gut, um sich im Alltag wohl zu fühlen, um das machen zu können, was man gerne möchte, um Arzttermine zu vermeiden“ (S_SW, 617). Neben einer allgemeinen Bedeutung für das Wohlbefinden und einer selbstbestimmten Lebensgestaltung besitzt Gesundheit für Sven eine besondere Relevanz, die durch seinen Beruf als Profisportler bestimmt wird. „Aus sportlicher Sicht bedeutet Gesundheit für mich, gut trainieren zu können. (...) Dann ist Gesundheit eine Voraussetzung, um Wettkämpfe machen zu können und daher auch von wirtschaftlicher Bedeutung. Wenn ich verletzt bin, heißt das, dass ich keine Wettkämpfe machen kann und dann auch kein Geld verdiene. (...) Ich habe früher meiner Gesundheit nicht viel Beachtung geschenkt, was dann vielleicht auch zu der einen oder anderen Verletzung geführt hat. Was aber auch heißt, dass man sich nicht unbedingt aus der Bahn werfen lässt, wenn eine [Verletzung] auftaucht“ (S_SW, 617). Gesundheit steht für Sven jedoch in einem größeren Zusammenhang, daher schreibt er seinen bisherigen Verletzungen keine allzu große gesundheitliche Relevanz zu. „Ich habe ja zum Glück nur sportlich bedingte Verletzungen. (...) Ich meine, wenn man darüber nachdenkt, was das für einen bedeutet, versucht man sich bestimmte Bereiche vorzustellen, um sich vor Augen zu führen, was es bedeutet, wenn es nicht existiert. Ich meine grundsätzlich wie so ein Tumor, das schränkt mich ja nicht nur sportlich ein. Da würde ich auch andere Sachen im Leben nicht so angehen können, wie ich das gerne tun wollte und hätte dann eine andere Zukunftsplanung“ (S_SW, 619). Die körperliche Funktionsfähigkeit ist für Sven von besonderer Bedeutung. „Das wird mir jetzt nicht nur zu Leistungssportzeiten auf die Nerven gehen, sondern auch in 20 Jahren. Wenn ich irgendwie Sehnen entzündet habe und beim Treppensteigen Schmerzen habe, dann werde ich wahrscheinlich genau so schlechte Laune haben, wie wenn ich jetzt aufgrund von Knochenhautproblemen keine Lauf- und Sprungübungen machen kann und eine Trainingseinheit nur beschränkt wahrnehmen kann. So wird das auch in Zukunft für mich wichtig sein“ (S_SW, 619).

Den allgemeinen Stellenwert von Gesundheit schätzt Sven aufgrund seines spitzensportlichen Engagements wesentlich höher ein, als dies sonst der Fall wäre. „Wenn ich darüber nachdenke, denke ich schon mehr als Leistungssportler über meine Gesundheit nach. Wenn ich keinen Leistungssport betreiben würde, würde Gesundheit nicht diesen Stellenwert haben, den sie ak-

tuell für mich hat. Auch was Ernährung angeht. Über manche Sachen bin ich vielleicht auch ganz froh. Dass ich mich ernährungstechnisch so damit auseinandergesetzt habe, dass ich auch in meinem restlichen Leben davon profitieren werde, weil ich zumindest glaube, dass ich mich besser ernähre als das viele andere tun. Und dass damit auch Zivilisationskrankheiten vorgebeugt werden können“ (S_SW, 619).

Sven geht davon aus, dass sein Gesundheitsbewusstsein weniger von seinem Umfeld als vielmehr von seinen vielen Verletzungserfahrungen sowie vom fortschreitenden Alter beeinflusst wird. „Ich glaube nicht, dass da jemand anderes dafür verantwortlich war. Es war einfach die Tatsache an sich, dass ich so oft verletzt gewesen bin. Und keine Ahnung, ob das auch ohne Verletzungen so gekommen wäre; wenn man älter wird, fängt man an, die Sachen einfach anders zu sehen und ein bisschen ernster zu nehmen. Kann sein, dass dann einfach das Alter eine Rolle gespielt hat. Was natürlich auch sein kann, nach meinem Abitur, (...) da will man die Freiheit erst mal ausleben“ (S_SW, 309). Beispielsweise sieht Sven den Umgang mit der Peronealsehnensubluxation in seinem ersten Profijahr durch die Kenntnis des weiteren Beschwerdeverlaufs rückblickend in einem anderen Licht. „Ich glaube die Verletzung war schlimmer als ich sie tatsächlich empfunden habe. Mich hat die Verletzung gar nicht so gestört. Damals war ich noch ziemlich unbekümmert, was meine Verletzungen anging. Für meinen weiteren Verlauf der Karriere hat das schon eine höhere Bedeutung gehabt, weil der Fuß dann eine ganze Menge Folgebeschwerden hervorgerufen hat“ (S_SW, 60). Für Sven steht die Peronealsehnenverletzung im engen Zusammenhang mit den darauf folgenden Mittelfuß- und Sprunggelenksbeschwerden. „Das war im Endeffekt darauf zurückzuführen, dass mein Sprunggelenk nicht mehr die volle Beweglichkeit hatte und ich das alles mit der Wade nicht mehr so abfedern konnte. Das wurde dann über die Knochen, über Schienbein und Talus auf den Mittelfußbereich übertragen und der war dann chronisch überlastet. Und ab da fing es an, dass ich chronische Mittelfußbeschwerden hatte, die [zwei Jahre später] operiert wurden“ (S_SW, 81). Die anfängliche Unbekümmertheit beim Umgang mit der eigenen Gesundheit weicht einem zunehmenden Bewusstsein für potentielle Einflussfaktoren. Unter den Athleten der Trainingsgruppe kommt es zu einem verstärkten Austausch über gesundheitliche Themen und zu einer zunehmend ernsten Auseinandersetzung beispielsweise in Ernährungsfragen. „Früher hat man mit Sicherheit einen Spruch gedrückt bekommen, wenn man allzu sehr auf die Gesundheit geachtet hat. Das ist mittlerweile egal. Je älter wir alle werden, desto mehr kümmern sich auch die anderen darum. Früher hätte man den anderen schon komisch angeschaut, wenn er auf einmal sagt, er lässt jetzt die Pommes weg beim Steak. (...) Wenn ich versuche, auf die Ernährung zu achten, dann ist eher Neugierde angesagt, was hast du denn gehört? Wie kommst du denn darauf? Dann wird diskutiert, was das denn für ein Quatsch sein soll. Aber das ist keine ‚Lächerlichmachung‘, sondern dann geht es eher konkret um bestimmte Maßnahmen. (...) Der Uli Roth trinkt nur destilliertes Wasser im Training. Da wird halt

diskutiert, destilliertes Wasser kommt in der Natur auch nicht vor, was soll der Quatsch. Also in der Art“ (S_SW, 480).

Trainingssteuerung

Eine wesentliche Veränderung stellt Sven jedoch im Umgang mit der Trainingssteuerung fest, die er zunächst auf einen verletzungsbedingten Wandel des Körpergefühls zurückführt. „Ich meine, nicht nur mein Gesundheitsbewusstsein, sondern auch mein Trainingsbewusstsein hat sich verändert. Früher habe ich halt alles trainiert was auf dem Plan stand. Aber so ein Körpergefühl, dass man weiß, welche Übungen gut sind, welche einem schaden, wie viel Belastung man verträgt und wann man stoppen muss, hat sich erst mit der Zeit eingestellt. Irgendwann wird das auch mühselig mit dem Training und das mit dem Trainer zu besprechen, vor allem wenn sich das [mit den Verletzungen] so häuft, dass man sich eigentlich jeden Tag mit dem Trainer auseinander setzen müsste, da wird es irgendwann einfacher, das Heft selbst in die Hand zu nehmen. Wann kam bei mir so der große Wandel? In den Jahren, in denen ich die besten Leistungen gebracht habe, habe ich mich am wenigsten damit auseinander gesetzt. Mit dem Rücken fing das zum ersten Mal an, weil ich da fünf Monate Pause hatte und da angefangen habe darüber nachzudenken, dass man schon so ein paar Sachen ernster nehmen sollte, auch was Physiotherapie anging. Als erstes habe ich regelmäßige Physiotherapie eingebaut und den Großteil der Übungen weggelassen. Der Knackpunkt war die internationale Meisterschaft 6 [nach dem Ermüdungsbruch im Lendenwirbelbereich vor sechs Jahren]. Ab da habe ich angefangen meine Trainingspläne komplett selbst zu schreiben. Zuvor fing es bereits ein bisschen an, indem ich gesagt habe, die Übung will ich nicht machen und so versucht habe, ein bisschen Einfluss auf den Trainingsplan zu nehmen“ (S_SW, 299).

Weitreichende Veränderungen mit potentielltem Gesundheitsbezug werden schließlich nach der langwierigen Schulterverletzung in Gang gebracht. „Die nächste Stufe war dann (.) nach der Saison [mit den Schulterbeschwerden vor drei Jahren]. Da habe ich gesagt, ein Jahr vor der internationalen Meisterschaft 12 möchte ich mich noch mehr professionalisieren und habe mich mit einem Ernährungsberater hingestellt und Ernährungspläne für mich geschrieben. Mit dem das Krafttraining, weil er da auch ein Experte ist, durchgesprochen und geplant. Dann haben wir eine Krankengymnastik zwei Mal im Trainingsplan fest eingebaut, wo ich zwei Mal in der Woche an einem speziellen Gerät Krankengymnastik mache. Und wir haben Physiomaßnahmen fest in den Trainingsplan integriert. [In der unmittelbaren Vorbereitung auf die internationale Meisterschaft 12] bin ich beim Maximum angekommen, was meine Professionalität angeht, auch was die Lebensgestaltung, Rhythmus und Partys angeht“ (S_SW, 299). Insbesondere in den vier Jahren zu Beginn seiner internationalen Karriere, d.h. zwischen der Peronealsehnenluxation und der Operation am Mittelfuß stellt Sven für sich einen ausschweifenden Lebensstil fest, den er auch mit den zahlreichen Beschwerden und Verletzungen in Beziehung setzt (S_SW, 303). „Ich glaube nicht, dass das unabhängig voneinander war. Ich kann mir schon vorstellen, dass das für den Organismus nicht so gut ist, wenn man unregel-

mäßig schläft, Alkohol konsumiert und Party macht. Sich zusätzlich nicht um die Ernährung kümmert und das summiert sich halt. Da sind viele Faktoren, die eine Rolle spielen und wenn die Rahmenbedingungen schon schlecht sind, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich mich verletze und schlecht regeneriere einfach höher. Das war in der Zeit mit Sicherheit gegeben“ (S_SW, 305). Die zentrale Orientierungsgröße bleibt jedoch die sportliche Leistungsfähigkeit, deren Relation zu präventiv-gesundheitsbezogenen Aspekten Sven am Beispiel aktueller Überlegungen zur zukünftigen Trainings- und Lebensgestaltung verdeutlicht. „Ich habe mir auch jetzt wieder Gedanken gemacht und habe mir in der Dusche Bilder an die Wand gemahlt, auf was ich mich konzentrieren sollte, wenn ich jetzt wieder vernünftig [meine Disziplin betreiben] möchte“ (S_SW, 309). Diese Gedanken versucht Sven durch das spontane Aufmalen der Bilder zu visualisieren. Hierbei handelt es sich um zwei Bilder, die sich jeweils aus einem äußeren und einem inneren Kreis zusammensetzen, wobei der innere Kreis das disziplinspezifische Training beinhaltet und der äußere Kreis unterstützende Maßnahmen wie allgemeine und präventive Trainingsinhalte (Athletiktraining), Ernährung und Regeneration (Schlafrythmus, ausruhen, keine Party machen) repräsentiert und der mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen gleichgesetzt wird.

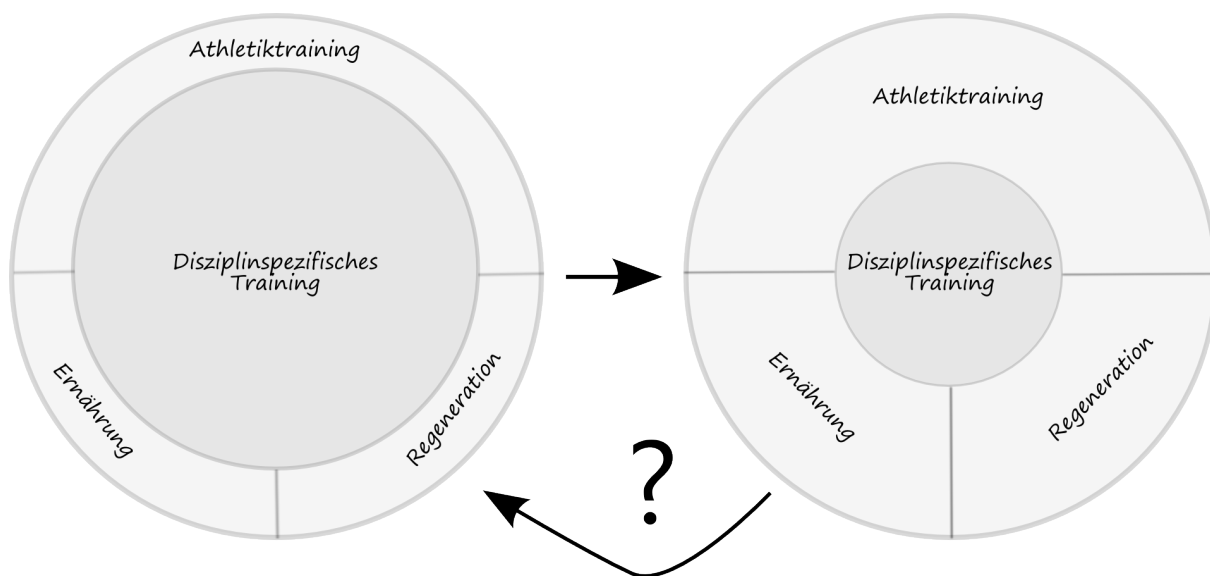


Abbildung 10: Grafische Darstellung des Bedeutungswandels potentiell gesundheitsrelevanter Maßnahmen (Grafik in Anlehnung an die Zeichnung des Athleten)

In den ersten Jahren der spitzensportlichen Karriere kümmert sich Sven fast nur um den Kern, um das disziplinspezifische Training. „Ich hatte nur [meine Disziplin] vor Augen. Wenn ich zum Training gekommen bin, war ich auch total fokussiert. Im Verlauf der Jahre hat sich das verändert. [Das Jahr nach der Schulteroperation] war ein Jahr, in dem ich absolut professionell gelebt habe, auch ein Jahr gesund durchtrainieren konnte und in meiner besten körperlichen Verfassung war. Aber im Endeffekt nur einen Wettkampf [mit einer guten Leistung ab-

geliefert habe] und ansonsten nur Mist gebaut habe. Ich habe aber in meiner Karriere zu der Zeit 40 Wettkämpfe [mit einer sehr guten Leistung gemacht] und da schaffe ich nicht einen einzigen Wettkampf. Das konnte ich nicht erklären und ich glaube, dass ich in der Zeit so eine Aufteilung hatte“ (S_SW, 311). Sven zeichnet eine zweite Grafik, in welcher der innere Kreis deutlich kleiner ist und von einem breiten Rahmen umgeben ist. Obwohl er über den Zeitraum eines Jahres den potentiell gesundheitsfördernden Maßnahmen eine hohe Bedeutung zumisst, stellt sich keine Leistungssteigerung ein. „Ich habe superintensiv mit Exceltabellen mein Training analysiert, mit einem Ernährungswissenschaftler zusammengearbeitet, mich um die Regeneration gekümmert und den ganzen Tagesablauf organisiert. Wenn man fünf Mahlzeiten am Tag zu sich nimmt und dafür einkaufen muss, das kostet auch Kraft. Für das [Disziplinspezifische] wurde viel zu wenig aufgebracht. Das ist immer so ein laufender Prozess, auf was man sich konzentriert und was erforderlich ist, um [gute Leistungen zu bringen]. Ich glaube, ich muss es wieder schaffen, mich wieder mehr auf das zu konzentrieren, was ich tun will, nämlich gut [in meiner Disziplin sein]“ (S_SW, 311). Die potentiell gesundheitsfördernden Maßnahmen sind zu Beginn der Karriere und in den Zeiträumen der sportlichen Höchstleistungen lediglich notwendiges Übel. „Das hat von mir echt keine Beachtung geschenkt bekommen. Das was auf dem Trainingsplan stand, das hat man gemacht. Aber woran ich Freude hatte und womit ich mich zu Hause beschäftigte, das war [meine Disziplin] und nicht, ob ich drei oder vier Sätze im Krafttraining mache. Der Bewegungsablauf [in meiner Disziplin] ist auch sehr komplex. Man muss sich den auch ständig vergegenwärtigen. Die Bewegungsabläufe durchgehen, auch wenn das unbewusst geschieht“ (S_SW, 315). Zu Beginn der sportlichen Laufbahn beschränkt sich eine Verletzungsprophylaxe auf die vom Trainer vorgegebenen Übungen. „Wir haben immer KÜs [Körperbildende Übungen] gemacht. Nach dem Einlaufen haben wir immer so ein allgemeines Krafttraining für den Rumpf gemacht und so Katzenbuckel. Schon so ein Krankengymnastikprogramm, aber das war’s auch schon. Was wir ansonsten im Training gemacht haben, würde ich sagen, war schon grob fahrlässig. Ich habe zwar erst spät mit dem Krafttraining begonnen, aber dafür umso intensiver und habe dann zum Teil das Programm von den [Athleten einer anderen Disziplin] mitgemacht mit viermal die Woche Beinkraft und 200 Kilo auf dem Rücken und das war in der Phase viel zu viel für mich“ (S_SW, 317).

Welche konkreten Maßnahmen zur Prävention von Verletzungen beitragen, lernt Sven erst durch die jeweiligen Verletzungserfahrungen. Beispielsweise findet er im Zuge der wiederkehrenden Beschwerden am Iliosakralgelenk und dem Ermüdungsbruch im Lendenwirbelbereich allmählich heraus, welche Maßnahmen zu einer Besserung beitragen und durch welche Handlungen die Beschwerden provoziert werden. „Ja erstmal die Einlagen. Ich weiß aber nicht, wann ich zum ersten Mal die Einlagen bekommen habe. (...) Es gibt aber auch ein paar Übungen, die ich mit dem Beinlängenausgleich im Schuh nicht machen kann. Zum Beispiel Kniebeugen mit 250 kg wie das andere im Verein machen. Das mache ich gar nicht. Das habe

ich ausgeschlossen. Dann gibt es ein paar Übungen wie Reißen und Umsetzen, da muss ich vorsichtig sein. Dann war es wahrscheinlich eine muskuläre Schwäche, denn [wenn bei meiner Disziplin] das muskuläre Korsett nicht vorhanden ist, das das stützt, dann ist die Wirbelsäule auch gefährdet. Ansonsten weiß man über die Zeit, welche Übungen man trainieren kann und welche nicht. Früher war ich so gut wie gar nicht bei der Physiotherapie und heutzutage, jetzt haben wir ja alles [vor Ort], ist das auch viel besser gegeben“ (S_SW, 165).

Für die Durchführung von Regenerations- und Entspannungsmaßnahmen ist Sven von Beginn an selbstverantwortlich. In einer planmäßigen Durchführung sieht er aufgrund seiner Erfahrungen jedoch keinen allzu großen Nutzen mehr „Die sind bestimmt wichtig, wenn man die konsequent mit einbauen würde. Ich habe es eine Zeit lang in den Trainingsplan integriert, indem ich Schwimmen gegangen bin und in das Dampfbad. (...) Man kann auch, wenn man alles berücksichtigt mit Ernährung, mit Physiotherapie und wenn man die alternativen Regenerationsmaßnahmen auch noch so einplant und berücksichtigt, dann verliert man irgendwann die Orientierung und das Wesentliche aus den Augen. Es ist wichtig und wenn man sich danach gut fühlt, soll man in die Sauna gehen, das macht mit Sicherheit Sinn. Aber das von vorneherein fest einzuplanen ist zu viel des Guten. (...) Man hat halt mit Physiotherapie, mit Krankengymnastik und Trainingseinheiten so viele Termine, dass es mich ein bisschen genervt hat, aber das muss dann jeder für sich selbst entscheiden“ (S_SW, 606).

Bedeutungswandel von Gesundheit im Karriereverlauf

Den Bedeutungswandel von Gesundheit im Karriereverlauf fasst Sven wie folgt zusammen: „Die Entwicklung ging von gar keiner Bedeutung, die ich ihr zugemessen habe über sehr viel und jetzt baut sich das ein bisschen ab. Ich muss zwar das nötige Maß einhalten, aber ich darf es nicht übertreiben“ (S_SW, 617). Sven bevorzugt damit eine Alternative, von der er sich ein Höchstmaß sportlicher Leistungsfähigkeit erwartet, auch wenn dies mit gewissen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht. Das Erzielen mittelmäßiger Leistungen bei gleichzeitiger Beschwerde- und Verletzungsfreiheit stellt für ihn keine Alternative mehr dar, vielmehr versucht er, einen Mittelweg zu finden. Auch weil er ein Problem im Auftreten von Verletzungen sieht, wenn dem gesundheitlichen Bereich eine allzu große Bedeutung zukommt. „Wenn jetzt wie in der Zeichnung der Bereich Gesundheit so groß ist und man verletzt sich dann, dann ist da so ein riesiger Bereich zusammengebrochen und man ist am Boden zerstört, weil es nicht geklappt hat. Wenn [der Fokus auf dem disziplinspezifischen Bereich liegt], dann kann ich auch mit einem Patellaspitzensyndrom irgendwie trotzdem [sehr gute Leistungen bringen]“ (S_SW, 617). Sven macht jedoch auch deutlich, dass er akut auftretende gesundheitliche Probleme im Gegensatz zu früher nicht mehr ignoriert. „Mittlerweile gehe ich Verletzungen sofort an“ (S_SW, 457). Dabei ist er sich gleichzeitig der Gefahr bewusst, die einem mehrgleisigen Vorgehen in Form eines Rückgriffs auf verschiedene Ärzte und Therapeuten inhärent ist. „Man kann sich aber auch übertherapieren, aber das ist noch mal ein anderes Problem“ (S_SW, 457).

Die relevanten Bezugspersonen beim Auftreten von Verletzungen sind neben dem medizinischen Betreuungspersonal und dem Trainer vor allem die Familie und dabei insbesondere die Freundin. „Die Freunde interessieren sich für Verletzungen relativ wenig. Das lässt man außen vor. Die Freundin bekommt ordentlich was von meiner Laune ab“ (S_SW, 627). Einen Einfluss auf den Umgang mit Verletzungen hat die Freundin jedoch nicht. „Die bremst mich eigentlich nicht. Wenn ich mich zu sehr beklage, dann ist es schon so, dass sie wissen will, ob das so sein muss, oder ob man da nicht was dagegen tun könnte. Wenn ich Gesprächsbedarf habe, redet sie mit mir, aber ansonsten rede ich schon mit so vielen Leuten über meine Verletzungen. Wenn sie dann noch fragt, reagiere ich nicht großartig darauf oder sage ‚lass mich doch in Ruhe jetzt‘“ (S_SW, 627).

Einstellungen zu Schmerzen und Schmerzmitteln in Training und Wettkampf

Die fehlende Bereitschaft, bei akut auftretenden Schmerzen und Beschwerdesymptomen eine Trainingspause einzulegen, sieht Sven neben einer zu hohen Trainingsbelastung als die wesentlich Ursache für das Auftreten von Verletzungen an. „Ein Problem ist, dass man nie gerne aufhört, dass man nie wirklich die Bereitschaft hat, eine Woche nicht zu trainieren. Es besteht immer die Angst, dass man sagt, ich trainiere jetzt mal ein paar Tage nicht. Das ist die Höchststrafe hier, dann nicht zum Training zu gehen. Ich habe das Gefühl, in Deutschland ist das unter den Athleten noch viel ausgeprägter als bei anderen. Die deutschen sind auch viel häufiger verletzt als das bei anderen Nationen der Fall ist. Hier wird oft auf die Verletzung keine Rücksicht genommen und ich glaube, dass hier der Trainingsumfang zu groß ist. Wie vergleicht man das? Wenn man mit anderen Sportlern spricht, (...) die trainieren zum Teil deutlich weniger als wir das tun. Die [absoluten Topathleten] wie Jason Brunson trainieren ein Mal am Tag und zum Teil nur vier Mal die Woche und Jonas Neumann, er macht am meisten, trainiert 12 Einheiten pro Woche. Ich habe zu damaligen Zeiten auch 11 Einheiten trainiert, bis ich angefangen habe meine Trainingspläne selbst zu schreiben. Und ich glaube nicht, dass das ein normaler Menschenkörper regenerativ bewältigen kann. Ich habe auch nie an Muskelmasse zugenommen. Erst seitdem ich auf drei Einheiten verzichtet habe, habe ich festgestellt, dass ich ein bisschen Gewicht zulegen kann. Das ging davor überhaupt nicht. Bei anderen hört man das auch. Die hören mit dem Leistungssport auf und machen drei Mal in der Woche Krafttraining und verbessern sich in ihren Kraftwerten so deutlich, dass sie besser sind als zu den Leistungssportzeiten. Sie nehmen auch an Gewicht und Muskelmasse zu. Ich glaube, dass das echt ein durchgängiges Problem ist, dass die Leute zu viel trainieren, so dass der Umfang und die Intensität zu hoch sind“ (S_SW, 578).

Eine starre Orientierung am Trainingsplan spielt beim Umgang mit auftretenden Schmerzen im Gegensatz zu früher keine so große Rolle mehr. „Da bin ich mittlerweile auch so vernünftig und versuche nicht mit dem Kopf durch die Wand zu gehen. Es ist immer davon abhängig, wie lange es her ist, dass man den Trainingsplan geschrieben hat. Wenn er gerade frisch geschrieben ist, dann versucht man viel mehr, den Trainingsplan einzuhalten. Wenn aber ein

paar Wochen ins Land gezogen sind, handhabe ich das mittlerweile eigentlich vernünftiger. Dann wird umstrukturiert. Das halbe Training besteht eigentlich aus umstrukturieren. Ein Trainingsplan stellt nur ein Gerüst dar“ (S_SW, 583). Die Bedeutung des Trainers nimmt dabei im Karriereverlauf ab, nur im Techniktraining greift Sven noch aktiv auf die Hilfe seines Trainers zurück. „Das war ja ein Grund, warum ich die Trainingspläne selbst schreiben wollte, weil ich verletzungsbedingte Änderungen nicht jedes Mal diskutieren wollte. Wenn ich überzeugt war, dass es so besser ist, dann habe ich das so gemacht. Es sei denn, er hat gesehen, dass ich eine Übung gemacht habe, die er gar nicht für richtig gehalten hat, dann hat er mir das auch gesagt. Aber ansonsten lag sein Hauptaugenmerk auf der Technik in den Technikeinheiten“ (S_SW, 525).

Bei vorliegenden Beschwerden spielen Schmerzmittel für Sven vor allem in der Wettkampfphase „eine große Rolle“, wie er zunächst am Beispiel der Schulterverletzung verdeutlicht. „In dem Fall kann ich mich nicht mehr genau erinnern, wie viel Schmerzmedikamente ich genommen habe. In der Wettkampfphase, in der dummen Phase mit Sicherheit durchgehend. Celebrex ist mein bevorzugtes Schmerzmedikament. Das größte Problem hatte ich letztes Jahr. Denn wenn man einmal damit anfängt, man hat zum Beispiel Schmerzen an drei verschiedenen Gelenkstellen und nimmt dann über eine Woche Celebrex oder im Trainingslager letztes Jahr hätte ich es laut Arzt zwei Wochen nehmen sollen, und trainiert dann weiter, dann erkennt man die Signale des Körpers nicht mehr. Dann trainiert man über die Schmerzen hinweg und setzt die Sachen dann ab, geht zum Training und man denkt, man ist um 20 Jahre gealtert. Man hat aber definitiv über die Grenzen hinweg trainiert. Wenn es mittlerweile so ist, dass ich mich nur noch mit Schmerzmitteln bewegen könnte, dann ist halt mal Zeit, ein oder zwei Tage Pause zu machen“ (S_SW, 559). Der Umgang mit Schmerzmitteln steht Svens Einschätzung nach vor allem bei gesundheitlich angeschlagenen Leichtathleten auf der Tagesordnung. Entsprechend locker wird auch bei Wettkämpfen darüber geredet. „Die anderen haben zuerst einmal nicht die Probleme, die ich habe. Die brauchen das nicht. Der Xaver hatte häufiger Achillessehnenprobleme. Ich Celebrex und er Vioxx¹⁰⁵. Ansonsten nimmt jeder immer wieder mal Schmerzmedikamente, das habe ich schon in der Jugend gemacht. Eine Aspirin zum Wettkampf oder so. Obwohl ich das mittlerweile auch nicht mehr mache. Aber das ist nichts Ungewöhnliches, wenn einer auf einem Wettkampf ankommt und fragt, hast du eine Aktren oder Ibuprofen. ‚Ja klar, ich habe hier eine Zwanzigerpackung, nimm dir eine.‘ Das ist nicht ungewöhnlich. Im Wettkampf kann man das schon mal machen, aber im Training halte ich das für absolut blödsinnig“ (S_SW, 565). Mit dem Einsatz frei zugänglicher Medikamente wie Aspirin, Aktren oder Ibuprofen haben die Ärzte nichts zu tun, anders sieht dies bei den

105 Bei Celebrex handelt es sich wie beim Medikament Vioxx um verschreibungspflichtige COX-2 Hemmer aus der Gruppe der nicht-steroiden Entzündungshemmer (NSAD). Diese Präparate stehen im Verdacht, das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erhöhen. Vioxx wurde deshalb im Jahr 2004 vom Markt genommen (vgl. <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,333904,00.html>, Zugriff am 14.6.2009).

verschreibungspflichtigen Vioxx und Celebrex sowie bei der Injektion von Schmerzpräparaten aus. „Ja, das ist so eine Sache“ (S_SW, 567). Ob und wie ein ärztlicher Einsatz solcher Präparate erfolgt, hängt Svens Ansicht nach nicht nur von den jeweiligen Beschwerden, sondern vor allem vom behandelnden Arzt ab. „Das ist problemabhängig. Das ist total diagnoseabhängig. Wenn das ein Gelenk ist, das entzündet oder gereizt ist, dann sagt der Vereinsarzt Dr. N. Jakobi, der sagt zu seiner Schwester, zwei, zwei, zwei, dann holt die aus dem entsprechenden Kühltank die Spritze, die schon mit Traumeel oder irgendwelchen Ameisensäuren aufgezogen ist. Und da bekommt man ständig eine Spritze. Aber es gibt andere Ärzte wie Dr. U. Becker, für den ist es eigentlich die letzte Möglichkeit, eine Verletzung zu behandeln. Der sagt eher, Stromtherapie, Physiotherapie oder er wird durch ein Röntgenbild oder eine Kernspin eine klare Diagnose stellen. Wenn es sein muss, dann ja. Wie viele Spritzen ich damals in den Rücken bekommen habe, das war total unnötig, aber das weiß man im Nachhinein besser (S_SW, 573).

Der Umgang mit Schmerzmitteln hat sich für Sven im Laufe der Karriere verändert. „Ja, definitiv. Aus Fehlern gelernt, aber zumindest gelernt“ (S_SW, 563). Nachdem er früher den Einsatz von schmerzstillenden Spritzen aktiv gefordert hat, ist er heute etwas vorsichtiger. „Mittlerweile ist das so, wenn ich merke, dass mir eine Spritze leichtfertig gegeben wird, dass ich dann sage, kann ich es nicht zuerst mal ohne Spritze und mit physiotherapeutischen Methoden versuchen, so dass ich meinem Körper die Chance gebe, die Sache selbst in Angriff zu nehmen, als dass ich sage, gib mir mal zehn Spritzen. Das halte ich auch nicht für sinnvoll“ (S_SW, 573). Ein solches Umdenken findet jedoch erst am Ende der bisherigen Verletzungsgeschichte statt.

Risikobereitschaft und sportlicher Erfolg

Die Frage nach der Inkaufnahme gesundheitlicher Beeinträchtigungen für einen Olympiasieg findet Sven schwer zu beantworten. „Wie man hier und auch anhand meiner Vergangenheit schon gesehen hat, war ich zwangsläufig immer bereit, viel Gesundheit aufs Spiel zu setzen, um sportlich erfolgreich zu sein und meine Ziele zu verfolgen. Keine Ahnung, wie weit ich da gehen würde. Ich will schon noch ein Leben nach dem Sport und ich müsste auch später in der Lage sein, mich sportlich zu betätigen. Ich kann mir die Situation gar nicht ausmalen, was da passieren würde, wenn ich noch mal einen Ermüdungsbruch im Rücken hätte, dann würde ich nicht noch mal in eine Wettkampfsaison einsteigen. Wenn die Gefahr besteht, dass ich meinen Rücken derart beschädige oder Bandscheibenvorfälle bekommen würde, wo sich die Frage stellen würde, ob ich in zehn Jahren noch gerade gehen kann oder ob ich schon im Rollstuhl sitzen muss. Ich würde gerne in 20 Jahren noch in der Lage sein, mich sportlich in irgendeiner Form zu betätigen. Wenn das fraglich wäre, dann wäre der Punkt gekommen, wo ich sagen würde, bis hier hin und nicht weiter“ (S_SW, 508).

An eine durch die behandelnden Ärzte eingeleitete Auseinandersetzung mit möglichen Spät- und Folgeschäden und an entsprechende Hinweise kann sich Sven nicht erinnern. „Nein, so

etwas wurde nie thematisiert. Entweder waren meine Verletzungen bisher noch nicht schlimm genug. Es gab noch nie, auch nur ansatzweise so ein Gespräch, was in die Richtung führte, dass mal ein Arzt gesagt hätte, jetzt setze dich mal hin und denk mal darüber nach, du hast jetzt schon das und das gehabt, was soll denn noch passieren“ (S_SW, 511). Diesen mit Blick auf den weiteren Karriereverlauf kritischen Gedankengang bricht Sven jedoch abrupt ab. „Mir fehlt gerade völlig die Konzentration“ (S_SW, 511). Nach einer kurzen Pause wird das Thema Langzeitschäden indirekt wieder aufgegriffen, indem durch den Interviewer der Fokus auf andere Athleten und den Trainer gelenkt wird, um so die persönliche Brisanz des Themas zu entschärfen. Sven antwortet daraufhin wieder in gewohnt reflektierter Art und Weise. „Das ist auch unter den Athleten bisher noch nie ein Thema gewesen. Weil die meisten Verletzungen, die auftreten, sind bei den Leistungssportlern, die aufgehört haben, nach einem halben Jahr überhaupt nicht mehr da. Die Probleme, die sie alltäglich beim Training hatten mit Kniebeschwerden und irgendwelchen Reizungen an Sehnenansätzen erübrigen sich, wenn sie mit dem Leistungssport aufhören. Ich habe noch keinen gesehen, der eine solch schwerwiegende Verletzung hatte, wo man darüber nachdenken musste“ (S_SW, 514). Sven geht entsprechend davon aus, dass seine bisherigen Verletzungen keine Auswirkungen auf sein späteres Leben haben werden.

Von Seiten der behandelnden Ärzte erhält Sven auch eher selten den Hinweis auf einen problematischen Umgang mit Verletzungen und wenn doch, dann lässt er sich dadurch kaum beeinflussen. „Es gab bestimmt schon mal die Situation, das war letztes Jahr der Fall, da hatte ich so viele Beschwerden, da hatte ich den Leistenbruch, das Knie, die Schulter, die Knochenhaut und am Fuß einen Knubbel und das war einfach so viel, dass der Arzt gesagt hat, brich die Saison ab. Das war der Arzt Dr. B. Adler, obwohl ich schon ein paar Jahre nicht mehr bei ihm war. Mit dem Knie war ich da bei ihm und er hat mir eine Spritze gegeben und gemeint, tu das nicht. Oder es ging nur um den nächsten Wettkampf und ich habe gesagt, den nächsten Wettkampf überstehe ich auch noch“ (S_SW, 520). Sven sieht niemanden außer sich selbst dazu in der Lage, den weiteren Wettkampfeinsatz trotz Beschwerden zu stoppen. Dies gestaltet sich bei entsprechenden Erwartungen des Trainers jedoch äußerst schwierig. „Im [letzten] Sommer ist das sogar gegenteilig gewesen, dass ich eigentlich aufhören wollte und mein Trainer aber gesagt hat: ‚Komm, du bist so ein Talent, das hat mit der Verletzung schon so gut geklappt und jetzt ist der Leistenbruch behoben, das wird bei dir jetzt alles noch viel besser.‘ Da muss man als Athlet absolut selbstverantwortlich sein oder zumindest die Situation selbst einschätzen können“ (S_SW, 522).

7.1.6. Fallspezifischen Organisation der medizinischen Behandlung, Betreuung und Verletzungsprävention

Die Organisation der medizinischen Behandlung und Betreuung von Sven Wagner lässt sich durch ein Netzwerk aus verschiedenen Ärzten und Therapeuten charakterisieren, das sich durch die Verletzungserfahrungen im Karriereverlauf herausgebildet hat. Der DLV und die zentralen Einrichtungen des DOSB spielen dabei eine untergeordnete Rolle.

Ärztliche Behandlung und Betreuung

„Wenn ich parallel zu den Verletzungen noch die Ärzte aufschreiben müsste, das wären bestimmt über 15 verschiedene Ärzte. Im Laufe der Jahre versteht man sich mit dem einen nicht mehr so gut. Der Dr. B. Adler war die ersten Jahre auf jeden Fall mein Arzt“ (S_SW, 278). Im Zeitraum der Mittelfußbeschwerden gründen mehrere Athleten und Trainer ein Team, das unterhalb der Verbandsstrukturen und vereinsübergreifend die Disziplin repräsentiert. Hierzu gehört als Teamarzt auch Dr. U. Becker, der bis zur Operation am Mittelfuß für Sven als zentraler Ansprechpartner gilt. „Dann habe ich, weil die Fuß-OP nicht so gut verlaufen ist, ein bisschen den Kontakt verloren und [bei der Wadenverletzung] war dann wieder ein anderer Arzt im Spiel. Die Schulter habe ich von Dr. P. Krause machen lassen und jetzt bin ich aktuell wieder bei Dr. U. Becker. (S_SW, 278). Sven entscheidet dabei weitestgehend selbst über den jeweils in Betracht gezogenen Arzt. „Ich meine, man wechselt die Ärzte eigentlich ständig. Die Schulter ist ein sehr spezielles Gebiet und da sucht man sich jemanden, der hauptsächlich mit Schultern zu tun hat. Dr. U. Becker hat mehr mit Sprunggelenken, Füßen und Knien zu tun. Der war auch damals noch nicht Facharzt, also ein ganz junger und nicht erfahrener Arzt. Je ernster die Probleme sind, desto mehr Wert legt man darauf, dass man Experten dazu aufsucht“ (S_SW, 282). Die Experten werden direkt angesteuert, ohne vorher den Weg über einen vertrauten Arzt zu gehen. „Da sind Ärzte immer so ein bisschen schwierig, mit dem Vermitteln und dem Weiterreichen. Der Dr. B. Adler hat das als Einziger einmal gemacht. Das war, als ich die Rückenprobleme hatte. Da hat er gesagt, er kann mir nicht weiterhelfen und ich solle mich mit einem anderen auseinandersetzen. Ansonsten ist die Entscheidung immer ohne [ärztliche] Empfehlung von mir selbst gefällt worden“ (S_SW, 284). Hinweise zu potentiellen Ärzten erhält Sven vor allem von seinem direkten sportlichen Umfeld. „Hier im Verein laufen ja ein Haufen Wracks rum. [Das Finden eines Arztes läuft] über Empfehlungen von anderen Sportlern, Selbsterfahrung oder Physiotherapeuten. (...) Das geht über Bekannte. In dem Umfeld hier spricht man regelmäßig darüber, wer ist ein guter Arzt, wer nicht, wo kann man hin und mit welchen Problemen“ (S_SW, 286). Der Arztwechsel wird vor allem von der Aussicht auf einen schnellen Behandlungserfolg bestimmt. „Und wenn eine Therapie nicht anschlägt, warum soll man mit dem Arzt länger zusammenarbeiten? Dann bekommt man weitere Empfehlungen. „Geh mal zu dem, der ist echt klasse““ (S_SW, 290). Allerdings ist Sven vor allem aufgrund seiner Erfahrungen mit der Ärzteodyssee beim Ermüdungsbruch im Lendenwirbelbereich vorsichtiger geworden. „Ich würde es heute nie wieder so machen, wie ich

es damals gemacht habe. Nur damals war ich echt am verzweifeln, weil es nicht besser geworden ist“ (S_SW, 290). Auch die Trainer tauschen sich darüber aus, welcher Arzt für welches Problem sinnvoll erscheint und geben diese Erkenntnisse an die Athleten weiter, wie F. Schäfer bemerkt. „Wir haben jeden Monat eine Runde. (...). Da wird viel über solche Geschichten gesprochen, da fallen Namen von Spezialärzten für Schulter, Handgelenk und Knie und dann weiß man später, zu wem man gehen muss“ (T_FS, 93).

Grundsätzlich steht mit dem Vereinsarzt Dr. N. Jakobi ein Arzt zur Verfügung, der zu Behandlungszwecken jederzeit angesteuert werden kann. „Der erste, der oft ins Spiel kommt, ist der Dr. N. Jakobi, der ist hier der Vereinsarzt (...). Der ist berühmt dafür, dass er morgens erst mal alle Spritzen aufzieht und wenn man dann reinkommt, lässt er einen nicht aussprechen. Er diagnostiziert im Bruchteil einer Sekunde und sofort hat man die Spritze irgendwo. Da muss man immer vorsichtig sein, obwohl der auch jahrelange Erfahrung hat“ (S_SW, 290). Die Verbandsärzte sind für Sven nur bei Wettkämpfen von Relevanz, wenn es um eine Behandlung unmittelbar vor dem Wettkampf geht. „Die DLV-Ärzte haben für mich auch nie eine Rolle gespielt. Wir haben hier ja genügend Ärzte und dadurch, dass die nicht unmittelbar in der Nähe sind, hat man mit denen auch nichts zu tun. Ich meine, was hat man mit denen schon zu tun? Die sind auf den großen Wettkämpfen dabei, springen ein und geben eine Spritze, wenn es sein muss“ (S_SW, 548). Erst seit kurzem wird der allgemeine Gesundheitszustand von Topathleten zusätzlich mit in den Blick genommen. „Das letzte Jahr war ich zum ersten Mal bei Dr. Förster, einem DLV-Arzt, weil der mich mal so ganzheitlich untersuchen sollte. Die Gesamtstatik mit einem Kieferorthopäden und einem Zahnarzt. Da haben wir auch so einiges gemacht“ (S_SW, 548). Der Ruf des Arztes ist in Svens Szene jedoch nicht der beste, was ihn von einer intensiveren Zusammenarbeit abhält. „Wenn ich wüsste, dass der DLV-Orthopäde eine Riesen-Koryphäe wäre, dann würde ich dahin gehen und dann wäre mir der Weg auch egal. Aber ich habe bisher nicht gehört, dass er ein außergewöhnlich toller Arzt ist“ (S_SW, 548).

Für das auftreten psychischer Probleme beispielsweise in Form eines Burn-out-Syndroms oder für die Bewältigung von Verletzungskrisen hat Sven keinen Ansprechpartner in seinem gesundheitsbezogenen Netzwerk. „Es gibt keine direkten Ansprechpartner. Es gibt einen Olympiastützpunkt, wo es einen Sportpsychologen gibt. Ansonsten ist das mit Psychologen auch so eine Sache. Da haben auch wieder verschiedene Leute mit verschiedenen Leuten zusammengearbeitet und jeder empfiehlt einen anderen. Ich war einmal bei Psychologe O. Jüttner. Dann war ich auch einmal bei Psychologin A. Ullmann, das ist eine Psychologin beim OSP. Ich habe aber für mich festgestellt, dass ich psychologische Betreuung nicht brauche. (...) Vielleicht hilft das ja anderen, aber das ist jetzt nichts, wo ich bei mir ein Bedürfnis entdeckt hätte“ (S_SW, 599).

Momentan fokussiert sich die medizinische Behandlung und Betreuung auf Orthopäde Dr. U. Becker, der sich vor allem in einer Beratungs- und Koordinationsfunktion sieht. „Sven hatte

viele Ärzte und hat auch immer noch viele Ärzte und ich denke, dass ich einer von diesen Ärzten bin“ (A_UB, 15). Das Aufsuchen von Experten für spezifische Verletzungsmuster stellt für Dr. U. Becker nur dann ein Problem dar, wenn dies unkoordiniert und heimlich passiert. „Das finde ich eigentlich nicht schlimm. Aus der Perspektive des Athleten kann ich es verstehen, weil er seine Leistung optimieren will, wo ihm jedes Mittel, also jedes erlaubte Mittel, irgendwo recht ist. Wenn man in diesem Zusammenhang dann Experten konsultiert, dann ist dagegen nichts einzuwenden. Problematisch ist nur, wenn das Ganze nicht abgestimmt wird und Chaos entsteht, weil der eine nicht weiß, was der andere macht. Viel schlimmer ist aber noch, wenn man es dem anderen Arzt nicht sagen will und somit eine Geheimniskrämerei betreibt, was ich für total überflüssig halte. Besser ist es, wenn man versucht, die Diagnosen in einem Netzwerk aufzufangen, da jeder wahrscheinlich auch einen etwas anderen Blick auf die Sache hat. Dadurch kann man sich dann eigentlich nur ergänzen. Schwierig ist es, wenn man jemanden trifft, der nicht im Netz denkt, sondern seine Meinung eher als Gesetz betrachtet. Ansonsten finde ich es persönlich aber okay, wenn Athleten mehrere Ärzte konsultieren“ (A_UB, 27).

Die Steuerung des Diagnose-, Behandlungs- und Therapieprozesses sieht Dr. U. Becker als eine seiner Aufgaben an. „Ich glaube, dass man als Hausorthopäde dann auch die Aufgabe hat, solche Dinge zu ordnen, einzuordnen, zu übersetzen und zu versuchen, den Überblick zu wahren. Das ist, denke ich, das Schwierigste in solch einem Fall. Die Behandlungsseite an sich ist nicht das Problem, weil es das ist, was wir können. Ob das jetzt eine Operation, eine spezielle Behandlung, eine Infiltration oder eine manuelle Therapie ist, das Technische ist nicht das Problem. Die Schwierigkeit ist, das Problem genau zu analysieren, einen genauen Therapieplan aufzustellen und das dann noch global mit allen Leuten in Einklang zu bringen, damit der Athlet auch weiß, dass er auf dem richtigen Weg ist und dass es läuft“ (A_UB, 15).

Das Finden eines gemeinsamen Weges, der mit den Erwartungen von Athlet, Trainer und den einbezogenen Ärzten und Physiotherapeuten abgestimmt ist, stellt aus Sicht von Dr. U. Becker den zentralen Baustein der erfolgreichen medizinischen Betreuung dar. „Er muss das Gefühl der Sicherheit für die Entscheidung seines Weges haben, auch wenn es manchmal nicht so schnell geht, wie man es sich vorstellt und wenn bestimmte kleine Dinge mal ein bisschen schief gehen, das ist dann zweitrangig, weil der Athlet weiß, dass er die Sicherheit von allen Beteiligten hat und somit zielgerichtet nach vorne gehen kann. Das ist, meine ich, mit das Wichtigste in der gesamten Sportbetreuung, dass man gemeinsam einen Weg findet“ (A_UB, 15).

Momentan stehen einem solchen Ansatz aus Sicht von Dr. U. Becker eine fehlende Netzwerksteuerung und das weit verbreitete Guruwesen in der Sportmedizin gegenüber. „Mein Wunsch wäre im Prinzip, was ich übrigens dem DLV-Präsidium schon mal vorgeschlagen habe, dass die Athleten im internationalen Bereich eine Art Athletenkarte mit sich herum tragen, worauf bestimmte Rahmenbedingungen abgesteckt werden. Dass also festgehalten wird,

wann man welche Diagnostik und Verletzung hatte. Das ist heutzutage ja technisch kein Problem mehr, da man diese Daten komprimieren kann, wodurch man in einem Netzwerk viel mehr für den Athleten bewirken könnte, anstelle sich immer als Guru darzustellen. Man muss also definitiv von diesem sportmedizinischen Guru-Wesen wegkommen und zu einer realistischen Einschätzung der Problematik und zu problemorientiertem Handeln gelangen“ (A_UB, 103). Individuelle Interessen der Ärzte werden aus Sicht von Dr. U. Becker nicht selten über das Wohl der Athleten gestellt. „Es geht darum, was der Athlet hat - das ist das Entscheidende. Wir wollen Leistung haben, wir wollen Olympiasieger haben, wir wollen möglichst gesunde und gute Sportler haben - das muss unser Ziel sein und nicht, dass wir uns damit beschäftigen Experten zu sein. Es ist viel wichtiger zu sehen, was notwendig ist, was unsere momentane Situation in der Leichtathletik gerade ausmacht und wo man in dieser Hinsicht Einfluss darauf nehmen kann. Dafür muss man aber nah dran sein und man muss sich mit dem Athleten auseinandersetzen - mit einer gewissen Nähe also, zugleich aber auch einem bestimmten Abstand. So kann man das dann, glaube ich und hoffe ich, versuchen zu erarbeiten. Ich weiß nicht, ob das zum Erfolg führt, aber das ist zumindest meine Idee davon“ (A_UB, 107).

Dr. U. Becker ist sich seiner schwierigen Rolle als Arzt im Spitzensport bewusst. „Sein Ziel ist der Olympiasieg und darauf wird irgendwie alles ausgerichtet. Danach ticken die Athleten dann auch und da darf man sich selbst auch nicht zu ernst nehmen bzw. man muss seine Rolle verstehen, die man in diesem Gesamtkonstrukt des Athleten spielt. Entweder man spielt dann dort mit oder man lässt es ganz bleiben. Manchmal ist es auch gut, wenn man es bleiben lässt, was einem selbst dann auch wieder mehr Zuversicht gibt. Alles ist irgendwie auf diesen Saisonhöhepunkt abgestimmt“ (A_UB, 121).

Die Betreuung eines Spitzenathleten ist für Dr. U. Becker entsprechend mit einem hohen Maß an freiwilligem Engagement verbunden. „Der Spitzenathlet braucht sozusagen auch eine Spitzenmedizin, indem man sich als Arzt dann auch über das normale Maß hinaus engagieren muss. Das ist natürlich auch immer mit einem gewissen zeitlichen Aufwand verbunden, für den man dann auch bereit sein muss. Das heißt, wenn ich als Sportarzt nicht die grundsätzliche Bereitschaft dazu habe oder dem Athleten mit einer Verletzung drohe, dann ist das einfach eine scheiß Einstellung, mit der man nicht weit kommt. Trotzdem muss man auch auf sich selbst ein bisschen aufpassen, damit man in der ganzen Geschichte nicht zum Opfer wird und seinen Einstellungen auch treu bleibt. Wenn man sich also etwas erarbeitet hat, sollte man das auch vorschlagen und sagen, das ist mein Vorschlag und meine Linie, welche die und die Vorteile, wahrscheinlich aber auch die und die Nachteile hat. (...) Das Optimum an Betreuung bedeutet letztendlich, das Richtige zu tun und das richtige Maß dabei zu finden. Dazu kommt dann noch, das Gespür für die einzelne Situation zu finden“ (A_UB, 98).

In diesem Zusammenhang ist die individuelle Erfahrung des Sportarztes von höchster Relevanz. „Das lernt man eigentlich nicht im Studium, würde ich sagen. Was die Sportbetreuung

betrifft, habe ich sehr viel gelernt, weil ich immer mit zu den Wettkämpfen gefahren bin und mir das angeschaut habe. Ich würde auch nicht behaupten, dass man in diesem Lernprozess irgendwann am Ende steht, sondern man steht eigentlich immer am Anfang, weil man durch veränderte Situationen nonstop dazulernt. Auch hier ist weniger manchmal mehr. Manchmal ist es gut, wenn man einfach nur mit dabei ist und gar nicht viel sagt. Es sind so viele Sachen, die man da mit einfließen lassen kann. Manchmal ist es auch gut, wenn man eher im Hintergrund steht und dadurch eine gewisse Sicherheit vermittelt. Erfahrung spielt in diesem Zusammenhang, glaube ich, eine ganz große Rolle“ (A_UB, 101).

Die Möglichkeiten einer direkten Einflussnahme durch die behandelnden und betreuenden Ärzte im Spitzensport sind aus Sicht von Dr. U. Becker insbesondere durch die Selbstbestimmung des Athleten und durch die unzureichende wissenschaftliche Absicherung von Behandlungs- und Therapiemaßnahmen begrenzt. Wenn ein Athlet dazu bereit ist, seine Gesundheit für den sportlichen Erfolg zu ruinieren, ist der Arzt letztendlich machtlos. „Ich glaube schon, dass man darauf Einfluss nehmen kann und hoffe es vor allem auch. In letzter Konsequenz übernimmt aber schon der Athlet für sich selbst die Verantwortung. Wir sind auch nicht die Aufpasser der Athleten, weil es letztendlich alles erwachsene Menschen sind. Man kann beratend tätig sein und es so einordnen, wie es wissenschaftlich abgesichert ist, wobei die wenigsten Sachen wissenschaftlich abgesichert sind, was auch die Therapie betrifft und belegt. Wenn man da die Evidence Based Medicine heranzieht, dann ist im Sport und Hochleistungssport sehr wenig wissenschaftlich nachgewiesen. Das Wenige was da ist, versuchen wir in der Hoffnung, dass es Wirkung zeigt, mit einfließen zu lassen. Dennoch ist es aber so, dass der mündige Athlet die eigene Verantwortung für sich selbst übernimmt, indem er sagt, okay, ich mach es jetzt aber einfach so. Dann macht er es auch so. Wenn das die Entscheidung des Athleten ist, muss man diese dann aber auch respektieren und sollte sich nicht beleidigt zurückziehen. Man sollte diese Entscheidung dann auch in einem gewissen Rahmen mittragen, damit es nicht total ausufert, was aber nicht einfach ist.“ (A_UB, 83).

Physiotherapeutische Behandlung und Betreuung

Die physiotherapeutische Behandlung und Betreuung in Trainingsphasen konzentriert sich bei Sven vor allem auf das von seinem Verein bereitgestellte Personal. „Grundsätzlich gehört regelmäßige Physiotherapie dazu. (...) Voraussetzung ist natürlich, dass die Physiotherapeuten etwas taugen. Im Idealfall hat man dann noch einen Osteopaten dabei, die sowieso ganzheitlich schauen, wo die Zusammenhänge liegen“ (S_SW, 590). Mit den DLV-Physiotherapeuten hat Sven gar keinen Kontakt. „Dadurch dass wir hier [im Verein] bestens ausgestattet sind. Würde ich nicht zum Verein gehen, dann würde ich zum Olympiastützpunkt gehen“ (S_SW, 548). Die vom DLV und DOSB bereitgestellten medizinischen Behandlungs- und Betreuungsangebote spielen in Svens medizinischem Netzwerk damit so gut wie keine Rolle. Bei Bedarf kann Sven bei internationalen Wettkämpfen jedoch auf die DLV- Physiotherapeuten zurückgreifen. Auch Trainer F. Schäfer kennt mittlerweile die Behandlungs- und Therapie-

maßnahmen, die sich im Laufe von Svens Verletzungskarriere bewährt haben. „Wir haben jetzt, das habe ich nach und nach auch gelernt, so viele Therapiemethoden, auch Therapiemaßnahmen durch Trainingsmethoden, damit man die Sachen besser in den Griff bekommt und besser heilen kann. Und man hat dafür auch eine bessere Betreuung“ (T_FS, 21).

Einen Gesamtüberblick über Svens Verletzungsbiografie hat allerdings keine der Personen aus Svens aktuellem Unterstützungsumfeld. „Bei den Physiotherapeuten gab es ein bisschen Streit, die haben sich ein bisschen aufgelöst, zwei sind weggegangen. Aktuell gibt es keinen, der einen Überblick über meine Probleme hat. Es gab [mit J. Köhler] einen Physiotherapeuten, der jetzt halt nicht mehr hier arbeitet (...), zu dem ich am Montag hingehge und der mich ganz gut kennt. Der die Schulter mit behandelt hatte und der meinen Fuß kennt. Aber so einen gesamten Überblick hat eigentlich keiner“ (S_SW, 550). Selbst Dr. U. Becker ist nicht vollständig informiert. „Von den Ärzten noch weniger. Obwohl, Dr. U. Becker kennt mittlerweile auch viel, aber so einen gesamten Überblick hat er nicht. Ich meine, ich habe heute auch ein bisschen was gebraucht, um das hinzubekommen“ (S_SW, 552). Der Trainer wird zwar stets über aktuelle Verletzungen in Kenntnis gesetzt, eine systematische Auseinandersetzung mit Verletzungen unter dem Gesichtspunkt einer langfristig angepassten Trainingssteuerung erfolgt jedoch nicht. „Trainer F. Schäfer (...) wird 50 Prozent der Sachen aufzählen können, die ich hatte. (...) Wenn etwas akut anfällt, wird das berücksichtigt, aber ob das irgendwie ein Folgeproblem ist, spielt keine Rolle. Das ist beim Trainer D. Lange anders. Hätte ich meine ganze Karriere von Anfang an mit ihm verbracht, dann hätte er bestimmt eine bessere Übersicht. Er verfolgt das intensiv, ich weiß jetzt nicht, ob er sich Notizen macht“ (S_SW, 554). Für sich selbst dokumentiert Sven die Verletzungsgeschichte nicht mehr. Lachend ergänzt er: „Ich habe die ganzen Rechnungen zu Hause, da kann ich alles nachblättern. Phasenweise habe ich Buch geführt, aber auf Dauer ist es zu frustrierend für mich, die Sachen festzuhalten, so interessant das später auch ist“ (S_SW, 556).

Die Finanzierung der Behandlungsmaßnahmen stellt für Sven aufgrund seines Versichertenstatus kein Problem dar. „Ich bin privat versichert, was sich in den letzten Jahren auch gelohnt hat. Weil ich da auch Rechnungen eingereicht habe, da hab ich ein schlechtes Gewissen. Im Großen und Ganzen gab es keine Therapie, die ich bisher selbst bezahlen musste. Einmal musste ich was beim Verein einreichen und dann habe ich das zurückbekommen, aber ansonsten hat das die Krankenkasse bezahlt“ (S_SW, 295).

Verletzungsprävention

Aus Sicht des Trainers machen verletzungspräventive Trainingsinhalte nur dann Sinn, wenn hierdurch die Leistungsfähigkeit gesteigert werden kann. „Wenn ich ihm das Training von Jonas Neumann verpasst hätte, dann wäre er wahrscheinlich stabiler, aber [er hätte nicht so gute Leistungen gebracht], weil er seine Schnelligkeit und Reflexe verloren hätte. Man ist durch zu viele Muskeln zu verkrampft. Bei Sven ist die Lockerheit immer das wichtigste. Wenn er mehr trainiert hat, dann hatte das Techniktraining oft keinen Sinn, weil er überhaupt nicht da-

zu fähig war. Er muss unbedingt frisch sein, um gute Leistungen zu bringen. Das ist sein Talent. Bei ihm wäre das Aufbautraining der Russen richtig, die zwei, drei Monate ein Kraft-, Sprung- und Lauftraining absolvieren, ohne [disziplinspezifische Übungen durchzuführen]. Erst danach gehen sie in den technischen Bereich. Das wäre für ihn wahrscheinlich besser“ (T_FS, 66). Durch die vom Wettkampfkalender vorgegebenen Rahmenbedingungen ist ein solches Vorgehen auch mit Blick auf die restlichen Athleten der Trainingsgruppe jedoch nicht praktikabel. „Hier in Deutschland ist das nicht praktikierbar, weil die Wettkämpfe so nah aufeinander liegen. Die besten Erfahrungen habe ich gemacht, wenn wir das gesamte Jahr immer etwas an der Technik machen [und mit niedriger Intensität wettkampfnah belasten], aber nicht aufhören. Vielleicht wäre bei Sven die russische Methode besser. Könnte sein, aber ich hatte nicht die Möglichkeit, weil ich nicht nur Sven hatte, sondern auch andere Athleten. Und damit wäre ich nicht durchgekommen“ (T_FS, 66). Mittlerweile ist Sven für Maßnahmen zur Verletzungsprävention vollkommen selbst verantwortlich. „Irgendwann hat man den Athleten so erzogen, dass man ihn nicht bewachen muss. (...) Und letztendlich ist die wichtigste Sache die Technik und da braucht er Betreuung. Das ist das einzige Training, bei dem wir intensiv zusammenarbeiten. Die anderen Sachen (...) macht er eigenständig, auch das Trainingsprogramm entwickeln. (...) Er hat sich mit den Jahren mehr oder weniger auch ein eigenes Wissen angeeignet und selbst experimentiert. Vieles ist dadurch gut geworden“ (T_FS, 59-63). F. Schäfer ist sich seiner Einflussmöglichkeiten bewusst, er vertraut jedoch auf Svens Selbstständigkeit. „Wie gesagt, ich betreue ihn nicht so eng wie andere Athleten. Die fordern von mir, dass ich bei jedem Training und jeder kleinen Übung dabei bin. Wenn ich das bei Sven auch machen würde, dann würde ich viel mehr Sachen sehen, das schon. Würde ich bestimmt mehr steuern können. Aber er verlangt nicht danach“ (T_FS, 98).

Zu Konfliktsituationen zwischen Trainer und Arzt kommt es aus Sicht von Dr. U. Becker in Bezug auf den Einsatz verletzungspräventiver Maßnahmen nicht. „Das bespricht man ja auch und dazu muss man sagen, dass eigentlich alle den Erfolg haben wollen. Nachweislich beobachtet man auch, dass die einen oder anderen Sachen eher nicht zum Erfolg führen, weil zunehmend Gebrechen auftreten. Das kann man dann einstellen und wenn der Trainer trotzdem der Meinung ist, dass es so sein muss, dann bekommt er dafür irgendwann seine Quittung. Entweder ist der Athlet so mündig, dass er sagt, so geht es nicht, oder wie auch immer“ (A_UB, 53). Durch die extreme Orientierung am sportlichen Erfolg kommt es aus Sicht des Arztes zu einer Art der Selbstregulation mit Blick auf die Vermeidung von Verletzungen. „Letztendlich zählt aber der Erfolg, weil dies im Hochleistungssport der entscheidende Faktor ist. Da gibt es kein Augen zu und durch und wenn alle Athleten von ihrem Trainer verheizt werden, ist es einfach ein schlechter Coach. Das muss man einfach so sagen, weil es hier auch große Unterschiede gibt. Auch wenn man einmal mit einem Athleten erfolgreich war, heißt das noch lange nichts, sondern man muss immer wieder beweisen, dass man auch mit anderen Athleten gut arbeiten kann. Wie gesagt, gerade F. Schäfer hat es geschafft, mit ganz unter-

schiedlichen Typen - ob das jetzt Athlet eins, zwei oder drei ist - nach vorne zu kommen“ (A_UB, 53).

Vertrauen zum medizinischen Personal als Voraussetzung für eine optimale medizinische Behandlung

Im Gegensatz zu Dr. P. Krause hat Sven einen besseren, sehr guten Draht zum aktuellen Arzt des Vertrauens, Dr. U. Becker. „Das ist jetzt mit Dr. U. Becker deutlich angenehmer. Der ist auch nicht so alt und zu dem kann man auch nach Hause gehen und mit dem kann man auch mal intensiv über Verletzungen und Zusammenhänge sprechen“ (S_SW, 528). Das Vertrauen zum jeweiligen Arzt oder Physiotherapeuten ist für Sven immens wichtig. „Das ist ja auch immer so ein Vertrauensverhältnis, ob ich mich komplett in dessen Hände geben will und ob ich glaube, dass der Ahnung hat (...). Dass ich in dessen Fähigkeiten Vertrauen habe. Wenn er sagt, das ist kein Meniskusschaden, dass es dann auch wirklich keiner ist. Es gibt, glaube ich, nicht den einen Arzt, der sich orthopädisch mit jedem Gelenk bestens auskennt. Es gibt ja nicht nur orthopädische Probleme. Dann hat man mal Herz-Kreislauf-Probleme oder einen Herzklappenfehler oder so“ (S_SW, 590). Der Aufbau eines breiten gesundheitsbezogenen Netzwerks ist für Sven deshalb zentral. Problematisch ist dabei die fehlende Erfahrung zu Beginn einer sportlichen Karriere. „In der Jugend kümmert man sich nicht selbst darum. Da muss es jemand geben. In dem Fall ist es sinnvoll, wenn der Trainer (...) ein paar Leute an der Hand hat. Aber das ist auch ein schwieriges Thema. Wenn die Ärzte, die der Trainer empfohlen hat, nicht zum Erfolg führen, dann werfen die Eltern dem Trainer das vor und dann hat der Trainer nur Ärger am Hals. Auf lange Sicht sollte der Trainer ein Mittelding machen. In jungen Jahren des Athleten sollte er sich engagieren und später soll er zumindest interessiert und auf dem Laufenden sein“ (S_SW, 596). Mittlerweile sieht sich Sven bei der Organisation eines optimalen gesundheitsbezogenen Betreuungsnetzwerks insbesondere was die Personalauswahl und den Personaleinsatz angeht, selbst in der Verantwortung. „Da ist schon der Athlet gefragt, dass er zumindest ein Bewusstsein entwickelt für Probleme, die am Körper entstehen. Welche Ursachen das hat, ob es am Training liegt, ob es an der Ernährung oder der Regeneration liegt, so habe ich mir das jetzt eingeteilt, oder psychologischer Natur ist. Und dann das Engagement zeigen und los zu gehen“ (S_SW, 594). Dabei ist er jedoch auch auf die vom Verein und Verband bereitgestellten Leistungen und auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten der jeweiligen Ärzte und Therapeuten angewiesen. „Aber dazu muss man auch entsprechende Kontaktpersonen haben, wo ich, wenn ich Physiotherapie brauche, auch regelmäßig welche bekomme, und entsprechend, wenn ich ein medizinisches Problem habe, auch einen Arzt habe, der mich, wenn er es nicht selber macht, auch weiterleitet. Aber im Grunde genommen muss man da selbst die Initiative ergreifen und dieses Netzwerk erschaffen“ (S_SW, 594).

7.2. Biografisches System-Mapping II: Leichtathletin Tina Frey

Allgemeines zu Person, Karriere und Interviewverlauf

Die Leichtathletin Tina Frey (A_TF) wird als international erfolgreiche Nachwuchsathletin unmittelbar nach dem Übergang zum Hochleistungstraining mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert. Nach längeren und von Rücktrittsgedanken geprägten Verletzungsphasen meistert sie schließlich den Weg in die internationale Spitze. Das 170minütige Gespräch mit der Athletin findet am späten Vormittag in einem Besprechungsraum auf dem Trainingsgelände des Heimatvereins statt. Tina Frey kommt direkt von einer physiotherapeutischen Behandlung und hat das Interview vor die nachmittägliche Trainingseinheit gelegt. Sie zeigt sich dem Vorhaben gegenüber sehr interessiert und äußerst kooperativ. Im Interviewverlauf entsteht der Eindruck, dass die Athletin sich bereits intensiv mit ihren Verletzungen auseinandergesetzt hat und viel über den Umgang mit Beschwerden nachgedacht hat. Sie nutzt die Möglichkeit der grafischen Darstellung ihrer Verletzungsbiografie zum selbstständigen Einzeichnen zusätzlicher Verlaufskurven, wie beispielsweise einer Kurve zur Verdeutlichung des sportlichen Trainings. Die Gesprächsatmosphäre ist sehr angenehm. Am Nachmittag erfolgt das 50minütige Interview mit *Trainer Otto Müller (T_OM)* im selben Raum. Auch der Trainer zeigt Interesse am Thema, gibt bereitwillig Auskunft und zeigt sich selbstkritisch. Bei der Auswahl des Arztes wird in Absprache mit der Athletin und dem Trainer aufgrund häufig wechselnder Arztkonsultationen der über den längsten Zeitraum involvierte Mediziner ausgewählt. Dieser Arzt ist gleichzeitig einer der Verbandsärzte des DLV, damit auch bei nationalen und internationalen Meisterschaften meist vor Ort. Das 85minütige Interview findet wenige Wochen später in dessen Büro in einer größeren Gemeinschaftspraxis statt. Der *Arzt Dr. K. Jansen (A_KJ)* nimmt sich im Anschluss an seine Sprechstunde ausreichend Zeit für das Gespräch. Nach anfänglicher Skepsis legt er seine Sicht auf den Umgang mit Beschwerden und Verletzungen dar. Die detaillierte Schilderung des Umgangs mit den Verletzungen der Athletin ist ihm sichtlich unangenehm, er versucht stets, die Aussagen zu verallgemeinern. Durch einen verstärkten Einsatz reflexiver Fragen zum allgemeinen Umgang mit Schmerzen und Verletzungen in der Leichtathletik wird gegen Ende des Interviews daher verstärkt auf generative Mechanismen bei der Betreuung und Behandlung von Spitzenathleten abgezielt.

Im bisherigen Karriereverlauf sind für Tina vier Verletzungsmuster von Bedeutung. Am schwerwiegendsten stellen sich zum einen Rückenbeschwerden dar, die sie als Kreuzbein-/Sitzbeinentzündung bezeichnet. Zum anderen sind es die auf ein Logensyndrom sowie einem Überbein an der Ferse zurückgeführten Achillessehnenbeschwerden am linken Bein, die der Athletin zu schaffen machen. Auf derselben Körperseite kommt es darüber hinaus mit einem Muskelfaserriss und einer Muskelzerrung zu zwei traumatischen Verletzungen im Bereich des Oberschenkels. Die Beschwerden und Verletzungen beschränken sich demnach auf die in den Lauf- und Sprungdisziplinen stark beanspruchten Körperregionen.

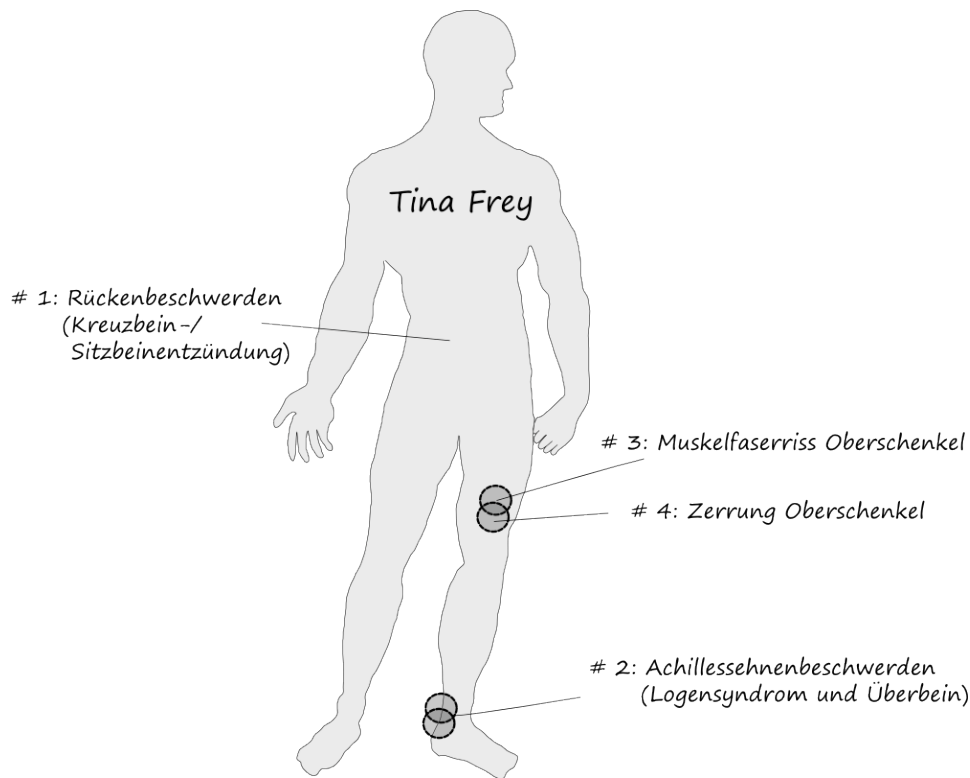


Abbildung 11: Verletzungsbiografie von Tina Frey im Überblick

Da sich die Rückenbeschwerden und die Achillessehnenbeschwerden überlagern, erfolgt die mehrperspektivische Rekonstruktion beider Beschwerdebilder. Denn diese beiden „großen Hauptverletzungen“ haben Tina „aus der Bahn geworfen“ (A_TF, 12), die Muskelverletzungen waren hingegen „nicht ganz so schwer“ (A_TF, 16). Mit der mehrperspektivischen Rekonstruktion der beiden Verletzungsverläufe beginnt die Auseinandersetzung mit Tinas Verletzungsbiografie, da diese zeitlich vor den beiden Muskelverletzungen liegen.

7.2.1. Überblick und mehrperspektivische Rekonstruktion des Umgangs mit der Rücken- und Achillessehnenverletzung

Beschwerdefreiheit bis zur Aufnahme des Hochleistungstrainings

In der Jugend- und im Juniorenanter bleibt Tina „beschwerdefrei“ und verzeichnet auf internationaler Ebene einige Erfolge. Verletzungen und Beschwerden treten überhaupt nicht auf. „Da war gar nichts. Nichts!“ (A_TF, 26). In den ersten Jahren bei den Erwachsenen konzentriert sich Tina zunächst auf das begonnene Studium. „Das Studium war (...) sehr zeitaufwendig, so dass ich nur fünf bis sechs Mal in der Woche trainiert habe“ (A_TF, 137). Dieses Training, das für eine Etablierung in der deutschen Spitze ausreicht, wird seit Beginn der sportlichen Laufbahn immer noch vom gleichen Trainer geleitet. Nach einer zunächst verpassten Nominierungsnorm für die [internationale Meisterschaft 1] fällt die Athletin „in ein richtiges Motivationstief“ und hat keine „Lust zu trainieren“ (A_TF, 139). Wenig später schafft sie dennoch die Norm und darf an den Start gehen, allerdings scheidet sie bereits bei einem Zwischenlauf

aus. „Da habe ich mir dann gedacht, dass ich mir jetzt (...) überlegen muss, was ich jetzt weiterhin machen möchte. Entweder du trainierst jetzt richtig oder du lässt es ganz bleiben. Es macht dann nämlich auch keinen Spaß, wenn man nicht richtig dabei ist, weil man dann auch von den Medien zerrissen wird. Nach dem Motto: ‚Die Deutschen fliegen schon im Vorlauf raus‘ und das wollte ich mir nicht antun“ (A_TF, 139). Gegen Ende des Studiums entscheidet sich die Athletin dann für einen Trainerwechsel, der auch mit einem Orts-, Vereins- und Universitätswechsel verbunden ist. Dieser Wechsel vom langjährigen Trainer P. Braun, der die Athletin bereits seit dem „Kindesalter“ betreut, hin zum DLV- Disziplintrainer O. Müller wird als Beginn des „Leistungsstrainings“ angesehen (A_TF, 141, 143). Für Tina ist dabei weniger entscheidend, „ob O. Müller der richtige Trainer für mich ist“, vielmehr wird die Entscheidung vor allem am Wunsch eines Ortswechsels und an den optimalen Studienbedingungen festgemacht. Über den damit verbundenen Trainerwechsel macht sich die Athletin „gar nicht so viele Gedanken“ (A_TF, 145). Bereits vier Monate nach dem Beginn des Leistungsstrainings treten im Verlauf der Hallensaison dann die „ersten wirklich relevanten Probleme“ im gesundheitlichen Bereich auf (A_TF, 22).

- **Rückenbeschwerden (# 1) Phase 1**

Die Beschwerden im Bereich des unteren Rückens gingen „erst ganz langsam los, wurden dann aber immer mehr und immer mehr“. Obwohl diese bereits bei der internationalen Meisterschaft 2 in leichter Form vorhanden sind, „ist es noch gut gelaufen“ (A_TF, 55) und es reicht sogar für eine Medaille (A_TF, 131). Trotz zunehmender Rückenschmerzen wird mit Blick auf die Freiluftsaison und den anstehenden Saisonhöhepunkt die internationale Meisterschaft 3 in Angriff genommen und versucht, das Training mit der erklärten Zielsetzung eines Platzes unter den ersten drei wie geplant durchzuziehen. Zwei Monate vor dem Saisonhöhepunkt treten darüber hinaus leichte Achillessehnenbeschwerden auf, denen im Vergleich zur Rückenproblematik jedoch keine Bedeutung zugemessen wird. „Man hat halt gemerkt, dass da eine Achillessehne ist“ (A_TF, 250). Dies beunruhigt die Athletin jedoch nicht. „Da ich da noch ganz gut laufen konnte, habe ich mir gar keine Sorgen gemacht, dass etwas passieren könnte. Das ich mal nicht richtig laufen kann, war für mich zu diesem Zeitpunkt nicht vorstellbar“ (A_TF, 257). Die Wade wird zwar physiotherapeutisch behandelt, „aber es war nicht so, dass ich deswegen einen Arzt aufsuchen musste“ (A_TF, 250).

Erstmalige Funktionseinschränkung bei nationaler Meisterschaft

Vier Monate nach dem erstmaligen Auftreten der Beschwerden und fünf Wochen vor dem Saisonhöhepunkt finden die nationalen Meisterschaften 2 statt, in deren Verlauf es zu einem „Schlüsselmoment“ kommt (A_TF, 55). Tina möchte die Staffel nicht laufen, lässt sich jedoch dazu überreden, wenigstens nach den Vorläufen mit einzusteigen. „Zu diesem Zeitpunkt hatte ich aber schon ganz massive Probleme gehabt, was sich durch Schmerzen im Rücken und Steifigkeit im Beuger bemerkbar machte, so dass es eigentlich richtig Scheiße war, dass ich laufen musste, da dann aber durch musste. Ich habe dann durchgesetzt, dass ich den Vor-

lauf nicht mitlaufen musste. (...) Ich bin dann also bei den nationalen Meisterschaften² im Staffellauf losgelaufen, konnte aber plötzlich nicht laufen - das ging nicht. Ich bin dann 70% unter meinem Niveau gelaufen, obwohl nichts so wirklich wehgetan hat - es ging einfach nicht. Im Laufe des Tages und nach der Nacht, ich hatte am nächsten Tag noch [meine Disziplin] zu laufen, konnte ich plötzlich mein Bein nicht mehr anheben, weil es einfach so wehtat. Das ist ganz schwierig zu beschreiben, aber am nächsten Morgen konnte ich mein [Bein] gerade mal ein bisschen anheben und ein bisschen ausstrecken“ (A_TF, 198). Trotz dieser körperlichen Funktionseinschränkung wird mit allen Mitteln versucht, einen Start zu ermöglichen. „Vor dem Lauf bin ich dann zugespritzt worden, so dass ich halt laufen konnte und danach ging dann wochenlang gar nichts mehr. Ich konnte nicht sprinten und gar nichts“ (A_TF, 198).

Perspektive Trainer: Bis zu den nationalen Meisterschaften existieren für den Trainer O. Müller keine gesundheitlichen Beschwerden. „Nachdem die Athletin ein professionelles Leistungstraining angefangen hat und auf Anhieb eine Medaille bei den internationalen Meisterschaften 2 gewonnen hatte, zeichnete sich ab, dass sie auch im Sommer sehr stark sein wird. Sie hatte in der ersten Saisonhälfte auch neue persönliche Bestzeiten und hat sich daraufhin auch für die internationalen Meisterschaften 3 qualifiziert. Im unmittelbaren Vorfeld der internationalen Meisterschaften ging es dann bei ihr mit so genannten Ischiasbeschwerden los“ (T_OM, 9). Der Trainer erfährt also erst bei den nationalen Meisterschaften von den Beschwerden der Athletin, als diese unter seiner Anwesenheit von Dr. K. Jansen behandelt wird (T_OM, 36). „Ich habe noch nie gesehen, wie ein Mensch auf engstem Körperflächenanteil dreißig Spritzen kriegen kann, ich habe sie nicht gezählt, aber es waren sehr viele Spritzen, von einem kompetenten Arzt. Demzufolge bin ich davon ausgegangen, dass er sie jetzt hinreichend versorgt hat, indem er zunächst den Schmerz als Symptom ruhig stellt und ich ein paar Tage mit einer Trainingsruhe darauf reagiere. Dann hat sich die Sache erledigt, nervale Beschwerden müssen nämlich ausheilen, worauf wir auch Rücksicht genommen haben. Es hat aber letztendlich trotzdem nichts genutzt“ (T_OM, 38). An die Beschwerden knüpft O. Müller die Erwartung, dass diese bald wieder weggehen. „Weil ich dabei war, wie intensiv die Athletin mit Spritzen therapiert worden ist“ (T_OM, 35).

Perspektive Arzt: Unmittelbar vor dem Wettkampf wird Dr. K. Jansen mit Tinas Rückenbeschwerden konfrontiert. „Ich meine, dass es zum ersten Mal bei den nationalen Meisterschaften war, als mir damals von [einem anderen Verbandsarzt] mitgeteilt wurde, dass die Athletin auf einem anderen Wettkampf Beschwerden in der unteren Lendenwirbelsäule hatte und er daher mit ihr diese und jene Behandlungsmaßnahmen ergriffen hat“ (A_KJ, 51). Aus seiner Sicht hat sich die Athletin bereits zu einem früheren Zeitpunkt und mit Blick auf die Gewährleistung einer Wettkampfteilnahme behandeln lassen. „Sie hat sich dann damals auch bei mir vorgestellt, der [andere Verbandsarzt] war mit dabei und wir haben das miteinander besprochen. Es ging dann auch um ihre Einsatzfähigkeit, also ob sie überhaupt laufen kann oder

nicht. Das war jetzt aber nichts, was mich unbedingt vom Hocker gerissen hat bzw. was mich tief beeindruckt hat. Das war etwas, womit ich jeden Tag zu tun hatte. Ich hatte eine bestimmte Hypothese über die Entstehung ihrer Beschwerden, warum, wieso, weshalb und das ist von mir dann entsprechend angegangen und behandelt worden“ (A_KJ, 51). Im Zuge dieser Konsultation beim Wettkampf wird auch die weitere Behandlungsstrategie festgelegt. „Ich habe ihr gesagt, was ich denke, was sie machen sollte und wie man es machen soll. Inwieweit sie das auch umgesetzt hat, kann ich nur schwer beurteilen, aber ich glaube, dass sie es schon gemacht hat. Sie hat damals mit dem Physiotherapeut R. Peters zusammen gearbeitet und wurde dort sehr intensiv betreut. Dieser Physiotherapeut hat sich extrem viel Mühe gemacht, Zeit investiert und war beim Kraft-, Lauf- und Koordinationstraining mit dabei. Ich denke, dass insofern die Maßnahmen befolgt wurden. Warum das alles jedoch schlussendlich nicht funktioniert hat, kann ich auch nicht sagen. Da spielen sehr, sehr viele Dinge eine Rolle, die ich als Außenstehender überhaupt nicht mitbekomme, zum Beispiel was sich zwischen Athlet und Trainer abspielt“ (A_KJ, 51).

Keine Beschwerdeverbesserung trotz Behandlung und zahlreicher Arztkonsultationen

An die Zeit nach den Meisterschaften und den Umgang mit den Beschwerden erinnert sich Tina nur ungerne. „Ich war schon bei einigen Leuten, vor allem bei Dr. K. Jansen, aber ich weiß es nicht mehr genau. Das habe ich schon wieder verdrängt. Ich habe aber nie eine Diagnose bekommen“ (A_TF, 167). Obwohl Tina mehrere Ärzte aufsucht, kann ihr keiner zu einer Beschwerdereduktion verhelfen. „[Die Ärzte] haben, was meine Heilung angeht, gar keine Rolle gespielt, null, gar nicht. Das war der Zeitpunkt, an dem ich mein Vertrauen in die Ärzte verloren habe. Ich habe keine Diagnose und gar nichts bekommen. Keine Behandlung, nichts hat geholfen“ (A_TF, 165). Eine beschwerdebedingte Absage des Saisonhöhepunkts wird jedoch nicht in Erwägung gezogen, vielmehr wird versucht, das Training einigermaßen aufrecht zu halten. Allerdings muss von einer zielgerichtet geplanten Vorbereitung Abstand genommen werden. Diese Phase stellt sich für die Athletin als besonders schwerwiegend heraus. „Das war höchst dramatisch für mich, weil es auch mit meinen Zielen zusammenhing. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem ich die Probleme bekommen habe, war es ein sehr tolles Erlebnis auf so einem anderen Niveau zu laufen und nicht mehr hinter den internationalen Größen hinterher zu rennen. Das war ein total tolles Gefühl, bis ich dann dieses Kontrasterlebnis hatte, dass ich das, was mir so viel Spaß machte, dann nicht mehr erleben konnte und dass ich meinen körperlichen Beschwerden völlig ausgeliefert war. Zu diesem Zeitpunkt habe ich mich völlig hilflos und verzweifelt gefühlt, da ich auch nicht wusste, was ich machen sollte“ (A_TF, 160). Das Denken wird tagtäglich von den vorhandenen Beschwerden bestimmt. „Das ist so, wie wenn ich, während wir hier sitzen und reden ständig nachschaue, ob es schon besser geworden ist. Die ganze Zeit. Und das ist zermürbend“ (A_TF, 259). In dieser Phase ist vor allem das Umfeld besonders wichtig. Neben den Eltern und den Freunden trägt der Trainer dazu bei, „dass ich trotz allem doch noch funktioniert habe und kein Trauerkloß war“ (A_TF, 173).

Perspektive Trainer: Nach den nationalen Meisterschaften 2 beginnt für Trainer O. Müller „die Phase der Ausschlussdiagnostiken“, in welcher verschiedene Ärzte aufgesucht werden (T_OM, 50). Im Gegensatz zur Athletin berichtet dieser ausführlich von den zahlreichen Konsultationen. „Das war eine Odyssee im Sinne von, wer weiß Rat, bezogen auf Ärzte, Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Gurus, von allem etwas. Man nimmt dann in solch einer Situation Hilfe von jedem an, der irgendwie Hilfe verspricht. Die Schulmedizin wusste nicht weiter und so war es ein monatelanges Suchen im Prinzip der Ausschlussdiagnostik, weil der Mensch ein ganzheitliches System ist. So waren wir beim Neurologen, beim Gynäkologen, beim Internisten, im Prinzip bei allen Fachärzten, die in irgendeiner Form damit zu tun haben hätten können, aber im Grunde wurde nichts gefunden“ (T_OM, 9). Aus medizinischer Sicht gibt es keinerlei Hinweise auf eine Verletzung oder Krankheit. „Ob es wirklich Ischiasbeschwerden waren, wissen wir immer noch nicht genau. Jedenfalls war es eine Schmerzsymptomatik am Rücken, die über die Gesäßmuskulatur ins Bein und ausstrahlend in den Oberschenkelbeugerging“ (T_OM, 9). Das Fehlen einer eindeutigen Diagnose wirkt sich insbesondere auf die Trainingsgestaltung aus. „Das ist eine Phase der Orientierungslosigkeit. Der Trainingsplan gilt sowieso nicht mehr. Den hat man schon weggelegt, weil er nicht mehr realisierbar ist. Normalerweise hat man dann eine Lösungsstrategie durch einen Plan B oder C. In diesem Fall gibt es einen solchen Plan aber nicht, weil man ja nicht einmal weiß, um welche Verletzung es sich genau handelt. Es war also eine Phase der Orientierungslosigkeit und auch zum Teil der Hilflosigkeit, weil man nicht weiß, was man trainieren muss. Man weiß nicht, mit welchem Trainingsmittel man die bestimmte Struktur reizt oder nicht. Es ist also sehr, sehr schwer, weil man nicht weiß, was man machen darf und was man besser nicht machen sollte“ (T_OM, 42). Der Trainer tauscht sich in diesem Zusammenhang auch mit anderen Trainerkollegen aus. „Drei, vier Tage vor der internationalen Meisterschaft 3 haben wir uns im Kreis der Nationalmannschaft in Stadt 6 getroffen, wo ich dann kompetente Kollegen aus den neuen Bundesländern befragt habe, wie sie früher mit solchen Beschwerden umgegangen sind. Von dem einem hast du Akupunktur empfohlen bekommen und der andere wusste gar nichts. Es gab keine klare Orientierung, wie man bei solchen Verletzungen reagieren soll“ (T_OM, 45).

Perspektive Arzt: „Die Athletin ist von ihrem Trainer einmal hier, da und dort hingeschickt worden, worauf man keinen Einfluss hat. Ich kann ja nicht sagen, dass sie jetzt zu mir kommen muss und ich der Richtige bin. Zum einen gibt es in Deutschland eine freie Arztwahl und zum anderen wäre es auch vermessen. Der Trainer, der Manager und das ganze Umfeld haben in diesem Zusammenhang auch eine ganz wesentliche Beeinflussungsmöglichkeit“ (A_KJ, 54). Wenn die vom Arzt vorgeschlagene Therapie beim Trainer, Athleten und dem weiteren Umfeld nicht auf Resonanz trifft, wird dieser einfach ausgewechselt. „Am Anfang habe ich mich geärgert und mich gefragt, warum ich mich da so reinhänge und mir so viel Mühe gebe. Irgendwann war mir dann aber klar, dass es weder böser Wille, Bösartigkeit oder Unfähigkeit waren, sondern dass es einfach so ist. Ich habe darüber auch mit meinen Vorgängern, [drei

ehemaligen Verbandsärzten], gesprochen und erfahren, dass es immer so ist. Wir werden ausgetauscht. Wenn ein Athlet, der Trainer, beide oder sogar der Manager meinen, dass es nichts ist, dann kommt der nächste dran“ (A_KJ, 58). Der Verbandsarzt erfährt, wenn überhaupt, nur im Rahmen der Betreuung bei sportlichen Wettkämpfen von den gesundheitlichen Problemen der Athleten. „Viele haben mir etwas erzählt, viele aber auch nicht. Auf Nachfrage hat man etwas erfahren, aber aus Eigeninitiative eher nicht. Teilweise besteht in diesem Zusammenhang dann auch eine gewisse Schamhaftigkeit, weil die Athleten dann doch zu einem anderen Arzt sind, sich dann nicht outen wollen und nicht sagen möchten, bei wem sie dann waren. Wobei mir das relativ wenig ausgemacht hätte. Ich bin dann irgendwann zu der Erkenntnis gekommen, dass es gut ist, wenn einige Athleten woanders hingehen, wenn sie da gut versorgt werden. (...) Damals war ich dermaßen ausgelastet, dass es mir nicht unrecht war, wenn Athleten sich in eine andere Richtung orientiert haben und dort gut betreut wurden. Der Einzelne weiß das natürlich nicht, wodurch dann der Eindruck entstand, dass ich das nicht erfahren durfte bzw. dass es peinlich sein könnte. Manchen Athleten kommt es dann auch selbst komisch vor, wenn dann eine Polypragmasie¹⁰⁶ betrieben wird, indem sie bei mehreren verschiedenen Ärzten waren und ein Heilpraktiker das gemacht hat, der Osteopath das sagt und wieder andere etwas anderes sagen. Je nachdem, was dann passt, wird dann geglaubt. (...) Oder das, wo am schnellsten Erfolg versprochen wird“ (A_KJ, 114).

Unterstellung einer Vortäuschung der Rückenbeschwerden

Während sich Tina zu Beginn der Behandlung bei Dr. K. Jansen noch gut aufgehoben fühlt, kommt es im Verlauf der weiteren Verschlechterung der Beschwerden zum bereits angedeuteten Vertrauensverlust. „Mir wurde zum Beispiel gesagt, dass kein Befund vorliegt und ich rein medizinisch solche Beschwerden gar nicht haben dürfte, womit mir unterstellt wird, dass ich mir diese Schmerzen einbilde bzw. simuliere“ (A_TF, 324). Die Athletin ist sich jedoch darüber im Klaren, dass die Diagnostik bei solchen Verletzungsbildern nicht einfach ist. „Bei uns Leistungssportlern ist das Problem (...), dass unsere Verletzungen sehr diffus sind. Meistens ist es dann nur eine Kleinigkeit, die schon ausreicht, dass man nicht zu 100 Prozent eingesetzt werden kann, was bei einem Normalbürger gar nicht auffallen würde. Das ist dann bestimmt schwierig zu diagnostizieren und man findet dann vielleicht nicht wirklich etwas auf Kernspinuntersuchungen“ (A_TF, 167). Die Problematik der unterschiedlichen Konstruktion eines vorliegenden Verletzungsproblems wird hier offensichtlich. „Dr. K. Jansen hatte gesagt: ‚Ich will dir ja nichts unterstellen, aber es gibt Athleten, die Angst haben, Wettkämpfe zu machen und deswegen Beschwerden haben, damit sie nicht laufen können.‘ Das ist dann irgendwie unbefriedigend. Nur weil er mit seiner Spritzerei nicht weiter kommt, heißt es noch lange

106 Polypragmasie steht für eine sinn- und konzeptionslose Diagnostik und Behandlung mit zahlreichen Arznei- und Heilmitteln sowie anderen therapeutischen Maßnahmen. Diese geht mit einem erhöhten Risiko für Wechsel- und Nebenwirkungen, insbesondere bei der Einnahme von Medikamenten einher (vgl. Psychembel, 2007).

nicht, dass da auch wirklich nichts ist“ (A_TF, 326). Durch den Hinweis des Arztes, einen Psychotherapeuten aufzusuchen, fühlt sich die Athletin mit ihren Beschwerden nicht mehr ernst genommen. „Irgendwann kriegt man dann als Athlet vermittelt, dass medizinisch nichts vorliegt und ich eventuell einmal zu einem Kopfarzt gehen sollte. Nach dem Motto, das bildest du dir ein oder du übertreibst mit den Beschwerden, die sind gar nicht so schlimm. So subtil kam das auch rüber“ (A_TF, 167). Die Zusammenarbeit wird in der Folge eingestellt. „Da hat er sich dann auch irgendwann ziemlich zurückgehalten und gesagt, dass er jetzt auch nicht mehr so richtig weiter weiß“ (A_TF, 490).

Teilnahme am Saisonhöhepunkt trotz Trainingsrückstand und starker Beschwerden

Obwohl es zu keiner Besserung der Rückenbeschwerden kommt, reist Tina zu den internationalen Meisterschaften 3. Dort trifft die Athletin erneut auf Dr. K. Jansen, der als Verbandsarzt vor Ort ist. „Ich bin da gelaufen, konnte aber eigentlich gar nicht. Ich bin unter dem Einfluss von Spritzen gelaufen und hatte dann auch fünf Wochen nicht richtig trainiert“ (A_TF, 55). Erst im laufenden Wettkampf sieht die Athletin ein, dass eine erfolgreiche Teilnahme nicht möglich ist. „Ich musste [den Wettkampf] trotzdem laufen, weil ich bis zu diesem Zeitpunkt nicht akzeptieren wollte, dass ich nicht laufen kann. Der Verband wollte mich auch komischerweise laufen lassen und wollte keinen Gesundheitstest von mir haben. Bei dem Wettkampf bin ich dann natürlich gnadenlos ausgestiegen“ (A_TF, 207). Erst nachdem das Saisonziel verfehlt ist, rückt die Zielsetzung, „wieder beschwerdefrei laufen zu können“, in den Mittelpunkt (A_TF, 180). Der Staffeleinsatz bei den nationalen Meisterschaften wird rückblickend als Katalysator für die Verschlechterung der Beschwerden angesehen. „Die Verletzung wäre sowieso irgendwann gekommen, aber vielleicht erst später. Der Staffelsprint hat (...) eine ganz andere Belastung und ohne diese Sprints hätte ich mich vielleicht noch zur internationalen Meisterschaft 3 durchmogeln können“ (A_TF, 198).

Perspektive Arzt: Aus Perspektive von Dr. K. Jansen ist Tina Frey ein „absolutes Paradebeispiel“ für den Umgang mit Beschwerden vor einem anstehenden Wettkampf (A_KJ, 64). „Sie hat diese Beschwerden gehabt und wollte unbedingt laufen. Damit sie laufen konnte, hat sie von mir acht bis zehn Injektionen in den Bereich bekommen, wohin sie es haben wollte. Sie ist dann schlecht gelaufen und hat hinterher dann deutlich gemacht, dass es klar ist, dass sie nicht richtig laufen kann mit acht bis zehn Spritzen - anstelle ruhig zu sein. Das ist eine Artikulierung in Form einer Schuldzuweisung für das, was sie selbst zu verantworten hatte. Vielleicht habe auch ich versagt, was ich natürlich nicht glaube, denn solche Dinge werden oft als Ausrede verwendet, um eigene Insuffizienzen zu übergehen. Meine Vorgänger haben am Ende ihrer Verbandsarztstätigkeit auch alle gesagt, dass sie es sich nicht mehr mit anhören können, dass es irgendwelche Verletzungen gibt, wo es keine gibt. Sondern wo einfach nur eine Formschwäche da ist und durch eine vorgeschobene Verletzung der Sponsor, der Verband, das eigene Ego, der Trainer oder was auch immer vor Kritik, Angriffen und was auch immer geschützt werden muss. Denn eine Verletzung, also eine körperliche Insuffizienz, wird von

den angesprochenen Institutionen wie den Medien, dem Trainer und dem Verband viel eher akzeptiert als eine schlechte Form. Da kann man meine Vorgänger genauso befragen. Die haben sich irgendwann gesagt, dass sie sich das nicht mehr antun können“ (A_KJ, 64).

Perspektive Trainer: Insbesondere vor wichtigen Wettkämpfen steht ein Trainer wie O. Müller unter großem Leistungsdruck, der durch einen verletzungsbedingten Ausfall seiner Vorzeigethletin verschärft wird. „Ich bin hauptamtlich eingestellt und werde dafür bezahlt, Leistung zu entwickeln und daher werde ich als Trainer dafür verantwortlich gemacht, wenn es läuft und wenn es nicht läuft. Wenn der Athlet verletzt ist, kann man sagen, dass es Sache des Athleten ist, aber so einfach ist es nicht. In der Bewertung dessen spielt dann auch der Trainer eine Rolle, weil man hinterfragen wird, ob etwas falsch gesteuert worden ist oder falsche Belastungen trainiert wurden. Der Trainer sieht sich dabei als das schwächste Glied in der Kette, weil Trainer austauschbar sind und Athleten nicht. Ein Athlet hat auch das Recht einen Trainer zu wechseln und insofern spüren wir diesen Druck schon, keine Frage“ (T_OM, 81).

Die Entscheidung zur Teilnahme am Wettkampf wird aus Sicht von O. Müller gemeinsam mit der Athletin getroffen (T_OM, 99). „Normalerweise hätte man eine internationale Meisterschaft absagen müssen, wenn diese zum Beispiel in Osaka/Japan stattgefunden hätte. Beziehungsweise man hätte einen Test machen sollen, bevor man sich in den Flieger setzt. Dadurch, dass [die internationalen Meisterschaften 3 nicht ganz so weit entfernt waren], haben wir es probiert. Die Vorbereitung für diesen Wettkampf war eher schlecht, aber man wollte halt nicht absagen. Wir haben gesagt, dass wir es im Vorlauf probieren. Wenn es geht, ist es gut und wenn es nicht geht, ist es nicht schlimm, weil jeder weiß, dass die Athletin verletzt ist. Ich glaube aber nicht, dass wir es heute noch einmal machen würden, weil es nichts genutzt hat und es eine herbe Enttäuschung war“ (T_OM, 50). Die Teilnahme am Wettkampf trotz Beschwerden und eine Schmerzmedikation zur Ermöglichung eines Wettkampfeinsatzes hängen aus Sicht des Trainers vom Trainingszustand und der erwarteten Leistungsfähigkeit ab. Zum anderen sind die antizipierten Folgen eines Einsatzes relevant. „Wenn vor einer EM oder WM bisher alles gut gelaufen ist und Beschwerden auftreten und der Arzt kann vertreten, dass er den Schmerz nimmt und nichts passieren kann, indem etwas abreißt, dann wird sich im Normalfall jeder dafür entscheiden, den Start realisieren zu wollen. Es darf aber kein medizinisches Risiko sein“ (T_OM, 97).

Entscheidungsproblematik eines Wettkampfeinsatzes trotz Beschwerden aus ärztlicher Sicht
Diese aus Sicht des Arztes „extrem schwierige“ (A_KJ, 67) Entscheidungsproblematik über einen Wettkampfeinsatz bei vorliegenden Beschwerden gilt es nun unter Fokussierung der Arztperspektive genauer zu betrachten.

Perspektive Arzt: Bereits die Stellung einer Diagnose gestaltet sich bei einem Spitzenathleten besonders schwierig. „Wenn ein Patient zu mir kommt, muss ich ihm zunächst einmal primär glauben, dass er dort Schmerzen hat, wo er sagt, dass er Schmerzen hat. Es gibt für mich als

Arzt objektive Kriterien - wenn ein Bein gebrochen ist und ich auf dem Röntgenbild sehe, dass der Knochen ab ist, dann weiß ich, dass da etwas ist. Inzwischen gibt es auch bildgebende Verfahren, anhand derer ich tatsächlich sagen kann, ob eine Verletzung oder ein Problem besteht. Andererseits weiß ich natürlich, dass häufig Beschwerden und Schmerzen auch an Stellen sind, an denen man nichts Substanzielles, also kein Substrat, sehen kann. Wenn also nichts gerissen, geschwollen und gerötet ist. Häufig ist es nun aber auch so, dass Patienten, Athleten oder Sportler zu mir kommen und Beschwerden haben bzw. zum Teil vorgeben, diese zu haben, es aber nicht so ist. Das kann ich schlecht auseinander halten, weil es dafür keine objektiven Kriterien gibt“ (A_KJ, 67).

Das Vortäuschen von Beschwerden wird auf die Notwendigkeit der Rechtfertigung einer Formschwäche gegenüber dem Verband und der Öffentlichkeit zurückgeführt. Der Arzt soll hierfür die Argumente liefern. „Dass gegenüber der Presse gesagt wird, der arme Athlet hat eine Muskelverletzung, Muskelzerrung, Rückenschmerzen oder sonstiges und gar keine Leistung erbringen kann“ (A_KJ, 69). Eine Behandlung durch den Arzt wird dabei nicht immer erwartet. „Weil es zum Teil gar nicht benötigt wird. Wenn jetzt natürlich ein Athlet komplexer denkt, dann lässt er das natürlich unbewusst oder bewusst behandeln, um dies mit seiner eigenen kognitiven Dissonanz abzudecken. Aber die meisten Charaktere sind bereits damit zufrieden, wenn das nach Außen entsprechend dargestellt wird“ (A_KJ, 72). Für den Arzt macht eine Sicherung der Einsatzfähigkeit mit medizinischen Maßnahmen nur dann einen Sinn, wenn der Athlet von seinem Leistungsniveau auch in der Lage dazu erscheint, Spitzenleistungen zu erbringen. Entsprechend verschafft sich der Arzt zusätzlich zum medizinischen Bild einen Eindruck von der aktuellen Leistungsfähigkeit des Athleten. „Ich denke, primär muss man versuchen heraus zu bekommen, ob der Athlet selbst bereit ist, in den Wettkampf zu gehen. Wenn man den Eindruck hat, dass der Athlet eigentlich gar nicht will und dass er Angst vor dem Wettkampf hat, dann ist es grundsätzlich besser, wenn er nicht antritt, weil die Performance einfach schlecht sein wird. Man muss bei den Sprintern und Springern, also bei den Schnellkraftdisziplinen mit muskulären Beschwerden, besonders vorsichtig sein. Wenn vor allem bei den Weitspringern, Dreispringern und den Kurzstreckenläufern muskuläre Verdachtsmomente bestehen, sollte man als Arzt schon sehr vorsichtig sein. Bei Hochspringern und Werfern ist das vielleicht nicht so der Fall, aber das sollte man dann den Betroffenen auch entsprechend sagen. Mit zunehmender Erfahrung, glaube ich, entwickelt man dafür ein bestimmtes Gefühl, was jetzt natürlich nicht objektivierbar ist. Indem man sieht, wie die Athleten laufen, wie sie sich in der Vorbereitung verhalten, was der Physiotherapeut sagt und von dem, was die Athleten letztendlich auch selber sagen. Hier geht es nicht um Kreismeisterschaften oder das Sportabzeichen, sondern es geht hier um EM, WM und die Olympischen Spiele. (...) Der Athlet muss zu diesem Zeitpunkt in dem Bereich seiner persönlichen Leistungsgrenze sein“ (A_KJ, 76).

Die angestrebten Behandlungsmaßnahmen werden darüber hinaus eng mit dem Athleten und dessen sportlicher Zielsetzung abgestimmt. „Zusammen müssen Arzt und Athlet dann entscheiden, welche therapeutischen Maßnahmen eingelegt werden sollen und müssen. Wenn jemand zehn Jahre trainiert und dann bei den Olympischen Spielen einen Tag vor dem Wettkampf Beschwerden bekommt, dann denke ich, dass man in solch einer Situation auch entsprechend therapieren sollte“ (A_KJ, 127). Dieser Sachverhalt wird mit dem Beispiel einer Athletin verdeutlicht, bei der am Tag vor dem Vorlauf bei Olympischen Spielen starke Schmerzen auftreten. „Sie ist über die Wiese gejoggt und hatte dann plötzlich so starke stechende Schmerzen, dass sie nicht auftreten konnte. Da haben sowohl ich als auch [ein anderer Verbandsarzt] intensivst mit Cortison etc. behandelt, weil wir davon ausgingen, dass das Ereignis für die Athletin extrem wichtig war. Das haben wir auch mit der Athletin besprochen, die da auch einen sehr, sehr mündigen Eindruck gemacht hat und auch im Nachhinein sehr mündig war. Ob man das so machen muss, ist natürlich wieder eine andere Frage. Wir haben von unserer Seite aus versucht, ihr die Chance zu eröffnen, an dem Wettkampf teilzunehmen und ich meine, dass sie keine negativen Folgen davongetragen hat“ (A_KJ, 127). Die Wahl der Behandlungsstrategie wird aus Sicht des Arztes somit auch von der Bedeutung des Wettkampfs beeinflusst. „Ich weiß auch von ärztlichen Kollegen, dass beim Auftreten einer gleichen Verletzung bei derart hochgradigen Wettkämpfen anders als im Training therapiert wird. Im Training kann man in solch einem Fall mit Diagnostik und vorsichtiger Therapie ganz anders verfahren als in einer wichtigen Wettkampfsituation“ (A_KJ, 127). Bei Entscheidungen über den Einsatz medizinischer Maßnahmen zur Gewährleistung eines Wettkampfeinsatzes spielt neben dem zeitlichen Auftreten der Beschwerden im Saisonverlauf vor allem auch das Alter der betroffenen Athleten eine Rolle. „Wenn der Athlet bei mir im November oder Dezember auftaucht, kann ich ganz anders agieren, als wenn ihm zwei Stunden oder einen Tag vor dem Finale dies oder jenes weh tut. Da sind die Interventionsmaßnahmen völlig unterschiedlich, wie auch bei verschiedenen Altersklassen. Bei einem Achtzehnjährigen würde man viel vorsichtiger, zurückhaltender und medizinischer agieren als bei einem erwachsenen Athleten, den man fragen kann, wie wichtig [eine Wettkampfteilnahme] für ihn ist“ (A_KJ, 125). Aufgrund eigener Spitzensportlicher Erfahrungen ist sich der Arzt jedoch darüber im Klaren, was es bedeutet, auf eine Teilnahme bei internationalen Meisterschaften verzichten zu müssen. „Darüber ärgere ich mich heute noch und selbst nach [vielen] Jahren belastet es immer noch meinen Werdegang“ (A_TF, 127). Ebenso geht er davon aus, dass sich die Athleten der Risiken ihres Spitzensportlichen Engagements bewusst sind. „Die Athleten wissen, dass sie keinen Gesundheitssport betreiben, das sind zwei Paar Stiefel. Die Haut wird entsprechend zu Markt getragen, um dadurch für sich persönlich etwas zu gewinnen, sei es Prestige, Ehre, Ruhm, Medaillen oder wie in den letzten zehn Jahren auch viel Geld“ (A_KJ, 131).

Als Arzt bewegt sich Dr. K. Jansen bei Behandlungsentscheidungen, die Spitzensportler betreffen, stets in zwei Grenzbereichen. „Der eine davon ist ganz eindeutig definiert, das ist der

Dopingbereich und da steht schwarz auf weiß geschrieben, was die Athleten wo dürfen und was nicht. Da muss sich der Arzt dann entsprechend informieren, um zu wissen, was er machen darf. Der Grenzbereich ist hier ganz eindeutig definiert. Es gibt also keine Grauzone, in der man vielleicht doch das eine oder andere akzeptieren kann. In dem Bereich der täglichen Behandlung sind die Grenzen hingegen fließend. Das sind alles Dinge, die hinsichtlich der Dopingrichtlinien erlaubt sind und die der Arzt mit seinem eigenen Gewissen verantworten muss. Die Physiotherapeuten sind hier nicht so stark betroffen, weil die keine Maßnahmen mit derartigen Konsequenzen ergreifen. Würde [der Arzt] genauso entscheiden, wenn der betroffene Athlet ein nahestehendes Familienmitglied wäre? Diesbezüglich gibt es natürlich ganz verschiedene Einstellungen, wobei die Betreuer von Nationalmannschaften eigentlich schon eine positive Einstellung zum Hochleistungssport haben. Die sehen das Phänomen des Hochleistungssports als gerechtfertigt an und kennen natürlich auch die negativen Begleiterscheinungen wie Beschwerden, Verletzungen, Kommerzialisierung etc.“ (A_KJ, 136). Die Behandlungsentscheidungen erfolgen zwar letztendlich durch den Arzt, allerdings wird oftmals nicht nur dem Athleten ein Mitspracherecht eingeräumt. „[Oft handelt es sich um Entscheidungen], die mit dem Athleten, Trainer, Cheftrainer, Arzt und dem Physiotherapeuten abgesprochen sind und im Einzelfall ausdiskutiert werden müssen. Im Endeffekt muss aber der Arzt entscheiden“ (A_TF, 136).

Obwohl sich der Arzt für Behandlungsentscheidungen verantwortlich zeigt, sieht er bei sich keine Entscheidungskompetenz, wenn es um einen Wettkampfstart bei vorhandenen Beschwerden geht. „Ich kann da sowieso nichts entscheiden. Als Verbandsarzt habe ich eine beratende Funktion für den Cheftrainer und dem kann ich sagen, ob ich denke, dass es etwas mit dem Athleten wird oder nicht“ (A_KJ, 79). Allerdings hängt diese beratende Funktion vom Einverständnis des Athleten ab, wie am Beispiel von Tina verdeutlicht. „Dafür ist die Voraussetzung wiederum, dass Tina ihr Einverständnis gibt, zumal da ganz erhebliche wirtschaftliche Interessen dranhängen. Wenn der Cheftrainer auf mein Anraten hin [und ohne das Einverständnis der Athletin] deren Teilnahme an einem Wettkampf untersagen würde, könnte diese Sponsoren- und Antrittsgelder in einer Höhe von ungefähr 150.000 € im Jahr gegen mich einklagen. Weil sie behaupten könnte, dass sie hätte laufen können und wollen und im Finale einen dritten Platz belegt hätte. Dann würde ich alt aussehen, weil ich die ärztliche Schweigepflicht übertreten hätte. Es geht also immer ums Geld. Im Prinzip müsste ich also in jedem Einzelfall die Athleten fragen, ob ich etwas sagen darf, wem ich etwas sagen darf und was ich sagen darf“ (A_KJ, 79). Der Verbandsarzt sieht seine Entscheidungskompetenz entsprechend auf den Bereich der Diagnose und Behandlung beschränkt, dem es nicht zusteht, einem Athleten bei vorliegenden Beschwerden ein verbindliches Wettkampfverbot auszusprechen. „Entscheiden, ob jemand laufen kann, darf ich sowieso nicht. Wenn ich auf einen Sehnenansatz zurückgehe, der weh tut, ist das noch kein Kriterium zur Startunfähigkeit des Athleten.“

Schlussendlich müssen der Athlet, der Trainer und Cheftrainer entscheiden, ob es Sinn macht oder nicht“ (A_KJ, 79).

Nachlassende Beschwerden nach Saisonhöhepunkt und Beschwerdefreiheit während Trainingspause

Nach dem erfolglosen Wettkampfeinsatz unter starker Schmerzmedikation lassen die Beschwerden bei Tina in den darauf folgenden Wochen sukzessive nach und verschwinden zunächst vollständig. „Ich weiß bloß, dass ich direkt die Woche nach der internationalen Meisterschaft 2 wieder langsam trainieren konnte. Ich konnte Tempoläufe machen und nach ein, zwei Wochen sogar wieder beschwerdefrei (...) laufen und das über einen Zeitraum von knapp fünf oder sechs Wochen, bis zum internationalen Wettkampf 1“ (A_TF, 227). Warum es zu einer Verbesserung der Beschwerden kommt, kann sich die Athleten nicht erklären. „Da gibt es die Vermutung, dass die Kortisonspritzen nach sechs Wochen endlich für vier Wochen lang Wirkung gezeigt haben, aber ich habe keine Ahnung (A_TF, 227). Im Diagramm zeichnet die Athletin entsprechend zwei große Fragezeichen ein. In der anschließenden vierwöchigen Trainingspause nach Beendigung der Freiluftsaison liegt vollkommene Beschwerdefreiheit vor. „Hier war Pause, das ist komisch, da bin ich immer beschwerdefrei. Es war ganz komisch“ (A_TF, 51).

Erneute Verschlechterung der Beschwerden mit Trainingsbeginn

Als nach der Pause das Training wieder aufgenommen wird, treten bei Tina mit der ersten disziplinspezifischen Einheit erneut die Rückenschmerzen auf. „Danach ging es dann schon wieder los, keine Ahnung, was da passiert ist; ich weiß es nicht“ (A_TF, 50). Die Beschwerden nehmen sofort wieder zu und lassen erst nach zwei Monaten langsam nach. Vier Monate nach dem erneuten Auftreten sind diese zunächst überstanden (A_TF, 31). „Die Phase war nicht ganz so schlimm wie beim erstmaligen Auftreten der Beschwerden, aber ich muss auch ganz ehrlich sagen, dass ich mich an diese Zeit kaum noch erinnern kann, weil ich das für mich ausgeblendet habe“ (A_TF, 234).

Die Mechanismen, die zu den Beschwerden führen, sind für Tina weiterhin unklar. „Das Dumme war, dass zu diesem Zeitpunkt dann die Hilflosigkeit dazu kam, weil ich zu dem Zeitpunkt wirklich nicht wusste, wodurch es besser und dann wieder schlechter wurde. Das war dann ganz schwierig für mich, weil ich nicht wusste, was ich weglassen bzw. machen sollte“ (A_TF, 236). Zusammen mit dem Trainer wird zwar nach den Ursachen geforscht, eine Umstellung des Trainings erfolgt jedoch nicht. „Mein Trainer ist da aber auch manchmal ein bisschen phantasielos, so dass wir es dann einfach so hingenommen haben“ (A_TF, 237). Vielmehr wird auf Basis des vorhandenen Trainingsplans täglich und in Abhängigkeit der Beschwerden entschieden, was trainiert werden kann. „Zu diesem Zeitpunkt war es so, dass sich mein Trainer schon seine Pläne macht, welche ich aber nie in die Hand bekommen habe. Man weiß vorher auch nie, was man genau machen kann, so dass man meistens auch auf das reagieren muss, was einem überhaupt möglich ist. (...). Das ist schwierig, weil man immer in be-

stimmten Zyklen trainiert, um am Ende immer ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Das heißt, man trainiert zunächst bei E3, dann wird die Intensität mal bei E2 sein und dann trainiert man auch mal ganz hart - diese Ziele konnten wir uns aber zu dieser Zeit nicht setzen. Unser Ziel war, dass ich langsam vorankomme, beschwerdefrei bleibe bzw. werde und nichts mache, was meine Beschwerden verschlechtern könnte. Zu dieser Zeit war das alles eher diffus“ (A_TF, 243).

Nachlassen der Rückenschmerzen und Training ohne Beeinträchtigung

Obwohl die Rückenschmerzen allmählich nachlassen, ist an Wettkampfstarts und an eine Nominierung für die internationalen Meisterschaften 4 in der Halle aufgrund des beschwerdebedingten Trainingsrückstands „gar nicht zu denken“ (A_TF, 245). Erst unmittelbar vor den internationalen Meisterschaften sind die Beschwerden weg, so dass wieder richtig trainiert werden kann. „Ich kann mich aber noch genau daran erinnern, dass es dann wieder über einen langen Zeitraum besser wurde, so dass ich dann (...) eine zweimonatige Phase hatte, in der ich auch ganz gut trainiert war“ (A_TF, 234).

Perspektive Trainer: Die Verbesserung der Beschwerden sieht der Trainer im Gegensatz zur Athletin als das Resultat der langen Suche nach Hilfe an. „Durch ständiges Weitersuchen wurden dann bei einem Physiotherapeuten Besserungen erzielt, die dann letztendlich zu einer Schmerzfreiheit geführt haben“ (T_OM, 9).

Perspektive Arzt: Dr. K. Jansen verfolgt die weitere gesundheitliche Entwicklung der Athletin aus der Ferne und sieht neben der Trainingspause die kontinuierliche physiotherapeutische Behandlung als Ursache für das Abklingen der Beschwerden an. „Die Athletin hatte nach der Saison ihre Trainingspause und hat hinterher mit dem Physiotherapeuten I. Nagel sehr, sehr viel gemacht. Er ist das Ganze eher von der osteopathischen Seite angegangen und hatte auch ein ganzes Jahr lang mit der Athletin Zeit gehabt, was sich dann auch ganz gut entwickelt hat“ (A_KJ, 100). Der Arzt wird über den weiteren Beschwerdeverlauf jedoch nicht unterrichtet. „Wenn der Physiotherapeut oder der Athlet Interesse daran hat, das mitzuteilen, dann ja - sonst nicht“ (A_KJ, 103).

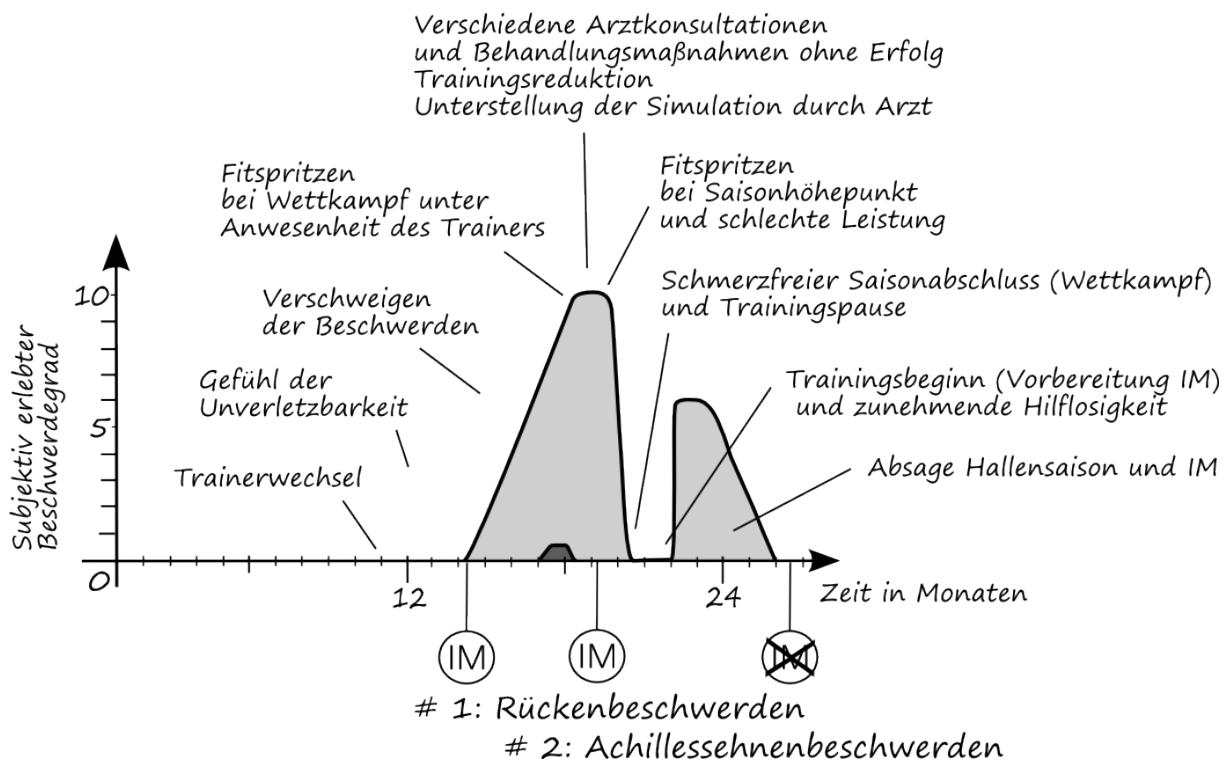


Abbildung 12: Umgang mit der bedeutsamsten Verletzungsphase (Teil 1) im Karriereverlauf von Tina Frey

• # 2 Achillessehnenbeschwerden

Zunehmende Achillessehnenbeschwerden bei gutem Trainingszustand

Über zwei Monate bleibt Tina beschwerdefrei und befindet sich in einem Zustand, den sie als „High“ beschreibt (A_TF, 262). Als Saisonhöhepunkt werden die internationalen Meisterschaften 5 anvisiert, bei denen der Vorstoß in die Weltspitze erfolgen soll. Als die Form langsam zurückkehrt, kommt es allerdings zum nächsten gesundheitlichen Problem. „In dieser Zeit habe ich dann sogar noch eine Leistungsdiagnostik mitgemacht, die auch gut war und danach begannen die Schmerzen in meiner Achillessehne“ (A_TF, 248).

Perspektive Trainer: Das Auftreten solch schleichender Beschwerden stellt für den Trainer ein großes Problem dar. „Man erhält von dem Athleten die Nachricht, dass etwas weh tut, woraufhin man eine Pause macht“ (T_OM, 27). Manchmal, wie bei den Achillessehnenbeschwerden bringt aber eine Pause nichts. Man stellt sich dann die Fragen, ‚Welche Therapie macht man nun und welchen Arzt fragt man?‘. (...) Ich habe aber auch Athleten, die sagen, dass ihnen der Fuß weh tut. Bei denen man sagt, denkt einfach nicht dran, weil das eine Belastungserscheinung ist, die nach drei Tagen wieder weg ist. Das haben wir auch schon gehabt. Man kann halt in die Athleten nicht hineinschauen. Schleichende Verletzungen sind also in der Tat das Schwierigste überhaupt, weil man nicht weiß, wie sie sich entwickeln, wodurch der Umgang mit ihnen nur sehr schwer ist. Da muss ich als Trainer eigentlich eine klare Diagnosefähigkeit eines Arztes erwarten, was dann der wichtigste Part des Athleten-Trainergespanns ist. Das muss stimmen!“ (T_OM, 27).

Spritzenkur als Behandlungsmaßnahme der Wahl

Gegen die Achillessehnenbeschwerden wird zunächst medikamentös vorgegangen. „Nach dem Motto: Die Hoffnung stirbt zuletzt, weil man zu Beginn die Beschwerden bei der Achillessehne ganz gut wegspritzen kann, das heißt eine Spritzen-Kur“ (A_TF, 300). Gleichzeitig werden auch physiotherapeutische Behandlungsmaßnahmen durchgeführt. Dieses Vorgehen erläutert die Athletin wie folgt. „Bei der Achillessehne ist es manchmal so, dass man einfach eine Überlastung, irgendeine kleine Reizung hat und da dann reinspritzt. Manche spritzen Kortison, was man eigentlich gar nicht machen sollte, aber wenn man so verzweifelt ist, lässt man ja alles mit sich machen und dann geht es weg, weil es vielleicht nur das Gleitgewebe ist. Wenn es dann aber nicht weggeht, wenn du dich also fünf Wochen spritzen lässt, irgendwann auch noch gegen deinen Willen und es geht trotzdem nicht weg, dann stimmt etwas mit der Sehne nicht, weil kleine Entzündungen die aufgrund von Überlastungen oder Reizzuständen entstehen, nach ein- oder maximal zweimal Spritzen weg sind. An diesem Zeitpunkt sollte man dann auch aufhören und wirklich gucken, was da los ist“ (A_TF, 211). Den Umgang mit einer Schmerzsymptomatik an der Achillessehne sieht sie als besonders schwierig an. „Das Problem ist auch, dass Achillessehnenbeschwerden nicht gleich Achillessehnenbeschwerden sind. Die Schmerzen können entstehen, indem das Gleitgewebe betroffen ist. Da spritzt man dann hinein und die Schmerzen verschwinden wieder. Dann gibt es die Schmerzen, die durch eine zu starke Wadenverhärtung entstehen und die braucht man bloß durchzumassieren. Es gibt also verschiedene Ursachen für das Auftreten solcher Schmerzen“ (A_TF, 311). Problematisch wird es erst dann, „wenn die Ursachen woanders liegen, wenn es also ein strukturelles oder ein Trainingsbelastungsproblem ist“ (A_TF, 213). In diesem Fall gehen die Beschwerden trotz Behandlung nicht weg. „Das mit den Spritzen ist dann ein Teufelskreislauf, in dem ich auch schon zweimal drin war. Dass man immer wieder reinspritzt in der Hoffnung, dass es dann geht. Und wenn es nicht funktioniert, spritzt man noch mal in der Hoffnung, dass es dann geht. So geht das dann über Wochen, in denen man sich dann auch kaputt macht“ (A_TF, 213). Diese rückblickende Bewertung ist jedoch erst unter Kenntnis des tatsächlichen Verletzungsverlaufs möglich. So stellt sich im Nachhinein betrachtet auch die gesamte Trainingsarbeit als kontraproduktiv heraus. „Ich konnte zwar einen Monat lang mit Spritzen trainieren, bin da aber mit jeder Einheit schlechter geworden. Das heißt, dass mein Körper zu dieser Zeit, in der er so verletzt war, gar nicht bereit war, Trainingsreize anzunehmen (...). Ich habe abgenommen und an Substanz abgebaut. Da konnte ich so lange wie ich wollte im Kraftraum stehen, aber meine Muskeln haben in der Zeit, in der mein Körper mit der Verletzung beschäftigt war, keinen Trainingsreiz angenommen“ (A_TF, 209).

Perspektive Trainer: Der Trainer ist bei der Trainingssteuerung auf die Diagnose des Arztes angewiesen. „In meinem Fall verlasse ich mich eigentlich immer auf die ärztliche Diagnose oder die trainingstechnische Empfehlung. Ich muss aber kritisieren, dass sich viele Ärzte jedoch dieser Verantwortung entziehen, indem sie sagen, dass wir bestimmte Sachen im Trai-

ning mal probieren könnten. Die Verantwortung wird also an den Trainer weitergegeben. Der Athlet vertraut dem Trainer, weil der ja mit dem Arzt gesprochen hat und dann entwickelt sich es in irgendeiner Form zu einer Sache, die chronisch wird, weil man weiter trainieren will. (...) Es muss aber nicht chronisch werden, weil manche Dinge dann auch wirklich funktionieren“ (T_OM, 27). Das Training wird jedoch nur sehr ungern ausgesetzt. „Man hat einen idealtypischen Trainingsverlauf, der aber schon durch eine Grippe durcheinander geworfen wird. Damit kann man aber umgehen, indem man nach einer Woche Ruhe den Trainingsplan wieder realisieren kann. Eine Woche Pause innerhalb des gesamten Trainingszyklus ist kein Problem und lässt sich leicht reparieren. Wenn sich das aber länger hinzieht, muss man neue Etappen- und Zwischenziele festlegen und akzeptieren, dass man auf keine [Weltklassezeit] mehr kommen kann, sondern in Abhängigkeit von der Krankheit oder Verletzung [langsamer läuft] (T_OM, 57).

Perspektive Arzt: Bei der Behandlung von Beschwerden nimmt der Trainer aus Sicht von Dr. K. Jansen eine Schlüsselrolle ein. „Der Trainer ist ganz wichtig. (...) Er ist derjenige, der die Belastungen festlegt und natürlich auch das umsetzen muss, was von dem jeweiligen Physiotherapeuten oder Arzt als notwendig erachtet wird. Damit muss sich der Trainer auseinandersetzen und das ist auch gut so. Die Trainer sollten sich weiterhin auch kritisch mit diesen Vorgaben auseinandersetzen, aber nicht in der Form, dass es direkt vor dem Athleten diskutiert und bezweifelt wird. Diesen Eindruck hatte ich bisher aber selten. Meistens hatte ich das Gefühl, dass meine Vorgaben eher konstruktiv aufgenommen wurden. Aber natürlich nicht immer und da war es dann häufig so, dass der Widerspruch bzw. die Kritik nicht offen diskutiert wurde, sondern dass die beiden dann klammheimlich irgendwo anders hin marschiert sind. Das ist leider häufiger der Fall“ (A_KJ, 95).

Ärzteodyssee, diffuse Diagnosen und Resignation durch zunehmende Beschwerden

Die ärztliche Behandlung bei den Achillessehnenbeschwerden erfolgt zunächst im Rahmen eines Wettkampfs durch den anwesenden Verbandsarzt Dr. K. Jansen. „[Er] hat dann zu mir gesagt, dass ich zu Dr. E. Koch nach Stadt 8 gehen soll. Dann war ich bei Dr. G. Weiß und dann noch mal bei jemandem in Stadt 9. Der hat dann gesagt, dass ich mal nach Stadt 6 [zu Dr. M. Ott] gehen soll, wenn ich mir nicht sicher bin, was ich dann gemacht habe“ (A_TF, 315). Parallel hierzu werden weitere Ratschläge von Verbandsärzten eingeholt. „Zur Zeit der Junioren-WM war ich (...) bei einem Vorbereitungstrainingslager und dort haben dann auch noch mal zwei Ärzte auf meine Bilder geschaut. Jeder hat da etwas anderes gesagt und ich dachte, das Ganze muss ein Witz sein. Da fühlt man sich dann nicht aufgehoben. Gerade weil ich bei vielen anderen [Athleten] negative Erlebnisse mitbekommen habe und weil die Achillessehne eine eher empfindliche Sache ist, lasse ich mir die nicht aufschnippeln, es sei denn, ich bin wirklich überzeugt davon“ (A_TF, 315). Das Aufsuchen so vieler Ärzte liegt auch in Tinas Interesse. „Weil man gerade bei solch einer Sache abwägen, vergleichen und gucken muss, was das Beste ist. Man sagt zwar immer, viele Köche verderben den Brei, aber auf eine

dilettantische Arztmeinung verlasse ich mich auch nicht mehr“ (A_TF, 318). Das Ansteuern der Ärzte erfolgt wiederum in Absprache mit dem Trainer und auf Basis des Rufs der jeweiligen Ärzte in der Szene „Gut, man kennt mittlerweile schon die eine Handvoll medizinische Größen in Deutschland, wo man hingehen kann. Das lief auch mit meinem Trainer zusammen, da er ja auch daran interessiert ist, seine Athletin wieder beschwerdefrei zu kriegen“ (A_TF, 321). Ein Arztwechsel wird dann durchgeführt, wenn es zu keiner unmittelbaren Besserung der Beschwerden kommt. „Ich bin auch niemand, der aus Loyalität, weil der Arzt so nett war, bei einem Arzt bleibt. Das geht nicht, weil ich dann meine Karriere aufs Spiel setze (...). Wenn es nicht besser wird, hörst du dich auch unter den Athleten um, wer wem geholfen hat, was dann also im Endeffekt eine Art Mundpropaganda ist“ (A_TF, 321). Am Engagement der behandelnden Ärzte hat die Athletin nichts auszusetzen. „Das habe ich eigentlich so erlebt, dass sich die Ärzte, wenn sie wissen, dass da ein Leistungssportler bzw. ein Kaderathlet kommt, schon Zeit nehmen und sich dann auch die Mühe machen, eine Art Netzwerk herzustellen. Ob das dann sehr effektiv ist oder nicht, ist wieder eine andere Frage“ (A_TF, 332). Nach dieser Ärzteodyssee, der permanenten Behandlung mit Schmerzmitteln und den Versuchen, das Training trotzdem aufrechtzuerhalten kommt es zur Resignation. „Weil ich mich von meinem Umfeld auch unverstanden gefühlt habe. Zu dieser Zeit hat mein Trainer immer wieder gesagt, komm, die internationalen Meisterschaften 5 schaffen wir noch. Wir machen noch einen Wettkampf. Du bist so begabt, du kannst auch so laufen. Das ging aber einfach nicht, weil sich der Körper einfach gesperrt hat und das habe ich versucht mitzuteilen, bin aber nicht verstanden worden. Immer wieder habe ich gesagt, dass ich mich nicht spritzen lassen möchte, ich will das nicht mehr, so geht das nicht mehr und irgendwann habe ich nur noch auf der Bahn gesessen und gesagt: Ich mache nichts mehr, es geht nichts mehr. (...) Der Unterschied zwischen meinem Trainer und mir war immer, dass er dachte ich gebe auf, wobei ich gesagt habe, dass man realistisch sein muss und einen anderen Weg suchen muss. Ich wusste, dass der Weg, den wir gingen, in eine Sackgasse führte“ (A_TF, 300). Vor allem die aus Sicht der Athletin „unbefriedigenden“ Diagnosen und die damit verbundene Ungewissheit machen zu schaffen. „Ich habe dann gewusst, dass wir das so nicht mehr in den Griff bekommen und dass mir erst einmal jemand sagen soll, was ich tun kann, damit meine Achillessehne nicht mehr weh tut. Ich wollte mich nicht operieren lassen, weil mir von einem Arzt eine diffuse Diagnose gestellt worden ist. Er wollte das mal aufschneiden, um dann die Achillessehne aufzuritzen. Da dachte ich, dass ich dann den Leistungssport ganz vergessen kann. Hätte ich es gemacht, hätte ich den Leistungssport auch vergessen können“ (A_TF, 306).

Perspektive Trainer: „Ich war dann auch selbst aktiv auf der Suche nach Hilfe, weil ich ja auch die ganze Szene in Deutschland kenne. Ich kenne fast jeden Sportarzt und fast jeden Physiotherapeut und wenn man lange genug im Geschäft ist, kann man dann auch bewerten, dass der besser für die Schulter und der besser für das Knie ist“ (T_OM, 17). Im Verlauf der zunehmenden Achillessehnenbeschwerden zeigt sich jedoch das gleiche Muster wie bei den Rückenbeschwerden. „Das Warten auf eine vernünftige Auskunft bei den Ärzten, Physiothe-

rapeuten, Heilpraktikern. Es gab zwar Diagnosen, aber diese Diagnosen waren stark kontrovers, die dann sowohl den Athleten als Betroffenen für seine Gesundheit, aber auch den Trainer, als die Person die am engsten neben dem Athleten steht, sehr stark verunsichert haben, so dass wir eigentlich nicht mehr weitergewusst haben“ (T_OM, 12). Bei den Achillessehnenbeschwerden wird dem Trainer der „Grenzbereich der medizinischen Diagnoseleistungsfähigkeit“ bewusst. „Ich habe dann mal einen renommierten Arzt gefragt, wir sind ja im Sportgeschäft eigentlich alle eine große Familie, der nicht mehr weiterwusste, was ja nicht schlimm ist, weil wir alle irgendwann an unsere Grenzen stoßen. Ich habe ihn dann gefragt, wo er hingehen würde, wenn es seine Achillessehne oder die seiner Frau wäre, er also selbst persönlich betroffen wäre und als Arzt nicht weiter wüsste, wo er dann hingehen würde und wo er sich Rat suchen würde. Er hat dann gesagt, dass er zum Papst der Achillessehnen [Dr. M. Ott] gehen würde, der das am besten kann. Das ist kein Deutscher, sondern der kommt aus [der Schweiz]. Mein nächster Anruf ging dann also [in die Schweiz], ich kenne diesen Arzt schon seit den achtziger Jahren und habe ihm mein Problem erklärt. Daraufhin sind wir in die Schweiz gefahren (...). Wir sind zu dritt gefahren, zusammen mit dem Vater der Athletin, in der Hoffnung, dass nicht operiert werden muss“ (T_OM, 15).

Perspektive Arzt: Im Zusammenhang mit den Achillessehnenbeschwerden sieht sich DR. K. Jansen nur am Rande involviert. „Daran war ich relativ wenig beteiligt, auf Veranlassung von wem auch immer, das weiß ich nicht. Tina Frey hat sich in diesem Zusammenhang an den Dr. G. Weiß gewandt, wo sie dann dreimal, glaube ich, operiert worden ist. Irgendwann waren dann meine Kapazitäten erschöpft, sie hat sich so entschieden und das war dann auch gut so“ (A_KJ, 110). Dr. K. Jansen weist jedoch auf eine grundlegende Problematik einer Diagnostik bei Achillessehnenbeschwerden hin. „Bei der Achillessehne sieht man keine strukturellen Veränderungen. Man sieht zwar etwas, aber was das bedeutet, ist manchmal schwer zu beurteilen und die Entscheidung ist schwer, ob das jetzt ein Teilriss, ein Verschleißzeichen, eine Überreaktion oder einfach nur ganz normal ist. Es ist nicht so, dass es für alles eindeutige Anzeichen gibt, wie die Allgemeinheit sich das immer vorstellt. Der eine Arzt diagnostiziert aus genau demselben Kernspinbild einen Teilriss, der andere eine Gleitentzündung, der dritte eine Regeneration, der vierte eine Vernarbung der Sehne, der fünfte sagt überhaupt nichts und der sechste sagt, dass es eine Anpassungshypertrophie ist, also eine Anpassung der Sehne an die gesteigerte Belastung - und jeder hat Recht. Das ist also nicht objektivierbar und verwendbar“ (A_KJ, 83). Aus seiner Sicht spielt hier die Erfahrung des Arztes die entscheidende Rolle. „Wie ich schon gesagt habe, sind das ganz häufig Erfahrungswerte. Als junger Arzt fand ich es auch immer blöd, wenn ich mich auf mein Lehrbuch berufen habe und die älteren Ärzte gesagt haben, dass ich erst die Erfahrung kriegen muss, um bestimmte Dinge einschätzen zu können. Das sind manchmal auch Entscheidungen, die nicht durch ein bildgebendes Verfahren schwarz auf weiß dargestellt werden können. (...) Da spielen manchmal einfach Erfahrungswerte eine Rolle, bei denen einem Wissenschaftler die Haare zu Berge stehen, das ist

aber einfach so“ (A_KJ, 82). Unter den Verbandsärzten erfolgt in dieser Hinsicht zwar ein Erfahrungsaustausch, dennoch stehen die Ärzte auch zueinander in Konkurrenz. „Da wird teilweise schon mit harten Bandagen gefochten. Im Großen und Ganzen kann man aber sagen, dass [unter den Verbandsärzten] darüber gesprochen wird, ein Austausch stattfindet und es eigentlich keine Geheimniskrämerei gibt, natürlich mit Ausnahmen. Es sind immer einige dabei, die ein bisschen Ärger machen und quer schießen, aber im Grunde wird das schon offen diskutiert. Nicht richtig offen ist man gegenüber Konkurrenten im Ausland. Wobei jetzt doch auch häufig Athleten von ausländischen Mannschaften hin und wieder zu Behandlungen und für Ratschläge zu uns kamen und kommen, wenn sie der Meinung sind, dass ihre medizinische und physiotherapeutische Betreuung nicht so gut ist“ (A_KJ, 91).

Besuch des Achillessehnenpezialisten im Ausland und Entscheidung für Operation

Bei der gemeinsam mit dem Trainer O. Müller und dem eigenen Vater in Angriff genommenen Konsultation des Achillessehnenexperten im Ausland gewinnt Tina das verloren geglaubte Vertrauen in die Ärzteschaft ein Stück weit zurück. „[Dr. G. Weiß] kam mir auch gleich sehr kompetent vor, weil er die Problematik schon ohne Bilder erkannt hat. Er hat dann auch gleich neue Kernspinbilder erstellen lassen, da die deutschen Bilder so schlecht und so klein waren. Auf den neuen Bildern konnte man wirklich alles erkennen, woraufhin er mir dann eine vernünftige Diagnose gestellt hat“ (A_TF, 221). Die vorläufige Diagnose lautet, „dass der Wadenmuskel und Fußzehenstrecker ein Logensyndrom haben und deshalb aufgeschnitten werden muss, da die Achillessehne nicht mehr versorgt werden kann. Wenn es nur das gewesen wäre, hätte es mit der Verletzungspause nicht so lange gedauert. Nachdem der Arzt dann eine Kernspin-Tomographie gemacht hat, hat er festgestellt, dass ich auch ein Überbein habe. Mir war bewusst, dass es nun ein schwerwiegenderes Problem war, habe aber gleichzeitig gedacht, dass es noch für die internationalen Meisterschaften 7 im nächsten Jahr (2004) reicht und habe dann dieser OP zugestimmt. Bei allem anderen, Achillessehne anschlitzten usw. habe ich mir gesagt, dass ich da lieber aufhöre bzw. versuche, es anders in den Griff zu bekommen, bevor ich das mit mir machen lasse. Ich muss auch sagen, dass ich in dieser Hinsicht im Endeffekt viel Glück hatte, wenn ich mir anschauere, was andere Athleten an ihren Achillessehnen verschnippelt bekommen haben“ (A_TF, 308).

Obwohl sich die Athletin in permanenter physiotherapeutischer Behandlung befindet, werden deren erfolglose Behandlungsmaßnahmen in der Rückschau akzeptiert und nicht mit einem Vertrauensverlust bestraft. „Den Physiotherapeuten mache ich keinen Vorwurf, weil sie auf eine kaputte Struktur nur bedingt einwirken können. Wenn eine Achillessehne kaputt ist, muss sie operiert werden. Da können die noch so tolle und göttliche Hände haben“ (A_TF, 171). Das Vertrauen in die deutsche Ärzteschaft bleibt jedoch zerstört. „Zum Zeitpunkt meiner Operation war für mich in Deutschland sowieso kein Arzt mehr interessant“ (A_TF, 490). Als Ursache für die Beschwerden sieht der Arzt ein Übertrainingssyndrom an, die Vermutungen der Athletin gehen in eine ähnliche Richtung. „Die Umfänge und Intensitäten wurden viel

zu schnell hochgefahren und nicht auf meinen Körper abgestimmt“ (A_TF, 268). Rückblickend gewinnen auch die bereits im vorigen Jahr aufgetretenen Achillessehnenbeschwerden eine andere Qualität. „Vielleicht hätte ich zu diesem Zeitpunkt schon zu einem Arzt gehen sollen, aber ich war da noch naiv“ (A_TF, 254).

Perspektive Trainer: Der Trainer schildert das Vorgehen von Dr. G. Weiß in ähnlicher Form wie die Athletin, allerdings ergeben sich Differenzen bei der Auffassung über die Diagnose. „Dem Arzt waren alle Bilder, die wir hatten, viel zu klein. Die Bildqualität dieser Briefmarken, wie er sie bezeichnet hat, ist ein ganz entscheidender Teil. Wenn ein Arzt eine Diagnose stellen will, braucht er eine gute Aufnahme. Der Arzt hat sich gefragt, wie seine deutschen Kollegen auf solchen Aufnahmen einen Faser- oder Sehnenanriss erkennen können. Daraufhin hat er vernünftige Aufnahmen gemacht, auf denen man dann auch erkennen konnte, dass es sich um keinen wirklichen Riss, sondern um einen Mikroriss handelte und um ein leichtes Überbein, was man operativ versorgen kann, aber nicht indem man sagt, dass die Achillessehne total geschädigt ist. Das war eine Diagnose, die treffsicher war“ (T_OM, 15). Dem „Papst der Achillessehnen“ wird schließlich geglaubt, was nicht zuletzt auf die für Trainer und Athletin gleichermaßen beeindruckende bildgebende Diagnostik zurückgeführt wird. „Er hat dann gesagt, das man das Problem beheben kann, aber nur durch eine Operation und trotzdem war es für uns alle eine Befreiung, weil wir endlich wussten, woran wir waren“ (T_OM, 15).

Achillessehnen-Operation und Anpassungsbeschwerden

Nach zwei Monaten der Ungewissheit und einem Training unter starken Schmerzen erfolgt zeitgleich mit dem ursprünglich geplanten Saisonhöhepunkt die vorgeschlagene Operation (A_TF, 68). Die zuvor charakteristischen Achillessehnenbeschwerden sind nach der Operation zwar weg, allerdings sind die Folgen noch länger spürbar. „Nach der OP habe ich zuerst einen Monat lang einen Stabilitätsschuh getragen. Da war es für mich schon schwer, morgens aufzustehen, weil der Fuß extrem steif war“ (A_TF, 71). Die vorhandenen Beschwerden sind jedoch positiv besetzt. „Das waren dann bloß die Nachwirkungen von der Operation, weil sich die Achillessehne dann verdickt hat, steif wurde und dann mehrere Monate zur Anpassung gebraucht hat. Das waren dann keine Verletzungsbeschwerden, sondern ganz andere Beschwerden, so genannte OP-Anpassungsbeschwerden, die ich als stressig erlebt habe. Das war nach der OP eigentlich ganz gut, also auf dem Wege der Besserung“ (A_TF, 61). In die Rehabilitation nach der Operation ist der Trainer nicht involviert. Im Verletzungsdiagramm vermerkt die Athletin den Zeitpunkt der Operation als einen entscheidenden Wendepunkt in ihrer Karriere.

Perspektive Trainer: „In der Phase, in der nicht trainiert wird, ist man da als Trainer eigentlich außen vor. Was willst du denn da machen? Während dieser Phase haben die Krankengymnasten und Physiotherapeuten den Hut auf und ich halte mich da raus. Man spricht zwar

miteinander, telefoniert und geht auch mal mit, aber bei Tina war das eher selten der Fall“ (T_OM, 89).

Einstieg ins Training zwei Monate nach der OP und erneute Beschwerden, zweite Operation beim gleichen Arzt

Als Tina „nach sechs bis acht Wochen“ den Wiedereinstieg ins Training versucht, muss sie nach wenigen Laufversuchen feststellen, dass etwas mit dem betroffenen Bein nicht stimmt. „Danach hatte ich dann noch mal ein kleines Problem mit einem Nerv gehabt, der bei der OP geschädigt worden ist. Der ist dann [Ende des Jahres] noch mal operiert worden. Das war nicht sehr witzig, aber die Zeit bis dahin war ganz gut“ (A_TF, 61). Bei der Operation, die erneut vom Achillessehnenpezialist Dr. M. Ott vorgenommen wird, handelt es sich um einen „ganz kleinen Eingriff“, da bereits am nächsten Tag das Bein wieder belastet werden kann. „Davor konnte ich nicht laufen, weil der Surrealis, keine Ahnung wie der Nerv genau heißt, der seitlich über den Fuß geht und außer für die Hautnerven eigentlich gar keine Funktion hat, durch die OP geschädigt worden ist. Bei hundert Operationen passiert das ungefähr einmal. Nach der Achillessehnenoperation musste ich ja wieder langsam anfangen zu laufen, aber das ging nicht. Von der Achillessehne her wäre das schon gegangen, aber durch die Schmerzen des verletzten Nervs ging es eben nicht und diese Sache hat mich psychisch total fertig gemacht, obwohl das an sich bloß eine ganz kleine Sache war. Bevor man einen Nerv herausnimmt, wartet man eigentlich erst einmal ab, aber ich habe gesagt, dass sie dieses Ding sofort herausnehmen sollen, weil ich sonst zu Grunde gehe. In dieser Zeit habe ich auch total viel abgenommen“ (A_TF, 69). Während die erneute Operation „von der körperlichen Belastung her kein Problem“ darstellt, ist die psychische Belastung enorm. „Nach der Achillessehnenoperation dachte ich, dass ich jetzt langsam wieder anfangen kann zu arbeiten und dann kam noch mal so ein Hammer, noch mal operiert werden, noch mal ins Krankenhaus, noch mal eine (Halb-)Narkose, noch mal drei Tage dort herumliegen, noch mal Thrombosespritzen. Danach ging es dann aber sehr schnell. Ich habe gleich gemerkt, dass ich laufen kann. Am Donnerstag bin ich raus und am Samstag konnte ich schon beschwerdefrei im Wald joggen, was dann natürlich ein Glücksgefühl war“ (A_TF, 367).

Normales Aufbautraining nach der Nervenoperation

Erst nachdem der Nerv entfernt ist, beginnt für Tina das „normale Aufbautraining“ (A_TF, 71). In den folgenden fünf Monaten verspürt die Athletin immer noch Schmerzen im Bereich der operierten Sehne. „Das waren auch nicht dieselben Schmerzen, sondern ganz andere, weil sich das Gewebe [auf die Belastung] einstellen musste (A_TF, 73-75). Diese Phase abnehmender Beschwerden erlebt sie als eine „sehr zähe Zeit, weil es noch lange nicht so war, dass man so trainieren konnte, wie man es sich als Leistungssportler vorstellt. Es gab immer wieder Fortschritte, aber trotzdem wusstest du nicht, wann du wieder [die eigene Disziplin ausüben] konntest. Dann kamen zunächst noch andere Schmerzen, Anpassungsschmerzen, die auch sehr unangenehm waren hinzu, die einen auch erst einmal verwirrt haben“ (A_TF, 357).

Diese Anpassungsschmerzen treten zum ersten Mal im Trainingslager zum Jahresbeginn ins Bewusstsein, nachdem das erste Mal mit Turnschuhen auf der Bahn gelaufen wird. „Danach ist mein Fuß so dick geworden und hat so wehgetan, dass ich zunächst einen Schreck bekommen habe und damit nichts anzufangen wusste. Zwei Tage später habe ich dann gemerkt, dass es besser geworden ist. Das war immer ein Wechselspiel zwischen Belastung und einem ganz schlimmen Reizzustand im Fuß, was man erst einmal begreifen musste. Dann ging es, weil ich wusste, dass ich jede Woche immer etwas mehr machen konnte“ (A_TF, 358). Tina macht in diesem Zusammenhang die Erfahrung, dass es zwei unterschiedliche Schmerzqualitäten gibt. „Es gibt gute und schlechte Schmerzen. Von den guten Schmerzen habe ich gerade erzählt - die tun zwar sehr weh, gehen aber wieder weg und werden im Großen und Ganzen immer weniger. Schlecht sind die Schmerzen in der ersten Phase der Achillessehnenbeschwerden. [Schmerzen], die nicht weggehen und bei denen man nichts machen kann. Da hilft es zum Beispiel auch nicht, Pause zu machen oder so. Die unterschiedlichen Schmerzen spürt man auch im Körper, es sind zwei verschiedene Schmerzgefühle“ (A_TF, 363).

In der ersten Phase des Aufbautrainings versucht die Athletin, sich keine langfristigen sportlichen Ziele mehr zu setzen. „Aus Angst, enttäuscht zu werden. Das war dann auch eine Art Selbstschutz. Ich habe alles Weitere einfach auf mich zukommen lassen. (...). Zu diesem Zeitpunkt konnte ich mir gar nicht mehr vorstellen, überhaupt noch [meine Disziplin ausüben zu können]. Das war für mich nur im Traum möglich“ (A_TF, 378). Etwas mehr als zwei Monate nach der Nervenoperation wird jedoch erstmals wieder disziplinspezifisch belastet. „Das war ein gutes Gefühl, aber noch kein befreiendes Gefühl, weil ich noch lange nicht da war, wo ich eigentlich sein wollte“ (A_TF, 358). Bis dahin befindet sich Tina zur regelmäßigen Kontrolle beim Operateur ein, ehe dieser mitteilt, „dass die Achillessehne jetzt über den Berg ist, woraufhin er mich dann auch alleine lassen konnte“ (A_TF, 370). Seitdem besteht auch kein Kontakt mehr zu diesem Arzt. Im Verletzungsdiagramm vermerkt die Athletin beim Beschwerdeverlauf nach der Nervenoperation, dass es sich hierbei lediglich um „Achillessehnenanpassungsbeschwerden“ handelt. „Das waren ja dann keine Verletzungsbeschwerden, sondern es war eigentlich ein Wiederaufbau“ (A_TF, 59).

Über den gesamten Zeitraum der Achillessehnenverletzung verändert sich auch Tinas Beziehung zu anderen Athleten. „Gerade in diesen Verletzungsphasen zieht man sich als Athlet auch teilweise von den anderen Athleten zurück und man kann es auch nur schwer ertragen, zum Training zu kommen, wenn andere Athleten dort richtig trainieren können und man selber nicht“ (A_TF, 540). Der Kontakt zu Leidensgenossen wird dagegen intensiviert. „Das habe ich jetzt mit [Athletin] Julia Bader ganz bewusst erlebt. Man hat plötzlich einen Draht zu Athleten die das gleiche erlebt haben und man ist plötzlich auf einer Wellenlänge. Julia hat zum Beispiel auch zu mir gesagt, dass sie sich von den anderen Athleten fern hält, aber mit mir kann sie kommunizieren, weil ich weiß, wie es ihr geht und ich ihr deswegen keine dummen Fragen stellen muss oder sie irgendwie versuche aufzumuntern. Man entwickelt dann ei-

ne Nähe zu den Leuten, weil man genau weiß, was die durchmachen und wie man sich fühlt“ (A_TF, 540). Das Auftreten einer solch langwierigen Verletzung wirkt sich jedoch auch auf andere Lebensbereiche aus. „Ich war ja eigentlich hauptberuflich Patient. Weil ich ständig zu irgendwelchen Ärzten und zum Spritzen und sonst wohin musste, musste ich dann auch mein Praktikum [für das Studium] abbrechen. Dadurch ist man mental und auch physisch, indem man nur noch in irgendwelchen Praxen herumsitzt, gar nicht mehr für das Studium da“ (A_TF, 182). Das private Umfeld spielt im gesamten Verletzungsverlauf eine wichtige Rolle, vor allem wenn es darum geht, die Patientenrolle hinter sich zu lassen. „Da wird eigentlich wenig [über Verletzungen] gesprochen. Die sind einfach dazu da, um mich abzulenken und das nutze ich auch entsprechend. Klar belastet einen so etwas, gerade bei den Achillessehnenbeschwerden, weil die Phase auch mit Existenzängsten verbunden war. Die Zeit mit meiner Familie, meinen Freunden oder meinem Freund habe ich aber schon dafür genutzt, dass ich gerade da nicht daran denken musste. Diese Zeit bedeutete für mich neue Energie zu tanken, was auch ganz wichtig war“ (A_TF, 346).

Im Zusammenhang mit der Achillessehnenverletzung greift die Athletin auf psychologische Maßnahmen zurück. Dies wird jedoch erst ganz am Ende des Interviews erwähnt und als unbedeutend beschrieben. „Ich war in meiner Verletzungsphase einmal bei einem Psychologen, weil ich dachte, dass ich vielleicht Angst entwickle, wenn ich jetzt wieder mit dem Laufen anfangen. Ich bin dann dort aber immer eingeschlafen und das Laufen hat dann von selbst wieder funktioniert. Ich bin da, glaube ich, nicht der richtige Typ für und bin da auch nicht traumatisiert, wie teilweise andere Athleten. Ich konnte also zum Glück alles abhaken. Das ist wichtig, weil man sonst keine volle Leistung bringen kann“ (A_TF, 555).

Perspektive Trainer: Aus Sicht des Trainers ist nach der Operation alles wieder im Lot. „Die Operation ist sehr gut verlaufen und kurze Zeit später musste in diesem Zusammenhang dann noch ein Nerv operiert werden, was aber nur eine sehr kurze Sache war. Wir konnten dann das Training eigentlich wieder ganz gut aufnehmen. Zum [Jahresbeginn] sind wir davon ausgegangen, dass wir alles überstanden haben und jetzt mit Blick auf die internationale Meisterschaft 7 [im Spätsommer] nichts mehr passiert“ (T_OM, 17). Eine Anpassung des Trainings wird nach überstandenen Achillessehnenbeschwerden nicht als notwendig erachtet. „Ich war in den siebziger Jahren selbst einmal ein bescheidener Läufer und weiß, was es bedeutet, sechzig bis siebzig Spritzen in die Achillessehne zu bekommen. Wenn die Beschwerden mal weg sind, ich stand da kurz vor einer Operation und die Beschwerden gingen dann mit einer Röntgen-Reiz-Therapie weg, kann man eigentlich wieder ganz normal trainieren. Das heißt jetzt nicht, dass man da unbedingt prophylaktisch etwas tun muss, es sei denn, der Arzt und Physiotherapeut sagen mir, dass die Sehne noch nicht so geschmeidig und griffig ist und wir daher mehr Gymnastik oder Fußkräftigung im Sand machen sollen. Wenn aber alles normal gelaufen ist, denke ich, kann man auch normal weiter trainieren. Nach einer Operation ist solch eine Sehne normalerweise viel stärker als zuvor. Im Sportstudium habe ich mal vor

dreißig Jahren gelernt, dass eine Sehne 1500 kp Zugkraft aushält, was unheimlich viel ist“ (T_OM, 104).

- **Rückenbeschwerden (# 1) Phase 2**

Mit der Wiederaufnahme des Trainingsbetriebs kommt es bei Tina auch zu einem erneuten Auftreten der Rückenbeschwerden. „Die kamen schleichend und ich habe es gemerkt, aber ich wollte es nicht wahr haben“ (A_TF, 386). Der Trainer wird zunächst jedoch nicht davon unterrichtet. Die Rückenproblematik entwickelt sich in den folgenden Monaten entsprechend gegenläufig zu den abnehmenden Achillessehnenbeschwerden. Fünf Monate nach der Nervenoperation ist im Trainingslager der Fokus voll auf die drei Monate später stattfindenden internationalen Meisterschaften 7 gerichtet. In den ersten drei intensiven Trainingstagen nehmen die Rückenschmerzen jedoch bereits so stark zu, dass keine disziplinspezifische Belastung mehr möglich ist (A_TF, 386). Während beim erstmaligen Auftreten der Beschwerden noch viele verschiedene Ursachen in Betracht gezogen werden, konstruiert die Athletin beim zweiten Mal eine eindeutige Ursache-Wirkungsbeziehung. „Die Rückenbeschwerden konnte ich ganz konkret auf die Gewichtsbelastung durch die Freihanteln oberhalb der Hüfte, also auf den Schultern, als Ursache zurückführen. Wobei es dann schon zu spät war, weil ich es zu diesem Zeitpunkt schon zu lange gemacht habe“ (A_TF, 384).

Perspektive Trainer: Trainer O. Müller wird erst im Trainingslager mit den erneuten Rückenbeschwerden konfrontiert. „Wir sind dann ins Trainingslager gefahren und dort kamen dann die alten Rückenbeschwerden wieder“ (T_OM, 19). Tina verschweigt ihrem Trainer demnach die langsam zunehmende Schmerzsymptomatik über einen Zeitraum von drei Monaten.

Erneute Schmerzmittelbehandlung im Trainingslager und vorzeitige Abreise

Die Rückenbeschwerden sollen im Trainingslager vom mitgereisten Arzt sofort mit schmerzstillenden Injektionen bekämpft werden. „Ich habe es dann einmal mit mir machen lassen, wobei ich da schon mit mir gerungen habe, aber ich wollte mir nicht vorwerfen lassen, dass ich es nicht versucht hätte. Ich habe es dann einmal machen lassen, gleichzeitig aber auch ganz klar gesagt, dass ich so nicht weiter mache, wenn es nicht hilft. Die Spritzen haben nicht geholfen, woraufhin ich zu verstehen gegeben habe, dass ich nicht noch zehn Tage im Trainingslager sitzen werde, um alternativ dummes Zeug zu trainieren, wie ich es die letzte Zeit gemacht habe. Weil es für einen Athleten ganz schlimm ist, wenn er sein Training nicht absolvieren kann. Ich muss Spikes anziehen und schnell laufen können. Wenn ich das nicht kann, sondern mich aufs Rad setzen und schwimmen gehen muss, ist das für mich schlimm. Und wenn du das zwei Jahre lang gemacht hast, geht es irgendwann einfach nicht mehr“ (A_TF, 398). Die Athletin möchte den bereits zweimal durchlebten „Teufelskreislauf“ in Form einer „Spritzenkur“ nicht noch einmal durchleben. „Das hab ich zweimal gemacht und als ich dann das dritte Mal meine Rückenprobleme hatte, habe ich nein gesagt, ihr könnt mich einmal Spritzen, aber wenn ich morgen nicht laufen kann, lassen wir es, was ich dann auch durchgezogen habe“ (A_TF, 213). Gegen den Willen des Trainers erfolgen der Abbruch des

Trainingslagers und eine frühzeitige Heimreise. „Diesen Zeitpunkt habe ich als entscheidenden Kreuzungspunkt meines Lebensweges gesehen (...). Ich habe dann sogar zu meinem Trainer gesagt, weil er mein Aufhören als Aufgabe verstand, dass ich mich bis zum Zeitpunkt meiner Abreise in mein Zimmer einschließe, auch wenn es zwei Wochen lang ist. Ich wollte zu diesem Zeitpunkt einfach einen neuen Weg finden, egal ob mit oder ohne Sport. Hauptsache ich bin wieder glücklich. Nachdem ich das dann entsprechend deutlich gemacht habe, hat mein Trainer es dann auch verstanden. Mir war einfach klar, dass nichts mehr ging. Es gibt bestimmte Situationen, in denen man einfach merkt, dass es keinen Sinn mehr macht, wie bisher weiterzumachen“ (A_TF, 392).

In dieser Situation kommt es erneut zu einem Kommunikationsproblem zwischen Trainer und Athletin. „Während er [den Abbruch des Trainingslagers] als Aufgeben verstand, war es für mich die Suche nach einem neuen Weg, sei es mit oder ohne Sport, und da haben wir immer aneinander vorbeigeredet. Er hat immer wieder versucht, in seine Richtung zu gehen, gegen meinen Körper und ich wollte mit meinem Körper gehen. Das war immer ein Missverständnis zwischen uns“ (A_TF, 300). Auf den ersten Blick stehen bei dieser Auseinandersetzung gesundheitliche Aspekte im Mittelpunkt, es geht jedoch einzig um das Ziel, beim Saisonhöhepunkt an den Start gehen zu können. „Ich habe einfach so argumentiert, dass es im Prinzip egal ist, was ich mache. Wenn ich im Trainingslager bleibe und die Spritzen-Odyssee mitmache, sind meine Chancen, die internationalen Meisterschaften 7 zu schaffen, gleich null. Wenn ich aber abreise, kann ich entweder mit dem Sport aufhören und überlegen, wie ich anders weiter mache, oder ich kann es wirklich noch einmal bei dem Heilpraktiker in [Bundesland 1] versuchen und es vielleicht schaffen. Wenn ich aber bleibe, schaffe ich es auf keinen Fall mehr. Für mich war klar, dass die [internationale Meisterschaft 7] gestorben ist wenn ich bleibe, da ich [im Trainingslager] so schnell nicht wieder gesund werde und mich dementsprechend auch nicht vorbereiten kann. Wenn ich aber abfliege, habe ich noch eine kleine Chance es zu schaffen - was dann auch so war“ (A_TF, 402).

Perspektive Trainer: Die Entscheidung zum Abbruch des Trainingslagers wird von Trainer O. Müller anders rekonstruiert. Während sich Tina die getroffenen Entscheidungen selbst zu-rechnet, sieht der Trainer dies als gemeinsame Entscheidung an. „Im Trainingslager kam es dann in Anwesenheit unseres Verbandsarztes und kompetenter Physiotherapeuten zu der Entscheidung, dass es keinen Sinn mehr hat und die Athletin nach Hause fahren soll. Ich bin seit 26 Jahren Trainer und habe es noch nie erlebt, dass man in einer gemeinsamen Beratung mit Trainer, Arzt, Physiotherapeuten und Athlet sagt, es hat keinen Sinn, fahre nach Hause. Es war ein absoluter Tiefpunkt, wo Tina auch sehr nah am Aufhören dran war, weil man sich an so einem Punkt dann die Sinnfrage stellt, indem man an das Alter und an die Zukunft der Athletin denkt“ (T_OM, 65). Der Trainer bemerkt, dass sich die Athletin zurückzieht. „Sie hat gar nicht so viel gesprochen und war recht introvertiert. (...) Ich denke, sie hat sich im Flieger nach Hause die Frage gestellt, ob sich das alles noch lohnt“ (T_OM, 69). O. Müller steht je-

doch nach wie vor hinter Tina und ist von deren Leistungspotential überzeugt. „Tina weiß seit dem ersten Tag, seitdem sie hier ist, dass ich sie zu 100 Prozent fördere und zu 100 Prozent an sie glaube. (...) Ich bin aber total von ihr überzeugt und das weiß sie und das spürt ein Athlet auch. Das, denke ich, hat ihr dann auch ein gewisses Selbstvertrauen und eine gewisse Portion Zuversicht gegeben, im Sinne von, wenn der nicht mehr an mich glaubt, wer dann sonst noch?“ (T_OM, 17).

Überlegungen zur verletzungsbedingten Beendigung der Karriere

Die Athletin macht die Entscheidung einer verletzungsbedingten Beendigung der Karriere vor allem von der mit einer schnellen Genesung verbundenen Chance auf eine Qualifikation und Teilnahme an den internationalen Meisterschaften 7 abhängig. „Ich war dann an einem Punkt angekommen, wo ich es nicht mehr wollte. Wo ich mir bewusst gemacht habe, dass ich zwei Jahre dafür aufgewendet habe, um wenigstens wieder dahin zu kommen, wo ich vorher schon einmal war. Was bis dahin aber nicht funktioniert hat. Und obwohl ich weiß, dass ich körperlich und vom Talent her noch viel besser sein kann als ich es bisher gezeigt habe, ist das, was ich dafür geopfert habe immens, auch finanziell. Das hat mich alles einen Haufen Geld gekostet, da ich vom DLV nichts und null bekommen habe. Auch energetisch, psychisch und aufgrund des Stillstands des Studiums bin ich aus dem Gleichgewicht geraten. Das Verhältnis stimmte nicht mehr und ich habe mir dann überlegt, entweder du bist ganz da oder du hörst auf“ (A_TF, 184). Vor allem die direkt an die Erbringung von sportlichen Leistungen gekoppelten Förderstrukturen machen der Athletin zu schaffen. „Ich habe mir eher gesagt, dass ich gucken muss wo ich bleibe, weil ich ohne Leistung auch keinen Pfennig mehr bekommen hätte. Ich wusste, dass ich aus allen Förderungen herausgeflogen wäre, wenn ich im Sommer nichts mehr bringe. Das heißt, dass es zu diesem Zeitpunkt allerhöchste Eisenbahn war. Entweder ich konnte wenigstens zu den [internationalen Meisterschaften 7] fahren oder ich bin weg vom Fenster (...). Ich kann mir auch auf dem heutigen Arbeitsmarkt eine so lange Pause einfach nicht mehr erlauben, wenn ich keine entsprechenden Leistungen erbringe“ (A_TF, 186). Dennoch fällt der Athletin der Schritt zur letztendlichen Beendigung der Karriere äußerst schwer. „Das wollte ich als Selbstschutz machen, weil ich mir gesagt habe, dass ich mich nicht wie andere Leistungssportler lächerlich mache, die seit acht Jahren nichts anderes tun, als verletzt zu sein und zu versuchen, wieder zurückzukommen. Ich möchte ja auch etwas vom Leben haben. Es war aber ganz schlimm und ich war sehr, sehr traurig und eigentlich war ich auch noch gar nicht soweit, aufzuhören. Für einen Leistungssportler gibt es nämlich, glaube ich, nichts Schlimmeres, als vom Leistungssport gegangen zu werden und nicht selbst die Entscheidung zu treffen. Um mich jedoch selbst zu schützen, habe ich mir gesagt, dass ich sonst aufhöre, weil du dich sonst selber kaputt machst. Du bist nur noch unglücklich und treibst Raubbau mit deinem Körper und eigentlich muss man sehen, dass das Leben noch andere Dinge zu bieten hat, auch wenn man es in diesem Moment nicht wahrhaben will“ (A_TF, 408). Die Erwartungshaltung von Seiten des Vereins und Verbands spielt in dieser Zeit nur

eine untergeordnete Rolle. „Weil man mit sich selbst genug zu tun hat. Mein Trainer hat auch viel dafür getan, dass ich das gar nicht so mitbekommen habe, vor allem auch innerhalb des Vereins. Ich versuche mein Bestes, aber allen kann ich nicht gerecht werden. Erst einmal musste ich vor allem mir gerecht werden, wodurch mich der Druck gar nicht interessiert hat. Das schlimmste für mich war ja, nicht mehr laufen zu können, weil es mir auch so viel Spaß gemacht hat“ (A_TF, 458). Aus Sicht der Athletin ist es vor allem der Trainer, der zum Weitermachen animiert und einen schnellen Behandlungsbeginn beim Heilpraktiker forciert. „Erst wollte ich das gar nicht machen, weil ich mir gesagt habe, dass ich zunächst zu mir kommen muss und ich mich vom Sport nicht so kaputt machen lassen kann. Dann habe ich mich aber davon überzeugen lassen, nur noch diese eine Sache zu machen, woraufhin ich dem zugestimmt habe und die ersten zwei, drei Behandlungen abwarten wollte. Wenn es klappt, habe ich damals gesagt, bin ich natürlich die Glücklichste von allen und wenn nicht, ist klar, was los ist“ (A_TF, 406). Im Zuge der Behandlung durch den Heilpraktiker lassen die Rückenbeschwerden nach. „[Der Heilpraktiker] hat mir Spritzen gegeben, die nicht schädlich für mich sind, mir aber geholfen haben. Da bin ich dann weiterhin hingegangen, weil ich gemerkt habe, dass mich diese Behandlung voranbringt“ (A_TF, 213).

Perspektive Trainer: „Als ich dann nach dem Trainingslager zurück kam, ich musste dort bleiben, weil ich noch acht andere Athleten zu betreuen hatte, (...) war sie schon wieder weitestgehend schmerzfrei, was dann wieder neues Potential und neue Energie für das Training freigesetzt hat“ (T_OM, 69). Die Sommervorbereitung wird mit einem behutsamen Trainingsaufbau fortgesetzt. „Wir haben das dann alles sehr vorsichtig aufgebaut, weil man nach solch einer Verletzungsserie ein Schutzschild aufbaut, indem man sagt, bloß nicht wieder und haben ganz, ganz vorsichtig mit allen präventiven Maßnahmen und Stabilisationsübungen trainiert. Das ganze Training war dann eigentlich sehr stark mit einem Präventivcharakter und einem sehr starken Austausch zwischen Trainer und Athletin garniert. Ich habe dann der Athletin gesagt, was wir machen, was eigentlich als klassisches Training zu bezeichnen ist, aber wir haben dann mehr und mehr auf ein Feedback der Athletin umgeschaltet. Indem die Athletin sagt, dass sie etwas spürt und der Trainer demzufolge bestimmte Übungen aus dem Training nimmt. Der Trainingsprozess war also sehr vom Feedback geprägt, was sich bis auf den heutigen Tag eigentlich durchgezogen hat“ (T_OM, 9).

Wiederaufnahme des Wettkampfbetriebs nach zwei Jahren Verletzungspause und überraschende Qualifikation für Saisonhöhepunkt

Die Schmerzen nehmen trotz Wiederaufnahme des Trainings weiter ab, so dass Tina zwei Monate nach dem Trainingslager den ersten Wettkampf nach knapp zweijähriger Pause bestreiten kann. Und dies, obwohl sie nur wenig trainiert hat. „Weil das für meinen Kopf wichtig war und ich mich wieder daran gewöhnen musste“ (A_TF, 114). Bei dem Start gegen die nationale Konkurrenz setzt sie sich überraschend durch. „Witzigerweise war ich dann so gut, obwohl ich eigentlich schlecht war. (...) Dort hat der Wettkampf ein verzerrtes Bild mei-

ner Form dargestellt (...), wir hatten 3 m Rückenwind, was natürlich wunderbar war. (...) Die anderen waren in der Form ihres Lebens und ich war trotzdem noch besser und habe sie geschlagen. Trotzdem war ich aber noch lange nicht da, wo ich eigentlich sein wollte“ (A_TF, 114). Mit dieser Leistung qualifiziert sich die Athletin zunächst für die Teilnahme an einem Wettkampf auf europäischer Ebene im Trikot der Nationalmannschaft. „Dort hatten wir dann aber 2 m Gegenwind und man hat gleich gesehen, dass ich nichts drauf habe“ (A_TF, 114). Die Qualifikationsnorm für die internationalen Meisterschaften ist damit jedoch noch nicht erreicht. „Da wollte mich dann mein Trainer zu allen Wettkämpfen schicken. Ich habe ihn aber angerufen und ihm gesagt, entweder wir trainieren jetzt drei Wochen oder ich höre auf der Stelle mit dem Sport auf und da hat er dann sofort zugestimmt.“ Die Athletin setzt alles auf eine Karte und schafft nach einer weitestgehend beschwerdefrei verlaufenden Trainingsphase schließlich im letzten Moment die Qualifikationsnorm bei den nationalen Titelkämpfen. „Es hätte auch schlecht laufen können, weil die Bedingungen in [Stadt 2] ja auch relativ schlecht waren“ (A_TF, 114).

Perspektive Trainer: Trainer O. Müller zeigt sich von der Leistungsentwicklung überrascht. „Sieben bis acht Wochen [nach dem Wiedereinstieg ins Training] schafft sie die Qualifikation für die Internationalen Meisterschaften 7, phänomenal. Das war eine freudentränenreiche Sache“ (T_OM, 19). In den verbleibenden Wochen bis zur internationalen Meisterschaft 7 wird dann noch einmal hart trainiert.

7.2.2. Zeitraum nach der Rücken- und Achillessehnenverletzung und aktuelle Situation

- **Muskelfaserriss (# 3)**

Beim Saisonhöhepunkt zieht sich Tina jedoch in aussichtsreicher Position eine Muskelverletzung während des Wettkampfs zu. „Das war von den Schmerzen her gar nicht so schlimm, aber der Schock hat mich fertiggemacht“ (A_TF, 78). Denn zum ersten Mal tritt bei der Athletin eine akute traumatische Verletzung auf. „Das war ein Schock für mich, weil ich noch nie erlebt hab, so aus dem Rennen gerissen zu werden und weil alles so dramatisch gewesen war und du denkst, mein Gott, jetzt verletzt du dich hier [bei der internationalen Meisterschaft 7]. Aber eigentlich war es nicht so schlimm“ (A_TF, 442). Diese Verletzung wird von den Medien jedoch „ein bisschen hochstilisiert“, indem der Muskelfaserriss als Tiefpunkt der Karriere bezeichnet wird. „Das ist Quatsch. Das habe ich nie gesagt, aber man hat es so empfunden, weil es so dramatisch war. Im ersten Moment habe ich nur Angst gehabt, dass irgendetwas Schlimmes passiert ist, indem etwas Schlimmes abgerissen ist. Aber an sich war es nur der Schock. Drei Tage später konnte ich wieder normal gehen und es war alles wieder vergessen“ (A_TF, 442). Die Ursachen für das Auftreten sieht die Athletin vor allem in der kurzen Vorbereitung und der zu schnellen Steigerung der Leistungsfähigkeit in Verbindung mit der hohen Belastung beim Wettkampf. „Ich bin zu dieser Zeit in einem relativ kurzen Zeitraum

plötzlich sehr schnell geworden, schneller als ich je zuvor gelaufen bin und nach der ganzen Zeit, in der ich nichts gemacht habe, musste der Muskel plötzlich sehr schnell arbeiten, was dann (...) wahrscheinlich doch etwas zu schnell war“ (A_TF, 451). Dieses Risiko gehört jedoch dazu. „Gerade wenn man dann natürlich auch noch, wie bei mir [in dem Lauf], 110 Prozent gibt, weil man schlecht gestartet ist, da sagt der Muskel natürlich nein“ (A_TF, 449). Dem Auftreten der Verletzung steht die Athletin zwar machtlos gegenüber, dies stellt jedoch in Anbetracht des erreichten sportlichen Erfolgs kein Problem dar. „Dagegen kann ich nichts machen und ich kann mir auch nichts vorwerfen. Ich konnte mich nicht länger vorbereiten und mein Ziel war ja eigentlich auch erreicht. Zu diesem Zeitpunkt hätte ich nie gedacht, um den Endlauf mitrennen zu können und von daher war es dann okay“ (A_TF, 453). Auch generell sind solche traumatischen Muskelverletzungen „keine dramatische Sache“ für die Athletin. „So etwas sind schöne Verletzungen, weil sie verheilen, wenn man sie pflegt und aufpasst. Es ist blöd, wenn es während der Saison passiert, aber es ist nicht so schlimm“ (A_TF, 444).

Perspektive Trainer: Auch aus Trainersicht wird der Muskelfaserriss als harmlose Verletzung angesehen. „Das war aber nicht so dramatisch, weil so etwas immer mal passieren kann. Da muss man auch sehen, dass man komprimiert trainiert hat, um Form aufzubauen und das Ziel auch erreicht hat. Der Muskel war damit natürlich bis zum Anschlag gestresst, aber eine Muskelverletzung ist eigentlich etwas ganz Harmloses, weil man weiß, woran man ist. Muskelzerrungen und Muskelfaserrisse dauern maximal zwei, drei Wochen. Ich will das nicht verniedlichen, aber es sind Bagatellverletzungen, womit der Trainer umgehen kann. Er weiß, dass er erst einmal eine Therapie machen muss, dann wieder langsam aufbauen und Geschwindigkeiten steigern muss. Es ist also eine überschaubare und planbare trainingstechnische Sache. Der Muskelfaserriss hat sie jetzt auch nicht so aus der Bahn geworfen, glaube ich. Sie hat bei den internationalen Meisterschaften 7 gesehen, was sie kann - nach einer solch kurzen Vorbereitungszeit“ (T_OM, 21).

- **Muskelzerrung (#4)**

Nachdem der Muskelfaserriss sechs Wochen später überstanden ist, kann Tina wieder normal trainieren. Ein halbes Jahr später kommt es dann noch einmal zu einer kleineren Muskelverletzung im Zuge der Vorbereitung auf die Freiluftsaison „Ich habe mir dann noch mal eine kleine Zerrung im Trainingslager beim Staffelttraining zugezogen, die ein paar Wochen dauerte. Das war dann auch der Knackpunkt, wo ich meinem Trainer gesagt habe, dass für mich aufgrund der beiden Muskelverletzungen das Staffellaufen gestorben ist, weil es eine andere Belastung ist und mir das zu riskant ist“ (A_TF, 80). Denn die Gefahr einer Muskelverletzung im Wettkampf oder wettkampfnahen Training ist latent vorhanden. „Dagegen kann man nichts machen, das ist so“ (A_TF, 447).

Nach der Muskelzerrung treten bis zum Zeitpunkt des Interviews keine Verletzungsprobleme mehr auf. Mit Ausnahme der Muskelzerrung bleibt die Athletin damit knapp zwei Jahre ver-

letzungsfrei. Die Athletin fühlt sich rundum wohl und kann zahlreiche sportliche Erfolge bei nationalen und internationalen Wettkämpfen erringen. Dennoch sind die Rückenbeschwerden latent vorhanden. „Ich passe immer auf und manchmal ist es hinten im Rücken auch ein bisschen unruhig, aber in dieser Form ist es nicht wieder aufgetreten“ (A_TF, 41). Im Verletzungsdiagramm wird dies ebenfalls eingezeichnet. „Weil ich diese Problematik seitdem immer im Hinterkopf habe und versuche, es immer im Griff zu haben, soweit es geht“ (A_TF, 41).

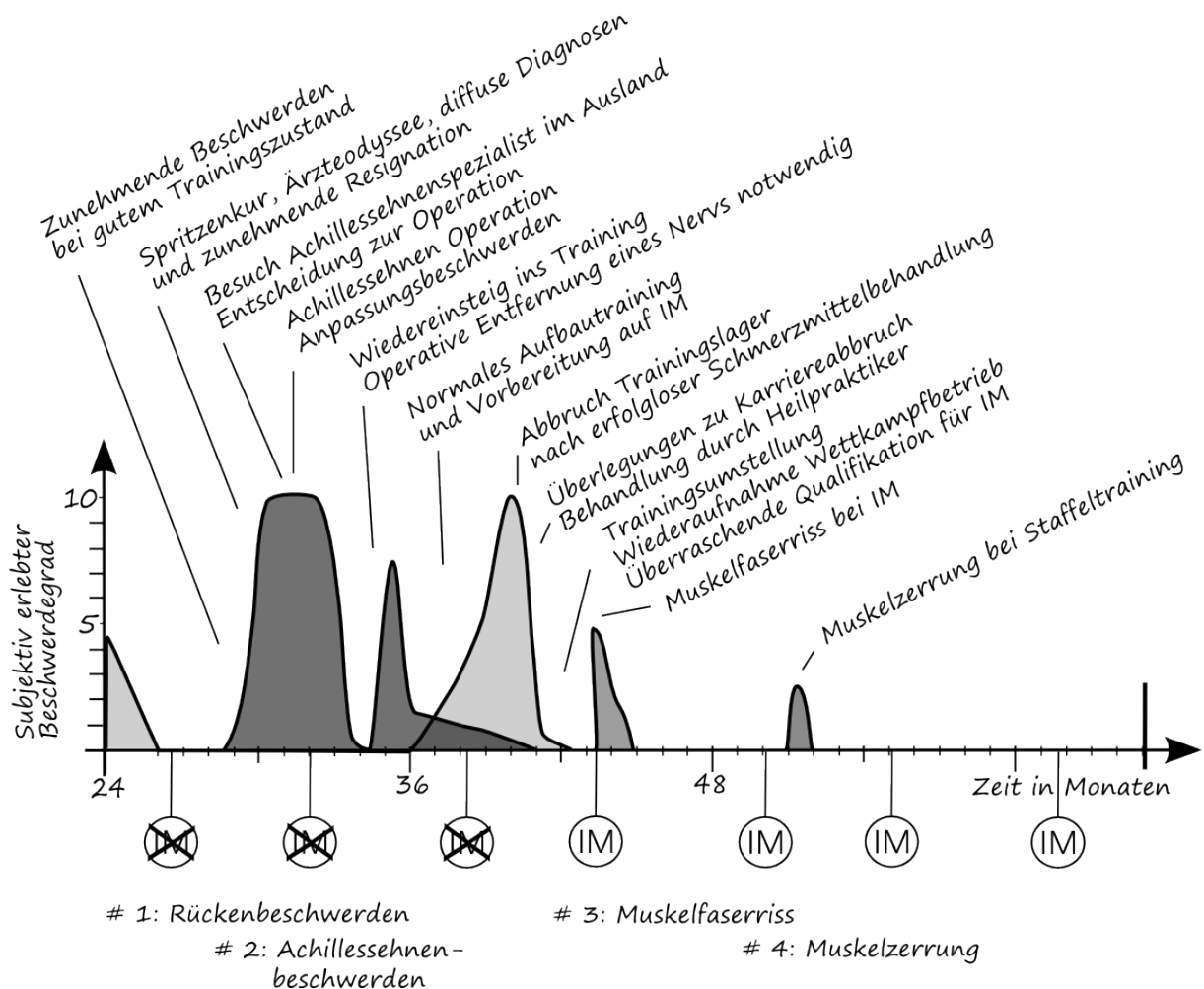


Abbildung 13: Umgang mit der bedeutsamsten Verletzungsphase (Teil 2) im Karriereverlauf von Tina Frey

Aktuelle Trainingssteuerung

Perspektive Trainer: Nach der langen Verletzungsphase kommt es zu zahlreichen Änderungen in der Trainingssteuerung. „Ihr Körper hat ganz klar das größte Mitspracherecht im Training und wenn der Athletin etwas weh tut und es bestimmte Anzeichen gibt, nehmen wir darauf sofort Rücksicht. Wir machen auch dementsprechend Stabilisation, Physiotherapie und anderes, um wirklich prophylaktisch alles abzusichern“ (T_OM, 32). Insbesondere der ausgemachten Schwachstelle im Bereich des unteren Rückens wird entgegengewirkt. „Man muss diesen Schwachpunkt schützen und eine Mauer drum herum aufbauen, durch Stabilisationstechniken, durch muskuläre Feinkontraktionen, wo man mit normalem Training nicht ran

kommt. Tina wurden ganz spezielle Stabilisationsübungen von Spezialisten vermittelt und dadurch hat sie sich inzwischen Techniken angewöhnt, welche die tiefsten muskulären Strukturen erfassen, so dass ein muskulärer Puffer und damit ein Schutz vorhanden sind. Ansonsten könnten wir dieses Trainingspensum nicht absolvieren“ (T_OM, 77). Stabilisationsübungen sieht der Trainer mittlerweile als zentralen Baustein im Trainingsprozess an. „Das müssen wir Trainer vermehrt einbauen, weil dies aus präventiver Sicht der Schlüssel ist, um den Körper zu stärken“ (T_OM, 114). Durch die Verletzungen der Athletin kommt es auch zu einem Umdenken beim Trainer in Bezug auf die Trainingsplanung. „Wenn es jetzt bestimmte Anzeichen gibt, dann ist der Trainingsplan keine Direktive, sondern ein roter Faden, der auf den Athlet angepasst werden muss. Sonst funktioniert es nicht. Ein Schema zu haben, welches realisiert werden muss, ist okay, wenn ich 20 Topathleten habe, von denen zwar neunzehn kaputt gehen, aber nur einer Olympiasieger wird, dann ist das okay. Das funktioniert aber nicht, wenn man nur einen Weltklasse-Menschen hat. Außerdem ist es moralisch und ethisch nicht vertretbar“ (T_OM, 32). Von der Plandeterminiertheit des Trainings wird aufgrund der Erfahrungen mit den Erfolgen trotz starker Abweichungen vom Trainingsplan etwas aufgeweicht. „Bei Tina ist es aber momentan so, dass wir beide genau wissen, wie sie gut wird. Wir haben ein Trainingssystem gefunden, mit dem sie gut wurde und in die Weltklasse kam und welches wir demzufolge auch weiterhin realisieren werden, in der Hoffnung, dass keine neuen Beschwerden kommen. Wenn Beschwerden auftreten, müssen wir darauf reagieren“ (T_OM, 57).

Die zentrale Steuerungsgröße im Zusammenhang mit Tinas Verletzungen sieht der Trainer im Bereich der Belastungssteuerung. „Leichtathletik ist eine Individualsportart und ich habe in meiner derzeitigen Trainingsgruppe sechs Athleten, die alle nicht schlecht sind. Jeder einzelne unterscheidet sich aber vom anderen, in den körperlichen Voraussetzungen und so weiter. Man muss jeden Athlet individuell betrachten, wie sechs verschiedene Pflanzen, denen man unterschiedlich Wasser geben muss, weil sie nur auf verschiedenem Wege zur Blüte kommen. Das macht die Sache in der Leichtathletik so spannend im Vergleich zu Mannschaftssportarten, wo es andere Probleme und Aufgaben gibt. In diesem Zusammenhang die richtige Dosierung zu finden macht die Sache für den Trainer sehr anspruchsvoll“ (T_OM, 83).

In Bezug auf die Athletin bemerkt der Trainer mit zunehmender Karrieredauer eine Bewusstseinsänderung. „Im Laufe der Zeit hat Tina ein unheimlich gesundes Bewusstsein mit Fühlerstellung auf ihren Körper, In-Sich-Hineinhorchen und Wahrnehmen von Signalen gelernt und entwickelt, was jetzt auch eine sehr große Rolle spielt“ (T_OM, 107). So „glaubt“ O. Müller zum Zeitpunkt des Interviews, dass Tina keinerlei Beschwerden verheimlicht. „Sie stellt ihre Fühler so, dass sie das Gras wachsen hört und mir das auch mitteilt. Ich gehe davon aus, dass von ihrer Seite her eine ganz große Offenheit herrscht, in beidseitigem Interesse. Es nützt ihr ja nichts, einen Schmerz mitzuschleppen, auf den wir dann drauf trainieren. Das wird sie bestimmt nicht machen“ (T_OM, 30). Die gemeinsam erlebten Verletzungsphasen bewertet der Trainer entsprechend differenziert. „Wir hatten ja nun alles erlebt, von ganz tief unten bis zum

Erfolg und ich glaube, dass die Phasen der Ausfälle und Verletzungen uns zusammengeschießt haben. Insofern würde ich jetzt eigentlich von einer sehr engen, vertrauensvollen und lockeren Beziehung sprechen, so wie ich es mir eigentlich vorstelle. Natürlich hätte ich mir gewünscht, dass die Verletzungen nicht gewesen wären, weil wir dann jetzt ein ganz anderes Karrierebild hätten“ (T_OM, 110).

Ursachen für Rückenbeschwerden

Die Ursachen für das Auftreten der Rückenbeschwerden sieht die Athletin rückblickend in verschiedenen Bereichen. „Die generellen, allgemeinen Ursachen für meine ersten Rückenbeschwerden waren das neue Training an sich, welches durch mehr Umfang aber auch durch mehr Qualität gekennzeichnet war, meine körperliche Veranlagung, die unnatürliche Bewegungsform [meiner Disziplin] und ein Muskelzuwachs durch massives Krafttraining“ (A_TF, 158). Vor allem die mit dem Trainerwechsel verbundene Belastungssteigerung und insbesondere das bislang nicht durchgeführte Krafttraining mit Freihanteln im Krafraum werden als zentrale Einflussfaktoren angesehen. „Mein [voriger Trainer] hat mich immer sehr schonend trainiert und durch meinen neuen Trainer habe ich im ersten Jahr dann wie eine Wahnsinnige trainiert. Ich bin eigentlich auch sehr belastungsverträglich. Das kann man sich wie ein Gummiband vorstellen, welches man dehnen kann. Wenn man es überdehnt, dann zieht es sich aber irgendwann nicht mehr zurück, was im übertragenden Sinne dann auch passiert ist“ (A_TF, 160).

Perspektive Trainer: Als Ursache für die Rückenbeschwerden sieht der Trainer vor allem die vorhandenen körperlichen Defizite, die erst mit Beginn des Hochleistungstrainings offensichtlich werden. „Ihr Schwachpunkt ist der Rücken, was sie auch schon lange weiß. Sie hatte auch schon als Kind einen Hexenschuss und so. Der Schwachpunkt ist also vorhanden und irgendwann fahren sich Reifen ab. Die fahren sich natürlich weniger ab, wenn ich bloß fünfzig fahre, wenn ich aber ab und zu mit zweihundertfünfzig um die Kurve fahre, sind sie schneller abgefahren“ (T_OM, 73). Bei der Belastungssteuerung wird weniger das eigene Trainerhandeln, als vielmehr die für das Trainingsalter der Athletin unzureichenden Trainingsvoraussetzungen verantwortlich gemacht. „Ich weiß ja, wie sie trainiert hat. Ihr Trainingsanspruch und -umfang war mit dem eines voll trainierenden Jugendlichen zu vergleichen. Sie hat natürlich trainiert, aber wir haben eigentlich erst hier angefangen ein Training zu absolvieren, um in die Spitze zu kommen. Vielleicht war ihr Körper auch nicht richtig auf diese Belastung vorbereitet, das weiß ich nicht, aber sie war auch keine junge Athletin mehr (...). [In der vorigen Trainingseinrichtung] hat sie zwar trainiert, was aber nicht mit dem Training zu vergleichen ist, welches wir hier absolvieren. Dort hat sie zum Beispiel mit dreißig anderen Athleten zusammen trainiert, während wir hier individuell trainieren“ (T_OM, 107).

Perspektive Arzt: Der Arzt Dr. K. Jansen macht darüber hinaus auf allgemeine Ursachen für die Zunahme von Verschleißerscheinungen und Beschwerden in der Leichtathletik aufmerksam. „Ich denke, dass hier ganz viele Punkte eine Rolle spielen. Erstens ist die absolute Lei-

stungsspitze heute auf einem sehr viel höheren Niveau als vor zehn bis dreißig Jahren. Dann ist die Leistungsdichte in diesem Bereich sehr viel enger als in der Vergangenheit. (...) Der Mensch ist hier also an der Grenze dessen, was er aushalten kann und es gibt viele Athleten, die ausfallen, weil sie das einfach nicht packen und in diesem Sinne nicht für den Leistungssport geeignet sind. Und diejenigen, die solche Leistungen schaffen, stehen sehr unter Druck. Sie sind sehr belastet und unterliegen entsprechenden Verschleißerscheinungen. Ein anderer Punkt ist der, welcher immer wieder diskutiert wird: Jedes Jahr gibt es internationale Meisterschaften wie EM, WM und Olympische Spiele, und damit gibt es kein Jahr, in dem die Athleten pausieren können. (...) Das führt dazu, dass die Athleten dauerhaft unter Belastungsstress stehen und eigentlich keine richtigen Regenerationsphasen haben. In vielen Disziplinen kommt noch dazu, dass es eine Freiluftsaison und eine Hallensaison gibt, in der sie also auch wieder nicht regenerieren können. Ich denke ein weiterer Punkt, der eine wesentliche Rolle spielt, sind die finanziellen Anreize. Dass also die Athleten damit ihr Geld verdienen und deswegen viele Wettkämpfe machen und machen müssen und irgendwann gibt dann eben das Material, der Körper nach. Ein weiteres Argument sind auch die relativ harten Bahnen, die kaum noch federn und ziemlich dünn sind. Darauf wird viel trainiert und ich denke, dass dies auch eine Belastung für den Bewegungsapparat ist, die somit zu Verschleiß führt“ (A_KJ, 21).

7.2.3. Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen im biografischen Kontext

Gesundheit steht für die Athletin in unmittelbarer Verbindung zur körperlichen Leistungsfähigkeit „Ich glaube, dass da bei vielen Leuten Gesundheit keine Rolle spielt - denen ist egal, was mit ihrem Körper ist. Für mich ist Gesundheit mein Doping, weil ich gesund sein muss, um schnell zu laufen, während andere ziemlich Schindluder mit ihrem Körper betreiben“ (A_TF, 517). Darüber, wie sich die eigene Gesundheit in Zukunft entwickelt, hat die Athletin keine präzise Vorstellung. „Es kommt dann darauf an, wie man auf sich aufpasst, denke ich“ (A_TF, 429). Die gesundheitliche Perspektive reicht dabei lediglich bis zum potentiellen Karriereende. „Solange ich gesund und schnell bin, mache ich weiter. Wenn mir aber mein Körper signalisiert, dass es zu viel ist und er nicht mehr will, dann muss ich das akzeptieren“ (A_TF, 429).

Die verletzungsbedingten Einschränkungen der sportlichen Leistungsfähigkeit wirken sich bei Tina massiv auf das Wohlbefinden aus. Den Verletzungszeitraum mit Rückenbeschwerden, Achillessehnenbeschwerden und erneuten Rückenbeschwerden bezeichnet die Athletin rückblickend als „Tal Lauf“, bei dem „es immer noch eine Stufe niedriger ging und ich es einfach nicht begreifen konnte, dass es immer noch etwas gab, was das vorherige (negativ) krönen konnte“ (A_TF, 149). Verdeutlicht wird dies anhand der eingezeichneten Wohlbefindenskurve. Diese verläuft zu Beginn des Leistungstrainings im oberen Bereich, „den ersten Absturz“ gibt es bei der massiven Leistungsbeeinträchtigung beim Staffellauf und der folgenden inter-

nationalen Meisterschaft aufgrund der Rückenbeschwerden. In Folge einer Verbesserung der Beschwerden und der Möglichkeit des Bestreitens eines Wettkampfs bessert sich das Wohlbefinden, ehe es mit den erneut zunehmenden Beschwerden wieder nachlässt. In der kurzen Zeit, in der wieder normal trainiert wird, fühlt sich die Athletin zusehends besser, im Lauf der auftretenden Achillessehnenbeschwerden und der Operation erfolgt jedoch „der Absturz bis ganz nach unten“. Unmittelbar nach der OP „ging es dann wieder leicht nach oben und dann erlebte ich wieder einen Tiefschlag durch die Nervenoperation“ (A_TF, 149). Den „absoluten Tiefpunkt, der sogar bis in den Minusbereich reicht“ erlebt die Athletin im Trainingslager und der erneuten Beeinträchtigung des sportlichen Trainings durch die Rückenschmerzen. Mit den abklingenden Beschwerden und dem Wiedereinstieg ins Training geht es mit dem Wohlbefinden wieder bergauf. Wenige Wochen nach den internationalen Meisterschaften 7 fühlt sich die Athletin bereits wieder sehr wohl. „Seitdem geht’s bergauf“ (A_TF, 149). Solange die Athletin trainieren kann und entsprechend auch Wettkämpfe bestreiten kann, fühlt sie sich wohl, unabhängig von eventuell vorhandenen Schmerzen. „Die [Wohlbefindenskurve] entspricht eigentlich mehr oder weniger meiner Trainingskurve“ (A_TF, 534).

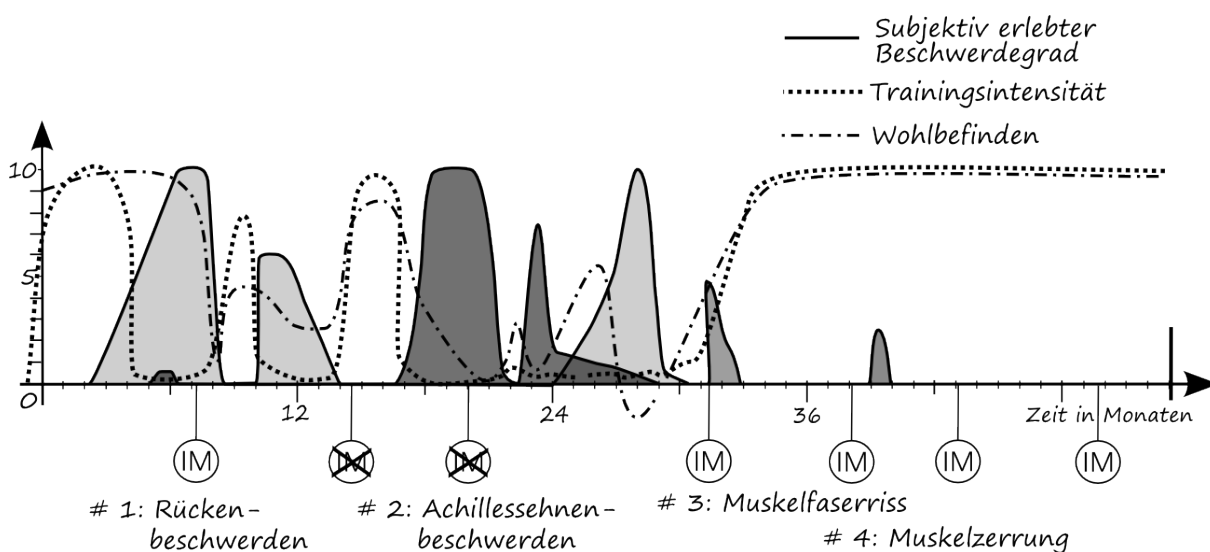


Abbildung 14: Wohlbefinden, Trainingsintensität und Beschwerdegrad im Karriereverlauf von Tina Frey

Übernahme von Verantwortung für die eigene Karriere

Zwei Zeitpunkte im Karriereverlauf sind für die Athletin von besonderer biografischer Relevanz. „In meiner Verletzungsphase gab es ein paar Momente, die dazu hätten führen können, dass ich jetzt nicht mehr laufen würde, wenn ich zu diesen Zeitpunkten auf andere [Personen] gehört hätte. Da gab es zwei ganz entscheidende Momente und ich bin ja nun auch leider ein Mensch, der sehr tolerant ist und sehr viel mit sich machen lässt, aber irgendwann war eine bestimmte Grenze erreicht, an der ich gemerkt habe, dass mich bestimmte Dinge einfach nicht voranbringen. Da habe ich mich dann dazu entschieden, zu sagen, dass wir es entweder so machen wie ich es für richtig halte, oder gar nicht. In diesen zwei Momenten habe ich dann

sozusagen die Kurve gekratzt und mich gegen das entschieden, was andere mir gesagt haben und das waren genau die richtigen Entscheidungen“ (A_TF, 112). Dabei handelt es sich zum einen um die Entscheidung zur Achillessehnenoperation und zum anderen um die Entscheidung zum Abbruch des Trainingslagers (A_TF, 114). Die zweite Entscheidung sieht die Athletin darüber hinaus als den Wendepunkt ihrer sportlichen Karriere an, der zur Übernahme von Eigenverantwortung und zu einer veränderten Einstellung dem Spitzensport gegenüber führt [Athletin trägt im Verletzungsdiagramm ein: „Übernahme von Verantwortung für die eigene Karriere“]. Auf den mit den Rückenbeschwerden verbundenen Rückschlag führt die Athletin Änderungen im Bereich Trainingsgestaltung und beim Umgang mit körperlichen Signalen zurück. „Ich musste diesen Absturz aber erleben. Er ist Teil meiner jetzigen Leistung, aber ich möchte es in der Form nicht noch einmal erleben müssen“ (A_TF, 544).

Veränderung der Körperwahrnehmung im Karriereverlauf

Die Athletin zeigt nach ihren Erfahrungen mit den Rücken- und Achillessehnenbeschwerden einen veränderten Umgang mit gesundheitlichen Problemen. „Es bringt mir ja nichts zu trainieren, wenn ich krank bin, was aber viele einfach nicht verstehen. In der Hallensaison habe ich vor den deutschen Meisterschaften eine Woche lang im Bett gelegen. Irgendwann wird man zwar unruhig, aber da ich auch Antibiotika nehmen musste, wusste ich, dass es das Beste ist, eine Woche lang im Bett zu liegen. Da hab ich halt Pech. Da die Hallensaison sehr kurz ist, hätte ich Pech haben können, meine Form völlig zu verlieren. Aber ich hätte sie auch durch Training zu diesem Zeitpunkt nicht aufrechterhalten können. Ich war der Erkrankung ausgeliefert. Jetzt versuche ich aber nicht mehr dagegen anzukämpfen und ich akzeptiere, was mir der Körper vorschreibt, in der Hoffnung, dass er mich danach wieder gewähren lässt. Ich höre also auf meinen Körper, wenn er nein sagt und hoffe aber, dass ich danach die Belastung wieder bestimmen kann. (...) Ich respektiere meinen Körper viel mehr als vorher“ (A_TF, 291, 297). Während zu Beginn der Karriere Gesundheit in Form einer Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers unreflektiert hingenommen wird, stellt sich aufgrund der Erfahrungen körperlicher Verwundbarkeit und der Beeinflussung durch das sportliche Betreuungsumfeld ein Bewusstseinswandel ein. „Unverletzbar habe ich mich zu Beginn meines Leistungstrainings gefühlt. (...) Mit den internationalen Meisterschaften 7 wurde mir bewusst, dass ich auf meinen Körper noch viel besser aufpassen muss. Ich und nicht mein Trainer oder meine Ärzte!“ (A_TF, 264). [Im Diagramm wird vermerkt: „Ich muss auf meinen Körper noch viel besser aufpassen. Nicht die anderen – Nur ich weiß, was gut und schlecht für mich ist“ (A_TF, Verletzungsdiagramm)]. Insbesondere die fehlende Kommunikation mit dem eigenen Körper macht die Athletin für die langwierigen Verletzungsverläufe verantwortlich. „Körper und Geist waren getrennt. Ich habe nicht akzeptieren wollen, dass ich nicht laufen kann, aber mein Körper hat gesagt: es ist mir egal, ob du das akzeptieren kannst oder nicht. Du kannst nicht laufen und das bestimme ich. Und so ist es auch gewesen“ (A_TF, 295).

Größere Gelassenheit bei auftretenden Beschwerden

Dennoch befindet sich die Athletin immer noch in einem grundlegenden Dilemma, sobald eine Schmerzsymptomatik auftritt. „Es ist wirklich sehr schwer, denn du stehst auf der einen Seite mit dir im Konflikt, weil du schnell werden willst und daher bereit bist, sehr hart zu trainieren. Andererseits hast du aber Schmerzen und es wäre es besser, eine Pause einzulegen, obwohl du denkst, dass du es dieses Jahr trotzdem durchziehen möchtest und der Wille dazu da ist. Wenn ich aber eine Pause mache, trainiere ich nicht genug. Wenn ich krank bin und im Bett liege, trainiere ich nicht und werde nicht besser. Jetzt habe ich eine gewisse Gelassenheit, aber ich musste die zweijährige Verletzungsphase durchmachen, um diese Gelassenheit zu bekommen“ (A_TF, 278). Die Gefahr, in eine Denkweise zu verfallen, in der jeder Tag ohne Training als verlorener Tag angesehen wird, ist für ehrgeizige Athleten besonders groß. Tina wechselt bei ihrer Beschreibung dabei von der dritten in die erste Person. „Es sind aber auch die Athleten, die nicht sagen, dass sie mal eine Ruhephase brauchen“ (A_TF, 289). Gerade mit Blick auf die eigene Vergangenheit und die jüngeren Athleten der aktuellen Trainingsgruppe stellt die Athletin folgendes fest. „Dass diese Athleten ins Training gehen, obwohl sie Schmerzen haben, obwohl sie platt sind und obwohl sie krank sind. Sie sagen dem Trainer nichts und diskutieren es nicht mit dem Trainer und demzufolge wird das Training nicht einmal umgestellt, so dass man bei Erschöpfung mal ein, zwei Tage mit lockeren Läufen auf dem Rasen einbaut, oder dass man bei Krankheit drei Tage zu Hause bleibt. (...) Der Trainer ist darauf angewiesen, dass sich der Athlet äußert. Es gibt mit Sicherheit auch Trainer, die das einfach ignorieren, und es gibt Trainer, die darauf reagieren. Wenn man aber nichts sagt, kann auch keiner reagieren. Die Trainer sehen dann wahrscheinlich, dass der Athlet nicht die normale Leistung erbringt und fragen dann vielleicht nach. Aber ich gehe mittlerweile immer auf meinen Trainer zu und sage, wenn ich krank bin“ (A_TF, 289).

Eine zunehmende Gelassenheit macht sich bei der Athletin auch beim Saisonaufbau und in der Trainingsplanung bemerkbar. „Jetzt weiß ich auch, was teilweise viele Trainer bisher noch nicht verstanden haben. Nämlich, dass man nicht 325 Einheiten trainiert haben muss, um eine [schnelle Zeit] zu laufen. Nein! Man kann ruhig einmal etwas weglassen oder etwas später anfangen. Solange man in den Phasen gut trainiert, von denen man weiß, dass sie einen voranbringen, läuft man seine Zeit. Man muss nicht vom ersten Oktober bis zum Saisonhöhepunkt im Sommer durchtrainiert haben bzw. ich muss es nicht. Ich weiß nicht, wie es bei anderen ist. Vielleicht ist es auch eine Frage der Begabung oder eine Frage, wie der Körper reagiert, aber ich muss es nicht. Mir ist sehr bewusst geworden, dass ich keine acht Monate lang trainieren muss, um eine [schnelle Zeit] zu laufen. Das ist mir in dem Jahr bewusst geworden, in dem ich zwar trainiert habe, aber aufgrund meiner Probleme nicht richtig trainieren konnte. (...) Erst ab Mai konnte ich mit dem richtigen Training beginnen, was zu einer [sehr guten Zeit] im August gereicht hat. Da denken andere, dass sie im Oktober mit Grundlagen anfangen müssen, um solche Zeiten zu laufen. Das ist, glaube ich, was viele nicht begriffen haben

und wo einfach viel zu viel trainiert wird - und dann kommt es zu Verletzungen“ (A_TF, 278). Diese Kausalannahme, dass nur durch möglichst viel Training optimale sportliche Leistungen erbracht werden können, wird jedoch erst nach langjähriger (Verletzungs-)Erfahrung in Frage gestellt. „Wenn man über einen sehr langen Zeitraum sehr viel trainiert, birgt das immer die Gefahr, dass etwas passieren kann, weil der Körper nun mal ein Körper und keine Maschine ist - was viele noch nicht verstanden haben“ (A_TF, 280).

Minimierung des Verletzungsrisikos durch veränderte Trainingsgestaltung

In Verbindung mit der bewussten Übernahme der Verantwortung für die eigene Karriere werden weitere Änderungen im Bereich der Trainingsgestaltung vorgenommen. „Da habe ich gesagt, dass mein Verletzungsrisiko minimiert werden muss. Wenn ich mich beim Laufen verletze, kann ich es nicht ändern, das ist mein Berufsrisiko. Aber alles andere, was ich meinem Körper antue, soll einen Sinn machen, mich also voranbringen“ (A_TF, 83). Dies zeigt sich vor allem in einem veränderten Verhältnis zum Trainer. „Mein Trainer kann sich also nicht einfach hinstellen und Training und Wettkämpfe und anderes planen, sondern das muss immer mit mir abgestimmt werden. Es ist nicht so, dass ich ihm sage, was ich machen will, aber ich will wissen, was er vorhat. Wenn mir etwas nicht gefällt, sage ich ihm das“ (A_TF, 114). Darüber hinaus erfolgt eine individuelle Anpassung des Trainings in Orientierung an der Belastbarkeit und der angenommenen Ursachen für die jeweiligen Beschwerden. „Ich habe ein schwaches Bindegewebe und relativ weiche Knochen und dadurch ist dieser Bereich [Rücken] bei mir sehr viel anfälliger. Dadurch kann ich über der Hüfte auch kein Krafttraining machen“ (A_TF, 47). Entsprechend wurde das Freihanteltraining abgestellt, das in enger Beziehung zu Rückenbeschwerden gesehen wird. „Ich trainiere jetzt an einer exzentrisch-konzentrischen Beinpresse, die eigentlich der Kraftdiagnose dient. Mein Trainer ist auch extrem vorsichtig geworden, indem er jetzt auf jedes Feedback von mir reagiert“ (A_TF, 463). Bis zur Trainingsumstellung erfolgt das Krafttraining vor allem in Orientierung an vorgegebenen Richtlinien. „Es gibt bestimmte Standardkennziffern, die ein Athlet auf einem gewissen Niveau machen sollte. Einige vertragen das und andere nicht. (...) Dadurch, dass ich nun auch sehr groß und kräftig bin, vertrage ich schon einiges an Gewicht, aber bei einer geführten, 140 kg einbeinigen Tiefenkniebeuge, quetscht es bei meinen weichen Knochen alles zusammen“ (A_TF, 275). Hinzu kommt, dass die Athletin auch beim Krafttraining stets ans Limit geht. „Im Prinzip trainiere ich so, dass ich eigentlich in jeder Einheit versuche, zehn Prozent mehr zu geben als von mir verlangt wird. Ich versuche eigentlich immer, an meine Grenzen zu gehen, was nicht heißt, dass ich unbedingt kotzend in der Ecke liegen muss. Ich gebe aber beim Krafttraining (...) auch wenn ich platt bin, immer Vollgas, obwohl die Werte dann nicht immer toll sind“ (A_TF, 275). Einen Zusammenhang mit Verletzungen sieht die Athletin weniger in ihrer Einstellung, als vielmehr in der Wahl der Übungen. „Wenn man bei einem Trainingsreiz, der eigentlich schädlich für einen ist, trotzdem alles gibt, führt das zu Problemen“ (A_TF, 275). Neben einer Umstellung des Krafttrainings werden auch weitere Maßnahmen,

die sich für die Athletin als besonders belastend und nicht trainingswirksam herausgestellt haben, konsequent weggelassen. „Das sind Leistungsdiagnostiken, die zweimal im Jahr stattfinden, an Zeitpunkten, an denen ich das für völligen Quatsch halte. (...) Ich bin erstens jemand, der nur im Wettkampf rennen kann und zweitens finde ich es totalen Quatsch, Anfang Mai eine Leistungsdiagnostik zu machen. Das sind Intensitäten, die ich da laufen muss, welche ich noch gar nicht brauche. Da habe ich dann meinem Trainer gesagt, dass ich mehr davon habe, wenn ich am Tag der Leistungsdiagnostik meine (...) Überdistanzen laufe, als solch einen dummen Leistungsdiagnostiklauf zu machen, der mir gar nichts bringt. Das hat er dann auch eingesehen und daraufhin die Leistungsdiagnostiken komplett abgeschafft“ (A_TF, 98). Ebenso wird auf die Staffeleinsätze verzichtet. „Da hab ich dann für mich auch ganz klar artikuliert, dass ich für keinen einzigen Staffeleinsatz zur Verfügung stehe, egal, wer da auf mich zukommt. Das ist es einfach nicht wert. Und das hat dann mein Umfeld auch eingesehen“ (A_TF, 85). Darüber hinaus erfolgt eine langsamere Steigerung der Trainingsintensitäten im Verlauf der Saisonvorbereitung, was jedoch erst mit dem Erreichen eines bestimmten Leistungsniveaus zu realisieren ist. „Die meisten deutschen Athleten haben ein großes Problem, die Norm [für internationale Meisterschaften und damit auch für die Kaderzugehörigkeit] zu schaffen. Dadurch müssen sie schon sehr früh in die Saison einsteigen, gerade wenn die Norm zweimal abverlangt wird. Das birgt bereits gewisse Risiken in sich, da man sich schon bis zu den Deutschen Meisterschaften verausgabt, um die Norm zweimal zu schaffen. Ich habe das Glück, dass ich die Norm, wenn ich gesund durchkomme, gleich im ersten Rennen laufe und dann war es das. Daher kann ich dann meinen Aufbau viel ruhiger gestalten, was dann natürlich auch schonender ist. Über einen längeren Zeitraum kann ich dann noch Umfänge fahren und mir Grundlagen legen. Das ist auch eine Sache, wo ich meinen Trainer erst einmal umtrainieren musste, bis er es verstanden hat, dass er hier eine Athletin hat, mit der er nicht auf die Norm hintrainieren muss, sondern z.B. auf die WM. Das ist ein ganz großer Unterschied, wenn ich erst ab Juli so richtig loslegen muss, da es nicht ganz ungefährlich ist, wenn man schon sehr früh hohe Intensitäten fährt“ (A_TF, 93). Die Athletin hat viel aus ihren Beschwerden und Verletzungen gelernt und profitiert mittlerweile davon. „Ich weiß genau, was ich wann brauche, um fit zu sein“ (A_TF, 98).

Eine physiotherapeutische Behandlung wird in diesem Kontext lediglich als Ergänzung angesehen. „Da versuche ich schon oft hinzugehen, um Beschwerden zu vermeiden, aber der Knackpunkt liegt in der Trainingsumstellung. Die Physiotherapeuten machen ja im Endeffekt nur noch Auffangarbeit. Das Entscheidende aber ist, Trainingsreize zu setzen, die dem Körper nicht schaden, was wir ganz gut herausgefunden haben“ (A_TF, 470). Den Einfluss der Ernährung auf körperliche Beschwerden und die hiermit verbundene Einschränkung der Leistungsfähigkeit schätzt die Athletin nach eigenen Erfahrungen als wenig bedeutsam ein. „So verzweifelt wie ich einmal war, habe ich mir wirklich mal einreden lassen, dass es an der schlechten Ernährung liegt, woraufhin ich mich dann eine Zeit lang nach ganz bestimmten

Regeln ernährt habe und es trotzdem nicht besser geworden ist“ (A_TF, 465). Mittlerweile wird eine eigene Philosophie verfolgt. „Ich ernähre mich, wie sich jeder normale Mensch ernähren sollte und esse auch mal etwas nicht so Gesundes wie Pizza oder Schokolade. Solange aber die grundlegende Ernährung stimmt, kann man nicht so viel falsch machen. Wenn man sich wirklich so akribisch ernähren will, bedeutet das einen hohen Zeit- und Kostenaufwand und man entwickelt irgendwann wahrscheinlich eine Essstörung, weil man dann auch Dinge essen muss, die man nicht mag“ (A_TF, 465).

Veränderung der Zusammenarbeit mit dem Trainer

Die relative Beschwerdefreiheit und die damit einhergehenden sportlichen Erfolge führt die Athletin damit vor allem auf die mit zunehmender Eigenverantwortung einhergehende kooperativ-kommunikative Zusammenarbeit mit dem Trainer zurück. „Ich habe mich aber vor allem nicht mehr überrollen lassen, sondern gesagt, was mir gut tut und was mir nicht gut tut. Mein Trainer ist mittlerweile für solches Feedback auch sehr offen. Früher war er es auch nicht gewohnt, so etwas zu hören. Ich weiß nicht, wie das in anderen Trainingsgruppen ist, aber die Philosophie für unseren Erfolg sehe ich darin, dass wir ein eingespieltes Team sind. (...) Ich glaube, dass mich kein anderer Trainer in Deutschland zum Erfolg führen kann, gerade weil wir ein Gespann sind, bei dem es oft einen Austausch gibt. Es ist bei uns nicht so, wie ich es oft bei anderen Athleten erlebe, nämlich dass gemacht wird, was der Trainer sagt“ (A_TF, 120). Die Zusammenarbeit läuft mittlerweile nach folgendem Muster. „Er ist derjenige, der das Training steuert, um die Form des Athleten aufzubauen, worauf ich mich dann auch verlasse. Eine Ausnahme ist, wenn der Körper beeinträchtigt ist und ich dann selber sagen muss, dass ich jetzt weniger als im Trainingsplan vorgesehen machen muss“ (A_TF, 522). Rückblickend wird der Trainerwechsel entsprechend positiv bewertet, trotz der gesundheitlichen Probleme in den ersten Jahren der Zusammenarbeit. „Ich denke, dass es eine gute Entscheidung war, trotz all dem, was passiert ist. (A_TF, 145).

Es haben jedoch nicht alle Athleten die Chance, aus ihren Verletzungen zu lernen, „Ich trainiere mit zwei Athleten zusammen, die Anfang 20 sind und die haben Probleme, ihre eigenen Interessen zu vertreten. Ich habe das auch erst über diese Zeit [der Verletzungen] hinweg gelernt (...) Ich versuche das den beiden Mädels vorzuleben, aber es ist schwierig, weil sie sich selbst noch nicht gut genug kennen. Leider ist es auch oft so, dass viele nicht mehr dazu kommen, wenn sie nämlich einmal in so eine Kette von Verletzungen hinein geraten. Da kann ich dutzende Beispiele aufzählen, (...) dann kommen sie da nicht mehr raus. Daher können sie dann nicht das machen, was ich jetzt getan habe und das ist das Traurige daran“ (A_TF, 107).

Schmerzen und Schmerzmittel

Mit zunehmendem Trainingsalter nimmt die Athletin insbesondere Schmerzsymptomatiken sensibler wahr und reagiert vorsichtiger darauf. „Es gibt ein paar Tests, die ich machen kann, die mir zeigen, in welche Richtung es geht, d.h. ob es wieder nur eine Reizung ist, weil der Rücken im Leistungssport sehr beansprucht ist. (...) Je nachdem wie ich mich fühle, schaue ich, in welche Richtung sich die Schmerzen bewegen. Bisher waren sie zum Glück immer nur so leicht [als Reizung] vorhanden und nicht kritisch. Das ist dann immer ein ganz gutes Gefühl, weil ich dann weiß, dass ich noch einen Tag Pause und Ruhe brauche. Wenn es dann wirklich mal zwickt, sage ich zu meinem Trainer, heute mal nicht laufen. Lass uns mal die Einheiten umstellen und zum Beispiel mal nur Kraft machen, die Hüfte halt in jedem Falle entlasten. (...) [Seit dieser Trainingsumstellung] ist es dadurch auch immer im grünen Bereich gewesen“ (A_TF, 47). Die Athletin geht jedoch grundlegend davon aus, dass von Leistungssportlern allgemein erwartet wird, trotz Schmerzen an den Start zu gehen und sich dabei mit entsprechenden Medikamenten behandeln zu lassen. „Das wird, denke ich, schon erwartet, aber je selbständiger ein Athlet ist, desto mehr Entscheidungsfreiheit hat er auch. Das trifft aber in Deutschland nur auf wenige Athleten zu, die sagen, dass sie es so und so machen und es ihnen im Prinzip egal ist, was von ihnen erwartet wird“ (A_TF, 460). Zu dieser Selbstständigkeit kommt die Athletin jedoch erst nach der langen Verletzungsphase. „Ich diskutiere es mit meinem Trainer gerne, entscheide dann aber für mich selber“ (A_TF, 460).

Die Einstellung zu schmerzstillenden Medikamenten ist jedoch weiterhin ambivalent. Deren Einsatz zur Gewährleistung der sportlichen Leistungsfähigkeit wird immer noch akzeptiert. „Aber du kannst es nicht über mehrere Wochen machen. Das haben wir versucht, aber das geht nicht. Was du aber machen kannst, ist direkt vor dem Lauf zu spritzen, damit du dann laufen kannst. Was aber vor allem in diesem Bereich [des Rückens] nicht ungefährlich ist. So etwas würde ich vor einem Olympiaendlauf oder so immer machen, denn was danach passiert, ist egal.“ (A_TF, 201). Eine dauerhafte Behandlung mit Schmerzmitteln lehnt Tina aufgrund ihrer Erfahrungen mittlerweile jedoch ab. „Damals habe ich noch nicht die Ausmaße des Spritzens begriffen, das habe ich dann erst in der Vorbereitungszeit zur internationalen Meisterschaft 5 [bei den Achillessehnenbeschwerden] gemerkt“ (A_TF, 201). Wie oft und wie lange gespritzt wird, hängt vom Athlet und von dessen Maß an Selbstbestimmung ab. „Das musst du für dich selbst entscheiden. (...) Letztendlich bist du als Athlet aber selbst dafür verantwortlich was in deinen Körper kommt. Die meisten lassen sich aber von Ärzten und Trainern überrollen und haben letztendlich wenig Mitbestimmungsrecht“ (A_TF, 215). Einem Arzt, der von sich aus eine symptomatische Schmerzbehandlung abbricht, ist Tina jedoch noch nicht begegnet. „[Einen solchen Arzt] würde ich für sehr verantwortungsvoll halten. Das habe ich noch nicht erlebt“ (A_TF, 217). Auf der anderen Seite beurteilt sie Behandlungsmaßnahmen vorwiegend danach, inwieweit diese zu einer schnellen Linderung der Beschwerden beitragen. „Man macht das, was einem hilft, und was einem nicht hilft, lässt man bleiben,

so einfach ist es. Ich habe keine guten Erfahrungen mit Akupunktur gemacht, weil meine Achillessehne operiert werden musste, auch wenn einige argumentieren, dass es an den nicht richtig verlaufenden Energieflüssen liegt. Ich habe aber keine Zeit darauf zu warten, bis meine Energie irgendwann wieder richtig fließt“ (A_TF, 508).

Risikobereitschaft und sportlicher Erfolg

Die Athletin ist sich der Belastungen und möglichen Beeinträchtigungen durch die Ausübung ihrer Sportart durchaus bewusst. „Ich sehe es einfach so, dass wir als Leistungssportler unserem Körper mechanische Reize setzen, wodurch es dann natürlich auch zu mechanischen Veränderungen kommt - und dementsprechend reagiert der Körper dann. (...) Bei uns kann man ganz schnell sagen, dass [meine Disziplin] eine völlig unnatürliche Bewegung darstellt und daher in den Rücken gehen kann. Stabhochsprung ist auch keine natürliche Bewegung und geht voll in den Rücken und so etwas geht an einem nicht vorüber“ (A_TF, 508). Gedanken über mögliche gesundheitliche Langzeitschäden macht sich die Athletin jedoch nicht. „Weil ich auch nicht so empfinde, dass ich meinem Körper so viel Negatives antue. So lange ich morgens aufwache und es mir gut geht, fühle ich mich wohl. Schlecht wäre, glaube ich, wenn du dich jeden Morgen aus dem Bett quälen müsstest. Es gibt schon, denke ich, Athleten, die entsprechend belastet sind, aber das ist bei mir nicht der Fall“ (A_TF, 425). Auch während der Verletzungsphasen wird kein Risiko möglicher Folgeschäden wahrgenommen. „Weil alle meine Beschwerden auf mein normales Leben keinen Einfluss hatten. Ich hätte aufhören können und wäre für die Dinge, denen der normale Mensch nachgeht, beschwerdefrei gewesen. Da hatte ich eigentlich keine Sorgen, aber leistungssportlich schon (...) Klar, wenn die Achillessehnenbeschwerden ganz dramatisch waren, habe ich die Achillessehne auch so gemerkt. Ich hätte sie aber nicht operieren lassen müssen, sondern so lassen können, wenn ich aufgehört hätte“ (A_TF, 416, 418). Die Beschwerden werden lediglich mit der sportlichen Betätigung in Verbindung gebracht. Auch einer möglichen Chronifizierung der Rückenbeschwerden wird gelassen entgegengesehen, da sich diese ebenfalls kaum auf die Alltagsaktivitäten auswirken. „Ich konnte [die Schmerzen] provozieren, aber es waren keine Schmerzen, die mir so wehgetan haben, sondern es waren Schmerzen, die ich erst gemerkt habe, wenn ich versucht habe, Leistung zu bringen. Ich bin aber nicht herum gelaufen und habe meinen Rücken gehalten, da hatte ich also kein Problem. Es ist nicht so wie bei den Speerwerfern, die sich die Schulter kaputt machen. Klar, es gibt Rückenprobleme, die für den Alltag massiver sind als bei mir, zum Beispiel Bandscheibenvorfälle. Das war aber bei mir zum Glück nicht der Fall“ (A_TF, 422).

Für einen Olympiasieg wäre die Athletin bereit, gewisse körperliche Schädigungen auf sich zu nehmen, allerdings nicht um jeden Preis. „Das könnte ich dann, glaube ich, nur vor Ort entscheiden. Wenn ich an dem Olympiafinaltag Achillessehnenbeschmerzen hätte und man mich spritzen könnte, die Ärzte aber keine Garantie dafür übernehmen, dass die Sehne nicht durchreißt, würde ich es wahrscheinlich machen. Ich würde es nicht in Kauf nehmen, dass ich

querschnittgelähmt bin, so wie es eine Stabhochspringerin auch für sich entschieden hat, nachdem sie es bei einer Verletzung einmal für zwei Stunden erlebt hat. Das ist für mich total nachvollziehbar. Ich denke aber, dass bei mir auch nur wenige Dinge passieren können, die so nachhaltig sind, dass sie einen starken Einfluss auf mein Leben haben könnten. Es sei denn, ich stürze so unglücklich, dass ich mir das Genick breche, aber dazu muss schon vieles zusammenkommen, aber theoretisch kann natürlich immer etwas passieren. Das, was ich mir durch die massiven Trainingsbelastungen antue, würde ich in Kauf nehmen. Den Schaden, den ich mir aber durch Doping antun würde, würde ich nicht in Kauf nehmen“ (A_TF, 511). Einen Einsatz von Dopingpräparaten lehnt die Athletin aus zweierlei Gründen ab. „Das würde ich nie machen, da es erstens Selbstbetrug wäre und ich mich nur über die Leistung freuen kann, die ich mit meinem eigenen Körper geschafft habe, ihn gesund durch zu kriegen und fit zu kriegen. Zweitens, ich hätte die Befürchtung, dass ich irgendwann einmal auf der Bahn tot umfallen würde, was es wirklich nicht wert wäre“ (A_TF, 514). Generell ist Doping ein Tabuthema unter den Athleten „Man ärgert sich schon darüber, dass viele nicht sauber sind, aber die wenigsten reden darüber, auch nicht über das Doping an sich und die Nebenwirkungen, weil es einfach nicht in Frage kommt“ (A_TF, 514). Der Einsatz von Schmerzmedikamenten zur Gewährleistung eines Wettkampfeinsatzes auf der einen Seite und die entschiedene Ablehnung von Dopingpräparaten auf der anderen Seite machen jedoch auf eine Grauzone aufmerksam, die in Richtung Medikamentenmissbrauch geht, jedoch kaum thematisiert wird.

7.2.4. Fallspezifischen Organisation der medizinischen Behandlung, Betreuung und Verletzungsprävention

Medizinische Behandlung und Betreuung

Eine dauerhafte und langfristig orientierte ärztliche Betreuung findet bei der Athletin nicht statt. „Das ist genau das Problem. Ich habe in Deutschland keinen generellen Vertrauensarzt“ (A_TF, 221). Die einzigen Personen, die einen Überblick über den gesamten Beschwerde- und Verletzungsverlauf haben, sind der Trainer und der langjährige Physiotherapeut. Es gibt zwar einen Arzt, der die Athleten des Vereins begleitet und für kleinere gesundheitliche Probleme bereitsteht. „Aber ich wüsste nicht, ob es der Arzt ist, zu dem ich jetzt bei größeren Beschwerden gehen würde“ (A_TF, 339). Vielmehr gilt es in Abhängigkeit potentiell auftretender Beschwerden stets aufs Neue zu entscheiden, welcher Arzt für eine Behandlung in Frage kommt. „Aber ich hoffe, dass diese Situation einfach nicht mehr kommt. Ich versuche das zu vermeiden“ (A_TF, 339). Die Ansteuerung eines Arztes erfolgt dabei auf Basis der Erfahrungen aus den zahlreichen Arztbesuchen und Behandlungen bei unterschiedlichen Physiotherapeuten. „Eigentlich haben wir jetzt für jedes Wehwehchen einen Spezialisten und das ist gut so“ (T_OM, 94).

Dr. K. Jansen sieht hingegen eine langfristig ausgerichtete und von nur einem Arzt koordinierte medizinische Betreuung als Schlüssel zum Erfolg an. „Zum Beispiel sind [ein Athlet]

und sein Trainer seit neun Jahren bei mir. Ich (...) habe [damals] immer wieder gesehen, wie er mit Muskelverletzungen irgendwo wie ein Häufchen Elend saß. Ich habe dann mit ihm gesprochen und gesagt, dass wir da bestimmt etwas machen können und er kam immer hier her und hat konsequent seine Übungen gemacht, egal ob der eine dies und der andere das gesagt hat. Sein Trainer hat ihm gesagt, aus welchem Grund auch immer, dass das, was [in unserer medizinischen Einrichtung] gemacht wird, gut ist und er daher dorthin gehen soll und nirgendwo anders hin. Dadurch ist der Athlet jetzt zumindest konsequent bei uns. Ob wir dafür verantwortlich sind, dass er seither keine Muskelverletzungen hat, gut über die Runden kommt und gut laufen kann, wünsche ich mir natürlich, ist aber im Endeffekt nicht überprüfbar und einklagbar. Der Athlet hat sich aber zumindest immer konsequent an die Dinge gehalten, die wir [als Ärzte und Physiotherapeutenteam] versucht haben, ihm zu vermitteln. Er ist nicht mal hier hin und mal dorthin gereist, hat mit sich mal das und mal jenes machen lassen und war dann wieder bei einem anderen Guru und hat wieder etwas anderes gemacht. Sondern er hat wirklich konsequent mitgearbeitet, was mir dann als Arzt natürlich auch mal gut tut. Es gibt aber auch andere, das sind eigentlich die meisten, die dorthin gehen, wo sie denken, dass es am schnellsten geht, die Athleten am besten kuriert werden und alles ohne große Mühe läuft“ (A_KJ, 62). Eine zu enge Beziehung des medizinischen Personals sieht der Verbandsarzt als problematisch an. „Ich glaube, dass eine zu enge persönliche Beziehung nicht förderlich ist. Die Physiotherapeuten neigen, meine ich, manchmal dazu, sehr persönliche Beziehungen zu Athleten aufzunehmen, die sehr viel weiter über den therapeutischen Bereich hinausgehen. Das halte ich für schlecht. (...) Durch eine zu enge Beziehung ist die therapeutische Entscheidungsfindung nicht mehr objektiv und wird insofern negativ beeinflusst“ (A_KJ, 140).

Bei der Frage nach der optimalen medizinischen Betreuung kommt die Athletin auf die mit dem bisherigen Vorgehen verbundenen Defizite zu sprechen. „Die Ärzte kann ich nicht besser machen als sie sind. Das ist schwierig. Es wäre schön, wenn man für jeden Körperteil seine Spezialisten hat und die dann auch zusammen arbeiten können. Vor allem sollten sich die Ärzte auch als Team verstehen, da viele Athleten, die beim Arzt waren, ein schlechtes Gewissen bekommen, wenn sie woanders hingehen, weil es nichts geholfen hat. Oder dass der Arzt sauer wird oder mit keinem anderen Arzt kooperieren möchte. Da gibt es immer Befindlichkeiten und Eitelkeiten, unter denen der Athlet dann leidet. Das darf einfach nicht sein. Der Athlet sollte das Wichtigste sein und alle anderen haben Sorge zu tragen, dass er wieder fit und gesund wird“ (A_TF, 479). Die Athletin spricht dabei vor allem die Konkurrenzsituation zwischen den Ärzten an. „Da muss man als Arzt dann von seinen eigenen Befindlichkeiten Abstand nehmen und kann nicht sagen, dass man der einzige ist, der den Athlet gesund machen kann, wenn es da jemand anderen gibt, der es besser kann. Die Ärzte sollen sich auch trauen zu sagen, wenn sie nicht mehr weiter wissen und können einem verschiedene Vorschläge machen und da dann auch die Physiotherapeuten mit einbeziehen, was nicht immer

der Fall ist. Das würde ich mir wünschen, weil es sehr viel Zeit sparen würde und auch schneller zu einer vernünftigen Diagnose führen würde“ (A_TF, 479). Allerdings ist sich die Athletin darüber bewusst, dass sich eine erfolgreiche Behandlung von Leichtathleten äußerst schwierig gestalten kann. „Ich weiß, dass wir Leichtathleten keine beliebten Patienten sind, das habe ich schon gehört. Bei uns ist es aber so, dass wir körperlich hundert Prozent fit sein müssen. Da reichen schon 0,001 %, die nicht stimmen, was dazu führt, dass ich [zwei Zehntel langsamer] laufe. Wenn ich zu einem normalen Arzt gehe, wundert der sich natürlich, warum meine Kieferschmerzen etwas mit meinem Rücken zu tun haben und ich keine hundert Prozent laufen kann. Das ist bei uns Athleten sehr schwierig und daher ist es auch ganz schwierig uns zu behandeln und zu diagnostizieren“ (A_TF, 330).

Der Trainer sieht die größten Defizite im Bereich einer ganzheitlich orientierten medizinischen Diagnosestellung und einer auf die spitzensportlichen Belange abgestimmten Behandlung. „Eigentlich bräuchten wir den klassischen Sportarzt, der für eine bestimmte Region verantwortlich ist. Dieser sollte nichts anderes zu tun haben und mit einer hohen Kompetenz ausgestattet sein. Aber das ist Wunschdenken. Die meisten Ärzte, die wir haben, sind entweder Freiberufler oder sie sind an der Uni und in Universitätskliniken eingebunden. Die Sportmedizin macht man da halt so mit. Wir bräuchten aber den klassischen Sport- und Leistungsmediziner, der nicht nur weiß, wie die Achillessehne funktioniert, sondern auch mal ein Blutbild realisieren kann und auch auf bestimmte Infekte reagieren kann. Wir brauchen einen Leistungsmediziner mit orthopädischem Schwerpunkt und internistischen Grundkenntnissen, der den Athleten global betreuen kann. Das versucht man an Olympiastützpunkten zu machen, was aber meistens nicht klappt, da es Kompromisslösungen sind, was immerhin besser als gar nichts ist“ (T_OM, 59). Vor allem die mangelnde Einbindung der Ärzte in den Trainingsbetrieb sieht der Trainer in Anbetracht der bestehenden Rahmenbedingungen als äußerst schwierig an. „Die Ärzte verdienen ihr Brot durch ihre Tätigkeit an der Uniklinik und haben in der Woche ein paar Stunden für den Leistungssport Zeit. Ein Arzt sollte sich aber auch mal das Training anschauen, sehen, wie sich der Athlet bewegt, ob er eine Fehlstellung hat und den Fuß vielleicht so falsch aufsetzt. So dass man gleich sieht, ob der Athlet in drei Wochen Knochenhautbeschwerden bekommt oder der Außenmeniskus weh tun wird. Dieses System der sportärztlichen Versorgung gab es früher in den neuen Bundesländern, wo es überhaupt keine Frage war, dass der Arzt auch mit ins Trainingslager geht, wo die höchsten Trainingsbelastungen gefahren werden. Bei uns ist es Luxus, wenn ein Arzt mitgeht. Wir sind ja schon froh, wenn wir uns einen Physiotherapeuten leisten können“ (T_OM, 62).

Physiotherapeutische Behandlung und Betreuung

Der mit der Trainingsgruppe zusammenarbeitende Physiotherapeut stellt im Gegensatz zu den Ärzten eine wesentliche Konstante in Tinas Karriere dar. Er ist vor allem für die Behandlung zuständig und steht dem Trainer beratend zur Seite. „Unser Physiotherapeut würde sich nie getrauen, das Training [bei Beschwerden] zu verbieten, aber er gibt Empfehlungen, indem er

zum Trainer geht und sagt, heute hat sie sich nicht so gut angefühlt etc. Und dann müssen Trainer und Athlet selbst überlegen, was sie daraus machen“ (A_TF, 534). Insbesondere bei kleineren Beschwerden stellt der Physiotherapeut die erste Anlaufstelle dar und übernimmt diagnostische Aufgaben. „Als Athlet merkt man dann schon innerhalb von ein paar Tagen, dass man sich nicht wie sonst fühlt, nicht so locker und frei ist und geht dann bewusst zum Physiotherapeuten. Der guckt dann nach und stellt fest, dass alles sehr fest ist und sich nicht so gut anfühlt und einem die Empfehlung gibt, etwas weniger zu machen. (...) Er spürt, ob eine gesunde oder ungesunde Spannung im Körper ist“ (A_TF, 528-530). Allerdings ist es nicht möglich, jederzeit einen Behandlungstermin zu vereinbaren. „Es ist schon ein Problem, weil es wirklich manchmal Sachen gibt, bei denen ich abends nach dem Training sage, dass irgendetwas nicht stimmt und ich eigentlich nächsten Morgen zu meinem Physiotherapeuten müsste, was dann aber nicht geht. Er arbeitet halt nicht freiberuflich und hat da seine Termine, die er einhalten muss“ (A_TF, 475). Die Möglichkeit der physiotherapeutischen Betreuung im nahe gelegenen Olympiastützpunkt nimmt die Athletin so gut wie gar nicht wahr, obwohl hier jederzeit die Möglichkeit besteht, Termine zu vereinbaren. Ebenso spielt der am Olympiastützpunkt ansässige Arzt keine Rolle im Betreuungsnetz der Athletin.

Vor allem für den Trainer sind die Rahmenbedingungen und die Kooperation im Bereich der medizinischen Betreuung und Behandlung bei weitem nicht ausreichend „Die Utopie ist, dass man einen Physiotherapeuten hat, zu dem man zweimal am Tag gehen kann, um die Athletin zu pflegen. Indem man andauernd an ihr arbeitet, sie ständig wieder lockert und ihre Strukturen immer wieder weich macht, so wie es im Trainingslager der Fall ist. Die ständige Bereitschaft eines Physiotherapeuten wäre eine Utopie, um nicht ständig Termine ausmachen zu müssen. Das Absagen und Verschieben von Terminen, das kann ich nicht mehr hören. Das ist absolut nicht professionell. Neben der ständigen Physiotherapie bräuchte ich auch einen Sportarzt meiner Wahl, der immer bei mir ist und nicht irgendwo 500 km weit weg ist. Eine regional engste Vernetzung von Sportarzt, Physiotherapeut, Trainer und dem Athlet im Mittelpunkt des ganzen Geschehens, das wäre die ideale Landschaft. Diese enge Vernetzung wäre die Keimzelle der Leistungsentwicklung, die immer vorhanden sein müsste. Trainer und Athlet sind immer da, aber Physiotherapeut und Arzt sind in diesem Sinne eine kleine Utopie“ (T_OM, 120). Verbesserungen im Bereich der Trainingssteuerung sieht der Trainer im Gegensatz zu den Umfeldbedingungen kaum. „Wenn Deutschland im Medaillenspiegel wieder ganz oben sein möchte, müssen wir da ansetzen. Ich denke, dass wir vom Trainings-Know-How her nicht ganz so schlecht sind, weil wir immer wieder mit guten Athleten in der dopingverseuchten Welt noch halbwegs mithalten können. Die Rahmenbedingungen sind aber auch elementar“ (T_OM, 122).

Für die Athletin stellt vor allem die Finanzierung gewisser medizinischer Leistungen ein Problem dar, die nicht von der Krankenkasse abgedeckt werden. „Alles was den Rücken betraf, war okay. Da die Achillessehnenoperation [im Ausland] war, musste ich diese selbst bezah-

len. Dazu kommen dann aber vor allem noch die ganzen Fahrtkosten. Ich habe das mal für den Rücken und die Achillessehne zusammengerechnet und da kommen weit über 10.000 km zusammen. An Benzingeld habe ich keinen Pfennig gesehen und der Verband fragt auch nicht nach, wie ich wieder gesund geworden bin“ (A_TF, 193). Die einzige Unterstützung während der zweieinhalbjährigen Verletzungsphase kommt vom Verein. „Der Verein wollte mich auch schon kürzen, aber mein Trainer hat so fest an mich geglaubt, dass er es durchsetzen konnte, dass ich mir keine Gedanken um Geld für Essen und Miete machen muss. Alles andere habe ich mir dann mit dem Geld finanziert, das ich vor meinen Verletzungen durch den Sport verdient habe, als ich noch ganz gut war“ (A_TF, 196).

Spezifische Programme, mit denen verletzten Spitzenathleten geholfen wird, wieder zurück an die Spitze zu kommen, existieren nicht. „Da bist du dir selbst überlassen“ (A_TF, 500). Besonders hart trifft es Athleten, die aufgrund von Verletzungen in ihrem Kaderstatus zurückgestuft werden. „[In einem Jahr] habe ich so einen Schwachsinn gehört, dass sie mich nicht fallen lassen und dass ich ganz oben stehe. Und zack, bin ich aus dem A-Kader raus und zack, bin ich nicht zum Vortrainingslager für die [internationalen Meisterschaften 7] eingeladen worden. Von wegen man lässt mich nicht fallen“ (A_TF, 493). Die Athletin geht davon aus, dass sich die Verantwortlichen des Verbands über das individuelle Ausmaß von Verletzungsschicksalen nicht im Klaren sind. „Dann gab es ja den Verbandswechsel und jetzt sind alle auch sehr nett und freundlich, aber denen ist, glaube ich, nicht bewusst, was Athleten wie ich durchmachen müssen. So dass wir auch finanziell wieder dahin kommen, wo wir einmal waren. Ich bin ja eine der Wenigen, die sagen kann, dass sie noch einmal zurückgekommen ist und kann darüber berichten. Für diejenigen, die dauerverletzt sind, interessiert sich überhaupt keiner mehr, auch nicht dafür, was die durchmachen müssen“ (A_TF, 493). Erst wenn die Athletin wieder sportliche Leistungen bei Wettkämpfen vorweisen kann, kehrt die Aufmerksamkeit zurück. „Toll, dass du wieder schnell läufst’, das ist das Feedback“ (A_TF, 495).

Die Rolle der medizinischen Behandlung und Betreuung des DLV

Die Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal des Verbands beschränkt sich bei Tina auf das Notwendigste, obwohl in jüngster Zeit einige Veränderungen eingeführt wurden. „Offiziell muss der DLV-Arzt über solche Sachen [Verletzungen und Beschwerden], glaube ich, immer informiert werden, was ich aber nicht mache. Vom Verband her passiert da momentan schon einiges. Die haben uns erst jetzt einen Gesundheitspass geschickt, obwohl ich nicht einsehe, dass ich da eintrage, was mein Frauenarzt mit mir macht. Der Gesundheitspass ist aber gar nicht so dumm, weil das eine auch manchmal mit dem anderen zusammenhängt. Ich sehe das aber eher als etwas an, das für die jüngeren und unerfahrenen Athleten mehr bringt als für mich. Dass der DLV-Arzt über solche Dinge informiert ist, ist insofern gut, da er bei jedem Hauptwettkampf dabei ist und dann einfach Bescheid weiß. Im Moment habe ich aber nichts und informiere insofern auch keinen über etwas“ (A_TF, 483). Auch im Falle des Auftretens

einer Verletzung ist der Verbandsarzt für die Athletin jedoch nicht als Ansprechpartner vorgesehen. „Ich weiß nicht, wie ich momentan die Dinge in die Hand nehmen würde, da ich momentan nichts Dramatisches habe. Ich glaube aber nicht, dass ich meinen Verbandsarzt anrufen würde“ (A_TF, 483). Darüber hinaus versucht der Verband, präventiv tätig zu werden. „Dann möchten sie eine Broschüre herausgeben, in der ein Netz mit den unmittelbar erreichbaren Ärzten eingezeichnet ist, was sie aber bis jetzt noch nicht gemacht haben. Für die jungen und unerfahrenen Athleten ist das nicht schlecht, aber bei mir bringt das nicht viel. Da ist bei mir der Zug schon abgefahren und die ganz großen Sachen werden damit auch nicht verhindert. (...) Wie gesagt, das Wichtigste ist, dass einem finanziell unter die Arme gegriffen wird, weil bei mir das Gesundwerden auch daran hätte scheitern können“ (A_TF, 502).

Prävention und langfristige Gesunderhaltung aus Sicht eines Verbandsarztes

„Hier muss man, meiner Meinung nach, zwischen einer langfristigen Gesunderhaltung nach der Leistungssportkarriere in Bezug auf Folgeschäden und einer kurz- bzw. mittelfristigen Gesunderhaltung während der aktiven Zeit der Athleten unterscheiden“ (A_KJ, 143). Im Bereich der kurz- und mittelfristigen Gesunderhaltung sieht der Arzt eine professionellere medizinische Betreuung als unbedingt notwendig an. „Ich glaube, dass die medizinische Betreuung professioneller gemacht werden müsste und nicht nur auf ehrenamtlicher, persönlicher Basis nach dem Interesse irgendeines leitenden Verbandsarztes stattfindet, der nebenbei hauptberuflich seine eigene Praxis leitet. [Die Vielzahl der Athleten] ist einfach nicht zu übersehen. Es sollte professioneller strukturiert werden, wenn es der politische Wille ist und dies auch allgemein gewünscht ist. Hier ist die Frage, ob es der Sport überhaupt wert ist und ob es sinnvoll ist. (...) Ich denke, dass jemand, wenn er sich für den Leistungssport zum Beispiel in der Leichtathletik entschieden hat, von Verbandsseite her die Möglichkeit besitzen sollte, sich in ein qualitativ hochentwickeltes System zu begeben. Das kostet natürlich Geld und das versuchen die Verbände zu vermeiden. Bislang steckt großes Engagement und Ehrenamt von ganzen vielen Beteiligten, nicht nur Ärzten, sondern auch Physiotherapeuten und anderen dahinter. Das, was aber erwartet wird, ist ehrenamtlich nicht machbar“ (A_KJ, 143).

Die medizinische Betreuung von Spitzenathleten, die über eine Behandlung in der eigenen Praxis hinausgeht, läuft ehrenamtlich, lediglich bei Wettkämpfeinsätzen wird eine geringe Aufwandsentschädigung bezahlt. „Das geht nicht, wenn man professionelle Strukturen erwartet. Die Athleten wollen viel Geld haben und das ist auch eigentlich das Hauptkriterium, warum sie sich quälen und viel machen, es geht um viel Geld. Auch der Verband gibt viel Geld aus und nimmt viel Geld ein, aber wenn ein so wichtiges Gebiet wie das Gesundheitsmanagement sozusagen umsonst gemanagt werden will bzw. muss, dann ist das schwierig. Das geht nicht gut. Dazu kommt noch, dass eine Leistung, die umsonst angeboten wird, aus sozialpsychologischen Gründen nicht besonders wertgeschätzt wird“ (A_KJ, 43).

Ein vom Verband organisiertes psychologisches Betreuungsnetzwerk für Athleten, die schwierige Verletzungsphasen durchmachen, unter Depressionen leiden oder bei denen eine

Burn-out-Symptomatik auftritt, befindet sich aus Sicht des Arztes erst im Aufbau. „Mit der Einstellung von [Psychologe 1] und anderen Psychologen ist versucht worden, in diese Richtung etwas zu unternehmen. Das erfordert natürlich auch immer das Einverständnis des Athleten, da kann man nicht einfach zu jemandem sagen, dass bei ihm nicht alles beieinander ist und es besser wäre, wenn er zu einem Psychologen ginge. Die Widerstände sind diesbezüglich sehr groß und daher muss man mit diesem Thema eher sanft und behutsam umgehen“ (A_KJ, 159).

Eine langfristige Gesunderhaltung sieht der Arzt grundsätzlich als äußerst schwierig an. „Die Leichtathletik betrachte ich als keinen Gesundheitssport. Keine der Disziplinen in der Leichtathletik hat auf einem Leistungsniveau von Weltmeisterschaften und Olympischen Spielen einen gesundheitspräventiven Charakter. Es ist absoluter Hochleistungssport, der wahrscheinlich mit Kollateralschäden verbunden ist, die durch [Forschungsanstrengungen und deren Umsetzung] möglicherweise minimiert werden können. Ich bin mir aber sicher, dass diese Schäden nie ganz beseitigt und außen vorgehalten werden können, das kann ich mir nicht vorstellen“ (A_KJ, 122). Um Langzeitschäden und Verschleißerscheinungen zu minimieren, sieht der Arzt vor allem Ansatzpunkte im Bereich der Wettkampf- und Trainingsgestaltung. „Als erstes ist es wichtig, dass Weltmeisterschaften für Achtzehnjährige abgeschafft werden. (...) Ohne Grundlagen werden diese jungen Athleten hochgepusht und verschwinden dann wieder, auch aus psychologischen Gründen, weil sie ihr Erfolgserlebnis mit neunzehn schon hatten und sich dann für andere Sachen interessieren. (...). Ich halte auch die Wettkampfdichte, mit den internationalen Meisterschaften, für schlecht. Ich halte auch die Dichte der Sportfeste für die Leichtathleten schlecht. Es gibt zwar einige [Athleten], die das aushalten, aber ich finde nicht, dass man das als repräsentatives Beispiel heranzuführen kann. Es gibt nur wenige, die so viele Wettkämpfe bestreiten können und körperlich und geistig nicht verbraucht werden“ (A_KJ, 148). Bisherige Anstrengungen im langfristig orientierten präventiven Bereich wurden nicht belohnt. „[Zwei Verbandsärzte] haben versucht, die Junioren frühzeitig zu untersuchen und prophylaktische Programme für sie aufzustellen. Es war eine Sisyphosarbeit, die extrem viel Zeitaufwand bedeutet hat und dabei ist nichts heraus gekommen, weil sich keiner dran gehalten hat, die Durchführung zu schwer war, keiner Lust darauf hatte und die Trainer Krafttraining und spezifisches Training gegenüber dem Grundlagentraining bevorzugten“ (A_KJ, 148). Bisher sind die Athleten für ihre langfristige Gesunderhaltung selbst verantwortlich. „Ich denke aber, dass diese Selbstverantwortung bisher nicht ausgereicht hat und auch weiterhin nicht ausreichen wird. Ich habe mir oft überlegt, ob man solche präventiven Maßnahmen nicht verpflichtend machen sollte. Möglicherweise ja, aber ich weiß es nicht“ (A_KJ, 41).

Nach diesen zwei System-Mappings aus der Sportart Leichtathletik dienen die folgenden Fallstudien aus dem professionellen Handballsport als zusätzliche ‚Folien‘, um allgemeine Entscheidungsmechanismen bei gleichzeitiger Berücksichtigung sportart- und einzelfallspezifischer Besonderheiten identifizieren zu können.

7.3. Biografisches System-Mapping III: Handballspieler Tobias Kurz

Für die beiden System Mappings aus dem professionellen Hallenhandball sind wie bei den Leichtathleten zunächst auf allgemeine organisatorische Rahmenbedingungen einzugehen und die vom Verband bereitgestellten medizinischen Behandlungs- und Betreuungsstrukturen genauer zu beschreiben.

7.3.1. Allgemeine Rahmenbedingungen der Sportart Hallenhandball

Als Basisorganisationen im Handballsport sind die Vereinsmannschaften bzw. Spielgemeinschaften anzusehen, die im Ligabetrieb bzw. in den europäischen Wettbewerben gegeneinander antreten. Die Vereinsmannschaften der ersten und zweiten Bundesliga sind neben ihrer Mitgliedschaft in den Landes-, Regionalverbänden und dem Deutschen Handballbund seit 2003 im Ligaverband (Handball-Bundesliga e.V.) organisiert. Die Ligaverbände der Männer und Frauen stellen Zusammenschlüsse der lizenzierten Vereine und/oder ihrer wirtschaftlichen Träger der Bundesligen und zweiten Bundesligen dar. Sie sind u. a. für die Organisation der Wettbewerbe um die Deutsche Meisterschaft des DHB, für die Teilnahme der Bundesligen an den europäischen Wettbewerben und für die Veranstaltung und Vermarktung von DHB-Pokal und Supercup verantwortlich. Außerdem erteilen sie die Spielberechtigungen an die Spieler sowie die Lizenzen für die Teilnahme am Ligabetrieb an die eingetragenen Vereine oder deren wirtschaftliche Träger (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Trotz ihrer vertraglichen Bindung an den DHB sind die Handball-Bundesligen weitestgehend unabhängig. Bei den Herren zeichnet sich für die Organisation und Durchführung des Spielbetriebs die Handball-Bundesliga GmbH verantwortlich, deren Geschäftsführung vom Vorstand des Ligaverbandes der Herren eingesetzt und beaufsichtigt wird. Die Spieler in den Bundesligen sind vertraglich an ihre jeweiligen Vereine gebunden und können bei entsprechender Leistung in die nationalen Auswahlmannschaften des DHB berufen werden, wie beispielsweise die Frauen- oder Männer-Nationalmannschaft, die in Länderspielen um Erfolge bei internationalen Meisterschaften, wie Welt- und Europameisterschaften oder den Olympischen Spielen, kämpfen. Der Ligaverband hat auf Anforderung des DHB die Abstellung von Spielern der Bundesligamannschaften für die Auswahlmannschaften sicherzustellen. Da die Auswahlmannschaften in den Aufgabenbereich des DHB fallen, sind die Spieler für den Zeitraum von Lehrgangmaßnahmen, Länderspielen oder Turnieren dem Verband unterstellt, Arbeitgeber bleibt allerdings der Bundesligaverband (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Für einen A-Nationalspieler stehen damit neben den Bundesligaspielen um den deutschen Meistertitel weitere Spiele im DHB-Pokal und gegebenenfalls im EHF-Pokal oder in der EHF Champions League auf dem Programm. Hinzu kommen die im jährlichen Wechsel stattfindenden Welt- und Europameisterschaften und potentiell auch das alle vier Jahre stattfindende olympische Turnier. Weitere Turniere, wie beispielsweise der Supercup und Worldcup sowie

zahlreiche Freundschafts- oder Vorbereitungsspiele, sind ebenfalls Bestandteil des Spielplans für Nationalmannschaften. Die Bundesligasaison beginnt meist Anfang September und wird im Januar durch die jährlich wechselnden Welt- und Europameisterschaften unterbrochen. Unmittelbar im Anschluss an das internationale Turnier werden die Spieler wieder in den Bundesligamannschaften eingesetzt. Die Bundesligasaison endet meist gegen Ende Juni, für die Nationalspieler stehen dann weitere Lehrgänge an, alle vier Jahre kommt die Vorbereitung auf die Olympischen Spiele hinzu. Die Spieler haben nach der Bundesligasaison ein paar Wochen Urlaub, ehe die Saisonvorbereitung meist gegen Mitte Juli beginnt. Bleibt ein Nationalspieler verletzungsfrei, so kommt er in Abhängigkeit von Turnierverläufen und dem Abschneiden der Vereinsmannschaft bei den verschiedenen Pokalwettbewerben auf etwa 70-100 Pflichtspiele im Jahr. Da die Organisation der medizinischen Betreuung für alle Nationalspieler der Herren und damit auch für die beiden Athleten der biografischen System Mappings identisch ist, wird dieser Bereich in einem nächsten Schritt genauer dargestellt.

Die Organisation der gesundheitsbezogenen Betreuung einer Handball-Nationalmannschaft

Bei jedem Nationalmannschaftslehrgang und damit auch bei jedem Länder- oder Freundschaftsspiel sind mindestens zwei Physiotherapeuten und ein Mannschaftsarzt vor Ort. Darüber hinaus besteht das Unterstützungsumfeld der Spieler aus dem Trainer, Co-Trainer, Team-Manager, Delegationsleiter und einem Presseverantwortlichen. Die sportmedizinische Behandlung und Betreuung der Herren-Nationalmannschaft wird durch den vom DHB benannten leitenden Verbandsarzt koordiniert. Er ist für den Einsatz der Mannschaftsärzte bei den jeweiligen Lehrgangsmaßnahmen zuständig und fertigt einen entsprechenden Einsatzplan für Trainingslehrgänge, Länderspiele und Meisterschaften an. Dem leitenden Mannschaftsarzt untersteht ein Chefphysiotherapeut, der zusammen mit ihm für die Koordination des Personaleinsatzes bei den Physiotherapeuten zuständig ist. Insgesamt kommen fünf bis sechs verschiedene Ärzte und bis zu acht verschiedene Physiotherapeuten bei der Auswahl des medizinischen Betreuungspersonals in Frage. Das medizinische Personal ist bei zentralen Maßnahmen für alle Fragen zuständig, die im Zusammenhang mit der Gesundheit der Spieler auftreten und steht prinzipiell rund um die Uhr zur Verfügung. Insbesondere die Physiotherapeuten sind von morgens bis teilweise spät in die Nacht mit der Behandlung angeschlagener Spieler beschäftigt. Die Betreuung bei internationalen Meisterschaften erfolgt durch das Team aus leitendem Mannschaftsarzt und leitendem Physiotherapeuten, das durch einen weiteren Physiotherapeuten ergänzt wird. Ansonsten wechselt das eingesetzte Personal von Lehrgangsmaßnahme zu Lehrgangsmaßnahme. Die Betreuung erfolgt neben der normalen beruflichen Tätigkeit gegen eine Aufwandsentschädigung für den Zeitraum des Einsatzes (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Der Schwerpunkt liegt in der medizinischen Versorgung akuter traumatischer Verletzungen sowie in der ständigen Behandlung über- oder fehlbelastungsbedingter Schmerzzustände. Darüber hinaus sind die Mannschaftsärzte für die Versorgung aller weiteren auftretenden ge-

sundheitlichen Probleme zuständig. Die große Bedeutung einer Behandlung körperlicher Schmerzzustände und traumatischer Verletzungen spiegelt sich auch in der Fachrichtung der Mannschaftsärzte wider, die allesamt Unfallchirurgen oder Orthopäden sind. Durch die Notwendigkeit der Behandlung akuter Beschwerdeproblematiken bleibt für verletzungspräventive Aspekte nur wenig Zeit. Verletzungsprävention bezieht sich dann vor allem auf das Anlegen von Tapeverbänden und die gelegentliche Übernahme des Aufwärmtrainings. Neuerdings wird durch ein systematisches Krafttraining versucht, auf die körperlichen Voraussetzungen der Spieler einzuwirken und so auch die Verletzungsgefahr zu reduzieren. Eine Wirkungskontrolle bezieht sich hierbei jedoch primär auf Kraftparameter und nicht auf eine verletzungspräventive Wirkung (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Dem medizinischen Personal kommt eine Art Rundumbetreuung der Spieler zu, wobei vor allem auch psychosoziale Aspekte eine wesentliche Rolle spielen. So wird das medizinische Personal auch als Anlaufstelle genutzt, wenn die Athleten sich mental ausgelaugt, müde oder ausgebrannt fühlen. Der Massageraum dient demnach auch der „Seelenmassage“, was bedeutet, dass die Physiotherapeuten neben ihrem eigentlichen Aufgabengebiet auch die Funktion eines Psychologen übernehmen. Eine Konsultation der vom leitenden Mannschaftsarzt ausgewiesenen Psychologen, die bei Problemen ausgesucht werden können, wird von den Spielern jedoch eher als persönliche Schwäche ausgelegt und entsprechend verheimlicht oder überhaupt nicht in Betracht gezogen (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Die Spieler sind bei Lehrgangmaßnahmen der Nationalmannschaft entsprechend unter ständiger Beobachtung durch den Mannschaftsarzt und die Physiotherapeuten, was ein schnelles Einschreiten bei akuten gesundheitlichen Problemen ermöglicht. Diese engmaschige Betreuung wird vor allem von den Spielern sehr geschätzt und im Vergleich mit der Betreuung in den Vereinsmannschaften als vorbildlich angesehen. Die Zusammenarbeit zwischen Trainer und medizinischer Abteilung basiert auf informellen Absprachen und ist von einem hohen Maß an gegenseitigem Vertrauen geprägt. Der sportliche Bereich wird dabei klar vom medizinischen Bereich getrennt, der Mannschaftsarzt ist für die medizinische Abteilung alleine verantwortlich und besitzt einen großen Gestaltungsspielraum. Dennoch gibt es einen intensiven Austausch zwischen Arzt und Trainer, wobei der Arzt auch als eine Art Vermittler zwischen Mannschaft und Trainer auftritt, da er sich aufgrund der Behandlungsmaßnahmen und dem engen Kontakt mit den Physiotherapeuten sehr nahe an der Mannschaft befindet (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Mindestens einmal jährlich müssen sich die Bundeskaderathleten einer Gesundheitsuntersuchung unterziehen, die in einem Herzzentrum zusammen mit einer leistungsphysiologischen Untersuchung durchgeführt wird. Vor einem sportlichen Großereignis werden die nominierten Spieler zusätzlich untersucht. Die Übermittlung dieser Ergebnisse an die arbeitgebenden Vereinen ermöglicht eine lückenlose Dokumentation gesundheitsbezogener Daten der Nationalspieler (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).

Tritt eine schwerwiegendere Verletzung oder Krankheit auf, die nicht vor Ort behandelt werden kann, dann greifen Netzwerke mit Vereinen und anderen Umweltsystemen, die in der Regel ebenfalls informell sind. Entweder wird mit dem verletzten Spieler eine entsprechende medizinische Einrichtung angesteuert und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen veranlasst oder der Spieler wird mit einer vorläufigen Diagnose nach Hause in die Obhut des Vereinsarztes geschickt. Durch die Festlegung, bei gesundheitlichen Problemen sofort den Mannschaftsarzt zu kontaktieren und durch die permanente Anwesenheit von Arzt und Physiotherapeuten bei Training und Wettkampf, besteht zumindest formal die Möglichkeit einer permanenten Kontrolle der Effekte gesundheitsbezogener Maßnahmen. Sofern kein Nationalmannschaftslehrgang und/oder Länderspiel ansteht, werden die Nationalspieler wie alle anderen Bundesligaspieler von Seiten der Vereinsmannschaften medizinisch und physiotherapeutisch betreut (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009). Auf die vereinspezifischen Besonderheiten der medizinischen Behandlung und Betreuung wird am Ende der jeweiligen biografischen System Mappings differenziert eingegangen. Die Auseinandersetzung mit den organisationsstrukturellen Rahmenbedingungen bildet damit die „Klammer“ für die nun folgende differenzierte Betrachtung des Umgangs mit Verletzungen und Beschwerden im Karriereverlauf zweier Spitzenhandballspieler.

Allgemeines zu Person, Karriere und Interviewverlauf

Der für die erste Einzelfallstudie ausgewählte *Spieler Tobias Kurz (S_TK)* verkörpert den Typus eines professionellen Handballspielers, der zum einen bereits auf eine lange spitzensportliche Karriere mit zahlreichen nationalen und internationalen Erfolgen, zum anderen aber auch auf etliche verletzungsbedingte Rückschläge und Enttäuschungen zurückblicken kann. Das Interview mit Tobias Kurz findet nachmittags in einem Konferenzraum der Geschäftsstelle der Bundesligamannschaft statt. Tobias hat trotz weiterer Termine ausreichend Zeit eingeplant und zeigt sich dem Vorhaben gegenüber sehr interessiert. Im Lauf des Interviews vertieft sich der Spieler in seine Vergangenheit und öffnet sich nach anfänglicher Zurückhaltung zunehmend. Er kann sich an die zentralen Verletzungen ohne lange nachdenken zu müssen erinnern und Prozesse beinahe minutiös wiedergeben. Hilfreich ist in diesem Zusammenhang die zeitliche Strukturierung durch die in der Map bereits eingezeichneten zentralen sportlichen Ereignisse. Im 120minütigen Interview erinnert sich der Spieler an weitere Verletzungen und Phasen mit Schmerzen und Beschwerden, die er jedoch als wenig bedeutsam einstuft. Das Gespräch mit dem *Mannschaftsarzt Dr. L. Dietz (A_LD)* findet am Abend in dessen zur Praxis angrenzenden Privatwohnung statt. Von Beginn an zeigt sich der Arzt sehr kooperationsbereit und bekundet sein Interesse am Thema, was sich auch an einem reibungslosen Interviewverlauf zeigt. Wenige erzählgenerierende Fragen und mehrere kurze Rückfragen reichen für das 65minütige Interview aus. Mit dem *Vereinstrainer R. Berger (T_RB)* wird das Interview am späten Vormittag in der geräumigen Umkleidekabine einer Sporthalle geführt. Während des gesamten Interviews lässt der Trainer eine skeptische Grundhaltung durchschimmern, indem

er auf viele Fragen ausweichend antwortet, stark verallgemeinert oder angibt, sich nicht mehr erinnern zu können. Darüber hinaus antwortet er sehr reduziert, blickt oft auf die Uhr und versucht, das Interview zu einem zügigen Ende zu bringen. Im Gegensatz zum Athleten und Arztinterview ist das 40minütige Gespräch eher schleppend und von vielen Rückfragen zur Aufrechterhaltung des Interviews durchzogen.

7.3.2. Überblick und Zeitraum bis zur Achillessehnenverletzung

Besonders häufig treten in der Karriere von Tobias Verletzungen und Beschwerden im Bereich des Sprunggelenks auf. Auffällig erscheint auch die Konzentration von Verletzungen und Beschwerden auf den Wurfarm, bei dem vor allem die Hand und der Ellbogen in Mitleidenschaft gezogen sind. Bei den Verletzungsmustern handelt es sich um typisch traumatische Verletzungen wie eine Fingerfraktur, eine Mittelhandfraktur, eine Knochenabsplitterung am Daumen, um einen Muskelfaserriss und um Bänder- und Kapselrisse im Bereich des Sprunggelenks. Hinzu kommen zahlreiche Bänderdehnungen an beiden Sprunggelenken, ohne dass dabei ein Riss diagnostiziert wurde.

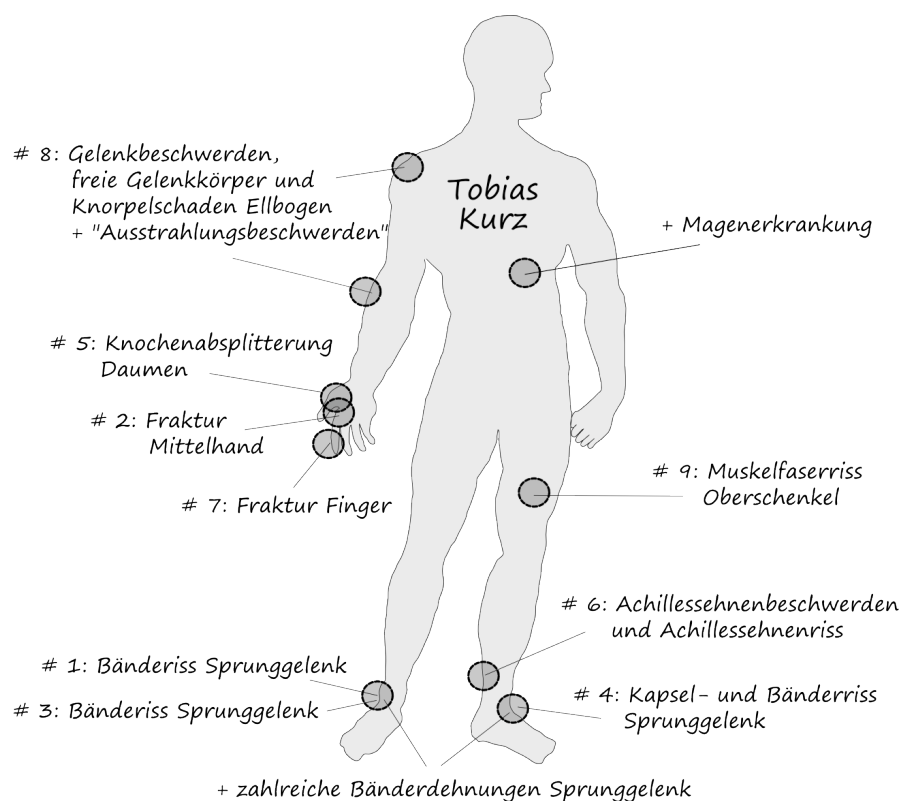


Abbildung 15: Verletzungsbiografie von Tobias Kurz im Überblick

Zum anderen blickt Tobias auf Achillessehnenbeschwerden und Gelenkbeschwerden im Ellbogenbereich des Wurfarms zurück. Die Ellbogenbeschwerden werden dabei mit einem Knorpelschaden in Verbindung gebracht und von Ausstrahlungsbeschwerden z.B. in die Schulter begleitet. Mit den Achillessehnenbeschwerden hängt hingegen eine traumatische Verletzung in Form eines Achillessehnenrisses zusammen. Die Achillessehnenbeschwerden

und der Muskelfaseriss sind am Sprungbein verortet, wohingegen sich die Sprunggelenksverletzungen auf beide Beine gleichermaßen verteilen.

Als bedeutsamste Verletzung im Karriereverlauf sieht der Spieler zwar die Achillessehnenverletzung an, allerdings fällt es ihm schwer, die immer noch akuten Ellbogenbeschwerden in ihrer Karriererelevanz zu beurteilen. Vor diesem Hintergrund erfolgt der mehrperspektivische Fokus auf die Achillessehnenproblematik, den Ellbogenbeschwerden wird aufgrund ihrer aktuellen Relevanz jedoch ebenfalls verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt.

- **# 1: Bänderriss im Bereich des Sprunggelenks + zahlreiche Bänderdehnungen**

Die erste Verletzung, an die sich Tobias erinnern kann, tritt in der A-Jugend auf. Dabei handelt es sich um einen Bänderriss im Bereich des Sprunggelenks, der operativ versorgt wird und zu einer ca. fünfwöchigen Spielpause führt (S_TK, 44). Diese Verletzung wird als nicht „allzu schwerwiegend“ eingestuft, was auch in der Verletzungsgrafik deutlich zum Ausdruck kommt (Verletzung 1). In den folgenden acht Jahren verpasst Tobias, wie er ausdrücklich betont, „kein einziges Bundesligaspiel“, an einschneidende Verletzungsereignisse kann er sich nicht erinnern. „Ich hatte sicherlich Kleinigkeiten“ (S_TK, 57, 64), wobei insbesondere Bänderdehnungen häufiger vorkommen, die jedoch im Einzelfall nicht „in Erinnerung geblieben“ sind (S_TK, 17). Nach diesem langen Zeitraum ohne Verletzungspause, der retrospektiv mit einem subjektiven Beschwerdegrad von „0“ im Diagramm vermerkt wird, kommt es in der Folge gleich zu zwei Verletzungen, an die sich Tobias detailliert erinnert.

- **# 2 Fraktur im Bereich der Mittelhand und # 3 Bänderriss Sprunggelenk**

Bei einem Spiel mit der Nationalmannschaft zieht sich Tobias eine Mittelhandverletzung zu. „Das war das letzte Vorbereitungsspiel für das internationale Turnier 7. Da habe ich einen Schlagwurf gemacht und bin auf dem Kopf des Gegners gelandet.“¹⁰⁷ Als Tobias beim Zurücklaufen an sich „runter“ schaut, stellt er fest, dass die Finger „da irgendwie komisch“ liegen. Der Spieler merkt sofort, dass ein weiterer Spieleinsatz unmöglich ist. „Ich habe das angeschaut und wusste, dass da irgendwas kaputt war und bin dann in die Kabine, habe geduscht und sage zum Doc: Sag mir ehrlich, da ist bestimmt was kaputt?“ (S_TK, 75). Diese Einschätzung kann der Mannschaftsarzt Dr. W. Kern nach erster Beurteilung nur bestätigen. Gemeinsam mit dem Arzt wird sofort ein Krankenhaus aufgesucht. „Da kann ich mich eigentlich sehr gut dran erinnern. Wir haben es geröntgt und dann hat er gesagt, ja, das ist eine [Fraktur im Bereich der Mittelhand]“. Die Hand wird schließlich eingegipst und die Rückfahrt zur Halle angetreten. „Ich habe das eigentlich bis dato ganz gut verpackt, es war so der erste Schockzustand.“ Erst bei der gemeinsamen Rückkehr mit „dem Doc“ zur Halle und nach einem Telefonat mit seinen Eltern realisiert Tobias allmählich das Ausmaß der Verletzung. Als

107 Die mit Anführungsstrichen versehenen Worte oder Satzbausteine sind die vom Spieler verwendeten Worte oder Wendungen. Zur besseren Lesbarkeit erfolgt in solchen Fällen die Angabe der Interviewpassage immer an Ende eines zusammenhängenden Abschnitts.

er auf den wartenden Trainer B. Pohl und die anderen Spieler trifft „kamen dann die Tränen“. Der Trainer B. Pohl „hat mich dann, glaube ich, noch in den Arm genommen, und das war schon zuviel, weil ich wusste ja, das internationale Turnier 7 ist flöten und eine Operation muss auch noch folgen“ (S_TK, 75). Obwohl er sich selbst als einen Spieler beschreibt, „der insgesamt eigentlich nicht so emotional reagiert“ und „das Ganze eigentlich mehr rationalisiert“, waren das Verpassen des Turniers und vor allem die vielen Folgeprobleme „schon sehr tragisch“. Das spätere Ausmaß der Verletzung kann Tobias am Anfang noch nicht abschätzen. „Aber im Nachhinein war es sehr schwierig, weil es immer weitere Probleme gab“ (S_TK, 77). Nach der Operation reist der Spieler mit eingegipster Hand und seinen Eltern als Zuschauer zum internationalen Turnier 7, was „natürlich schlimm“ war, weil er nicht selbst spielen konnte. Im Anschluss wird die Rehabilitation fernab der Heimat in der mehrere hundert Kilometer entfernten [physiotherapeutischen Einrichtung 1] fortgesetzt. Diese Einrichtung befindet sich auch in unmittelbarer Nähe der Klinik, in der bereits die Operation durchgeführt wurde. Dort „haben sie mich zur neuen Saison fit gemacht“. Vier Monate nach der Operation erfolgt der Einstieg ins Mannschaftstraining im Zuge der Saisonvorbereitung - trotz bestehender Beschwerden im Mittelhandbereich. Im Rahmen eines Vorbereitungslehrgangs der Nationalmannschaft zieht sich Tobias wenig später eine Sprunggelenksverletzung zu, die zu einer erneuten Trainingspause von drei Wochen führt. Obwohl er selbst nach dieser erneuten Verletzungspause „immer noch Probleme“ mit der operierten Mittelhand hat, erfolgt der Einstieg in den laufenden Spielbetrieb der mittlerweile begonnenen Bundesligasaison. Dabei weiß keiner „so richtig warum und weshalb“ die Mittelhandbeschwerden immer noch vorhanden sind. Über mehrere Wochen hat Tobias „so Schmerzen“, spielt „aber trotzdem“ weiter. Als die Schmerzen weiterhin zunehmen und Tobias beim Spielen zunehmend beeinträchtigen, wird vom Mannschaftsarzt Dr. L. Dietz eine neue Diagnose gestellt und als Behandlungsmaßnahme eine nochmalige Operation als notwendig erachtet. Diese Diagnose, mit der zunächst auch eine erneute Verletzungspause einhergeht, wird von Tobias jedoch in Frage gestellt. „Das wollte ich natürlich auch irgendwie nicht wahrhaben, aber es war so.“ Denn auch die anschließende Konsultation bei Dr. B. Pohl, unter dessen Obhut die erste Operation durchgeführt wurde, bringt das Ergebnis, dass „noch mal operiert werden“ muss, weil ein Teil „insgesamt ein bisschen abgesackt ist“. Es wird jedoch die Entscheidung getroffen, dass mit der Operation noch gewartet wird, weil ein wichtiges Turnier ansteht. „Ich habe das aber alles so ein bisschen, ja, ignoriert, weil das internationale Turnier 8 stattgefunden hat. Trotz einer weiteren Verschlechterung der Beschwerdeproblematik wird das Turnier bestritten, „was die eigenen Leistungen“ betrifft jedoch mit „weniger Erfolg“ (S_TK, 77). Erst nach dem Turnier werden die bestehenden Beschwerden erneut zum Thema. Dr. B. Pohl, der auch als betreuender Arzt beim Turnier dabei war, verdeutlicht die Notwendigkeit einer operativen Versorgung. Nach Rücksprache mit dem Verein erhält Tobias „das o.k.“ für eine Operation, allerdings macht er zuerst „noch drei Spiele in der Bundesliga (...), weil wir keinen Kreiswerfer hatten“. Trotz Schmerzen und eingeschränkter Leistungsfähigkeit wird er auf dieser vakanten

Position eingesetzt. Denn von seiner Stammposition aus kann er nicht mehr so richtig werfen, „weil das irgendwie wehtat“ (S_TK, 79). Knapp zehn Monate nach dem erstmaligen Auftreten der Verletzung beim Spiel und vier Monate nach der erstmaligen Operationsindikation erfolgt schließlich eine weitere Operation. Dabei wird versucht, die Knochen des betroffenen Mittelhandbereichs erneut zu fixieren. Nach dieser zweiten Operation und „fünf Wochen Gips“ schaut sich Mannschaftsarzt Dr. L. Dietz die Röntgenbilder an und kommt zu dem Schluss, dass die Fixierung „nicht geklappt“ hat und „dass die einzige operative Alternative“ eine „Versteifung des entsprechenden Körperteils“ darstellt. Dies würde allerdings bedeuten, „dass man mit dem Sport aufhören soll“. Mit der Aussage des Arztes, „also wahrscheinlich musst du deinen Sport an den Nagel hängen“ ist für Tobias „insgesamt der absolute Tiefpunkt erreicht“ (S_TK, 79). Dieser Tiefpunkt zeigt sich besonders deutlich in der Verletzungsgrafik. Das „schlimmste“ für den Athleten sind jedoch die Monate der „Entstehung“, die seit dem Wiedereinstieg in den Wettkampfbetrieb zu diesem Tiefpunkt geführt haben (S_TK, 81). Diese mit einem verletzungsbedingten Karriereende verbundene Operation kommt für Tobias jedoch nicht in Frage. Vielmehr wird erneut Dr. B. Pohl aufgesucht, zu dem er „vollstes Vertrauen“ hat. Dieser schickt ihn wiederum zu einem anderen Spezialisten. „In Richtung Osten, da war so eine Koryphäe.“ Im Anschluss kommt es zu einer „Dreier-Konferenz“ unter Anwesenheit des Spielers, bei der sich die beiden Nationalmannschaftsarzte Dr. B. Pohl und Dr. C. Schröder mit dem Spezialisten für Handverletzungen Dr. F. Urban über konservative und operative Möglichkeiten austauschen. Dr. F. Urban rät zu einer operativen Versteifung, „sonst ist da nichts mehr möglich“. Damit verbunden ist die Aussicht, dass „Schmerzen wahrscheinlich bleiben werden“. Unmittelbar nach dieser Konferenz entscheidet sich Tobias' Vertrauensarzt Dr. B. Pohl jedoch für ein konservatives Vorgehen, indem er dem Spieler mitteilt, dass mit der Rehabilitation „ganz normal“ angefangen wird und dann gemeinsam mal geschaut wird, „was ist“ (S_TK, 79). Erst nachdem die Folgen einer erneuten operativen Versorgung bekannt sind, wird eine konservative Lösung in Betracht gezogen, deren Ausgang höchst ungewiss ist. Allerdings wird dabei die Chance auf eine Fortführung der Karriere gewahrt. Die Rehabilitation findet wieder fernab der Heimat statt und ist besonders intensiv, weil „immer sechs bis acht Stunden am Tag“ und sechs Tage die Woche „Reha“ gemacht werden. Tobias wohnt in dieser Zeit in einem Hotel und kann sich „voll auf die Reha konzentrieren“. Das „Gute daran“ ist, dass er dabei nicht wie „zu Hause“ durch Termine oder sonstige Aktivitäten abgelenkt wird (S_TK, 89). Der Physiotherapeut S. Haupt, der auch samstags mit dem Athleten arbeitet, wird im Verlauf der Rehabilitation zu einem „richtigen Freund“. Am Wochenende bekommt Tobias ab und zu Besuch von Freunden oder Verwandten (S, 91). Die mehrwöchige Reha verläuft für Tobias relativ gut, so dass er im Anschluss sogar noch „ein paar Spiele in dieser Saison“ bestreiten kann. Allerdings muss er „anders spielen“ und eine neue Grifftechnik erlernen, da der verletzte Bereich „so ein bisschen, (...) aber nicht komplett“ versteift ist. Nach „sehr viel Unsicherheit“ und einem Leistungsdefizit zu Beginn kommt nach mehreren Bundesligaspielen und im Verlauf der Vorbereitung auf das internationale Turnier 9 neben der Si-

cherheit auch die Leistungsfähigkeit zurück (S_TK, 81). Mit dem Wiedereinstieg in den Trainings- und Spielbetrieb nähert sich auch der subjektiv erlebte Beschwerdegrad wieder dem Nullpunkt.

- **# 4 Kapsel- und Bänderriss**

Nach nur dreimonatiger Spiel- und Trainingspraxis zieht sich Tobias beim internationalen Turnier 9 während eines Spiels eine schwere Kapsel- und Bänderverletzung im Bereich des Sprunggelenks zu. „Wir haben dann auch einen Test gemacht, ob es irgendwie noch geht. Bin dann raus, musste aber dann, glaube ich, weil einer eine rote Karte hatte, noch mal zehn Minuten spielen und dann war total Ende“ (S_TK, 94). Nach dem Spiel wird dennoch versucht, einen weiteren Einsatz beim Turnier zu ermöglichen, obwohl für ihn bereits klar ist, dass er nicht mehr eingesetzt werden kann. „Bei mir hat der Arzt das versucht, weil ich für mich wusste, da ich schon damals meinen Körper eigentlich kannte, dass es nicht mehr gehen würde. Aber ich wollte mir dann auch nichts vorwerfen lassen, nichts unversucht lassen, aber ich wusste einen Tag später, dass es einfach nicht gehen wird“ (S_TK, 96). Tobias hat es „irgendwie im Gefühl“, dass es nicht mehr geht, insbesondere weil er auch bei Alltagsbewegungen durch die Schmerzen eingeschränkt ist. Man merkt eben, „ob sich da eine Blockade vielleicht irgendwann mal löst oder nicht“ (S_TK, 98). In der Folge muss er „auch mindestens fünf Wochen insgesamt pausieren“ und verpasst „einige Bundesligaspiele“ (S_TK, 94). Die Rehabilitation wird dieses Mal in einer therapeutischen Einrichtung nicht unweit des Heimatortes absolviert, die Tobias früher schon einmal erfolgreich bei einer der Bandverletzungen im Sprunggelenksbereich aufgesucht hat. Unterstützt wird er in der fünfwöchigen Spielpause mit Rehabilitation „natürlich“ auch vom Vereinsphysiotherapeuten, danach war die Verletzung „auch gegessen“. Der Wiedereinstieg erfolgt in die bereits laufende Saison. Nach wenigen Spielen kommt es jedoch zur nächsten Verletzung, einer Fraktur in unmittelbarer Nähe des bereits zweimal operierten Mittelhandbereichs (S_TK, 102).

- **#5 Knochenabsplitterung Daumen**

Die Entstehungsgeschichte dieser Verletzung an der bereits vorgeschädigten Hand kommt Tobias komisch vor. „Ich habe geblockt und irgendwie schon weitergemacht, aber dann doch geschossen, und auf einmal trifft mich der [Gegenspieler] hier [an meiner Hand] und dann hatte ich die Knochenabsplitterung am Daumen“ (S_TK, 106). Dass die bereits lädierte Hand wieder betroffen ist, nimmt Tobias in Anbetracht des in wenigen Wochen anstehenden internationalen Turniers 10 „dann einfach zur Kenntnis“ (S_TK, 108). Es folgt eine erneute Verletzungspause und die Absage des internationalen Turniers. „Ich war kurz vor dem Turnier wieder fit, aber es war einfach zu risikoreich, ich hatte keine Spielpraxis und da musste man einfach so vernünftig sein“ (S_TK, 110). Er betont dabei mehrmals, dass eine Teilnahme einfach nicht möglich war. Diese Entscheidung wird zuerst mit dem Bundestrainer abgestimmt, dann wird der Verein informiert. Tobias begründet den Verzicht wie folgt. „Erstens weil ich nicht die Gefahr haben wollte, dass noch etwas passiert, und zweitens wollte ich erstmal mei-

ne Sicherheit haben. (...) Wenn man nicht hundertprozentig fit ist, dann kann man seine Leistung nicht abrufen. Und in der Weltspitze, wenn man da seine hundertprozentige Leistung nicht abrufen kann, dann hat es wenig Sinn, glaube ich, für die Mannschaft und für einen selbst“ (S_TK, 110). Wie man mit einer solchen Enttäuschung besser umgehen kann, hat Tobias mittlerweile gelernt. Er beobachtet das Turnier lediglich aus der Ferne und „versucht sich selber zurückzunehmen und das Ganze wirklich mehr rational zu betrachten“ (S_TK, 108). Er verweist erneut darauf, dass er diese Rückschläge immer mehr mit sich selbst ausmacht und nicht zu den Eltern oder sonst jemandem geht. Unmittelbar nach dem Turnier steigt er wieder in den Spielbetrieb der Bundesliga ein und kann etwa ein halbes Jahr trainieren und spielen, ohne dass eine für ihn nennenswerte Verletzung auftritt (S_TK, 110). Im Verletzungsdiagramm zeichnet Tobias jedoch eine Magenerkrankung ein, die den Umgang mit gesundheitlichen Problemen besonders drastisch verdeutlicht und daher zu erwähnen ist.

- **+ Magenerkrankung**

Über den Zeitraum von zwei Monaten leidet Tobias an einer mysteriösen Magenerkrankung. „Ich konnte nicht trainieren, ich war sehr kraftlos, aber gespielt habe ich. Es reicht irgendwie immer noch zu spielen, bis auf ein Mal, da ging es dann gar nicht mehr“ (S_TK, 202). Der durch die Krankheit geschwächte Körper wird den Belastungen eines Wettkampfs bis hin zur völligen Entkräftung ausgesetzt. „Ich habe eben gegessen und musste direkt auf die Toilette, das ging über zwei Monate, da habe ich dann auch abgenommen“ (S_TK, 202). Die Alternative einer Pause kommt nicht in Frage, vielmehr wird versucht, die Krankheit parallel zum Spielbetrieb zu behandeln. Tobias betont dabei mehrmals und nicht ohne Stolz, dass er trotz Erkrankung und medikamentöser Behandlung gespielt hat. Zur Behandlung muss er verschiedene Medikamente einnehmen, erst der dritte Wirkstoff, den Tobias als Antibiotika bezeichnet, hilft. „Dieses Lipobay, was in Amerika da von Bayer eben ausgeht, hat mir da geholfen“ (S_TK, 202). Dass es sich beim Medikament Lipobay um einen CSE-Hemmer mit dem Wirkstoff Cerivastatin handelt, der normalerweise Patienten verordnet wird, die einen zu hohen Cholesterinspiegel im Blut aufweisen, scheint Tobias nicht zu wissen¹⁰⁸.

108 Lipobay wurde mittlerweile vom Markt genommen, nachdem tödliche Nebenwirkungen in Folge einer Kombination mit anderen Präparaten auftraten.

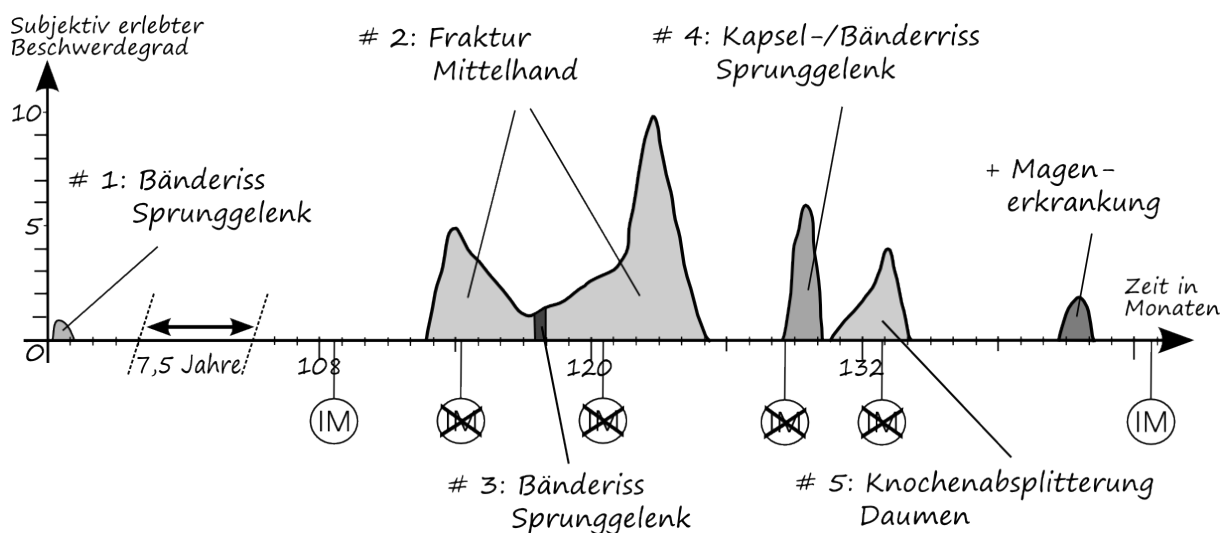


Abbildung 16: Verletzungsverläufe #1 bis #5 von Tobias Kurz

Nach der überstandenen Magen-erkrankung bleibt Tobias in der Folge knapp ein Jahr lang verletzungs- und beschwerdefrei, ehe es wieder zu einer längeren und biografisch besonders bedeutsamen Verletzungsphase kommt.

7.3.3. Mehrperspektivische Rekonstruktion des Umgangs mit der Achillessehnenverletzung

Erstmaliges Auftreten der Beschwerden zu Beginn der neuen Saison

Im Verlauf eines internationalen Turniers, das im Trikot der Nationalmannschaft bestritten wird, treten erstmals Achillessehnenbeschwerden auf. „Da ist mir [ein anderer Spieler] in die Achillessehne rein und seitdem hatte ich da Schmerzen (vgl. S_TK, 118). Aufgrund der akuten Achillessehnenbeschwerden wird zunächst die Entscheidung zum Abbruch des in Relation zu internationalen Meisterschaften weniger bedeutsamen Turniers gefällt, eine Spielpause im direkt anschließenden Bundesliga- Spielbetrieb wird jedoch nicht eingelegt. „Beim Anfang von Beschwerden denkt man, ja, das geht irgendwann wieder weg. Also da geht man sicherlich manchmal ein bisschen leichtfertiger um. Das ist natürlich von Typ zu Typ unterschiedlich. Manche, die haben Schmerzen und da können die nichts mit machen, so ungefähr. Und manche gehen da einfach drüber hinweg. Und ich bin da eigentlich auch so einer, der eigentlich, gut, ich habe Schmerzen, okay, muss ich vielleicht ein bisschen drauf achten, aber weiter geht's. Meistens ist es ja eigentlich auch eine Kleinigkeit und die geht dann mit der Zeit einfach weg“ (S_TK, 336). Vor allem der Trainer ist für den Athleten ein Bezugspunkt bei auftretenden Beschwerden. „Der sagt auch, ja, dann machst du vielleicht jetzt hier mal Pause, weil der eben auch viel Erfahrung hat.“ Oder er sagt, „Du, mach weiter, das geht sowieso in ein paar Tagen weg (S_TK, 338). Obwohl der Spieler „tatsächlich auch viel Vertrauen“ zum Mannschaftsarzt des Vereins hat, sucht er diesen nicht gleich auf und wartet zunächst ab, wie sich die Beschwerden entwickeln. „Es kommt drauf an, wenn es anhält, dann gehe ich natür-

lich hin, aber ich sage zu ihm auch, du, das brauchst du nicht an die große Glocke zu hängen. Dass nicht auch gerade im Verein immer alle wissen, was man da hat. Weil die machen sich dann nur noch größere Gedanken.“ Dabei wird versucht, die Beschwerden zunächst auch nicht an die Öffentlichkeit gelangen zu lassen (S_TK, 338).

Perspektive Trainer: Auf den Umgang mit der auftretenden Achillessehnenproblematik geht Trainer R. Berger nicht näher ein. „So genau kann ich mich auch gar nicht daran erinnern“ (T_RB, 35). Er verweist jedoch darauf, dass man lange Zeit nicht weiter wusste, was zu tun ist. Er geht jedoch davon aus, dass er von Tobias auch in diesem Fall über die vorliegenden Beschwerden frühzeitig informiert wird. „Also wir haben einen sehr guten Kontakt. Das heißt, irgendwann sagt er es einem dann auch, wenn man es nicht schon vorher sieht. Wobei Tobias insgesamt natürlich ein Sportler ist, der, ich würde sagen, auch auf die Zähne beißen kann. Also durchaus gute Nehmerqualitäten hat, und auch trotzdem noch weiter macht. Und irgendwann, wenn er dann auch merkt, Mensch, das ist nicht einfach nur mal einen Tag da, am zweiten Tag wieder vorbei, was ja auch oft mal vorkommt, dann wird das auch beim Trainer problematisiert und dann machen wir uns Gedanken. Dann wird dazu natürlich die medizinische Abteilung [eingeschaltet], parallel also bei uns Dr. L. Dietz und die Vereinsphysiotherapeuten. Dadurch dass er Nationalspieler ist, ist da immer auch noch die Quelle Physiotherapie mit Nationalmannschaftsphysiotherapeut S. Haupt und mit Nationalmannschaftsarzt Dr. W. Kern. Das heißt, da wird dann quasi mehrgleisig gefahren, so wie die Informationspolitik dann abläuft“ (T_RB, 35). Obwohl der Mannschaftsarzt stets zur Verfügung steht, wird dieser erst dann involviert, wenn sich Trainer und Athlet sicher sind, dass die Beschwerden nicht mehr von alleine weggehen.

Perspektive Arzt: Im Gegensatz zum Trainer erinnert sich Mannschaftsarzt Dr. L. Dietz noch genau. „Also bei den meisten Spielern, die solange im Geschäft sind wie Tobias, ist es ja so, dass die sich erstmal eine Weile mit den Beschwerden beschäftigen, ohne sich zu melden. Weil sie soviel mit Schmerzen und so zu tun haben oder mit Verletzungen und wissen, dass vieles von alleine auch wieder in Ordnung kommt. Und erst wenn die Probleme überhand nehmen, also wenn sie auch mal in Ruhe Beschwerden haben oder wenn sie morgens aufstehen, typische Anlaufschmerzen haben, dann kommen sie zu uns“ (A_LD, 28). Das erste Mal wird Dr. L. Dietz über die Schmerzen im Bereich der Achillessehne nach einem Training informiert. „Ich war aber schon überzeugt, dass Tobias die Beschwerden schon relativ lange hatte. Also wie lange kann ich schwer sagen, aber er hat eben gedacht, das geht wieder weg, aber es wurde halt immer mehr. Und zwar nicht während der Belastung, wenn die Sehne warm ist, da ist es gut“ (A_LD, 28). Vielmehr treten die Beschwerden vor allem in Ruhe am Tag nach der Belastung auf. Zunächst verbessert sich die Beschwerdeproblematik nach den ersten zwanzig bis dreißig Minuten des Trainings, so dass dieses absolviert werden kann. „Tobias hat immer wieder über belastungsabhängige Beschwerden im Bereich der Achillessehne geklagt (...), die dann aber auch teilweise flüchtig waren, also dann wieder verschwanden“ (A_LD, 28).

den.“ Schließlich gehen die Beschwerden auch im Trainingsverlauf nicht mehr weg. „Und so ist das an uns als medizinische Abteilung herangetragen worden“ (A_LD, 28).

Bei den Achillessehnenbeschwerden „hat er gesagt, du, mir tut da die Sehne weh und dann haben wir sie untersucht und sie war aufgequollen und druckschmerzhaft. Gut, und dann fängt die Kaskade eben an, dass man eben (...) behandelt und Dinge tut, um die Sehne zu entlasten, entzündungshemmend arbeitet“ (A_LD, 28). Die Stellung einer eindeutigen Diagnose sieht der Arzt gerade bei Handballspielern als schwierig an. „Das ist bei denen immer schwer, eine eindeutige Diagnose zu finden, weil das ja auch oft unspezifische Sachen sind. So, mir tut es irgendwo da weh. Schön, ist etwas passiert? Nein, umgeknickt ist er nicht. Hat er einen Tritt bekommen? Wissen sie nicht mehr genau. Das ist klar, im Endorphinausstoß im Rahmen des Spiels. Also das ist schwer zu sagen. Deshalb behandelt man (...) viele Dinge gleichzeitig, damit man irgendwo den Grund fasst (A_LD, 106). Der Arzt verweist darüber hinaus auf die auffällige Fußform des Spielers. „Er hat ein sehr stark ausgebildetes Längsgewölbe, ein Hohlfuß quasi.“ Dementsprechend wurde „eben auch in den üblichen Margen gearbeitet. Also sprich, man hat mit Einlagen gearbeitet, man hat das Schuhwerk verändert, mit homöopathischen Entzündungshemmern vor Ort gearbeitet, mit Voltaren gearbeitet, mit Physiotherapie gearbeitet“. Trotz dieser Bandbreite an Behandlungsmaßnahmen wird „das Problem immer wieder nur in einen labilen Besserungszustand überführt“, so dass der Spieler „teilweise gezwungen war, auch innerhalb des Spielbetriebes größere Pausen in Anspruch zu nehmen“. Diese Pausen werden dann, „natürlich auch in Abhängigkeit vom Spielplan“ von Seiten des Vereins „toleriert“ (A_LD, 26).

Zunehmende Beschwerden, medizinische Behandlung und kurze „Verletzungspausen“

Die Schmerzen in der Achillessehne nehmen trotz der eingesetzten medizinischen Behandlungsmaßnahmen zu. „Ich habe dann wieder gespielt, dann konnte ich wieder nicht spielen, hatte viele Schmerzen, habe dann mal Kortison bekommen, habe dann eine Woche pausiert, dann ging es wieder ein bisschen besser“ (S_TK, 118). Nach Wiederaufnahme des Trainings in Folge der einwöchigen Pause wird „dann einfach mit Schmerzen weitergespielt“ (S_TK, 118). Zusätzlich erhält Tobias eine „Stoßwellentherapie“ (S_TK, 233), darüber hinaus wird mit Voltaren medikamentiert (S_TK, 247) und „bestimmte Übungen“ ins Training integriert. „Aber die [Übungen] führten dann auch nicht zu dem gewünschten Erfolg. Weil es einfach auch so eine Hängepartie war: Mal ging es dann gut, mal weniger und so weiter“ (S_TK, 302). Im Spiel merkt man dann letztendlich nur anhand der Schmerzen, ob es geht oder nicht. „Da hat man auch so viel Adrenalin und wenn es dann wirklich noch so schmerzt, dass es nicht geht, dann geht es eben nicht, dann hilft dir auch manchmal der Schmerz“ (S_TK, 247). Als die Beschwerden zunahmen, „da habe ich gedacht, okay, da habe ich eine Entzündung und irgendwie müssen die Schmerzen weg, das wird schon wieder. Die [Gedanken] waren nie irgendwie negativ, sondern immer positiv“. Zusätzlich verweist er darauf, dass er „ja eigentlich nie direkt so pessimistisch“ denkt, wenn es um Verletzungen geht (S_TK, 222). Aller-

dings war es „trotz der positiven Einstellung sehr ernüchternd. Du hast ja gespielt, hast Schmerzen, dann hast du nicht gespielt, dann hast du doch wieder Hoffnung, dass es wieder besser wird“ (S_TK, 227).

Ursache der Achillessehnenbeschwerden

Die Ursache für die Beschwerden sieht Tobias rückblickend im Tritt in die Achillessehne. „Das war eigentlich die einzige Ursache“ (S_TK, 219).

Perspektive Arzt: Im Gegensatz zu Tobias, der eine externe Ursache als Auslöser ansieht, betrachtet Mannschaftsarzt Dr. L. Dietz den Fußfehler als (interne) Ursache der Beschwerden an. „Der Fußfehler ist das Problem. Der Fußfehler, der möglicherweise schon über Jahre hinweg unbehandelt gewesen ist. Wobei man auch sagen muss, das ist letztendlich so, wenn ich zu Ihnen sage, Sie tragen jetzt mal Einlagen, dann ist das noch lange nicht beim Sportler so. Wenn der Sportler sagt, ich kann mit den Einlagen nicht, dann ist die Sache durch, was wollen Sie da sagen. Wenn er das Gefühl hat, er bringt weniger Leistung, können sie dem die Dinger nicht unterjubeln“ (A_LD, 53). Der Arzt verdeutlicht die Besonderheit bei der Behandlung eines Sportlers mit einem Beispiel: „Das ist genauso wie bei den Skispringern. Ich habe mal mit dem Arzt von den Nordischen über die Ernährung gesprochen. Sie können tausendmal ernährungsphysiologisch darlegen, dass ein Müsliriegel nicht schadet. Dann kommt der [Athlet] mit dem Argument, dass Andi Goldberger noch nie einen Müsliriegel gegessen hat und Weltmeister geworden ist. Gegen so ein Argument können Sie nichts machen. Das ist einfach so“ (A_LD, 53). Allerdings weist Dr. L. Dietz auf die grundsätzliche Schwierigkeit einer klaren Ursachenzuschreibung hin. „Wenn er eben früher Einlagen gehabt hätte oder anderes Schuhwerk oder was gemacht worden wäre, wie auch immer, oder man damals schon die Belastung dosiert hätte, hätte man es vielleicht abschwächen können. Aber ob man es hätte vermeiden können, das ist hypothetisch. Das glaube ich auch nicht. Weil die Achillessehnenprobleme bei einem Hallensportler, insbesondere bei denen, die solche Leistungen erbringen, ein alter Hut sind, das hat man ja immer wieder (A_LD, 274-289).

Perspektive Trainer: Trainer R. Berger hat eine andere Theorie zur Entstehung der Beschwerden. „Im schlechtesten Fall muss ja nicht mal die Sehne angegriffen sein, sondern vielleicht nur, das ist ja auch oft bei Sprunggelenkstraumen, dass sich die Durchblutungssituation der Achillessehne verändert und auch das kann ja so was sein“ (T_RB, 56). Ausgehend von dieser Perspektive gibt er folgende Antwort auf die rhetorische Frage, wie sich „eine Durchblutungssituation“ verbessert. „Durch Pause grundsätzlich nicht, sondern eigentlich durch Bewegung, durch Sport. Leistungssport ist natürlich wieder an der Grenze zur Überbelastung“ (T_RB, 56). Eine Pause wäre in diesem Falle die falsche Therapie. „Aber wer entscheidet, wann was gut und was schlecht ist? Das sind einfach Geschichten, wo man merkt, dass auch die unterschiedlichsten Sparten der medizinischen Abteilung unterschiedliche Ansätze haben. Es gibt aber in meinen Augen kein Erfolgsrezept oder Patentrezept.“ Vielmehr weist er darauf hin, dass „man es sich auch von außen zu leicht [macht]“, wenn man den Einwand bringt, „ja,

der hätte doch pausieren müssen. Es gibt welche, die haben pausiert und bei denen wurde es auch nicht besser“ (T_RB, 56).

Entscheidungen zur schmerz- und verletzungsbedingten Spielabsage

In dieser durch zunehmende Beschwerden und medizinischer Behandlungsmaßnahmen gekennzeichneten Phase kommt es immer wieder zu Entscheidungssituationen, bei denen es um das Einlegen einer Wettkampfpause geht. „Die Entscheidung habe ich eigentlich zum größten Teil selber getroffen, beziehungsweise sicherlich immer in Absprache. Aber auch der Trainer sagt, ja komm, lass mal lieber oder mach mal. Also beim Trainer, da muss ich sagen, der hat eben auch viel Sachverstand von der medizinischen Seite (...). Diese Meinung war mir auch sehr, sehr wichtig. Aber letztendlich musst du selber die Entscheidung treffen. Ist so“ (vgl. S_TK, 238). Allerdings ist „man (...) ja schon ein bisschen verpflichtet gegenüber dem Verein. Und da wird sicherlich Druck aufgebaut. Nur, wie man ihn an sich ranlässt oder das macht, das muss jeder selber wissen. Ich bin da gut zurechtgekommen, weil den Druck, ob ich spiele, den lege ich mir selber auf. Was die anderen sagen höre ich mir auch an, aber letztendlich muss ich entscheiden, was für mich eben das Beste ist und auch für den Verein“ (S_TK, 241). Die Ärzte versuchen vermittelnd einzugreifen und Tobias aufzubauen. „Ja, jetzt bleibst du zwei Tage hier und dann bist du wieder fit und so weiter. Und machen das [Verletzungsproblem] vielleicht mal belanglos“ (S_TK, 323). Er geht davon aus, dass die Ärzte das Risiko von Beschwerden richtig einschätzen und es entsprechend mitteilen, wenn ein Spieleinsatz gefährlich ist. Dies verdeutlicht er anhand eines miterlebten Beispiels bei der internationalen Meisterschaft 13. „Da hatte der Jens Binder den Meniskus angerissen, musste operiert werden und da fragte er eben den Doc: Du, kann ich nicht doch irgendwie spielen? Da sagte der Doc, das Risiko, dass da noch viel mehr passiert ist einfach zu hoch. Also wenn der Doc wirklich was dagegen hat, dann sagt der es auch. Das liegt dann zwar am Spieler selbst, ich könnte wetten, wenn da vor dem Endspiel oder irgendeinem Endspiel ein Spieler umgeknickt wäre, der hätte – auch wenn der Doc gesagt hätte, da kann mehr passieren – der hätte teilgenommen. Und so wäre es bei mir auch gewesen. Aber wir waren mitten im Turnier nach drei Spielen und das geht dann einfach nicht. Der ist dann operiert worden. Das sagt der Arzt dann eben auch, wenn es wirklich nicht geht, da sagt er dann, okay, dann lieber nicht oder mache es nicht“ (S_TK, 323). Wenn ein Spieler dennoch spielen möchte, kann der Arzt im Gegensatz zum Trainer nicht direkt intervenieren. „Dann hätte der Arzt gesagt, du, ich würde es dir nicht raten, aber wenn du selber spielen willst, gut. Ich glaube, der Arzt würde dann zum Trainer gehen und sagen: Du, vielleicht musst du es entscheiden, ob du das Risiko in Kauf nimmst für den Spieler, dass der sich noch mehr verletzt. (...) Manchmal nimmt der, doch das gab es, glaube ich schon mal, da nimmt der Trainer einem einfach die Entscheidung ab. Wenn der Spieler sagt, ja, ich würde vielleicht gerne und der Arzt sagt, das Risiko ist zu hoch, da sagt der Trainer, also komm, Schluss jetzt. Das kommt immer auf die Situation drauf an“ (S_TK, 325).

Perspektive Trainer: Aus Sicht des Trainers stellt sich die Entscheidungssituation etwas anders dar. „Wollen wir es mal so sagen. Ich entscheide natürlich für mich erstmal alleine. Meine Entscheidung, die sich gedanklich bei mir abspielt, ist natürlich aus einem, sagen wir mal Erfahrungsschatz aus meiner Spielerzeit, aus meiner Trainerzeit und aus meiner früheren Tätigkeit [im medizinischen Bereich]. Das heißt, diese drei Beziehungen sorgen für meine individuelle Entscheidung. Und da sage ich einfach, so wie ich es einschätzen kann, das hört sich manchmal banal an. Wenn ich meine, es könnte schlimmer werden, dann bin ich auch sehr vorsichtig. Wenn ich aber sage oder meine, das ist eine Verletzung, die zwar lange wehtut, da merkt man lange etwas und vielleicht hat man dann hinterher ein bisschen einen dickeren Finger, dann sage ich, dann kann man auch auf die Zähne beißen, je nachdem was für ein Spielplan anliegt. Also ich könnte jetzt nicht sagen, dass ich der Trainer bin, der sagt, ja auf gar keinen Fall weiterspielen. Die Gesamtschau muss ungefähr stimmen“ (T_RB, 138-149). Der Trainer entscheidet also zunächst für sich, ob er bei einer vorliegenden Verletzung oder bei Beschwerden eine Pause als angemessen einschätzt. Dies bezeichnet er als seine „individuelle Entscheidung“. Wenn es jedoch darum geht, „eine Entscheidung über eine Person zu treffen, das entscheidet man dann ja wirklich zusammen. Also ich bin nie der Einzige, der das sagt. Wenn der Spieler nicht spielen will, würde ich nicht sagen, du spielst, sondern das ist ja dann insgesamt eine Entscheidung, die Trainer, Spieler, medizinische Abteilung zusammen treffen. Das ist eindeutig“ (T_RB, 153-158). Der Trainer sieht diese Entscheidung damit als Gruppenentscheidung an, die gemeinsam getroffen wird. Allerdings gilt für ihn der „Grundsatz“, dass „jeder für sich selbst verantwortlich“ ist. „Wenn ein Spieler sagt, er kann nicht spielen, dann kann er nicht spielen. Und wenn ein Spieler sagt, er kann spielen, dann kann er spielen. Wenn ich dann ganz klar aus meiner Sicht sehe, es geht nicht, dann sage ich nein. Aber wenn ich sage, ja, du, das ist so eine Zwittersituation, dann muss der Spieler die letzte Entscheidung haben, eindeutig. Und was er dann therapiert, wie er therapiert, das ist dann auch immer ein Versuch. Wenn dann gleich das erste hilft, dann ist das super gelaufen. Das Problem ist immer, wenn etwas chronifiziert wird und ein Spieler sagt, ja meine Probleme sind immer noch nicht weg. Dann geht man eben zum nächsten, auch manchmal die Grenzen überschreitend und bleibt nicht nur bei der Schulmedizin“ (T_RB, 131). Die Entscheidungssituation hängt aus Sicht des Trainers dabei maßgeblich von den mit der vorliegenden Beschwerdeproblematik einhergehenden Erwartungen an den weiteren Genesungsverlauf ab. Dabei wird der Blick insbesondere auf die Möglichkeit einer Verschlechterung des Zustands gerichtet und die erwartete Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden mit einbezogen. „Es gibt Verletzungen, bei denen man sagt, [zum Beispiel] wenn einer einen Meniskusrisse hat und er würde jetzt weiterspielen im Dienst, (...) dass das insgesamt die Situation im Kniegelenk schlechter macht. Dass das [Weiterspielen] einfach immer wieder einen Reiz auslöst und dann wird der Knorpel auch irgendwann kaputt sein. Dann wäre ich der erste, und ich denke alle anderen auch, der sagt, der [Spieler] soll arthroskopiert oder genäht werden oder was auch immer. Und der [Spieler] muss sofort seine Pause machen, da will man nicht auf

den Spielplan schauen“ (T_RB, 44). Bei Muskelverletzungen „da ist es eigentlich auch klar. Wenn es Richtung Zerrung, Faserriss geht, muss man auch Pause machen“. Die Pausendauer ist dabei trotz individueller Unterschiede recht eindeutig. „Manchmal werden eben drei Wochen Pause oder zwei bis drei Wochen eben mindestens benötigt. Sechs Wochen, bis es hundertprozentig ist. So ist die Physiologie“ (T_RB, 48). Allerdings denken aus Sicht des Trainers viele Spieler, wenn sie bei einem Faserriss „nach zwei Wochen oder fünf Tagen wieder locker laufen“ können, dass sie auch wieder spielen können (T_RB, 48). Bei Muskelverletzungen ist demnach von einem Heilungsverlauf auszugehen, der recht gut kalkuliert werden kann. Besonders schwierig ist die Entscheidung zur verletzungsbedingten Pause jedoch bei Sehnenbeschwerden. „Sehnengeschichten sind eigentlich das Problematischste, weil man bei denen nicht unbedingt weiß, ja würde jetzt die Pause es wirklich besser machen oder was ist genau die Ursache dafür, dass es überhaupt dazu kam. Und das ist bei der Achillessehnenreizung eben bei Tobias so der Fall gewesen. Da hat man zwischendurch auch mal drei Wochen Pause eingelegt, ja und das hat auch nichts gebracht“ (T_RB, 50). Solche Erfahrungen wirken sich dann entsprechend auf den weiteren Umgang mit ähnlichen Beschwerden dieser Art aus. „Da muss man sich für die Zukunft merken, waren die drei Wochen Pause überhaupt gut. Deswegen ist es ja immer eine Frage von Belastung und Belastbarkeit und die kriegt man nicht immer grundsätzlich durch Pause. Das heißt, ob in gewissen Sachen auch Pause gut ist“ (T_RB, 50).

Die letztendliche Entscheidung solch schwer zu beurteilender Problematiken sieht Trainer R. Berger beim Spieler selbst. „Ich denke bis jetzt ist das in der Hinsicht so ausgereift, dass im Endeffekt, weil es noch keiner hundertprozentig weiß, der Spieler natürlich die letzte Entscheidung haben muss. Weil, es geht ja um seinen Körper. Ihm müssen viele Sachen angeboten werden und dann muss er schauen, wo er das Gefühl hat, was ihm hilft und was ihm nicht hilft. Anders kann man es nicht sagen“ (T_RB, 60). Für ihn stellt sich eine solche Entscheidungsproblematik bei unklaren Verletzungsursachen und unsicherem Verlauf ambivalent dar. „Wollen wir es mal so sagen, einerseits schwierig, weil es keiner sagen kann, andererseits auch nicht schwierig, weil man einfach sieht, dass keiner im Moment eine Lösung weiß. Deswegen können wir uns ja auch nicht bewusst sein, jetzt etwas richtig oder falsch zu machen. Wir schauen dann auch nur, wie ist gerade die Symptomatik, lässt die es überhaupt zu oder muss man wirklich aufhören. Das ist ja eher so ein Probieren, aber ich denke, das ist weltweit so“ (T_RB, 62).

Perspektive Arzt: Dr. L. Dietz geht bei Entscheidungen zur verletzungsbedingten Wettkampfabsage davon aus, dass man eine solche Entscheidung „im Umgang mit Hochkarättern als Arzt grundsätzlich gar nicht“ trifft. Denn „die Entscheidung trifft der Sportler, weil man sich da als Berater versteht. Sie sagen dem, pass mal auf, so und so“ (A_LD, 33). Als Arzt kann er lediglich darauf hoffen, dass der Spieler die Ratschläge ernst nimmt und dann für sich eine angemessene Entscheidung trifft. Dabei hängt es jedoch maßgeblich von der Art und Weise ab,

wie dem Spieler die vorliegenden Beschwerden vermittelt werden. „Der Tobias hat einmal eine Pause gemacht, weil ich die Sehne gesehen habe und gesagt habe, die Sehne ist rissgefährdet. Die war so aufgequollen, da habe ich gesagt: also Tobias, wenn ich du wäre, ich würde nicht mehr spielen“ (A_LD, 33). Der Mannschaftsarzt ist jedoch nicht der einzige Arzt, der in diesem Entscheidungsprozess involviert ist. „Nun war es damals so, dass Tobias ein sehr vertrauensvolles Verhältnis zum Nationalmannschaftsarzt Dr. W. Kern hatte“. Viele Gespräche liefen daher in einer Art „Triangel“ zwischen Vereinsarzt, Spieler und Nationalmannschaftsarzt. „Das ist am Anfang, wie gesagt, nicht einfach. Man fühlt sich [als Vereinsarzt] zum Teil dann auch so ein bisschen in die Enge gedrängt, weil alles schon besprochen wurde. Es war dann aber größtenteils auch immer so, sowohl Dr. W. Kern als auch ich wissen ja, welche Methoden man anwendet und wenn wir uns immer an den Stand der Dinge halten, reden wir letztendlich immer das Gleiche. Weil wir wissen genau, man kocht letztendlich nur mit Wasser. Wir haben uns darauf verständigt und haben das nur im Paket geregelt. Als er wieder starke Beschwerden hatte und die Sehne so dick war, habe ich gesagt, die Sehne ist rissgefährdet, ich würde nicht spielen. Und dann hat er auch gesagt, okay, wir suchen das Gespräch mit Manager und Trainer. Dann haben wir uns in der Kabine zusammengesetzt, daran erinnere ich mich noch, und haben uns für eine Pause von zwei Wochen entschieden und die hat er durchgezogen“ (A_LD, 33). Bei der Entscheidungsfindung macht es jedoch einen „großen Unterschied“, ob es sich um einen Spitzenspieler oder um einen Nachwuchsspieler bzw. um einen Spieler aus der zweiten Reihe handelt. „Weil, bei dem Spieler aus dem zweiten Glied ist es kein Problem, dem Verein zu sagen, wir machen jetzt vier Wochen Pause. Da sagt der Verein, ja ist gut. Bei Tobias gibt es eine Krisensitzung. ‚Ja, können wir nicht nur zwei Wochen Pause machen oder wie wäre es mit 10 Tagen?‘ So kommt dann diese Feilscherei zustande. Immenser Unterschied“ (A_LD, 33).

Wiederaufnahme des Spielbetriebs nach kurzer Pause und einer Behandlung durch Eiweißspritzen, Ruhigstellung und Kurzrehabilitation

Etwa einen Monat vor der Bundesliga-Winterpause legt Tobias die bereits angesprochene zweiwöchige Verletzungspause ein, die auch mit Blick auf die anstehenden internationalen Meisterschaften 12 zu Behandlungs- und Rehabilitationszwecken genutzt wird. „Da hat mir Dr. W. Kern dann Eiweiße gespritzt, ich habe eine Woche einen Gips gehabt und habe dann eine Woche noch mal Reha gemacht. Ja, das ging dann relativ gut“ (S_TK, 118). Ein anderer Spieler, „der hatte mal eine ähnliche Geschichte mit der Achillessehne, und da hat er eben auch Eiweiß gespritzt. Und bei ihm ging es dann besser. Da war eben die Hoffnung wieder da“ (S_TK, 227). In dieser Phase verfolgt Tobias zwei Ziele. Zum einen möchte er „die Beschwerden einfach losbekommen“ und zum anderen will er unbedingt an dem in wenigen Wochen anstehenden internationalen Turnier 12 teilnehmen (S_TK, 24). Diese Hoffnung auf eine Besserung wird jedoch enttäuscht. Direkt im Anschluss an die zweiwöchige Behandlungsphase nimmt Tobias den Spielbetrieb wieder auf. Ganz leise teilt er mit, dass er in den

folgenden Wochen immer starke Schmerzen hatte. Insbesondere an den Tag nach dem letzten Spiel vor der Bundesliga-Winterpause kann er sich noch sehr gut erinnern: „Ich kam an und konnte kaum gehen, ich hatte solche Schmerzen“ (S_TK, 118). Mit Blick auf die anstehende internationale Meisterschaft 12 und des damit verbundenen Nationalmannschaftslehrgangs spricht Tobias mit dem Vereinstrainer. „Da sagt er auch, du, wir verbieten es dir nicht, du musst selber die Entscheidung treffen, aber vom Verein aus würden wir schon gerne sehen, dass du weiterhin zur Reha gehst, dich aufbaust und nicht zum [Turnier] fährst“ (S_TK, 242).

Perspektive Arzt: Während der zweiwöchigen Verletzungspause und der Behandlung durch Dr. W. Kern ist der Mannschaftsarzt nicht involviert. „Da hat er ein paar Spritzen bekommen und so weiter und kam dann wieder und ist ins Training eingestiegen und hat dann auch weiter gespielt. Ich meine, das wäre einige Wochen vor der Winterpause gewesen, die ja damals immer noch durchgezogen war durch Nationalmannschaftseinsätze. Die Nationalmannschaftseinsätze kamen uns aber immer ganz gelegen, weil wir wissen, dass die medizinische Versorgung dort sehr gut ist, auch insbesondere mit den Physiotherapeuten. Und deswegen haben wir uns dann erstmal über unwichtige Spiele des Vereins rübergeschleppt. Das heißt, sie haben ihn zwei Wochen nicht spielen lassen, weil wir Mannschaften im Programm hatten, von denen wir wussten, dass es wahrscheinlich kein Problem ist, sie zu schlagen, um ihn dann bei wichtigen Spielen wieder fit zu haben. Wobei ich ganz ehrlich sagen muss, dass ich schon wusste, dass es, so wie die Sehne an dem einen Tag zum Beispiel aussah, ein Problem ist, dem wir unter der Belastung, die immer wieder auftritt, nicht mehr Herr werden“ (A_LD, 33). Auf das Spiel unmittelbar vor der Winterpause kommt auch der Arzt von selbst zu sprechen. „Da hat mir Tobias gesagt, ich habe wieder Beschwerden. Da war es dann aber so, dass wenn man dann genauer nachfragt, dass er wieder längere Zeit Beschwerden hatte“, die „aber nicht so stark waren“. Der Arzt geht entsprechend davon aus, dass sich die Sehne „wieder einigermaßen beruhigt“ hat. Außerdem „kam dann die Winterpause“ (A_LD, 33).

Perspektive Trainer: Diese Phase ist für R. Berger vor allem dadurch geprägt, dass man „lange Zeit“ nicht weiter wusste, auch sich nicht im Klaren über das weitere Vorgehen war. „Legt man jetzt einen Gips an oder macht etwas anderes? Weil ja auch immer noch das Ziel der internationalen Meisterschaft da war (...). Das war ja auch mit ein Grund, dass man dafür noch fit ist. Weil, das muss man ja sagen, die Nationalspieler haben ja nicht nur im Verein ein immenses Programm, sondern zusätzlich eigentlich in der freien Zeit im Januar/Februar Turniere mit entsprechender Vorbereitung“ (T_RB, 35).

Absage der internationalen Meisterschaft aufgrund akuter Rissgefahr der Sehne und Besuch beim Wunderheiler

Wenige Tage nach der äußerst schmerzhaften Bewegungseinschränkung in Folge des letzten Bundesligaspiels vor der Winterpause, begibt sich Tobias zum Vorbereitungslehrgang der Nationalmannschaft für das in wenigen Wochen anstehende internationale Turnier. Die Bewegungseinschränkung hat sich bei Tobias zwar ein bisschen gebessert. „Aber ich hatte auch

Schmerzen, Schmerzen, Schmerzen“ (S_TK, 118). Von Dr. W. Kern wird daraufhin eine Kernspin-Tomographie veranlasst, darüber hinaus wird mit einem Achillessehnenpezialisten aus dem Ausland Rücksprache gehalten. Die Teilnahme an der internationalen Meisterschaft 12 aufgrund einer akuten Rissgefahr der Sehne wird von Dr. Kern ausgeschlossen. Selbst mit der von ärztlicher Seite vorgeschlagenen Behandlungsstrategie wäre eine Teilnahme nicht mehr möglich gewesen (S_TK, 255). Tobias zeigt sich zunächst einsichtig. „Ich merkte ja auch durch diese Phase, gerade das letzte Spiel (...), da hatte ich so Schmerzen, dass es einfach nicht mehr ging und ich merkte das auch, dass es kein Zustand war. Das hat man ja auch anhand des Kernspins gesehen, dass es eben nicht ging“ (S_TK, 255). Die durch den Achillessehnenpezialisten vorgeschlagene Behandlung kommt allerdings nicht in Frage. „Er hat gesagt, also wenn ich jetzt diesen Beschwerdeverlauf über diese drei Monate habe, dann muss ich fünf Wochen Gips haben und dann hoffen, dass alles hält“ (S_TK, 120). Tobias kann sich nicht vorstellen, dass nach fünf Wochen Gips alles wieder gut ist. „Dann muss man ja wieder Aufbauarbeit leisten“ (S_TK, 120). Vielmehr entscheidet er sich zu einem anderen Vorgehen, mit dem er die Hoffnung auf eine schnellere Genesung verbindet. Tobias sucht den Therapeuten E. Santini auf, den er mehrmals auch als Wunderheiler bezeichnet. Obwohl er alternativen Behandlungsansätzen normalerweise sehr skeptisch gegenübersteht, glaubt er an die Möglichkeit einer schnellen Heilung. Tobias begründet dies zum einen damit, dass zwei weltbekannte Sportler aus dem Tennissport in dessen Behandlung waren. Zum anderen führt er das Beispiel eines Bekannten aus dem unmittelbaren Umfeld an, der trotz langwieriger ärztlicher Behandlung „so viele Probleme hatte“, dass er seiner geregelten Arbeit nicht mehr nachgehen konnte. „Nach einer einmaligen 90minütigen Behandlung durch E. Santini war bis auf 10 Prozent, sagen wir mal, (...) alles weg“. Und auch entgegen der ärztlichen Prophezeiungen bleibt der besagte Bekannte „halt bis heute beschwerdefrei“ (S_TK, 122). Der persönliche Bezug zum Heilerfolg beim Bekannten ist für Tobias entscheidend. Normalerweise ist es jedoch gar nicht so einfach, einen Behandlungstermin zu bekommen. „Ich kenne über Ecken einen anderen Spieler (...) der ist dort ganz gut bekannt. E. Santini behandelt auch nur drei Patienten am Tag und du musst deine Geschichte dorthin faxen oder per Post [schicken] und der schaut sich das an. [Er] versucht dann einen Weg zu finden und dann ruft er dich an und sagt, du kannst kommen oder du kannst nicht kommen“ (S_TK, 122). Tobias erhält umgehend einen Termin. „Dann bin ich da hin (...) und ich muss sagen, der hat auch eine gewisse Aura, ich fühlte mich dort sehr wohl. Der hat mich sogar zwei Tage behandelt, mir fürchterliche Schmerzen zugefügt, also das waren Schmerzen, die existieren überhaupt nicht. Der hat das mit seinem Daumen gemacht. Deshalb kann er auch nur drei Patienten am Tag behandeln, weil er auch entkräftet ist, da er seinen Daumen überall hat. Erst vom Rücken gehend nach unten und was weiß ich. Und dann habe ich eben gefragt, ja, was soll ich jetzt machen. Da sagt er: Ja, beginne mit der Reha“ (S_TK, 122). Der Nationalmannschaftsarzt ist über den Besuch beim Wunderheiler und über dessen Vorschlag zur weiteren Behandlung informiert. „Dr. B. Kern hat das Ganze insgesamt jetzt mal gebilligt, aber er war auch nicht so überzeugt da-

von.“ Er überlässt jedoch dem Spieler die Entscheidung. „Wenn du das machen möchtest, dann mach es einfach“ (S_TK, 122).

Perspektive Arzt: Wie der Nationalmannschaftsarzt ist auch der Vereinsarzt über den Besuch des Spielers bei E. Santini informiert. „Aber das ist ja so, wenn Sie eine dicke Achillessehne haben, dann ist da morphologisch etwas nicht in Ordnung. Und dann können Sie mir eben auch nicht erzählen oder weismachen, dass das weggeht. Auf der anderen Seite ist es immer schlecht, wenn man so etwas nicht zumindest akzeptiert oder nicht ins Gespräch bringt. Weil, stellen Sie sich vor, das geht jetzt wirklich weg und sei es, weil die morphologische Verengung jetzt zufällig zum selben Zeitpunkt verschwindet. Sagen wir mal, dieser psychologische Effekt, dieser Anschlag, das ist ja gottgegeben“ (A_LD, 176). Obwohl der Mannschaftsarzt nicht allzuviel von solchen Methoden hält, hat er nichts dagegen einzuwenden, wenn die Spieler alle Möglichkeiten ausschöpfen und solche Gurus aufsuchen. „Und dann merken eben viele, dass der auch nur mit Wasser kocht. Und der Effekt kommt mir ja nur entgegen. Weil, dann habe ich eben alle Möglichkeiten gesagt, die die anderen nicht mehr ergänzt haben oder die auch der Meinung waren, dass wir das so machen sollen. Dann sprechen wir wieder eine Sprache, das kommt wieder dem Patienten-Arzt Verhältnis zugute, man zieht wieder an einem Strang und das ist optimal. Also da habe ich kein Problem. Aber so Wunderheiler, so etwas gibt es eben auch nicht. Das ist ja so, ich meine, das habe ich selbst in der Zeitung gelesen, Michael Ballack mit dem komischen Wasser, wenn ich den Unsinn höre, dann wird mir schlecht. Aber wenn er sich danach eben besser fühlt, okay, geh doch da hin. Und letztendlich bleibt dann die Verletzung oder es wird eben zufällig besser und dann hat man eben entweder etwas erreicht oder nicht. Aber man muss sich nie nachsagen lassen, man hätte es nicht versucht (A_LD, 176). Der Arzt kommt dabei auch auf die Rolle von Physiotherapeuten zu sprechen, die im Spitzensport eine Art Guru-Status erlangen. „Es fällt nur immer auf, dass solche Physiotherapeuten einen ausgesprochen intensiven Behandlungsstil haben, sei es, was die machen oder sei es nur, wie sie die Zeit mit dem Behandelnden verbringen. (...) Das ist ja eine Phase der körperlichen Ruhe, so eine Behandlung, da ist es ja still in dem Raum, sie hören eventuell nur den Therapeuten reden, manche schlafen ja sogar ein bei der Behandlung. Das ist natürlich schon ein ganz intensiver Dialog, den die da führen. Und wenn der das richtig gut macht und der Athlet fühlt sich sehr wohl da, da kann ich mir schon vorstellen, dass das eine erhebliche Auswirkung zumindest auf das Wohlbefinden vom Athleten hat. Und dass er natürlich auch wieder gerne dorthin geht. Das ist ja auch schon nicht schlecht. (...) Ja, da gibt es einige, die das gut machen. Und das ist sicher auch in meinem Sinne (A_LD, 178).

Wiederaufnahme des Spielbetriebs nach dreiwöchiger Rehabilitation und Riss der Achillessehne im zweiten Spiel nach dem Wiedereinstieg

Im Anschluss an den Besuch bei Heiler E. Santini beginnt Tobias mit der Rehabilitation, während seine Nationalmannschaftskollegen beim internationalen Turnier 12 um eine vordere Platzierung kämpfen. Die Rehabilitation wird erneut in der physiotherapeutischen Einrichtung

1 und damit fernab des Heimortes absolviert. Nach der dreiwöchigen Rehabilitationsphase wird eine erneute Kernspintomografie durchgeführt. „Da hat man dann gesehen, dass, ich glaube 76 Prozent von der entzündlichen Flüssigkeit zurückgegangen sind. Und sie [die Ärzte] sagten: Oh, das ist aber überraschend. Das hat dann eben schon geholfen. Da hatte ich nur noch so einen kleinen Punkt neben der Achillessehne, wo es ein bisschen wehtat“ (S_TK, 122). Wenige Tage nach dem Wiedereinstieg ins Training steht bereits der erste Spieleinsatz an. „Ich kam in der zweiten Halbzeit rein, habe auch wieder gut gespielt und ich war echt froh. Wir haben dann auch gewonnen“ (S_TK, 122). Tobias hat beim Spielen aber immer noch Beschwerden. Eine Woche später, beim zweiten Spiel nach dem Wiedereinstieg, kommt es in der zweiten Halbzeit bei einem Gegenstoß zu folgender Situation: „Ich dribble, kick, will stehen, plopp, Achillessehnenriss“ (S_TK, 122). Die Gefahr einer solchen Verletzung wurde im Vorfeld nicht nur durch die Ärzte angesprochen. „Die Physiotherapeuten haben auch gesagt, wenn das jetzt zur Verletzung kommt, so ungefähr, aber da habe ich mich eigentlich nicht so für interessiert. Aber das ist auch immer leicht dahin gesagt. (...) Gut, mit den Achillessehnen Schmerzen ist halt nicht zu spaßen, aber man sagt ja auch, ich sage mal, kurz hatte ich ja eigentlich auch kaum mehr Schmerzen. Ich hatte leichte Schmerzen. Man sagt ja eigentlich, so als Sportler, wenn man ein bisschen Schmerzen hat, es kommt ja erst zum eigentlichen Achillessehnenriss, wenn man keine Schmerzen mehr hat. (...) Man spricht auch darüber, wie man einen Achillessehnenriss erlebt, das wusste ich vorher. Man sagt, wenn es passiert ist, dann guckt man nach hinten und guckt wer da rein getreten hat. Ja, und da hatten wir eben auch vorher darüber gesprochen. Und genau der Punkt war es dann bei mir auch. Als es passiert ist, habe ich nach hinten geguckt und als ich nach hinten geguckt habe und keiner da war, da habe ich gewusst: Achillessehnenriss. Das war genau der Punkt“ (S_TK, 264).

Direkt nach dem Trauma befindet sich Tobias „insgesamt eben in so einem Schockzustand. Die Halle war auch mucksmäuschenstill, ich lag da und die Zuschauer haben ja auch gemerkt, dass ich das letzte halbe Jahr Probleme hatte und für mich und für alle anderen war dann halt auch klar, dass es passiert ist. Aber so Schmerzen habe ich da eigentlich nicht gefühlt“ (S_TK, 266). Im Zuge der Erstversorgung durch den Mannschaftsarzt wird der Spieler in die Kabine transportiert. „Erst nach einer Viertelstunde, in der Kabine kamen die Schmerzen, die Enttäuschung raus“ (S_TK, 266). Nach dem Spiel kommt die Mannschaft in die Kabine und hat „versucht so ein bisschen zu trösten“, kurze Zeit später treffen die Freundin und der beste Freund ein. Vor allem mit dem „besten Freund“, einem ehemaligen Nationalspieler, der selbst drei Kreuzbandrisse hinter sich hat, „konnte man sich austauschen“. Denn er „wusste eben, wie man sich fühlt, war eben auch kein Außenstehender“ (S_TK, 272).

Perspektive Trainer: Der Trainer weist darauf hin, dass er sich an die Zeit unmittelbar vor dem Achillessehnenriss gar nicht genau erinnern kann. „Das war bloß, ich kann mich erinnern, dass dann irgendwann mal eine Phase kam, was macht man dann, stellt man ruhig, stellt man nicht ruhig. Da kam dann [mit E. Santini] noch mal eine dritte Quelle ins Spiel und dann

kurz bevor die Achillessehne eigentlich ruptiert war, war er irgendwo beschwerdefrei. Und auch die Kernspin, die vorher noch gemacht wurde, bot eine sehr gute Darstellung der Sehne. Bevor die Sehne ruptierte, war sie eigentlich in einem sehr guten Zustand, aber das ist ja oft so bei solchen Verletzungen“ (T_RB, 35). Beim Spiel beobachtet der Trainer, wie der Spieler auf einmal zusammensackt und „dann war es auch klar“ (T_RB, 65). Die Verletzung erlebt er als Schicksalsschlag. „Unabhängig von dem, was sportlich auf dem Spiel stand, ist man ja auch mit Tobias befreundet und weiß, was für ihn da dran hängt. Das ist ein Schicksalsschlag, natürlich besonders für ihn“ (T_RB, 67).

Perspektive Arzt: „Wir haben den Patienten dann auch immer öfter mal woanders vorgestellt, um Meinungen einzuholen. Und letzten Endes kam es ja dann trotz der intensiven Bemühungen auf dem konservativen Sektor und der Kernspintomografien, bei denen wir dann immer wieder den Zustand der Sehne verfolgt haben, letztendlich in diesem Spiel zum Achillessehnenriss“ (A_LD, 26). Auch der Arzt weiß sofort, was los ist. „Er ist einfach hingefallen und in dem Moment als er hingefallen ist, wusste ich, die Achillessehne ist gerissen.“ Aus der sofortigen Untersuchung resultiert ein „klinisch eindeutiger Befund“, entsprechend wird zur Erstversorgung „eine Spitzfußschiene angelegt“. Der Arzt betont, „dass es ein wichtiges Spiel“ war, das „wir auch gewonnen“ haben, „aber da war natürlich ein Wermutstropfen“ (A_LD, 78). Nach kurzer Pause fügt Dr. L. Dietz leise hinzu. „Er wusste, was da los ist, er wusste von dem Damoklesschwert, er wusste davon“ (A_LD, 81). Obwohl der Mannschaftsarzt bereits mehrere Monate vor der Ruptur davon ausgeht, dass man unter der permanenten Trainings- und Spielbelastung den Beschwerden „nicht mehr Herr“ wird und obwohl eine akute Rissgefahr mehrmals Thema ist, erfolgt der Hinweis auf die Schwierigkeit einer Vorhersage des Beschwerdeverlaufs. „Dass es allerdings in einem Achillessehnenriss gipfelt, das muss ja nicht unbedingt sein. Es hätte ja auch sein können, dass er eben permanent weiterhin Beschwerden hat, so wie Spieler Jens Binder zum Beispiel, bis er dann operiert wurde“ (A_LD, 33). Wie der Trainer bezweifelt auch der Arzt die Wirksamkeit einer Trainings- und Spielpause als Behandlungsmaßnahme bei Achillessehnenbeschwerden. „Bei Jens Binder sieht man ja, was das für ein Ende ist, der hat zwei Jahre nicht gespielt. Weil die Achillessehne, muss man sagen, einfach ein Bewegungssegment von ganz schlecht zu behandelnden Strukturen ist. Das ist einfach so. Und dann hat er die Pause gemacht, aber wie gesagt, dann fing es eben einfach wieder an“ (A_LD, 33).

Operative Versorgung der Verletzung

Obwohl der Mannschaftsarzt selbst viele Achillessehnen operiert, möchte Tobias zu Dr. W. Kern. Nach der Erstversorgung durch den Mannschaftsarzt fährt der „beste Freund“ den verletzten Spieler in die [mehrere hundert Kilometer entfernte Klinik]. Dort ist bereits alles für die Operation vorbereitet (S_TK, 272). „Die Achillessehne war einmal hier durch [quer] und noch nach oben gespalten, was auch selten ist“. [Tobias zeigt auf die entsprechenden Stellen

an seiner Wade]. Die Operation wurde „sehr konservativ gemacht, ich bin dann noch zehn Tage dageblieben zur Kontrolle“ (S_TK, 122).

Perspektive Arzt: Für den Mannschaftsarzt stellt dieses Vorgehen kein Problem dar. „Da gibt es überhaupt keine Diskussion. Alles klar, Schiene angelegt, Unterlagen fertiggemacht, am nächsten Tag [in die Klinik] gefahren, operiert, genauso kein Problem, Rehabilitation und dann sehr viel Dokumentation der Heilung“ (A_LD, 48).

Unmittelbar nach der traumatischen Verletzung durchlebt Tobias mehrere Phasen. „Gut, im ersten Augenblick war ich natürlich schon einfach geschockt (...). Erst dachte ich: was für eine Scheiße“ (S_TK, 140). Dieser erste Schock weicht in den nächsten Tagen jedoch der Erleichterung, „weil ich dieses Wellenbad der Gefühle nicht mehr hatte, da wusste ich: jetzt ist es einfach durch“ (S_TK, 212). Der Achillessehnenriss beendet damit die von Tobias so bezeichnete Phase der Ungewissheit. Nach dem ersten Schock „war es einfach leichter, damit umzugehen, als diese Scheiße hier insgesamt [Er zeigt auf den Beschwerdeverlauf bis zum Riss] (...). Mal konnte man unter Schmerzen spielen, mal wurden die Schmerzen zu stark, dann wieder weniger“. In der Phase vor der traumatischen Verletzung „wusste man nie woran man war“ (S_TK, 279). Doch „jetzt kommt die OP, dann wird alles gut. Halbes Jahr Reha, dann kannst du wieder spielen (...). Dann beweist du dir, dass du wieder aufstehen kannst“ (S_TK, 277). Dies soll auch den anderen bewiesen werden, die nicht mehr an eine Rückkehr glauben und „schon so sagen, ja, jetzt ist er ganz kaputt. Wenn du die Geschichte hattest und so weiter“. Nach dem Schock „war es auch erst Erleichterung, aber dann auch Motivation“ (S_TK, 277). „Ich habe ja schon ein paar Mal Reha gemacht. Das ist eine harte Zeit, aber da kommst du durch und dann wirst du wieder ganz normal spielen können“ (S_TK, 279). Für den Athleten stehen nach dem Verletzungsereignis zwei Ziele im Mittelpunkt. Erstens „die Reha überstehen“ und zweitens „wieder spielen“ können. Die Ursache für den Achillessehnenriss sieht Tobias in der Tatsache, „dass man die Beschwerden nicht wegbekommen hat“ (S_TK, 260).

Perspektive Arzt: Der Achillessehnenriss wird auch vom Arzt mit einer positiven Konnotation versehen. „Letztendlich muss man sagen, dass der Achillessehnenriss das Ende des Leidenswegs darstellt, nicht nur bei Tobias, sondern grundsätzlich in einer Vielzahl der Fälle. Die Sehne reißt, die Sehne wird rekonstruiert, bei der Rekonstruktion der Sehne wird eben der Heilungsmechanismus des Körpers so angeschoben, dass die Veränderungen und die Beschwerden dann verschwinden. Also letztendlich muss man sagen, dass das Ende mit Schrecken der Achillessehnenproblematik der Achillessehnenriss ist. Dann wird es gemacht und dann haben die Leute meistens keine Beschwerden mehr“ (A_LD, 26).

Nach einer Operation steht jedoch eine langwierige Rehabilitationsphase an, die Tobias als die schwierigste Rehabilitation seiner Karriere bezeichnet.

Lange und schwere Rehabilitationsphase

Nach der Operation bleibt das Bein von Tobias zunächst fünf Wochen eingegipst. „Dann begann die Reha und das war echt so beengt für mich“ (S_TK, 144). Die Rehabilitation erfolgt erneut in der physiotherapeutischen Einrichtung 1 unter der Obhut von Nationalmannschaftsphysiotherapeut S. Haupt. „Fast vier Monate war ich [dort] und ich muss sagen, die Reha war sehr, sehr anstrengend, vor allem vom Kopf her. Ich wusste ja eigentlich so insgesamt, was mich erwartet, der Zeitaufwand und die Schinderei, aber bei der Achillessehnenverletzung war es noch schlimmer als bei der Mittelhandverletzung“ (S_TK, 122). Im Gegensatz zu bisherigen Rehabilitationserfahrungen mit stetig abnehmenden Beschwerden sind Fortschritte nur schwer zu erkennen. „Es ging eigentlich immer wellenförmig. Das war vom Kopf her schwierig zu verstehen. Da musste ich immer Pause machen, ich konnte mal Übungen machen, konnte dann aber anderthalb Wochen die Übung dann nicht mehr machen, musste dann doch wieder ein bisschen Voltaren schlucken und Pause machen. Das war für den Kopf insgesamt sehr, sehr schwierig. (...). Da hatte man in der Reha eigentlich auch manchmal den Gedanken, manchmal so ein paar Tage, das schaffst du nicht mehr. (...) Es geht eben immer so nach oben und nach unten“ (S_TK, 122). Die vielen kleinen Rückschläge zu akzeptieren fällt Tobias sehr schwer, obwohl er auf einen solchen Genesungsverlauf vorbereitet wurde. „Bei der Achillessehne sagt man eben, das muss sich einfach entwickeln, das dehnt sich, die Vernarbung löst sich dann manchmal, dann hat man erstmal ein bisschen Schmerzen, dann kommen neue. Aber das kann man irgendwie gar nicht so realisieren. Man denkt, wenn man dann wieder (...) Schmerzen hat, die [Ärzte und Therapeuten] wollen einem nur Mut machen. Weil ich das eben auch viel erlebt habe, dass man da psychologisch einfach mehr eingreift. Aber mittlerweile wusste ich ja auch insgesamt Bescheid“ (S_TK, 294). Tobias bezeichnet sich als „sehr ehrgeizig“ beim Bestreiten der Reha. „Da muss man mich auch manchmal mehr bremsen.“ Allerdings geht es manchmal „auch nicht schneller vorwärts, man möchte einfach schneller, aber man muss kleine Schritte machen“ (S_TK, 294). In der Rehabilitationsphase und insbesondere dann, wenn „man da wieder Schmerzen hat“ und denkt „ob man da überhaupt wieder hinkommt“ spielt S. Haupt eine zentrale Rolle. „Der hat wirklich alles mit mir veranstaltet (...). Wir haben Bergwanderungen gemacht und dies und das gemacht und er hat eben auch so eine positive Einstellung. Das ist extrem wichtig“ (S_TK, 296). Darüber hinaus unterstützt das gesamte Personal der physiotherapeutischen Einrichtung den Athleten, wo es nur geht. Zudem kümmert sich Dr. W. Kern um das Befinden von Tobias, indem er „abends mal da war und (...) auch viel mit mir gemacht hat“ (S_TK, 296).

Dennoch setzten die Ungewissheit, „ob man wieder spielen kann oder nicht“ sowie das „Oma-Gefühl“, wenn man sich pflegen lassen muss und keinen Sport treiben kann, Tobias sehr zu (S_TK, 298). Nach außen hin ist er jedoch „immer frohen Mutes gewesen“, obwohl „zu der Zeit alles ein bisschen viel [war]“. Er lässt „dann auch nicht alle Gefühle frei raus“, sondern versucht das „so ein bisschen zu kaschieren, um eben nicht immer nur mit Handball

und hier verletzt und Schmerzen und so weiter konfrontiert zu werden. Sondern eben weiterleben so gut wie es geht“ (S_TK, 287). In den vier Monaten der Rehabilitation braucht er „Abstand“ und kapselt sich insbesondere von seinem sportlichen Umfeld und von seinem „gewohnten Lebensrhythmus“ ab. „Wenn ich weiter weg war, muss ich sagen, konnte ich selber damit immer gut umgehen“ (S_TK, 294). Gegen Ende der Rehabilitation wird Tobias von S. Haupt allmählich wieder an den Handballsport herangeführt. „Wir sind dann (...) in der Halle gewesen und haben dort versucht, auch mit den Armen ein bisschen zu werfen. Und da kam dann ein bisschen das Tor und das war wirklich gut, dass man nicht nur die Reha separat hat. Jetzt bist du wieder fit und jetzt kannst du wieder in die Halle, das funktioniert nicht. Man muss da wirklich so ein Zwischending haben“ (S_TK, 334). Im Verlauf der Rehabilitation konkretisiert sich das Ziel, „einfach wieder beschwerdefrei zu spielen“ im Anspruch, zunächst mit der Bundesligamannschaft und dann auch in der Nationalmannschaft zu spielen (S_TK, 309). Zuvor musste jedoch noch der Wiedereinstieg ins Mannschaftstraining gemeistert werden.

Perspektive Trainer: Das „Einzig“, was man aus Sicht von Trainer R. Berger in der Rehabilitationsphase machen kann, ist, den Kontakt zum Spieler aufrechtzuerhalten. „Ob man ihm gut zuspricht, ihn dämpft oder puscht, das hängt ja dann immer von der individuellen Situation ab. Der eine Spieler ist gleich wieder voll da, der andere ist vielleicht pessimistisch und dementsprechend richtet man dann die Gespräche aus, da kann ich jetzt nichts Allgemeines dazu sagen“ (T_RB, 69). Die Rehabilitation bei Tobias sieht er als „ganz klar durchstrukturiert“ an, wobei er und der Verein im Allgemeinen „auch gar nicht so involviert“ waren. „Man hat eben einfach genug Kontakt gehalten. So ist das eben, wenn die Reha da abläuft, dann sind die [Ärzte und Physiotherapeuten] für die Reha zuständig. Also da haben wir auch alle vollstes Vertrauen zu denen. Mein Zutun war erst, (...) als er wieder in das Training eingestiegen ist“ (T_RB, 72).

Perspektive Arzt: Die Kommunikation zwischen Arzt und Spieler spielt im Rehabilitationsprozess aus Sicht von Dr. L. Dietz eine zentrale Rolle. „Was insbesondere Dr. W. Kern immer sehr gut macht, ist, dass er diesen Weg bis ans Ende des Tunnels aufzeigt. Dass er eben sagt, du läufst jetzt in so einen Tunnel rein, der ist schwarz. Aber schau mal da hinten, das Weiße, da müssen wir hin“ (A_LD, 81). Die Fokussierung positiver Aspekte des Heilungsverlaufs ist für ihn ebenfalls von besonderer Relevanz. „Dass der Spieler sieht, die Sehne ist besser geworden, die Naht ist gut usw. Also nicht immer sagen, der Fuß ist noch geschwollen, das ist ja Quatsch. (...) Man kann den Spieler da schon so ein bisschen führen“ (A_LD, 83). Der Arzt bewundert jedoch vor allem den starken Willen von Tobias, ohne den eine solche Rehabilitation nicht zu meistern wäre. „Ja, und so rein psychisch ist das sicherlich ein schwerer Schock für Tobias gewesen, aber er ist ja wie gesagt ein Stehaufmännchen. Und das ist groß. Deswegen ist er wahrscheinlich auch das, was er ist. Weil, viele andere, die geben sich in diese Rehabilitations-Mühle auch gar nicht mehr rein, weil sie sagen, das wird eh nicht mehr. Das ist

ja auch eine Quälerei (...), das macht ja überhaupt keinen Spaß. Er ist immer ein bisschen voraus. Das zieht er durch, Hut ab“ (A_LD, 83). Als Mannschaftsarzt empfindet er es als „eine ganz große Bereicherung, derartige Leute auch mal kennen gelernt zu haben über den Sport, weil man sich da schon eine Scheibe von abschneiden kann. Wie man sich so in etwas reinhängt, das ist schon groß“ (A_LD, 83).

Wiedereinstieg ins Mannschaftstraining nach vier Monaten Rehabilitation

Mitten in der Vorbereitungsphase auf die neue Saison kann Tobias ins Mannschaftstraining einsteigen. Nach der langen Rehabilitationsphase fährt Tobias erst einmal in den Urlaub, wo er langsam wieder anfängt zu joggen. Danach kehrt er noch einmal zwei Wochen zur Reha zurück, ehe er wieder in den Kreis der Mannschaft aufgenommen wird. „Da hat der Trainer erstmal mit mir und ohne die Mannschaft sehr viel gemacht“ (S_TK, 301). Der Wiedereinstieg erfolgt in enger Abstimmung mit dem medizinischen Personal. „Wir haben ja immer sehr viel geredet, mit dem Physio S. Haupt, mit dem Doc W. Kern und auch mit unserem Trainer hier. Der [Vereinstrainer] hat alles abgestimmt.“ Vor und nach dem Mannschaftstraining werden zusätzliche Einheiten mit dem Trainer absolviert, während des Mannschaftstrainings bekommt Tobias ein extra Übungsprogramm. „Wir haben uns viel getroffen, sind sehr viel gelaufen und sehr viel gesprungen. Treppen konnte ich dann springen, obwohl ich noch nicht so richtig am Mannschaftstraining teilnehmen konnte. Und [der Trainer] hat das peu à peu gesteigert und ihm habe ich da sehr, sehr viel zu verdanken“ (S_TK, 301). Die Belastung wird für Tobias individuell gesteuert. Obwohl es „stetig bergauf“ geht, gibt es Tage, an denen nichts vorwärts geht. „Aber dann sagte [der Trainer], jetzt mach mal einen Tag Pause und du siehst, danach geht es dann besser. Und dann ging es auch besser. Dann wurde es stetig gesteigert und dann war ich halt auch im Mannschaftstraining drin“ (S_TK, 303). Der Trainer hat im Anschluss „mit mir den Feinschliff in der Halle gemacht. Da habe ich wirklich geackert und war aber dann zur neuen Saison (...) wieder fit“ (S_TK, 122). Vor allem „dass ich die Athletik dann auch wieder mitgekriegt habe und diesen Übergang von der Reha zum Mannschaftstraining, da hat er sehr, sehr viel und großartige Arbeit geleistet“ (S_TK, 301). In den folgenden Monaten werden mit Blick auf die nächsten internationalen Meisterschaften „Sonderschichten gefahren“, wobei vor allem „Sprungtraining“ auf dem Programm steht. Während bei der Wiederaufnahme des Trainings noch Schmerzen im Bereich der verletzten Sehne vorliegen, verändert sich die Wahrnehmung beim Einstieg ins Mannschaftstraining. „Das waren keine Schmerzen, da war mehr so ein bisschen Druck drauf. Und diese Elastizität, die ist auch heute noch nicht so da. Aber so richtig Schmerzen waren es nicht“ (S_TK, 307).

Perspektive Trainer: Den Wiedereinstieg sieht Trainer R. Berger als einen fließenden Prozess an. „Man muss ja sagen, aus medizinischer Sicht waren irgendwann die Folgen nicht mehr vorhanden. Das heißt die medizinische Abteilung hat schon grünes Licht gegeben“ (T_RB, 81). Beim Wiedereinstieg ging es „eigentlich bei ihm nur noch darum, überhaupt Leistungsfähigkeit oder Belastbarkeit wieder herzustellen“ (T_RB, 76). Obwohl „er schon im Profibe-

trieb drin war“ und „irgendwo grünes Licht gegeben“ wurde, war der Tobias, „wenn man es kritisch sieht“ noch lange nicht bei seinem ursprünglichen körperlichen Zustand angelangt. „Aber das hat man auch gesagt, das dauert eh noch viel länger. Jetzt musste man erst mal wieder einen Standard bekommen, dass er überhaupt mitspielen konnte. Aber natürlich nicht 100 Prozent, sondern vielleicht 95 oder 90 Prozent“ (T_RB, 83). In dieser Zeit hat der Spieler „das normale Training mitgemacht und vor oder nach dem Training eigentlich immer noch eine Stunde mit mir zusammen“ trainiert. „Er hat dann wirklich sehr viel mehr gemacht, als alle anderen [Spieler]“ (T_RB, 78). Bei der Belastungssteuerung „muss man einfach probieren: trial and error“. Dabei spielt die Rückmeldung des Spielers eine entscheidende Rolle. „Wer soll es sagen, außer dem Spieler selbst?“ (T_RB, 113). Der Trainer gibt von Tag zu Tag schwierigere und belastendere Bewegungsformen vor und erkundigt sich dabei stets nach dem Befinden des Spielers. In Abhängigkeit der Rückmeldung wird dann entweder ein Schritt vorwärts oder wieder ein Schritt rückwärts gegangen. Der Trainer steht dabei in enger „Rückkopplung“ mit dem Athleten (T_RB, 115).

Gerade bei Sehnenproblemen hat man – im Gegensatz zu Muskelverletzungen – jedoch keinen „Rahmen“, „keine Eckdaten“ und „so gut wie keine Anhaltspunkte“ für ein standardisiertes Vorgehen sowie für die Dauer bis zur vollständigen Genesung. „Und hinterher kann man auch nicht sagen, was, wann und wie besser zu machen ist. Das ist schwierig“ (T_RB, 119). Darüber, wie der Athlet die Rehabilitation und den Wiedereinstieg erlebt hat, wird jedoch „nicht philosophiert“, obwohl der Trainer davon ausgeht, dass es „auf jeden Fall eine schwierige Zeit“ war. Insbesondere weil das Leistungsniveau nach der Rehabilitation „nicht so gut“ ist, denn er kann „weder richtig springen noch sprinten“ und hat „schon ein schwaches Bein“. Das Ziel besteht darin, den Spieler bis zu Saisonbeginn wieder fit zu bekommen. Für dieses Vorhaben musste man aus Sicht des Trainers jedoch „schon viel Vertrauen“ haben (T_RB, 86).

Erneute Verletzungspause durch eine Fingerverletzung bei einem Vorbereitungsspiel und „relativ“ beschwerdefreie Zeit im Anschluss und sportliche Erfolge

Tobias kann gegen Ende der Vorbereitungsphase zum ersten Mal wieder ins Spielgeschehen eingreifen. Dabei zieht er sich allerdings eine Fingerverletzung zu, die eine erneute Verletzungspause notwendig macht (S_TK, 126). „Ich habe dann ein Freundschaftsspiel bei den Vorbereitungen wieder gespielt und da ging dann der Finger weg. Ich hatte dann eine Schiene, bin dann [in meinen Heimatort] zurück, habe dann mal ein paar Tage abgeschaltet“ (S_TK, 140). Er erhält vom Verein ein paar Tage Urlaub, um die Verletzung „erstmal ein bisschen zu verdauen“. Danach erfolgt die Wiederaufnahme des Trainingsbetriebs. Obwohl er das erste Saisonspiel verpasst, ist er froh, wieder trainieren zu können. „Aber das zweite Saisonspiel habe ich dann überraschenderweise wieder mitgemacht“ (S_TK, 140). Bei der Fingerverletzung wird Tobias erneut komplett aus dem sportlichen Geschehen herausgenommen und erst langsam über das Training wieder ans Spiel herangeführt. Die Fingerverletzung stuft

Tobias rückblickend als „eine kurze Periode“ ein, die „natürlich schon ziemlich nervig“ war. (S_TK, 140). Die endgültige Wiederaufnahme des Spielbetriebs erfolgt schließlich ein Jahr nach erstmaligem Auftreten der Achillessehnenbeschwerden. In der Folgezeit hat Tobias keine Beschwerden mehr mit der operierten Achillessehne, wie er ausdrücklich betont. „Ehrlich. Bei einem explosiven Sprung, ein paar Wehwehchen noch, aber das war alles relativ“ (S_TK, 146, 148). Er schafft es zurück in die Nationalmannschaft und zeigt gute Leistungen beim internationalen Turnier¹³ und auch die restliche Bundesligasaison spielt Tobias ohne größere Beschwerden durch.

Die Rolle des sozialen Umfelds im Verletzungsverlauf

Über die gesamte Verletzungsdauer ist Nationalmannschaftsarzt Dr. W. Kern der größte Bezugspunkt für Tobias. Ihn kennt der Athlet nicht nur schon sehr lange, er bezeichnet ihn auch als seinen Freund. Dem Mannschaftsarzt Dr. L. Dietz vertraut er zwar auch, allerdings kennt er diesen erst seit zwei oder drei Jahren. „Und unser Doc hier ist auch sehr nett und so, aber ich verbinde jetzt keine große Freundschaft mit ihm“ (S_TK, 231). Der Physiotherapeut S. Haupt spielt ebenfalls eine zentrale Rolle, wohingegen die Therapeuten des Vereins nur ganz am Rande erwähnt werden. Der Trainer „ist auch ein guter Freund von mir“ und hat sich in der Verletzungsphase „sehr gut reinversetzt“, weil er als Sportler seine eigene Karriere verletzungsbedingt beenden musste. „Er gab mir auch sehr, sehr wichtige Ratschläge, muss ich sagen“ (S_TK, 237) und hat „dann auch so trainiert, dass ich dann auch wieder spielen konnte“. Auch der Manager ist „nicht nur Manager (...), sondern auch ein Freund“, der in der Verletzungsphase beteiligt war. Darüber hinaus spielen die Freundin und der beste Freund, ein ehemaliger Handballspieler, eine Rolle als Bezugsperson beim Umgang mit den Beschwerden. „Aber da habe ich nie so intensiv darüber gesprochen, weil ich das einfach mit mir selbst ausmachen wollte.“ Generell spricht Tobias „nicht so gerne“ über seine Beschwerden (S_TK, 237).

Rückblickende Einteilung des Verletzungsverlaufs in Phasen durch den Spieler

Den gesamten Zeitraum der Achillessehnenverletzung beschreibt Tobias rückblickend als verschiedene Phasen. Vom Zeitpunkt der Beschwerdezunahme über die Absage der internationalen Meisterschaft 12 bis hin zur Wiederaufnahme des Spielbetriebs unmittelbar vor dem Achillessehnenriss dominiert das Gefühl der Unsicherheit. Diese Phase bezeichnet er als „ein Wellenbad der Gefühle“ (S_TK, 208-212). Als weitere Phase identifiziert Tobias die Zeit unmittelbar nach dem Achillessehnenriss, die er in die Abschnitte Schock, Erleichterung und Motivation unterteilt. Die Rehabilitationsphase und den anschließenden Wiedereinstieg mit der erneuten Unterbrechung durch die Fingerverletzung sieht er als die schwierigste Rehabilitation seiner Karriere und ebenfalls als eine Zeitspanne an, die von „Ungewissheit“ geprägt ist (S_TK, 214). Die drei Phasen vermerkt Tobias auch im Verletzungsdiagramm.

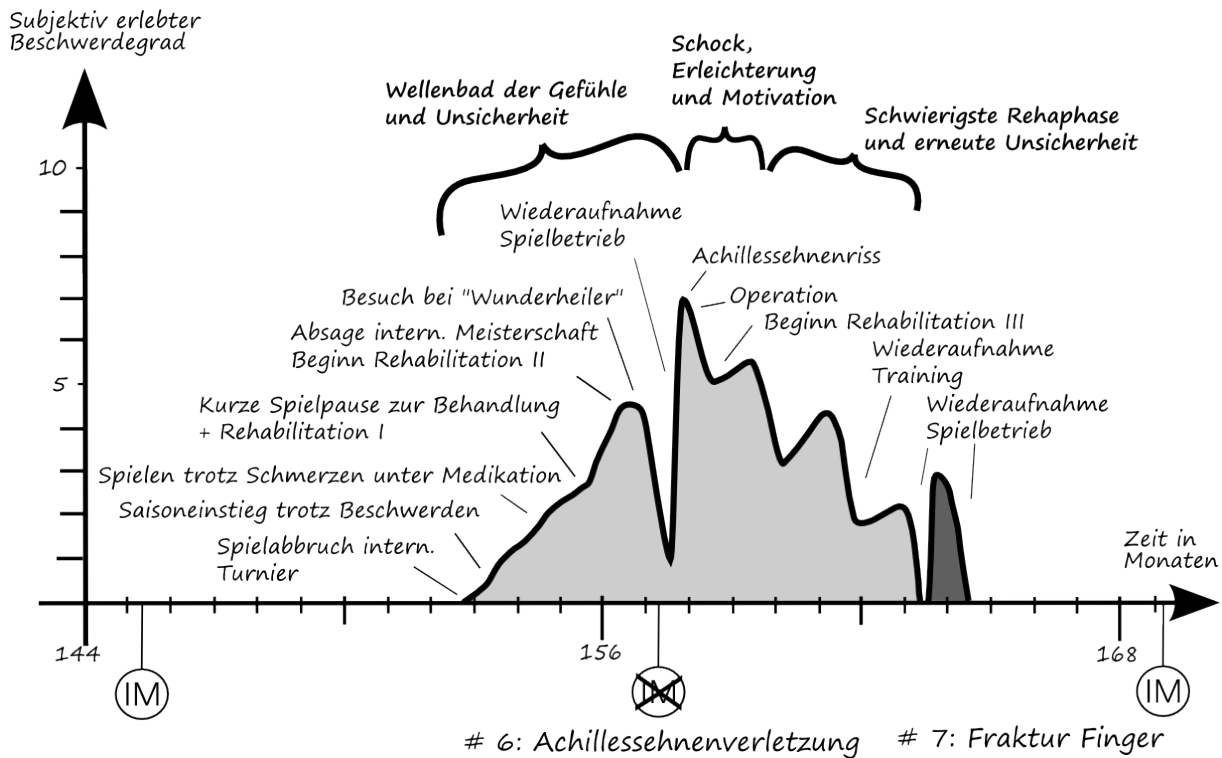


Abbildung 17: Umgang mit der bedeutsamsten Verletzung im Karriereverlauf von Tobias Kurz

Mit dem Zeitpunkt des endgültigen Wiedereinstiegs ins Spielgeschehen ist die Verletzungsphase abgeschlossen, obwohl noch Bewegungseinschränkungen und leichte Schmerzen vorhanden sind. Im Verletzungsdiagramm wird der subjektiv wahrgenommene Beschwerdegrad mit Beginn der Wiederaufnahme des Spielbetriebs als nicht mehr vorhanden vermerkt.

7.3.4. Zeitraum nach der Achillessehnenverletzung und aktuelle Situation

Nach einer beschwerdefreien Zeit von acht Monaten treten bei den internationalen Meisterschaften 14 bereits nach wenigen Spielen erneut gesundheitliche Probleme auf (S_TK, 150).

- **#8 Gelenkbeschwerden Ellbogen und #9 Muskelfaserriss Oberschenkel**

„Ich konnte manchmal meinen Ellbogen nicht mehr gerade machen, musste dann mal so machen [führt mit dem Unterarm eine Pronations- und Supinationsbewegung durch] und dann ging es weiter“ (S_TK, 158). Im weiteren Turnierverlauf verspürt Tobias immer stärkere Gelenkbeschwerden an seinem Wurfarm, ein Abbruch des Turniers kommt jedoch nicht in Frage. „Nach dem Halbfinale war [das Ellbogengelenk] auch dick, aber nach dem Finale hatte ich so eine Schwellung. Ich konnte [den Ellbogen] kaum mehr bewegen, mir hat alles wehgetan“ (S_TK, 158). Die Schmerzen „waren mir egal, ich konnte die Spiele noch spielen“. Im Verletzungsdiagramm zeichnet er beim subjektiv wahrgenommenen Beschwerdegrad daher „auch keinen Ausschlag“ ein (S_TK, 158). Nach der Rückkehr vom Turnier geht er „direkt zum Arzt“, eine Kernspin-Untersuchung bestätigt die vom Nationalmannschaftsarzt bereits vermuteten freien Gelenkkörper. Dennoch wird die als notwendig erachtete Operation ver-

schoben. Denn Tobias versucht, beim Bundesligaauftakt nur zwei Wochen nach dem Turnier mitzuwirken. „Weil das auch ein besonderes Match war. Ich habe dann sechs Minuten gespielt und es ging einfach nicht, es ging nicht, Punkt“ (S_TK, 150). Nach dieser Erfahrung wird der Operation zugestimmt. Nach dem mehrstündigen Eingriff beginnt wieder einmal die Rehabilitation in der physiotherapeutischen Einrichtung 1 unter Leitung des Physiotherapeuten und Freundes S. Haupt (S_TK, 150).

Spielbetrieb unter Schmerzmedikation

Die anschließende Rehabilitation nach dem Eingriff „lief relativ gut, nach drei, vier Wochen habe ich wieder gespielt und ich fühlte mich auch gut“ (S_TK, 150). Im zweiten Spiel nach dem Wiedereinstieg fällt Tobias bei einer Abwehraktion unter Gegnereinfluss auf den frisch operierten Ellbogen. Von „da fingen dann die ganzen Probleme noch mal an“ (S_TK, 150). Die folgenden Wochen sind von „nervigen Schmerzen“ geprägt (S_TK, 165). Zudem sind „Spiele über Spiele. Ich hatte kaum trainiert, habe zwar gespielt, habe auch relativ gut gespielt, aber ich konnte nicht trainieren. Habe nur Voltaren, Voltaren und Voltaren genommen. Und konnte nachher nur noch mit Spritzen und Voltaren und so weiter spielen und musste deswegen auch das internationale Turnier 15 absagen“ (S_TK, 152). Über diese Beschwerden sind bis zur letztendlichen Absage des Turniers nur wenige Personen informiert. Verletzungen wie diese werden wie der aktuelle körperliche Zustand weitestgehend geheim gehalten. „Das wird nie an die große Glocke gehängt. Der Doc wusste Bescheid, der Bundestrainer auch, aber alle anderen wussten nicht Bescheid“ (S_TK, 150). Aus den Erfahrungen der ersten Verletzung hat Tobias seine Lehren gezogen. Es ist für ihn nicht mehr möglich, als verletzter Athlet der eigenen Mannschaft beim Turnier zuzuschauen und sich im Kreise der Mannschaft zu bewegen. Mit den Verletzungen und dem häufigen Verzicht auf wichtige Turniere und Spiele kommt er hingegen einigermaßen gut zurecht. „Aber wenn einem immer nur erzählt wird, was für ein Pech du hattest und so weiter, das geht dir so auf den Geist“ (S_TK, 150).

Belastungsabhängige Schmerzsymptomatik und Gedanken an ein Karriereende

Nach der beschwerdebedingten Turnierabsage legt Tobias „vier, fünf Wochen Pause“ ein, die er zu Behandlungszwecken „auch sehr gut genutzt“ hat. Danach kann er „auch wieder besser spielen, also ohne Schmerzen spielen“. Allerdings treten stets belastungsabhängige Schmerzen auf. „Je mehr Belastung, desto mehr Schmerzen“ (S_TK, 152). Dies geht so weit, dass manchmal „kein fester Wurf mehr so richtig rauskommt. [Diese Probleme] ziehen sich bis heute noch hin. Manchmal ging es dann auch in andere Körperteile, Wechselwirkungen halt“ (S_TK, 154). Im weiteren Saisonverlauf macht sich Tobias zum ersten Mal Gedanken darüber, wie es mit der Nationalmannschaft weitergehen soll. Zunächst wird mit dem Bundestrainer vereinbart, für die restliche Saison auf Einsätze im Nationalteam zu verzichten. Im Zuge der Vorbereitung auf die neue Saison überlegt er sich, wie es weitergehen soll. „Ich kann nicht jeden Tag mit dem Ball trainieren. Und wie soll ich dann [ein Turnier mit der National-

mannschaft] überstehen, wo wir vier, fünf Spiele in der Woche haben?“ (S_TK, 154). Obwohl Tobias wieder in den Kreis der Nationalmannschaft zurückkehrt, teilt er niemandem seine Gedanken mit. Nach mehreren Bundesligaeinsätzen in der noch jungen Saison vereitelt eine Zerrung den einen Einsatz bei einem kleineren Turnier im Rahmen der Nationalmannschaft (S_TK, 154). Mit der verletzungsbedingten Turnierabsage kann er sich jedoch arrangieren und besucht die Mannschaft beim Turnier (S_TK, 156). Dort sucht Tobias das Gespräch mit dem Bundestrainer und dem verantwortlichen Mannschaftsarzt, um seine Überlegungen zu einer möglichen Beendigung der Nationalmannschaftskarriere mitzuteilen. Allerdings möchte er noch einmal zwei Monate abwarten und sehen, „wie es sich entwickelt“. Die Beschwerden bereiten ihm große Probleme, so dass er nicht jeden Tag spielen oder trainieren kann. Bis zum nächsten Nationalmannschaftslehrgang wird der Kontakt telefonisch aufrechterhalten (S_TK, 156). Tobias reist zum besagten Lehrgang an und wird am zweiten Tag mit der Entscheidung zur Beendigung der Nationalmannschaftskarriere konfrontiert. „Der Doc hat sich mit dem Bundestrainer unterhalten und hat ihm dann gesagt, es hat keinen Sinn, ich beende meine Karriere. Das war eigentlich ein ziemlicher Schlag für mich insgesamt. Ich war dann aber irgendwie auch schon erleichtert und froh, dass einfach eine Entscheidung getroffen worden ist und im Nachhinein muss ich auch sagen, ist das die richtige Entscheidung gewesen, auch wenn das internationale Turnier 17 und das internationale Turnier 18 vor der Tür stehen. Die hatte ich eigentlich im Visier, da wollte ich meinen Abschluss machen. Gut, Weg geändert und da war dann die Entscheidung da, in der Nationalmannschaft aufzuhören“ (S_TK, 156). Diese Entscheidung empfindet Tobias zum einen als „absoluten Tiefpunkt“ bezüglich des erlebten Beschwerdegrads, zum anderen aber auch als „Neuanfang“ (S_TK, 167).

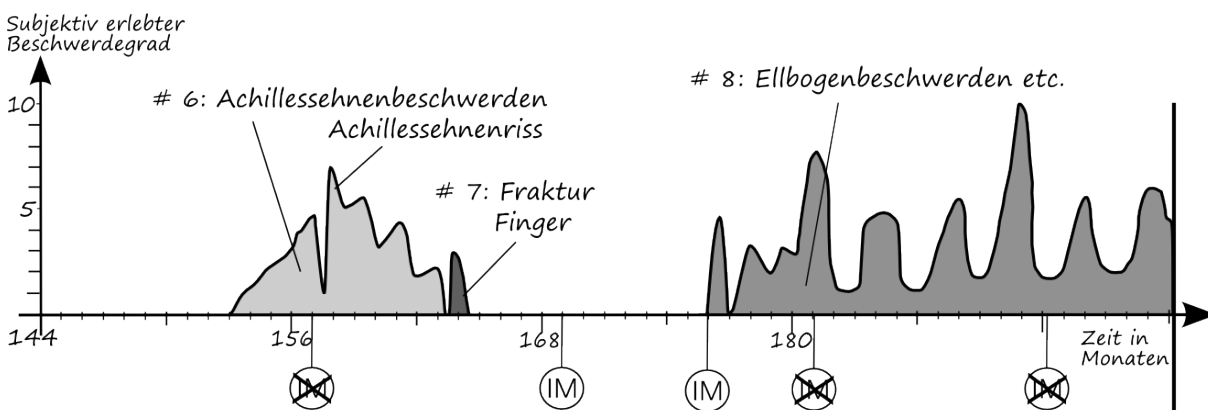


Abbildung 18: Verletzungsverläufe #6 bis #8 von Tobias Kurz und Aktuelle Situation im Überblick

- **Aktuelle Situation und Ausblick**

Mit dieser Entscheidung hat sich die Trainings- und Wettkampfbelastung deutlich reduziert. „Seitdem habe ich immer noch, bis heute mal mehr, mal weniger Probleme mit dem Ellbogen“ (S_TK, 156). Den Beschwerdeverlauf in der Zeit nach dem Spielunfall beschreibt der Athlet entsprechend in einer „Wellenform“, wobei die Zeitpunkte, in denen Spiele verletzungsbedingt abgesagt werden müssen, mit höchsten Beschwerdegraden angegeben werden (S_TK, 163). Die Ursachen für die mittlerweile chronischen Ellbogenbeschwerden führt Tobias auf den Spielunfall zurück, als er unter Gegnereinfluss auf das frisch operierte Gelenk gefallen ist. „Durch diesen Sturz ist da irgendwie ein Prozess in Gang gekommen“ (S_TK, 150). Erst zum Zeitpunkt des Interviews kann er abschätzen, „was das für Folgen hatte“, weil sich erst im Nachhinein „abzeichnete, dass das so schlimm ist“ (S_TK, 158). Allerdings ist es nicht so, „dass es wieder normal ist, ich kann den Ellbogen nicht normal bewegen, ich kann nicht jeden Tag werfen, weil ich da einfach so viele Schmerzen habe, manchmal kommt da auch wenig raus“ (S_TK, 150). Nach der Beendigung der Nationalmannschaftskarriere wird vor einer Bundesliga-Spielpause noch einmal versucht, intensiver zu trainieren, um zu schauen, was passiert. Wir wollten „jetzt mal wissen, ob ich vielleicht doch wieder mehr werfen kann“ (S_TK, 171). Mit dem Resultat, dass eine Belastungssteigerung nicht möglich ist. Deswegen wurde das Training dahingehend angepasst, dass „mindestens zwei, wenn nicht sogar drei Tage in der Woche kein Ball“ geworfen wird. Dennoch ist er „natürlich immer dabei“ beim Training. „Ich kann ein paar Sachen machen, Kräftigung, Fußball spielen und so weiter, habe so Kontakt“ (S_TK, 171).

Zum Zeitpunkt des Interviews hat Tobias noch einen mehrjährigen Vertrag mit dem Verein, den er „auf jeden Fall gerne erfüllen möchte“ (S_TK, 172). Vor allem möchte er das vom Verein geschenkte Vertrauen zurückzahlen. Da er in der Vergangenheit „auch sehr gute Leistungen gebracht“ hat, kommt während der Verletzungsphasen zwar „kein Schuldgefühl oder so“ auf, „aber man steht schon in einem schlechten Licht“ (S_TK, 283). Der Athlet ist daher erleichtert, nicht noch „irgendwelche Vertragsgespräche“ führen zu müssen und unabhängig von den körperlichen Beschwerden wirtschaftlich abgesichert zu sein (S_TK, 283). Da die Bundesligasaison gerade zu Ende geht, ist er „jetzt einfach mal froh“ über die Pause, „weil ich in der letzten Zeit, in den letzten zwei Monaten auch nicht gut gespielt habe“. Die Freude auf den Urlaub ist groß. „Kein Stress mehr, gar nichts mehr, sondern einfach ein bisschen Ruhe. (...) Ich denke auch nicht nach, wie es wird oder ob es jetzt wieder besser oder ob es schlechter wird, ob ich vielleicht doch nicht mehr spielen kann. Da denke ich eigentlich nicht darüber nach. Ich genieße einfach die Pause“ (S_TK, 175). Wenn die Vorbereitung wieder losgeht „werde ich wieder mein Bestes geben. Ich muss jetzt auch erst wieder den Kopf frei bekommen und dann geht es weiter, dann versuche ich bessere Leistungen zu erbringen als die letzten zwei, drei Monate“ (S_TK, 175). Tobias möchte sich keinen „Kopf drum“ machen, ob danach alles „hält“, vielmehr steht er der anstehenden Vorbereitung und der kommenden Saison

eher gelassen gegenüber. „Da gehe ich einfach durch und was kommt, das kommt. Wenn es gut klappt, klappt es gut, wenn es weniger ist, okay, dann hat man halt Pech gehabt“ (S_TK, 175).

Karriererelevanz und Bedeutsamkeit der Verletzungsproblematiken

Die Einschätzung der bedeutsamsten Verletzung im Karriereverlauf ist für Tobias aufgrund der unsicheren Entwicklung seiner Ellbogenverletzung gar nicht so leicht. Zunächst stuft er „ganz klar“ die Achillessehnenverletzung als die schlimmste Verletzung ein. „Weil ich da echt fast ein dreiviertel Jahr nur Probleme [hatte]: Schmerzen, Aufhören, Schmerzen, Pause, wieder anfangen und immer wieder anfangen habe. Und im Durchschnitt dauerte das dann auch noch mal ein halbes Jahr, bis ich wieder fit war“ (S_TK, 35). Obwohl ihn der Ellbogen momentan stark einschränkt, war die Phase mit den Achillessehnenproblemen „eine sehr harte Zeit, die Härteste“, die er „nicht noch mal wiederholen“ möchte (S_TK, 314). Diese „extrem harte Zeit“ ging stark „an die Substanz, weil man einfach nicht wusste, woran man ist. Jetzt ein, zwei, drei Jahre später, da wird man insgesamt schon ein bisschen gelassener“ (S_TK, 312). Allerdings könnten auch die chronischen Ellbogenbeschwerden „mit allem was dazugehört“ noch „gleichbedeutend mit der Achillessehnenverletzung oder noch schlimmer sein“. Das kann Tobias zum Zeitpunkt des Interviews „eben noch nicht so hundertprozentig sagen“. Dies hängt maßgeblich davon ab, „inwieweit mich das in Zukunft jetzt noch beschäftigen wird. Es kann natürlich auch sein, dass sich im schlimmsten Fall alles verschlechtert“ (S_TK, 38). Die biografische Bedeutung der aktuellen Beschwerdeproblematik wird an der Notwendigkeit einer verletzungsbedingten Aufgabe der Karriere vor dem bereits anvisierten Zeitpunkt abhängig gemacht. „Ich hoffe echt, dass es nicht so weit kommt, dass ich noch vor [Ablauf der nächsten zwei Jahre] nicht mehr spielen kann. Dafür arbeite ich einfach. Die Ungewissheit ist sicherlich da, aber ich mache mir da jetzt keinen Kopf darum. Sondern ich gehe jetzt in die Vorbereitung, ich versuche dort alles zu geben und ich hoffe, dass alles hält. Kommt drauf an, wenn ich nächstes Jahr nicht mehr spielen kann, dann wird sicherlich die [Ellbogen-]Geschichte stärker sein als die Achillessehnenverletzung“ (S_TK, 312).

Während die Achillessehnenverletzung für Tobias rückblickend höchst bedeutsam ist, wird deren biografische Relevanz von Trainer und Arzt unterschätzt.

Perspektive Trainer: „Ja, man muss sagen, das mit seiner Achillessehne wurde immer besser, besser, besser. Da wird jetzt ja auch gar nicht mehr darüber gesprochen. Das heißt, er hat da eigentlich, denke ich, eine super Fähigkeit und Fertigkeit wieder erlangt“ (T_RB, 340-342). Was insbesondere die weitere Entwicklung der Ellbogenproblematik angeht, vertritt Trainer R. Berger die Auffassung, dass jeder Athlet selbst wissen muss, worauf er sich einlässt. „Im Prinzip muss jeder selbst einfach mal entscheiden, was ihm die sportliche Karriere wert ist“ (T_RB, 95). Für sich selbst stellt er fest: „Ich habe auch Kniegelenksarthrose und jetzt merke ich auch, ich kann aufgrund meiner Bewegungseinschränkung vielleicht nicht knien und hocken. Aber das stört das allgemeine Leben nicht.“ Eine Handballprofi wie Tobias kann „hinter-

her noch viele gute Sachen machen, bloß er kann eben vielleicht nicht mehr Handballspielen. Und ob man nach dem Sport den Ellenbogen nicht mehr ganz bewegen kann, das stört beim Essen und Trinken nicht. Deswegen muss jeder wissen, was er noch vorhat. Wenn er natürlich Gerüstbauer ist, dann wird es eng“ (T_RB, 97). Obwohl sich der Trainer darüber im Klaren ist, dass zum Beispiel die bestehende Ellbogenproblematik „durch den Leistungssport nicht besser wird“ und die mit dem Hochleistungssport verbundenen „Überlastungen“, das „Schlechteste“ bei einer solchen Problematik sind, muss eben jeder „für sich selbst einplanen, was er geben kann und was nicht“ (T_RB, 97).

Perspektive Arzt: Aus Sicht des Arztes ist „die Achillessehne ja im Moment absolut kein Thema mehr. Wenn alles so gut wäre wie die Achillessehne, hätten wir auch keine Probleme mehr“ (A_LD, 70). Ebenso ist „von Seiten der Hubamplitude und alles, was man so an Biomechanik feststellen kann, in Ordnung. Er springt gut und macht eben zwischendurch immer mal alleine Koordinationsübungen“ (A_LD, 74). Seit dem Wiedereinstieg ins Spielgeschehen war die Achillessehnenverletzung kein Thema. „Ich glaube, wenn man ihn jetzt auf seine Gesundheit anspricht, wird er wahrscheinlich erst im fünften oder sechsten Satz seine Achillessehne erwähnen“ (A_LD, 74). Aus Sicht von Dr. L. Dietz ist vielmehr der Ellenbogen „eine Katastrophe“. Neben einer prognostizierten Verschlechterung der Beschwerden muss man „eben sagen, dass die Bewegungseinschränkung mittlerweile, auch was die Bewegungsamplitude betrifft, groß ist“. Darüber hinaus sind „auch die anderen Muskelgruppen, Schulter, usw. mittlerweile in Mitleidenschaft gezogen. Das können Sie sich ja vorstellen bei einem Handballer: Wurfarm, (...) das ist tödlich“ (A_LD, 93).

Dr. L. Dietz geht davon aus „dass nur ganz wenige Spieler ihre Karriere beenden, ohne sich schon erhebliche Schäden zugezogen zu haben, sei es verletzungsbedingt oder sei es durch Überlastung“. Vor allem „Knorpelprobleme“ und „Probleme, die den Bewegungsapparat angehen“ sind für ihn offensichtlich. „Schauen Sie sich die Sportler an, die ausgestiegen sind, wie die rumlaufen. (...) Viele von denen, die zahlen halt auch ihren Preis. Und das ist schon ein hoher Preis. Ich meine, viele von denen sind dann erstmal nicht symptomatisch, weil sie dann aufhören. (...) Aber die ganzen verschleißbedingten Probleme, Arthrosen und ähnliche Schäden, die verlagern sich 10, 15 Jahre nach vorne (...) Also wenn sie 50, 55 sind, dann gehen sie alle auf der Felge“ (A_LD, 113). Der Arzt ist davon überzeugt, dass viele Spieler wissen, „dass der Preis hoch ist“ und sich der Gefahren durchaus bewusst sind. „Aber sie wissen eben auch, dass dieses Leben, das sie dafür führen dürfen, nicht jedem gegeben ist. Das wissen sie, sie wollen das so und ich glaube sie akzeptieren das so“ (A_LD, 115). Selbst offensichtlich erwartbare Folgeschäden stellen für manche Spieler keinen Grund für eine Beendigung der Karriere dar. „Wir haben einen Spieler in der Mannschaft, den hatte ich nach zwei Kreuzbandverletzungen in Behandlung, der hat ein maximal verschossenes Knie, das Knie sieht katastrophal aus. Aber er spielt und er spielt weitestgehend beschwerdefrei“ (A_LD, 117). Die negativen Begleiterscheinungen werden vielmehr durch die positiven Aspekte einer

sportlichen Karriere aufgewogen. „Wenn man das mal so sieht, sehen die Spieler ihre Kinder aufwachsen, weil sie nicht den ganzen Tag bei der Arbeit sind, sie kommen in der Welt herum, sie haben viele Vergünstigungen, also sie haben kein schlechtes Leben. Und das wollen sie eigentlich auch alle nicht aufgeben. Oder viele nicht aufgeben“ (A_LD, 117).

Trotz dieser aktuellen Beschwerden und der umfangreichen Verletzungsgeschichte geht Dr. L. Dietz davon aus, dass sich Tobias höchster Gesundheit erfreut. „Ich halte ihn trotzdem für einen sehr wichtigen Spieler in der Mannschaft. Ansonsten ist er ja Modellathlet, muss man ja sagen. Er hat ja kein Gramm Fett und sonst ist er kerngesund, glaube ich“ (A_LD, 95).

7.3.5. Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen im biografischen Kontext

Bei der Betrachtung der Bedeutung von Gesundheit macht Tobias vor dem Hintergrund der Verletzungskarriere und des gesamten bisherigen Lebens darauf aufmerksam, dass Verletzungen für ihn nichts mit Gesundheit zu tun haben. „Gesundheit und Verletzungen sind für mich nicht ein und dasselbe. Verletzungen sind Verletzungen, Gesundheit ist für mich eben, dass es mir körperlich gut geht. Krankheiten, das verbinde ich so mit Gesundheit. Diese Verletzungen, das ist ja einfach sportspezifisch. Da ist man nicht krank, sondern man ist verletzt“ (S_TK, 343). Gesundheit stellt für ihn das höchste Gut dar. „Weil, man will ja leben und das Leben genießen können. Man möchte lange leben, wenn das Leben schön ist, man möchte glücklich sein und dazu gehört eben auch Gesundheit. Ja, und Verletzungen, die gehen vorüber und Gesundheit ist halt wichtiger“ (S_TK, 343). Tobias sieht sich als gesund, wenn er keine Krankheiten, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat. Verletzungen werden vor allem als temporäre Funktionsstörungen angesehen, die sich auf die sportliche Betätigung auswirken, spätere Funktionseinschränkungen werden als Preis für die sportlichen Erlebnisse und Erfolge taxiert. „Ich sage mal, ein Bruch wird wahrscheinlich irgendwann behoben [Pause]. Okay, wenn es jetzt nicht mehr behoben wird und ich Invalide bin, heißt das aber trotzdem nicht, dass ich kürzer lebe oder dass ich dann so viele Probleme mit dem Herz habe und so weiter. Das ist ja viel schlimmer. Ja und [Verletzungen] würde ich eigentlich fast ausblenden, wenn ich von Gesundheit spreche“ (S_TK, 349).

Prävention von Verletzungen

Was die Prävention von Verletzungen betrifft, sieht Tobias keine Verbesserungsmöglichkeiten. Er betont mehrmals, dass er bis zur ersten schweren Verletzung nie etwas Gravierendes hatte. Auf die Frage, worauf er dies zurückführt, muss er erst überlegen. „Das ist schwer zu sagen. Worauf führe ich das zurück? Das hat sicher mit Glück zu tun. Genauso wenn ich jetzt die erste Verletzung sehe, ist einfach Pech gewesen. Ich hatte muskulär nie Probleme, ich habe bisher in meinem ganzen Leben nur eine einzige Zerrung gehabt. Sonst kann ich da eigentlich keine weiteren Schlüsse daraus ziehen“ (S_TK, 66). Gezielte Trainingsmaßnahmen zur Verletzungsvermeidung werden daher von Tobias auch nicht in Eigeninitiative durchgeführt. „Nein, ich bin auch nicht so einer, der Nahrungsergänzungsmittel und so nimmt, wo viele

darauf schwören, auch so Fitgetränke und was weiß ich. Ich mache da eigentlich relativ wenig oder eigentlich gar nichts. Und habe eigentlich auch nie anders trainiert. Gut, wenn der Trainer mal da war, aber so selber für mich habe ich immer dasselbe gemacht“ (S_TK, 68). Verletzungspräventive Trainingsinhalte werden nur durchgeführt, wenn sie im Mannschaftstraining integriert sind oder wenn es sich um die Wiederherstellung nach einer Verletzung im Rahmen der angeleiteten Rehabilitation handelt. Durch die verletzungsbedingten Einschränkungen hat sich jedoch eine veränderte Einstellung zum Lauftraining ergeben. Nach der ersten Handverletzung war „joggen“ das erste, was Tobias machen konnte. Seither „gehe ich auch gerne joggen“. Von den Ratschlägen, „man soll gesünder leben und so weiter“ hält er nicht viel. Dabei zielt er vor allem auf die Ernährung ab. „Wenn jetzt alle sagen, ja, du musst dich besser ernähren, dann bist du nicht so verletzungsanfällig. Ich glaube nicht, dass das an der Ernährung gelegen hat, weil ich eigentlich immer Gründe hatte. Hier war es der Kopf vom Gegenspieler, gut umknicken tut jeder mal, da war es ein Ball, da ist mir einer in die Achillessehne rein getreten. Also ich glaube nicht, dass das jetzt mit einer vernünftigen Ernährung oder Gesundheitsbewusstsein zu tun hat. Das ist einfach so, das ist einfach Schicksal“ (S. 182). Die mit dem sportlichen Engagement verbundenen Risiken werden damit als nicht kontrollierbar und vom Schicksal abhängig bewertet, womit ein kritisches Überdenken des eigenen Verhaltens weitestgehend ausgeschlossen wird.

Verbesserungsmöglichkeiten beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen sieht Tobias lediglich im Bereich der Thematisierung vorliegender Verletzungen. „Man kann das Mitleid nicht ertragen, also jetzt nicht irgendwie sportspezifisch oder so. (...) Ich kann es nicht mehr hören und deswegen war es für mich immer gut, wenn ich [bei der Reha] weg war. Ja, und Ansporn ist viel besser als dieses ewige Mitleid.“ Wenn er als „Pechvogel“ dargestellt wird, macht ihn das „sauer“. Dagegen wehrt er sich, indem er betont: „Ich hatte ja auch so viele Erfolge, so viel Spaß und so viel erlebt“ (S_TK, 334).

Einstellung zu Schmerzen, Schmerzmedikamenten und zum eigenen Körper

Mit zunehmender Dauer der spitzensportlichen Karriere und in Folge zahlreicher Verletzungen kommt es zu einer leichten Veränderung beim Umgang mit dem eigenen Körper. „Ich glaube, da ist man schon ein bisschen sensibilisiert. Im Training gibt man natürlich schon alles. Aber manchmal, in gewissen Situationen, da denkt man sich einfach, komm, das ist Training, vielleicht geht man da nicht so hart rein. Im Spiel ist aber alles gegessen, weil, wie gesagt, wenn man da nicht 100 Prozent gibt, dann wird die Leistung nicht so sein“ (S_TK, 185). Mit Ausnahme gewisser Trainingssituationen ist für Tobias lediglich im unmittelbaren Zeitraum nach schweren Verletzungen ein etwas vorsichtigerer Umgang mit dem Körper angebracht. „In der Anfangsphase, auch nach der Achillessehnenverletzung, da hat man Bedenken, wird das alles halten. Gerade auch mit der Mittelhandverletzung, da hat man am Anfang sicherlich noch Berührungsängste. Aber (...) nach ein paar Spielen, nach ein paar Wochen Training, geht das dann auch weg. Also ich gehe da jetzt im Spiel nicht mit weniger Ehrgeiz und

und Einsatz ran, sondern da gibt es keine Schonung. Im Training schon, aber im Spiel nicht“ (S_TK, 185). Während im Spiel alles riskiert wird, lässt sich der körperliche Einsatz im Training etwas besser steuern. Darüber hinaus werden Schmerzen und Beschwerden mit fortschreitender Karrieredauer nicht mehr so stark ignoriert. Dies wirkt sich auch auf den Zeitpunkt der Entscheidung zur Absage des Trainings oder zur verletzungsbedingten „Spielpause“ aus, die in Abhängigkeit der Beschwerden tendenziell früher erfolgt. „Wenn ich jetzt mal heute nehme, wenn ich halt Beschwerden habe, ist man einfach sensibler. Und man hört heute ab und zu mal schon ein bisschen früher auf als vorher.“ Bei körperlichen Beschwerden wird der Einsatz jedoch vor allem vom Spielplan beeinflusst. „Es ging eben auch um die Wichtigkeit des Spiels, das darf man, glaube ich, nicht vergessen. Wenn es jetzt ein Gegner ist, bei dem man sagt, mein Gott, den schaffen wir auch sowieso locker, dann hat man sich schon mal entschuldigt. Dann gab es halt Spiele, bei denen jeder Mann gebraucht wurde, da sagt man wieder, komm, da muss man halt durch“ (S_TK, 245). Ein instrumentelles Verhältnis zum eigenen Körper drückt sich bei Tobias insbesondere in der Einstellung zu Schmerzen und zur Schmerzmedikation aus. Das Aushalten, Verdrängen, Ignorieren und die medikamentöse Behandlung von Schmerzen ist nicht nur in den Verletzungsphasen Bestandteil des alltäglichen Lebens. Was Medikamente angeht, sieht sich Tobias selbst als einen Spieler an, „der eigentlich viel ablehnt“, was auch „mit den Nahrungsergänzungsmitteln zu tun“ hat. „Ich renne auch nicht wegen einer Grippe zum Arzt und lasse mir da irgendwelche Mittel aufschreiben, die stehe ich einfach durch“ (S_TK, 190). Obwohl Tobias versucht, bei Schmerzen auf die Zähne zu beißen und diese zu ertragen, kommt es im Karriereverlauf zu einem massiven Einsatz von Schmerzmitteln, die entweder oral eingenommen oder vom Arzt injiziert werden. Eigentlich lehnt er den Einsatz von Medikamenten weitestgehend ab. „Deswegen war es für mich auch immer in Anführungsstrichen *traurig*, die Tabletten zu nehmen. Die waren einfach da, die musste ich dann auch nehmen, um den Sport weiter zu betreiben“ (S_TK, 192). Die Einnahme von Schmerztabletten ist dem Spieler bei seiner ersten Handverletzung noch „nicht so aufgefallen“ (S_TK, 192). Damals weiß er „noch nicht, dass das so Auswirkungen hat“ (S_TK, 161).

Erst im weiteren Karriereverlauf tritt der Umgang mit Medikamenten allmählich ins Bewusstsein. „Ganz bewusst war es eben bei den Achillessehnenbeschwerden, wo ich auch in der Reha viel Voltaren schlucken musste und auch gerade hier [in den Monaten vor dem Achillessehnenriss]. Ich weiß nicht, wie viele ich da dann geschluckt habe. Und wie gesagt, dann zum Spiel eben Voltaren spritzen lassen musste, weil das einfach mehr wirkt. Habe aber wirklich seit [dem Rücktritt aus der Nationalmannschaft] bis auf ein paar Ausnahmen nichts mehr genommen, weil ich mir gesagt habe, du, jetzt reicht es. Die Voltaren-Tabletten sind natürlich nicht auf langfristiger Basis gebaut. Manchmal hatte ich auch erhöhte Leberwerte, das kommt eben auch daher. Dann haben wir es mal abgesetzt. Gut, dann hat man ein bisschen mehr Schmerzen und wenn es wirklich nicht mehr geht, dann gibt es wirklich mal wieder eine

Spritze. Aber nicht mehr zum Training, sondern immer nur zum Spiel. So war das hier [in der Zeit bis zum Rücktritt aus der Nationalmannschaft] der Fall, da habe ich ja jeden Tag Voltaren genommen. Da habe ich mir dann gesagt, das kann es einfach nicht sein“ (S_TK, 192). Lediglich im Zusammenhang mit den erhöhten Leberwerten kommt es zu einer kurzfristigen Reduktion des Konsums. Allerdings wird auch weiterhin medikamentiert, gespritzt wird allerdings „nur“ noch vor den Spielen. Tobias fühlt sich über den Einsatz und die Nebenwirkungen von Medikamente ausreichend aufgeklärt. „Die geben einem jetzt nichts, wo wir nicht wissen, was da passiert. Gut, manche interessieren sich mehr dafür, manche interessiert das überhaupt nicht. Gib mir etwas und es wird besser, so ungefähr. Bei mir war es schon, also ich interessiere mich schon, was da alles in meinen Körper reinkommt. Und warum die Spritze so ist und was da gemacht wird. Also da wird dann aber auch bereitwillig aufgeklärt“ (S_TK, 327).

Risikobereitschaft für den sportlichen Erfolg

Auf die Frage, was ein Sportler für einen Olympiasieg bereit wäre, gesundheitlich zu riskieren erwidert Tobias ohne nachzudenken. „Alles. Alles. Also, Olympia ist noch bedeutender als alles andere. Muss man einfach sagen. Ich glaube, da nimmt jeder alles auf sich. Da muss man eher vom Arzt gebremst werden, als dass man selber sagt, nein, es geht nicht mehr“ (S_TK, 319). Kein Spieler würde sagen, dass er aufgrund von Beschwerden nicht spielen kann. „Wir hatten einen Spieler, der in der zweiten Halbzeit [in einem Finale] nicht mehr spielen konnte. Das war einer, der hätte, glaube ich, von uns allen am meisten ausgehalten und der konnte einfach nicht mehr. Der konnte nicht mehr laufen, es ging nicht mehr. Gut, und das hat natürlich auch keinen Sinn, aber wenn so einer dann aufhört, das sagt eigentlich schon alles. Weil der eigentlich der Begnadetste war. Und so ist das eigentlich auch bei allen. Also ich kann mir nicht vorstellen, wenn es irgendwie geht, da wächst man über seine Kräfte hinaus und da würde man alles für tun“ (S_TK, 321). Mit möglichen Folgeschäden durch das spitzensportliche Engagement setzt sich der Athlet kaum auseinander, obwohl er mehr oder weniger davon ausgeht, dass eine Profisportkarriere im Handball nicht ohne Verschleiß zu bewältigen ist. „Dass es mir ziemlich klar ist, möchte ich nicht sagen. Aber schon auf diesem Level, weil ich weiß, dass ein Profisportler auch gerade im Handball, meine Gelenke, gerade die Fußgelenke, ja, nicht gut aussehen, sondern Arthrose bestimmt drin ist und was weiß ich. Gut, mit dem Ellbogen ist es natürlich schon so, dass da in der Zukunft irgendwas kommt, aber auch mit dem Daumen weiß ich auch nicht, ob da ein Verschleiß drin ist. Also da mache ich mir jetzt keinen großen Kopf drum“ (S_TK, 177). Mögliche Folge- oder Spätschäden am Bewegungsapparat werden von Tobias billigend in Kauf genommen und als Preis angesehen, den man „ganz eindeutig“ bereit ist, „für die Karriere“ zu zahlen. „Ich meine, ich habe auch viel erreicht, ich habe viel Spaß gehabt, viel erlebt und das möchte ich nicht missen. Ich würde es immer wieder so machen“ (S_TK, 179).

7.3.6. Fallspezifischen Organisation der medizinischen Behandlung, Betreuung und Verletzungsprävention

Unabhängig von der Art des auftretenden gesundheitlichen Problems ist der Mannschaftsarzt der erste und zentrale Ansprechpartner. „Egal auf welchem Fachgebiet, wenn die Spieler irgendein Problem haben, rufen sie mich an“ (A_LD, 21). Selbst bei den Frauen und Kindern der Spieler ist der Mannschaftsarzt immer derjenige, der um Rat gefragt wird. Zunächst versucht der Mannschaftsarzt das gesundheitliche Problem durch seine Facharztausbildung und durch seine medizinischen Kenntnisse „in den Griff“ zu bekommen. Wenn nicht, werden die Weichen für eine Behandlung durch einen Spezialisten auf dem entsprechenden Gebiet gestellt.

Medizinische Behandlung und Betreuung

Der Mannschaftsarzt fungiert dabei als Koordinator der Behandlung, der den Kontakt herstellt und das Vorgehen lenkt. Der gesamte unfallchirurgische und chirurgische Sektor liegt in der Hand des Mannschaftsarztes, den Spielern wird jedoch auch die Möglichkeit gegeben, sich in der Klinik des Nationalmannschaftsarztes operieren zu lassen. Mit dieser Einrichtung wird eng zusammengearbeitet, nicht zuletzt, weil es sich hierbei um ein „Vorzeigeobjekt mit hervorragender medizinischer Versorgung“ und „hervorragender Betreuung“ handelt (A_LD, 17). Insbesondere wenn ein gesundheitliches Problem mit einem Nationalspieler vorliegt, wird der Nationalmannschaftsarzt informiert und mit in das weitere Vorgehen involviert. Dieser steht vor allem auch als Ansprechpartner zur Verfügung, wenn der Mannschaftsarzt „selbst nicht weiterkommt“ (A_LD, 35). Dabei wird versucht, „immer eine Sprache zu sprechen, weil das sonst natürlich auch einen ganz schlechten Eindruck macht, wenn der eine zwei Wochen und der andere sechs Wochen [Pause] verordnet“. Hierzu gehört, dass man ständig in Kontakt bleibt, „um dem Spieler Sicherheit zu geben“, indem „eine Linie“ gefahren wird (A_LD, 46). Die Organisation der medizinischen Betreuung einer Vereinsmannschaft lässt sich durch die Nationalspieler in den eigenen Reihen daher nicht isoliert betrachten. So wird vom Mannschaftsarzt auch der „einmal jährliche Konvent aller DHB-Ärzte“ als besonders wichtig angesehen. „Kommunikation als Stichwort.“ Dabei stehen vor allem der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit in Bezug auf Behandlungsmaßnahmen, wie beispielsweise Operationen, im Mittelpunkt. Gerade im Bereich der „Kommunikation“ und der Bildung von „Netzwerken“ hat sich in den letzten Jahren sehr viel geändert. „Dass man eben über solche Dinge spricht, wie neue Behandlungsrichtlinien oder wie man die medizinische Versorgung in den Hallen verbessern kann. So wurden Notfallkoffer zusammengestellt, die später in der Halle vorrätig sind.“ Durch den verstärkten Austausch konnte auch das Verhältnis zwischen den jeweils verantwortlichen Ärzten verbessert werden, „weil es ja um die Sache geht und nicht um den Einzelnen“. Aus Sicht des Mannschaftsarztes hat sich die Zusammenarbeit „dramatisch verändert“ (A_LD, 305-319).

Seit der Übernahme des Postens als Mannschaftsarzt wird von Dr. L. Dietz die medizinische Betreuung in Eigeninitiative ausgebaut und intensiviert. Im Gegensatz zu seinem Vorgänger ist der Mannschaftsarzt nicht mehr nur bei Heimspielen und ausgewählten Auswärtsfahrten, wie beispielsweise internationalen Turnieren, vor Ort, sondern zunehmend auch während des Trainings. Vor allem in der Saisonvorbereitung erfolgt während des Trainings und bei den Vorbereitungsturnieren eine besonders intensive Betreuung, „weil gerade dort Dinge passieren“. Zusätzlich wird für jeden Spieler eine jährliche Herz-Kreislauf-Untersuchung mit Belastungstests und Laktatanalysen durchgeführt, die zu reproduzierbaren Ergebnissen führen soll, da sie ständig in derselben Einrichtung gemacht wird (A_LD, 305-319). Darüber hinaus werden den Nationalspielern des Vereins Fußbelastungsanalysen mit einer entsprechenden Einlagenverordnung angeboten. Was die medizinische Betreuung und die Prävention von Verletzungen angeht, „haben wir jetzt erst angefangen in mühevoller Kleinarbeit. (...). Das ist alles in den letzten vier bis fünf Jahren entstanden. Vorher war die medizinische Versorgung insgesamt noch nicht mal Bezirksliga“ (A_LD, 295-300). Über diesen Weg einer intensiveren Betreuung der Mannschaft „erwirbt man sich eine gewisse Form der Akzeptanz. Das Vertrauen wächst und dann baut sich durchaus zu einer Vielzahl der Sportler eine Freundschaft auf. Jetzt ist es insgesamt schon mehr als nur noch eine medizinische Betreuung. Man kümmert sich einfach um die Leute, weil sie einem am Herzen liegen“. Mittlerweile ist die Einbindung „so intensiv, dass sich inzwischen unser gesamter Freundeskreis im Prinzip aus Spielern und deren Umfeld zusammensetzt“ (A_LD, 33-50).

Bei der Betreuung im Rahmen eines Wettkampfs übernimmt der Arzt zum einen eine unterstützende Rolle und steht zum anderen stets für eine schnelle Notfallversorgung und Erstbehandlung zur Verfügung. „Im Spiel, in der Kabine und auf dem Spielfeld gelten grundsätzlich genau solche Bedingungen, wie zum Beispiel bei uns im OP. Da fällt dann eben auch schon mal ein Wort, das man nicht so meint, aber das muss man halt danach vergessen. Wenn man damit nicht umgehen kann, hat man da nichts verloren. Die Spieler sind hochkonzentriert und man fragt dann: Alles klar? Ja? Und dann ist gut. Da redet man nicht rum, ja was macht dein Ellenbogen? Das ist Quatsch. Sondern, alles klar? Ja! Und dann ist gut, dann geht man weg. Die Spieler kommen schon, wenn sie was wollen. Also man sollte denen nicht auf den Geist gehen. Man ist da Teil des Ganzen, aber kein Protagonist. (...) Wir machen teilweise die Getränke und motivieren mit Sprüchen, aber ansonsten hält man sich da zurück“ (A_LD, 492-504). Insbesondere im Training darf man sich auch nicht zu schade sein, „los zu gehen und eine Banane zu holen“, wenn ein Spieler dies verlangt, „unabhängig davon, welche Position man bekleidet“. So ist man als Arzt in der Mannschaft nur dann „akzeptiert, wenn man Regeln einhält und dem Spieler vermittelt, dass man der Mannschaft und der Sache hilft“. Ansonsten kommt man in der Mannschaft nicht weiter, „das ist so eine Dynamik, die habe ich auch erst dort kennen gelernt“. Mittlerweile ist der Arzt unabhängig davon, ob er vor Ort ist oder nicht „in alles eingebunden“, indem er beispielsweise von den Spielern über gemeinsame

Freizeitaktivitäten informiert wird (A_LD, 89).

Eine gewisse Verslossenheit und Skepsis fällt Dr. L. Dietz vor allem zu Beginn der gemeinsamen Zusammenarbeit auf. „Tobias ist am Anfang sehr schwer zugänglich gewesen. Er hat nur einen vertrauten Arzt gehabt und ich konnte reden, was ich wollte, das hat keinen Eindruck hinterlassen“ (A_LD, 89). Im Lauf der Zeit merkt der Spieler, „dass ich ihn nicht belüge, dass ich auch zugebe, wenn ich etwas nicht weiß“. Darüber hinaus „gibt es eine Vielzahl von Dingen, die letztendlich so eingetroffen sind, wie ich es gesagt habe“. Hierdurch hat sich das Verhältnis „deutlich intensiviert“ und „mittlerweile vertraut er mir auch“. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist als „ein gewachsenes Verhältnis“ zu verstehen (A_LD, 89), wozu auch gehört, dass der Mannschaftsarzt stets über andere Arztbesuche informiert wird. „Ich wusste, wenn er bei Dr. W. Kern war, ich wusste, was dort gemacht wurde, wir haben telefoniert, wir haben eben alles versucht, auch im Einklang. Und das war sehr gut, das muss ich sowieso sagen“ (A_LD, 35). Aus Sicht von Dr. L. Dietz spielen bei Tobias Schmerzen und eine Schmerzmedikation eine untergeordnete Rolle. Die tägliche Einnahme von Schmerzpräparaten ist jedoch nichts Besonderes. „Da nimmt man jeden Tag eine Voltaren, was sie alle tun“ (A_LD, 98). Über die tatsächlichen Mengen, die konsumiert werden, gibt der Arzt jedoch nur eine vage Auskunft, vielmehr verweist er darauf, dass Tobias im Gegensatz zu anderen Spielern eine sehr kritische Einstellung zum Medikamenteneinsatz hat. „Er ist gegenüber Dingen, die man ihm so gibt, sehr kritisch. Wenn man sie ihm erklären kann ist gut, wenn nicht, schlecht. Dann nimmt er sie nicht. Ich glaube nicht, dass er so viele Schmerzmittel einnimmt“ (A_LD, 98).

Verhältnis des Arztes zum Trainer, zu den Vereinsphysiotherapeuten und zum Management des Vereins

In der Zusammenarbeit mit den Vereinsphysiotherapeuten wird versucht, „die Diagnose relativ eng zu halten, damit die [Therapeuten] auch wissen, was sie machen sollen“ (A_LD, 182). Dennoch ist dem Arzt wichtig, den Therapeuten „nach dem altbewährten Prinzip: Schuster bleib bei deinen Leisten“ einen größtmöglichen Behandlungsspielraum zu gewähren und sich als Arzt nicht in den Vordergrund zu spielen. Wenn ein Therapeut einen Behandlungsvorschlag einbringt, wird dieser aus Sicht des Arztes ernst genommen und ausprobiert. „Sonst nimmt man dem ja auch die Butter vom Brot, der will sich ja auch einbringen. In der Gruppe, im Gefüge ist das ja nicht vorteilhaft, wenn sie einen da tot quatschen“ (A_LD, 184). Wird die Arbeit der Physiotherapeuten vom Arzt geschätzt und deren Vorschläge ernst genommen, „geben sie sich mehr Mühe, weil sie ja die Akzeptanz nicht verlieren wollen und zack, schon hat man diesen positiven Output, den wir alle wollen“ (A_LD, 184). Diese Art der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten musste jedoch erst gelernt werden, denn als Krankenhausarzt lief es früher nach dem Muster: „Operation, Entlassung, aus den Augen, aus dem Sinn. Jetzt fängt das Thema ja gerade erst an, wenn Sie den [Patienten] entlassen haben. (A_LD, 184).

Der Zeitraum, in dem ein Arzt mit dem Patienten in Kontakt steht, wird so vor allem durch Rückkopplungsprozesse zwischen Arzt und Therapeut verlängert.

Die Beziehung des Mannschaftsarztes zum Verein äußert sich in der Abmachung zur exklusiven Behandlung der Spieler in seiner Praxis. Die Behandlung der Spieler wird entsprechend über die Versicherungsträger abgewickelt, bei Verletzungen „entsprechend über die gesetzlichen Unfallversicherungsträger“ (A_LD, 134). Im Gegensatz zu den Physiotherapeuten, die für Betreuungs- und zusätzliche Behandlungsmaßnahmen vom Verein bezahlt werden, erfolgt das Engagement des Mannschaftsarztes auf ehrenamtlicher Basis. Eine Vergütung erfolgt dabei typischerweise in nicht-monetärer Art und Weise. Für den Arzt sind dies die Erlebnisse durch Teilhabe am sportlichen Erfolg der Mannschaft, die gemeinsamen Auslandsreisen zu internationalen Spielen sowie die persönliche Bereicherung durch den Kontakt mit außergewöhnlichen Spielerpersönlichkeiten. „Das finde ich auch sehr positiv an der Tätigkeit, das lässt sich nicht in Geld geben. Das ist am besten“ (A_LD, 184). Allerdings fehlt es grundsätzlich an den finanziellen Möglichkeiten, die für eine intensive ärztliche Betreuung der Spieler notwendig wären. Beispielsweise indem für die Abwesenheitszeiten eine Praxisvertretung finanziert oder die Geräteausstattung zur Diagnostik und Therapie verbessert wird (A_LD, 120). Insbesondere in der medizinisch-therapeutischen Infrastruktur und im Bereich der bereitgestellten Regenerationsmöglichkeiten sieht der Arzt starken Verbesserungsbedarf. Momentan wird das Geld lieber in den Kauf von Spielern investiert, „aber das ist eine Vorgehensweise, die sich rächt, garantiert“. Als Vorbild wird der FC Bayern München herangezogen, bei dem „erst die Logistik“ und dann die „Spielerqualität“ fokussiert werden. „Eine Kombination aus Therapie und Wellnes, alles in optimalem Zustand, das wäre schon perfekt“ (A_LD, 120). Bislang passiert jedoch „so viel unter maximalem persönlichem Einsatz“, wobei durch den jeweiligen Mannschaftsarzt „soviel Defizit ausgeglichen“ wird. Dies wird von den Vereinen einfach so hingenommen im Sinne: „Juhu, der macht das umsonst, der ist ja doof, aber gut, das ist ja schön“ (A_LD, 629-636).

Bei medizinischen Fragen wird die Einschätzung des Arztes von der Vereinsführung jedoch weitestgehend respektiert. Allerdings sieht sich der Arzt vor allem bei Entscheidungen zur verletzungsbedingten Wettkampfabgabe und bei der Entscheidung über die Länge einer Verletzungspause einem gewissen Rechtfertigungsdruck ausgesetzt. „Solange ich nicht im Boot des Vereins sitze, ist der Patient ausschließlich derjenige, der ein Recht darauf hat, zu wissen, was los ist. Und wenn der Bürger Schmitz vier Wochen Pause braucht, braucht das der Spieler Schmitz auch. Und das vertrete ich immer so, weil ich nicht will, dass später mal einer zu mir kommt und sagt, wenn ich nicht früher angefangen hätte, dann wäre ich jetzt noch gesund. Also da suche ich einen relativ klaren Spielraum. Man macht nicht immer alles richtig, aber man muss dem Spieler das Gefühl geben, dass man sich kümmert. Fehler macht jeder, aber Versäumnisse, das ist ganz schlecht. Also immer anschauen und immer noch mal. Ich komme lieber heute Abend noch mal vorbei und schau es mir an und vertrete es den Verantwortlichen

gegenüber, indem ich sage, ich würde den Spieler vier Wochen rausnehmen“ (A_LD, 41). Bislang gab es keinen Fall, in dem die Vereinsführung eine Entscheidung des Arztes nicht akzeptiert hat. „Der Verein weiß eben mittlerweile auch die Leistungsfähigkeit der medizinischen Abteilung zu schätzen und will sich auch das Engagement nicht verprellen. Ich glaube, dass das eine Rolle spielt. Und deshalb gehen die immer meinen Weg. Also das habe ich noch nicht einmal erlebt, dass sie [zum Spieler] gesagt haben, komm mal früher wieder [zum Training]. Es gibt zwar Gemecker und vom Spieler ein: ‚O Gott, ich will spielen‘, aber das ist eben so (...). Man schickt ja auch keinen zur Arbeit, wenn er nicht in Ordnung ist“ (A_LD, 41). Allerdings gibt es Unterschiede, was die Verletzung betrifft. Die ärztliche Position ist recht einfach zu vertreten, wenn es sich um eine Muskelverletzung handelt. Eine Muskelverletzung „dauert mindestens 12 Tage, wenn diese 12 Tage nicht eingehalten werden, dann dauert sie vier Wochen. Das sage ich dem Verein auch so. Wenn der Spieler nach sieben Tagen wieder sprintet, bekommt er Beschwerden, dann fällt er wieder sieben bis 12 Tage aus und zack haben wir schon drei Wochen. Machen wir den Fehler noch einmal, fällt er vier Wochen aus. Wollt ihr [als Vereinsverantwortliche] das? Ja oder nein? Wenn ja, dann haben wir eben auch mal schnell eine Fehlentscheidung. Dann lieber länger pausieren“ (A_LD, 108). Der Arzt sieht vielmehr ein Problem bei Beschwerden, die mit einer Überlastung in Verbindung zu bringen sind. Hierbei ist der Spieler „einzubremsen“ und das bedeutet, „dass man eben sagen muss, er soll kürzer treten“. Dem Spieler gegenüber ist das weniger schwierig. „Da kommt wieder Verein und Management ins Spiel. Das ist das Problem. Wenn Sie erst mal herausgefunden haben, dass es eine Über- oder Fehlbelastung ist, ist es ja super. Da haben Sie wenigstens schon mal den Grund. Aber den Grund dann zu behandeln und das zu vertreten, das ist schwer“ (A_LD, 103).

Die einzige Möglichkeit zur Durchsetzung des medizinischen Willens besteht in der Drohung. „So machen wir das oder ich übernehme dafür keine Verantwortung“ (A_LD, 103). Sollte ein Spieler dennoch gegen den Willen des Arztes eingesetzt werden, hat dieser die Möglichkeit, ein solches Vorgehen im Falle eines Unfalls oder einer Verschlechterung der Beschwerden entsprechend zu dokumentieren. Flüsternd teil Dr. L. Dietz mit. „Stellen Sie sich mal vor, in welcher Nummer der drinhängt. Weil ich das natürlich auch so eiskalt dokumentieren werde. Eiskalt. Und die Spieler wissen ja, der Doktor hat gesagt, ich soll das nicht machen, dann spiele ich auch nicht“ (A_LD, 44). Im Umkehrschluss kann jedoch davon ausgegangen werden, dass im Falle eines Spieleinsatzes trotz Beschwerden die Entscheidung entweder vom Arzt mitgetragen wird oder die vorliegenden Beschwerden gezielt verheimlicht werden. Der Trainer R. Berger verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass es „immer wieder Reibungspunkte zwischen den einzelnen Disziplinen geben“ wird. Die führt er zum einen auf fachliche Aspekte wie ein mangelndes „Hintergrundwissen“ zurück, zum anderen sieht er diese Reibungspunkte auch durch „Kommunikationsprobleme“ bedingt. „Wenn jetzt vielleicht ein Arzt sagt, der braucht drei Wochen Pause bei einer Zerrung, da sagt jeder, da kann man

sich voll mit verständigen, weil das physiologisch so ist (...). Aber jetzt kommt das Kommunikationsproblem, dass drei Wochen Pause mit drei Wochen Nichtstun verwechselt werden. Eigentlich wurde gemeint, dass der Spieler nach drei Wochen wieder im Punktspiel eingreifen und am vierten Tag nach der Entzündungsreaktion schon wieder locker laufen kann. Und da sind dann manchmal Interpretationsprobleme, wie das Heranführen an die Belastbarkeit stattfindet. Weil manchmal denken alle, wir machen drei Wochen nichts und am Ende der dritten Woche spielen wir wieder. Und dann wundern sie sich, dass sie sich alle wieder verletzen“ (T_RB, 38). Obwohl es „immer mal“ zu Situationen kommt, in denen „kritische Stimmen“ in der Kommunikation auftreten, gab es auch Sicht des Trainers im Verein „noch keine Situation, in der es jetzt irgendwie ausufert, so dass man jetzt ganz anderer Meinung ist. Also das man da irgendwie eine Klage hört. Wir gehen alle vernünftig miteinander um“ (T_RB, 42).

Verletzungspräventive Trainingsgestaltung

Die Einflussmöglichkeiten der Ärzte auf den Einsatz verletzungspräventiver Trainingsinhalte und den Umgang mit Schmerzen sind begrenzt. „Trainingsempfehlungen zu geben ist ganz schwierig, weil man dann natürlich in eine Situation kommt, in welcher der Trainer Kompetenzen abgeben muss. Ganz schlechtes Thema. Aber in jeder Profimannschaft“ (A_LD, 61). So hat man es nicht immer „mit verständnisvollen Trainern zu tun (...), wenn da einer mal nicht mehr kann, dann fliegt er raus. Das gab es früher nicht, dass ein Spieler sagt, ich habe Schmerzen. Da wurde gefragt, kannst du oder kannst du nicht. Wenn nicht, tschüss“ (A_LD, 61). Mit dem aktuellen Vereinstrainer klappt die Zusammenarbeit „ganz gut“, weil er Verständnis für verletzungspräventive Aspekte hat. „Wir [als das medizinische Personal] sagen zwar immer, was wir machen würden (...), aber dass man jetzt handballspezifische Einwände geben kann, keine Chance“ (A_LD, 61). Bei Problemfällen sind individuelle Lösungen und Absprachen eher möglich. Beispielsweise indem abgesprochen wird, dass ein Spieler mit chronischen Achillessehnenbeschwerden sein „Aktivitätsniveau“ während der Sommerpause recht hoch hält, um bei der Vorbereitung keinem so großen Belastungssprung ausgesetzt zu sein. „Nur, wie gesagt, unsere Möglichkeiten sind da durchaus begrenzt in der Branche (...). Da lassen sich [die Trainer] auch nicht reinreden“ (A_LD, 64).

7.4. Biografisches System-Mapping IV: Handballspieler Klaus Schneider

Der zweite für die Einzelfallstudie ausgewählte *Spieler Klaus Schneider (S_KS)* steht zum Zeitpunkt des Interviews am Beginn einer viel versprechenden internationalen sportlichen Karriere. Klaus ist ein junger, hochmotivierter A-Nationalspieler, der sein Können zunehmend auf internationaler Bühne unter Beweis stellen darf. In der Bundesligamannschaft nimmt er bereits eine zentrale Rolle als professioneller Handballspieler ein, parallel hierzu versucht er noch, seine begonnene Berufsausbildung abzuschließen. In jüngster Zeit treten bei ihm jedoch häufiger Verletzungsprobleme auf, die immer wieder zu Spielpausen führen. Das 90minütige Interview findet im Anschluss an das Vereinstraining in einem abgetrennten Bereich der Halle statt. Bevor das eigentliche Interview beginnt, entwickelt sich bereits ein persönliches Gespräch, indem es um allgemeine sportliche Themen und um den bisherigen Karriereverlauf von Klaus geht. Das gesamte Interview hat den Charakter eines Gesprächs von „Sportler zu Sportler“ und ist von Beginn an durch eine große Offenheit geprägt. Das Interview mit dem *Vereinstrainer J. Weber (T_JW)* findet auf dessen Vorschlag in einem Restaurant an einem anderen Abend nach dem Mannschaftstraining statt. Es steht ausreichend Zeit zur Verfügung und das 90minütige Gespräch entwickelt sich mit Hilfe weniger erzählgenerierender Fragen sowie vereinzelter Rückfragen in einer angenehmen Atmosphäre wie erwartet. Es bestätigt sich der Eindruck, dass der Trainer mit der medizinischen Behandlung und Betreuung im Verein momentan unzufrieden ist und das Verhältnis zum Mannschaftsarzt etwas belastet ist. Der *Mannschaftsarzt* lässt sich selbst nach mehrmaligem Nachfassen zu keinem Gespräch bewegen. Als Alternative wird ein Interview mit dem für die medizinische Betreuung, den Spielbetrieb und organisatorische Fragen verantwortlichen *Manager F. Krause (M_FK)* durchgeführt. Im Laufe des 45minütigen Gesprächs, das in einem Besprechungsraum der Geschäftsstelle der Lizenzspielerabteilung stattfindet, ist der Fokus insbesondere auf die Organisation der medizinischen Betreuung und Behandlung gerichtet.

7.4.1. Überblick und Zeitraum bis zur Knieverletzung

Bei Klaus Schneider lässt sich die ganze Bandbreite möglicher Verletzungsmuster beobachten. Neben mehrmaligen Muskelfaserrissen, einem Meniskuseinriss, einem Kapselriss, einer Knochenabsplitterung und einer Muskelzerrung stellen Sehnenbeschwerden an der Achillessehne, der Plantarsehne und an der Patellasehne die bedeutsamsten Verletzungen der bisherigen Karriere dar. Es fällt auf, dass sich die Verletzungen überwiegend auf den Wurfarm und auf das Sprungbein verteilen, wobei das Kniegelenk des Sprungbeins und der Daumen der Wurfhand bereits zweimal in Mitleidenschaft gezogen sind. Im Gegensatz zu Tobias Kurz ist bei Klaus Schneider bislang keine schwere traumatische Verletzung, wie beispielsweise ein Achillessehnenriss oder ein komplizierter Bruch aufgetreten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass er erst am Beginn seiner internationalen Karriere steht.

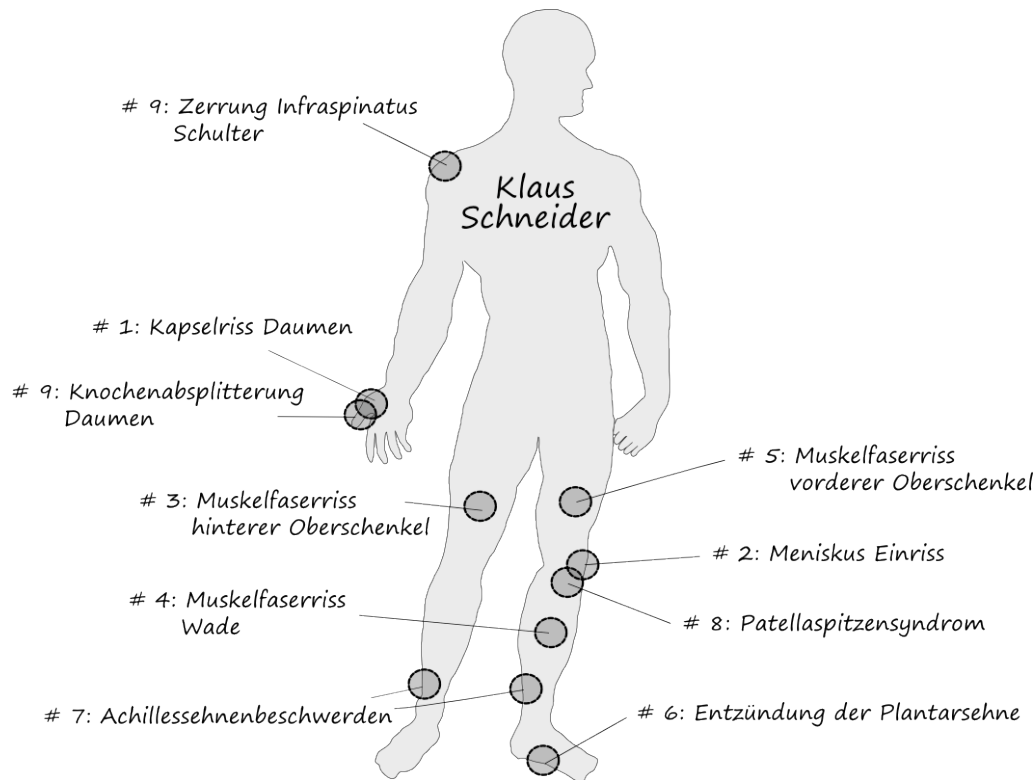


Abbildung 19: Verletzungsbiografie von Klaus Schneider im Überblick

- **#1: Kapselriss Daumen**

Die erste Verletzung, an die sich Klaus erinnern kann, liegt bereits mehrere Jahre zurück. Bei einem Auswahlturnier mit der Juniorennationalmannschaft kommt es zu einem Kapselriss am Daumengrundgelenk. Nach einer vierwöchigen Ruhigstellung mit Hilfe eines Gipsverbands ist die Verletzung vollständig ausgeheilt und hat auch keinen weiteren Einfluss im weiteren sportlichen Karriereverlauf (S_KS, 43-51).

- **#2: Meniskus-Einriss**

Im ersten Profijahr treten zu Beginn der neuen Saison plötzlich Kniebeschwerden auf, die sich „überhaupt nicht“ angebahnt hatten. „Das war das Problem. Das war nicht im Training. Ich habe mir im Schlaf das Knie verdreht. Ich bin morgens aufgestanden und habe einen ganz leichten Druckschmerz gehabt. Ich dachte, was ist denn da los? Ich bin dann auf ein Schulturnier gefahren, das ich durchgespielt habe und am Schluss war das Knie so dick, dass ich dachte, was ist denn jetzt los? Dann bin ich zum Arzt und der hat gesagt, der Meniskus ist eingedrückt“ (S_KS, 24-25). Da er davor eigentlich „nie so richtig“ mit Verletzungen konfrontiert wird, ist die Mitteilung des Arztes, „dass ich eine Arthroskopie bekomme oder operiert werden muss“ für den Spieler „schon ziemlich schlimm“ (S_KS, 21). Allerdings kommt es nur zu einem „sehr kleinen Eingriff, weil der Meniskus doch nur eingeklemmt war“ (S_KS, 17). Die Beschwerden sind danach „sofort wieder weg“, der Wiedereinstieg erfolgt so früh wie mög-

lich. „Nach vier Wochen habe ich wieder Vollgas trainiert, aber nach zwei Wochen bin ich schon wieder in das Training eingestiegen. Das war ein minimaler Eingriff“ (S_KS, 22-23). Unmittelbar nach dem Wiedereinstieg treten jedoch drei Muskelfaserrisse in Folge auf.

- **#3/4/5: Muskelfaserriss**

Zunächst kommt es zu einem Muskelfaserriss am hinteren Oberschenkel des rechten Beins, „weil ich wahrscheinlich durch die OP am linken Knie falsch belastet habe“. Nachdem der erste Muskelfaserriss „so gut wie ausgeheilt“ ist, „hat es links vorne gezogen. Dann war das besser, dann war die linke Wade dran“ (S_KS, 32). Klaus betont, dass die Verletzungen allesamt in sein erstes Profijahr fallen, in dem zweimal am Tag handballspezifisch trainiert wird und in dem er darüber hinaus noch ein Leichtathletiktraining absolviert. „Das war ein ganz heftiger Belastungswechsel, und ich glaube, ich habe auch einfach zu wenig getrunken“ (S_KS, 32). Die gesamte Verletzungsserie zieht sich über mehrere Monate hin, in denen nur eingeschränkt trainiert und gespielt werden kann. Sobald eine Verletzung wieder abgeklungen ist, kommt es ohne große Pause zur nächsten (S_KS, 33). Der Verletzungspause beim ersten Muskelfaserriss dauert am längsten, weil zu früh wieder voll belastet wird. „Da habe ich noch mal ein Sprint angesetzt und dann war das gleiche wieder.“ Der zweite Muskelfaserriss in der Wade war zwar etwas schlimmer, die Ausheilung dauert jedoch nicht so lange, der dritte Muskelfaserriss in Folge hat einen ähnlichen Verlauf (S_KS, 35). In der etwa dreimonatigen verletzungsbedingten Spielpause wird jedoch spezifisch weitertrainiert. „Ich habe Krafttraining für den Oberkörper gemacht und habe in der Zeit auch viel Muskelmasse aufgebaut, weil ich viel ins Fitnessstudio gegangen bin. Aber ich habe halt mit den Beinen nichts gemacht“ (S_KS, 37). Im Anschluss an diese Verletzungsserie kommt es beim Athleten zu einer weit reichenden Verhaltensänderung: „Dann habe ich bewusst angefangen Magnesium einzunehmen und viel zu trinken und seitdem habe ich, ganz komisch, nicht einmal mehr muskuläre Probleme gehabt. Ganz komisch“ (S_KS, 35). Trotz der vielen Verletzungen kommt Klaus noch auf zahlreiche Einsätze in der Bundesligasaison. „Ich habe eigentlich schon von 37 Spielen in der Saison bestimmt 20 gemacht. Aber dazwischen ging halt relativ wenig“ (S_KS, 41). Die Saison wird ohne weitere Verletzungen abgeschlossen und auch die Vorbereitung auf die neue Saison verläuft ohne allzu große Beschwerden. Klaus schafft es im Anschluss, die komplette Spielzeit der Bundesliga ohne eine verletzungsbedingte Pause durchzuspielen und sich als Leistungsträger in der Vereinsmannschaft zu etablieren.

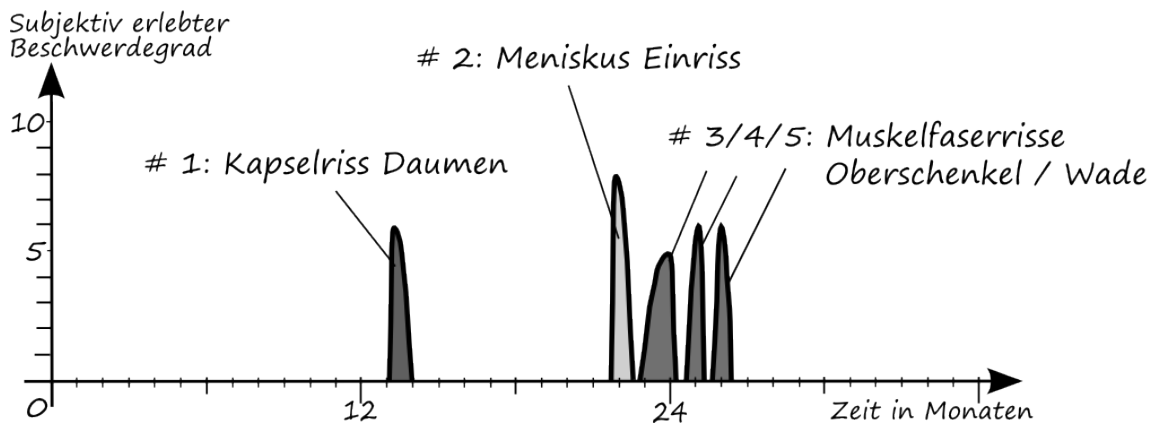


Abbildung 20: Verletzungsverläufe #1 bis #5 von Klaus Schneider

- **#6: Entzündung Plantarsehne**

In der anschließenden Saison erhält Klaus das volle Vertrauen des Vereinstrainers, was sich in einer stark ansteigenden Spielbelastung und zunehmender Verantwortung ausdrückt. Darüber hinaus interessiert sich auch der A-Nationalmannschaftstrainer für ihn. Allerdings treten nach der Bundesliga-Winterpause zunehmend Schmerzen im Fersenbereich des linken Fußes auf. Nach dem Debüt in der Nationalmannschaft sind die Schmerzen so stark, dass eine weitere sportliche Belastung nicht mehr möglich ist und Klaus die Saison vorzeitig beenden muss (S_KS, 11). „Das war auch beschissen. Da kannst du mit dem Laufen gar nichts mehr machen. Da geht gar nichts mehr. (...) Das ging auch nicht mehr bis zum Saisonende, weil ich einfach nicht mehr auftreten konnte“ (S_KS, 73). Zunächst ist noch unklar, um welche Beschwerden es sich genau handelt. „Ich wusste halt nicht, ob es ein Fersensporn ist oder ob es die Plantarsehne ist“ (S_KS, 75). Erst der von einem der Nationalmannschaftsärzte eingefädelt Besuch bei einem Biomechaniker bringt neue Erkenntnisse. „Er hat gemeint, das ist die Plantarsehne und das kommt von den scheiß Schuhen, von der Überbelastung halt“ (S_KS, 75). Mit diesem Besuch ist auch eine Versorgung mit individuell angepassten Sportschuheinlagen verbunden (S_KS, 73). Vom Biomechaniker weiß Klaus, dass eine Entzündung der Plantarsehne normalerweise „sehr schwer wegzubekommen“ ist, die Chancen in diesem Fall jedoch sehr gut stehen. „Dann hat das mit den Einlagen angeschlagen, weil ich sie in jedem Schuh getragen habe.“ Zusammen mit der Spiel- und Trainingspause „haben wir das in den Griff bekommen“ (S_KS, 77). Die Beschwerdefreiheit ist jedoch nur von kurzer Dauer, denn bereits mit Beginn der Vorbereitung auf die nächste Saison treten gleich zwei Probleme simultan auf. Neben Achillessehnenbeschwerden verspürt der Athlet zunehmend Kniebeschwerden, die im Gegensatz zur wieder abklingenden Achillessehnenproblematik bis zum Zeitpunkt des Interviews vorliegen.

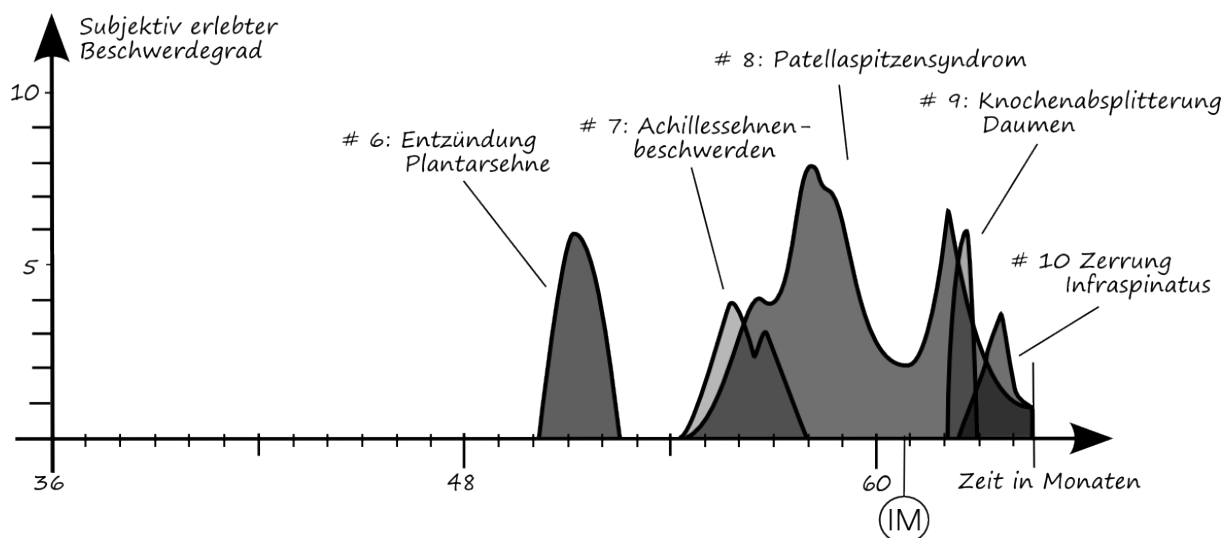


Abbildung 21: Verletzungsverläufe #6 bis #10 von Klaus Schneider

Aufgrund der Überlagerung dieser Beschwerden und der Karriererelevanz der Kniebeschwerden erfolgt die mehrperspektivische Betrachtung der zentralen Verletzung nicht isoliert. Die grafische Darstellung des Verletzungsverlaufs der Plantarsehnenproblematik erfolgt aufgrund der zeitlichen Nähe zusammen mit den anderen Beschwerdebildern bereits an dieser Stelle in einer Überblicksgrafik.

7.4.2. Mehrperspektivische Rekonstruktion des Umgangs mit der Knie- und Achillessehnenverletzung

Achillessehnen- und Kniebeschwerden bei Saisonvorbereitung

Im Zuge der Saisonvorbereitung treten zunächst Schmerzen im Bereich der Achillessehne auf, die Klaus jedoch nicht weiter beunruhigen. „Ich hatte am Anfang wieder meine Achillessehnenprobleme, aber das ist bei mir irgendwie immer in der Vorbereitung“ (S_KS, 11). Gleichzeitig verspürt er zunehmende Knieschmerzen, die im Gegensatz zu den Achillessehnenbeschwerden zunächst nicht thematisiert und entsprechend auch nicht behandelt werden. „Das war eigentlich blöd, weil ich erst nach drei Monaten reagiert habe und mich behandeln habe lassen“ (S_KS, 68). Die Achillessehnenbeschwerden werden hingegen mit Schmerzmitteln und regelmäßigen physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen angegangen, eine Trainings- oder Spielpause wird deshalb nicht eingelegt. „Da wurde ich auch gespritzt“. Nach drei Monaten sind die Beschwerden weg, „weil ich mich da auch regelmäßig habe behandeln lassen“ (S_KS, 91). Parallel zur Achillessehnenproblematik entwickelt sich jedoch die im Nachhinein für den Athleten bedeutsamste Verletzung des bisherigen Karriereverlaufs. „Das mit der Patella ging direkt in der Vorbereitung los, aber langsam schleichend. Gleich bei der zweiten Trainingseinheit mit der Nationalmannschaft hat das sofort angefangen, weil wir mit der Nationalmannschaft zwei Wochen vorher beginnen, schieße. Das hat sich das ganze Jahr durchgezogen“ (S_KS, 82). Der Nationalmannschaftsarzt wird über die Kniebeschwerden je-

doch nicht unterrichtet. „Mit dem hab ich da gar nicht geredet.“ Lediglich die in diesem Zeitraum besonders starken Achillessehnenbeschwerden werden entsprechend mitgeteilt. „Mit dem habe ich geredet, als ich die Probleme mit der Achillessehne hatte. Ich bin da auch immer einer, der immer erst dann etwas sagt, wenn es wirklich gar nicht mehr geht“ (S_KS, 167). Solange noch trainiert oder gespielt werden kann, wird geschwiegen. „Als junger Spieler will man das nicht jedem auf die Nase binden, sonst wird man da als feige abgestempelt. Das ist meiner Meinung nach ein Fehler, denn junge Spieler haben genauso Probleme mit ihrem Körper wie die Älteren auch“ (S_KS, 169). Eine Genesungspause oder eine Reduktion der Belastung kommt zu Beginn der Beschwerden entsprechend auch nicht in den Sinn. „Da denkt man, das wird schon wieder, Vollgas“ (S_KS, 207). Dabei versucht Klaus, so wenige Personen wie möglich in die Verletzungsproblematik mit einzubeziehen. „Man sagt, das ist schon okay und redet nicht viel darüber“ (S_KS, 209). Allerdings ärgert sich der Spieler und fragt sich, warum er die Beschwerden bekommt, woher die Probleme kommen und um was für eine Verletzung es sich genau handelt (S_KS, 153). Nicht zuletzt weil zu diesem Zeitpunkt die Etablierung in der Nationalmannschaft und die Perfektionierung der eigenen Spielweise als zentrale Zielsetzungen im Vordergrund stehen. Bereits in der Saisonvorbereitung hat der Spieler auch das in einem knappen halben Jahr anstehende internationale Turnier 2 „im Hinterkopf“ (S_KS, 174).

Bezogen auf die Kniebeschwerden überwiegt dabei die Hoffnung, „dass das von selbst wieder gut wird“ (S_KS, 179). Die Schmerzen werden am Anfang einfach ignoriert und bagatellisiert. „Man hofft, dass das bald wieder weg ist. Das ist ein kleiner Schmerz, der wird aber immer schlimmer und schlimmer. Man unterschätzt das einfach“ (S_KS, 184). Während zu Beginn der Beschwerdeproblematik Schmerzmittel noch keine Rolle gespielt haben, stehen diese im weiteren Verletzungsverlauf zunehmend auf der Tagesordnung. „Am Anfang noch nicht, aber dann immer mehr. Ich habe Voltaren und Arkoxia immer genommen“ (S_KS, 186). In Abhängigkeit des Schmerzempfindens muss dabei jeder Spieler selbst wissen, wann er eine Pause braucht. „Das kommt immer auf den einzelnen Spieler an. Manche sagen bei dem Schmerzempfinden, es geht nicht mehr, und dann bekommen die schon eine Pause und dann ist das wieder gut. Aber das muss man für sich selbst ausmachen, wie das eigene Schmerzempfinden ist“ (S_KS, 308).

Perspektive Trainer: Trainer J. Weber ist über die vorhandenen Achillessehnen- und Kniebeschwerden besser informiert als der Nationalcoach. „Natürlich will sich ein junger Spieler nicht beim Nationalcoach wegen einer Verletzung beschweren, zwei, drei Tage vor dem Ende des Lehrgangs“ (T_JW, 8). Er gibt sogar an, dass durch seine Intervention der Lehrgang abgebrochen und eine Behandlungspause eingelegt wird. „Da habe ich zum Bundestrainer gesagt, das hat keinen Wert, wenn er das zwei, drei Tage verschleppt. Schicke ihn nach Hause und dann bekommt er ein Rehabilitationsangebot“ (T_JW, 8). Zurück in den Reihen der Vereinsmannschaft wird jedoch keine Pause eingelegt. „Die Beschwerden waren dann nicht so

schlimm. Er hat dann das Trainingslager begonnen und die Sache hat sich ein bisschen beruhigen können. Aber ich wollte nicht, dass er eine komplette Pause macht, weil er ein wichtiger Mann ist“ (T_JW, 8). Dem Trainer ist durchaus bewusst, dass seine Spieler auftretende gesundheitliche Probleme verschweigen oder vorhandene Beschwerden bagatellisieren. „Ein Spieler muss ehrlich sein. Aber meine Spieler sind nicht immer ehrlich, was ihre Beschwerden angeht. Die haben Angst, richtig was zu sagen“ (T_JW, 8). Dass dies ein großes Problem sein kann, das sich auf die Leistungsfähigkeit über einen gesamten Saisonverlauf auswirken kann, macht er am Beispiel eines anderen Spielers aus der Mannschaft deutlich. „Die ganze Vorbereitung hat er ein Problem gehabt, aber ich wusste nicht, wie groß seine Schmerzen waren. Er sagte, dass er nur eine Prellung hat, und die medizinische Abteilung konnte nicht feststellen, was es ist. Das bedeutet sechs oder sieben Monate Beschwerden im Spiel und natürlich auch im Training. Der konnte nicht trainieren, ich musste ihn jeden zweiten Tag auf die Seite nehmen und ihn ein bisschen dehnen und aus dem Stand werfen lassen. Deswegen hat er diese Saison auch nicht auf dem Niveau gespielt“ (T_JW, 8).

Diese Problematik des Verschweigens von Beschwerden versucht der Trainer durch einen engen Kontakt zu den Spielern zu vermeiden. „Ich versuche immer mit den Spielern zu reden und ganz nah bei ihnen zu sein, dass sie überhaupt keine Angst oder irgendeinen Respekt vor mir haben. Aber es ist in einer Mannschaft oft so, dass die Spieler trotz Beschwerden spielen möchten. Sie haben Angst, wenn sie sagen, dass sie eine Verletzung haben“ (T_JW, 12). Der Trainer erwartet von den Spielern, dass diese sich bei Beschwerden sofort melden. „Man muss immer sagen, was los ist, jede Kleinigkeit, dann kann man schnell eingreifen und dann geht das weg“ (T_JW, 23). Dennoch werden Schmerzen, Beschwerden und Überlastungszustände so lange wie möglich für sich behalten. „Ich habe jetzt heute mit einem anderen Spieler gesprochen. Er hat gesagt, ich habe Beschwerden im Oberschenkel. Dann frage ich, seit wann, und er sagt mir, seit zwei Wochen.“ Erste Hinweise auf die Beschwerden sind jedoch bereits im letzten Spiel beobachtbar. „In der zweiten Halbzeit hat er zwei, drei Tore gemacht, was normal ist, weil er ein Deckungsspieler ist. Aber er bewegte sich nicht richtig und er konnte den letzten Schritt nicht machen. (...) Und heute hat er eine Zerrung (...). Da sind so viele Kleinigkeiten, aber er meldet sich nicht. Wenn er das alles vor zwei Wochen gesagt hätte, da hätten wir ihm ein paar Tage Zeit zum Auskurieren gegeben und er wäre für das Spiel fit gewesen“ (T_JW, 20).

Ursachen für die Beschwerden

Die Ursachen für das Auftreten und die Zunahme der Beschwerden werden von Klaus in verschiedenen Bereichen gesucht. „Angefangen hat es mit zu viel Belastung, weil ich drei Wochen einfach gar nichts gemacht habe. (...) Normalerweise mache ich während der Vorbereitung und der Pause für mich im Freien mit einem Privattrainer Leichtathletiktraining. Und das habe ich das erste Jahr nicht gemacht. Ich bin [vom Urlaub] zurückgekommen und dann waren meine Sehnen die Belastung einfach nicht mehr gewohnt. Ich bin einer, der viel abstoppt

und Richtungswechsel macht. Das war einfach eine Überlastung. Zu schnell, zu viel“ (S_KS, 142). Die Kniebeschwerden bringt er jedoch auch in Verbindung mit der unmittelbar davor ausgeheilten Entzündung der Plantarsehne. „Dann war das weg und dann kam die Patella, das hängt vielleicht miteinander zusammen, weil es der gleiche Fuß war“ (S_KS, 77). Aus medizinischer Sicht wird erst sieben Monate nach Beginn der Beschwerden eine mögliche Ursache gefunden. Auf Basis einer Kernspin-Tomografie wird vermutet, dass ein Trauma infolge eines Motorradsturzes, der sich zwei Monate vor dem erstmaligen Auftreten ereignet hat, als Ursache anzusehen ist. „Ich war beim Arzt und der hat nichts gesehen. Erst als ein Kernspin und weitere Untersuchungen gemacht wurden, haben die [Ärzte] festgestellt, dass da mal was war (...). Da hat man dann gesehen, dass [zu der Zeit] ein kleiner Riss im vorderen Kreuzband war“ (S_KS, 139). Dieser kleine Riss ist zum Zeitpunkt der Untersuchung wieder voll ausgeheilt, aber „die aus der Sportmedizin vermuten, dass das die Ursache für meine Patella-Probleme war, dass dadurch die Patella überlastet wurde. Ich habe aber am Kreuzband nichts gemerkt, obwohl ich bei meinem Motorradunfall schon an mein Knie gedacht habe. Das ist kurz dick geworden, aber dann wieder abgeschwollen. Dann habe ich gedacht, okay, sage ich nichts“ (S_KS, 139). Weitere Ursachen sieht der Spieler in der Körperstatik, im falschen Schuhwerk und insbesondere in zu wenig Physiotherapie. „Ich habe auch zu wenig Physio gehabt, glaube ich einfach“ (S_KS, 148).

Perspektive Trainer: Die Ursachen für die weiter zunehmenden Kniebeschwerden bei Klaus sieht Trainer J. Weber im medizinischen Bereich. „Wenn die medizinische Abteilung das von Anfang an richtig festgestellt hätte, dann hätte diese Verletzung, dann hätte die Verletzung vielleicht einen Monat gedauert. Dann wäre sie weg gewesen und er hätte wieder gespielt. Aber die Physios und der Arzt meinten, ja das ist nicht so schlimm, er kann mit diesen Beschwerden spielen, nimmt eine Tablette Voltaren, später dann zwei. Er kann spielen, er kann spielen“ (T_JW, 9). Aber nicht nur die fehlenden Stoppmechanismen von Seiten der medizinischen Abteilung sieht der Trainer als Ursache an. „Klaus mag mich auch und er wollte nicht sagen, was los ist. Er wollte immer spielen. Ich sehe das, wenn er ein Tor schießt und zur Bank kommt und ich frage, ‚Klaus, was ist?‘ Und er sagt, ‚es geht, es geht, kein Problem‘“ (T_JW, 9). Gerade bei jungen Spielern stellt dies aus Sicht des Trainers ein großes Problem dar. „Die merken im Spiel nicht, wann sie müde sind und wann sie mir ein Zeichen geben müssen, damit sie die nötige Erholung bekommen. Das sind alles Sachen, das müssen die Jungs kapieren“ (T_JW, 20). Es wird versucht, die Einsatzfähigkeit trotz Beschwerden so lange aufrechtzuerhalten, bis eine offensichtliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit vorliegt und eine Pause unabdingbar ist.

Perspektive Manager: Eine Überbelastung wird vom Manager F. Krause zwar als Auslöser für die Beschwerden angesehen, als zentrale Ursachen werden jedoch die unzureichenden körperlichen Voraussetzungen bei Klaus genannt. „Das war wahrscheinlich aus der Überbelastung raus und dann schlägt sich das auf die Patellasehne vorne drauf. Das kommt aber oft-

mals von woanders, es kommt oft von einem Schaden am Rücken oder davon, dass bestimmte Muskeln nicht fit sind und aus gewissen Fehlhaltungen. Wenn man es dann auf der einen Seite hat, dann kommt es noch auf der anderen Seite“ (M_FK, 127). Dass Spieler gesundheitliche Beeinträchtigungen verschweigen, sieht der Manager als wenig relevant an. „Also das hat man ab und zu mal, aber das ist jetzt keine gravierende Sache. Also die wesentlichen Dinge bekommt man alle mit“ (M_FK, 70).

Verletzungsbedingte Absage eines Turniers mit der Nationalmannschaft und leichte Besserung der Beschwerden

Die Kniebeschwerden nehmen im Zuge der Vorbereitung und der beginnenden Bundesligasaison weiter zu. „Da war das schon fast chronisch“ (S_KS, 68). Bei einem Lehrgang der Nationalmannschaft im Vorfeld eines kleineren internationalen Turniers sind die Probleme nicht mehr zu verstecken. „Da war es eigentlich ganz schlimm, zu der Zeit. Ich bin eigentlich hingefahren, war dort und dann hat der Trainer gesehen, wie ich rumlaufe. Er hat mich gefragt, was ist los? Dann hab ich gesagt, ja, ich habe Patellaprobleme. Er hat sich aufgeregt, dass ich vorher nichts zu ihm gesagt habe. Bei diesem Lehrgang habe ich eine Kernspin-Untersuchung gemacht und da hat man gesehen, dass die Entzündung zu groß ist. Dann haben sie mich heimgeschickt. So war das!“ (S_KS, 212). Diese Entscheidung zum Abbruch des Lehrgangs und zur verletzungsbedingten Absage des Turniers wird vom aktuell anwesenden Nationalmannschaftsarzt gemeinsam mit dem Nationaltrainer getroffen (S_KS, 218). Bereits vor dem Lehrgang ist der Mannschaftsarzt des Vereins von den Beschwerden informiert, eine eindeutige Diagnose und eine klare Behandlungsstrategie existieren zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht. Zur Diagnose „Patellaspitzensyndrom“ kommt es erst im Laufe der physiotherapeutischen Behandlung bei der Nationalmannschaft. „Die Physios, die haben die Diagnose dann gestellt“, erst danach erfolgt die Kernspin-Tomografie zur Abklärung, damit man „ganz klar weiß, was es ist“ (S_KS, 155). Bei der Behandlung im Rahmen der Nationalmannschaft, da hat der Arzt gesagt, „es ist besser, wenn du mal eine Pause machst. Du brauchst unbedingt eine Pause. Da sollte man schon darauf hören, die haben schon eine Ahnung davon“ (S_KS, 205). Obwohl der Spieler mit einer entsprechenden Aufforderung zur Pause nach Hause geschickt wird, fängt er bereits früher wieder mit dem Training an. „Die haben halt gesagt, dass ich nach Hause fahren, zehn Tage Pause machen und das ausheilen lassen soll. Dann war ich aber hier und Trainer J. Weber hat gesagt, dass ich schon wieder nach sechs Tagen mittrainieren soll. Daraufhin habe ich wieder mittrainiert und schließlich ist es wieder schlimmer geworden“ (S_KS, 220).

Rückblickend bereut der Spieler den frühen Wiedereinstieg trotz bestehender Beschwerden, begründet die Entscheidung gegen eine vollständige Ausheilung jedoch mit dem Leistungsdruck „Normalerweise hätte ich den Monat Pause machen müssen. Das hätte hier schon kommen müssen. (...) Aber in diesem Jahr ist ein großer Druck auf der Mannschaft gelastet, weil wir letztes Jahr schon eine gute Saison gespielt haben. Da ging es darum, das zu bestäti-

gen“ (S_KS, 222-224). Im Verlauf der kurzen Pause kommt es nur zu einer leichten Besserung der Beschwerden. Neben physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen erfolgt auch eine erneute Einlagenversorgung bei dem bereits bekannten Biomechaniker. „Denn ich war begeistert, wie er meine Plantarsehne behandelt hat“ (S_KS, 150). Eine weitere Verletzungsursache wird daraufhin in der Statik vermutet. „Ich glaube, dass das bei mir auch mit der Statik zusammenhängt. (...) Der Biomechaniker hat gesagt, dass ich einen Plattfuß habe und nach innen abdrücke und deshalb ist das [Problem] bei mir medial und nicht an der Patellaspitze“ (S_KS, 146). Zusätzlich kommt das Schuhwerk in den Blick. „Der Schuh, mit dem ich gespielt habe, war sehr leicht und war für die Abstoppbewegung nicht tragbar. Er war nicht stabil genug, obwohl er eigentlich schon für Handballer gemacht wurde. Aber der hat sich bei mir so verformt und ich habe das überhaupt nicht bemerkt, das war eine absolute Katastrophe, weil der überhaupt keine Fersenstabilität hatte. (...) Deshalb haben wir noch einmal eine Einlage gemacht, aber dann waren die Beschwerden beim Spiel immer noch vorhanden. Aber er hat auch gesagt, wenn ich keine Pause bekomme, dann kann die Patellaentzündung nicht abklingen. Aber das habe ich nur ganz wenig bekommen. Na ja, so ist es halt“ (S_KS, 150).

Perspektive Manager: Aus Sicht des Managers lässt sich nichts gegen diesen selbst auferlegten und sozial vermittelten Druck unternehmen, der dazu führt, dass die Spieler angeschlagen spielen müssen. „Es steckt in der Natur dieser Sportart, dass die Spielbelastung sehr hoch ist. Man hat in einem Team, in dem sieben Spieler auf dem Feld stehen, meistens einen Kader von etwa vierzehn Spielern. Und weil die Abläufe sehr gut eintrainiert sein müssen, kann man nicht mit größeren Kadern auf dem Niveau spielen. Da man eben nur so einen kleinen Mannschaftskader hat, ist insofern immer wieder der Druck und Zwang da, relativ bald nach einer Verletzung in den Spielbetrieb einzusteigen. Also häufig schon, sagen wir mal, zu einem Zeitpunkt, an dem man die Verletzung noch nicht als hundertprozentig auskuriert sehen kann. Darin steckt gewisse Krucks, aber ich denke, das ist in anderen Profisportbereichen wahrscheinlich ähnlich. So wie das System dieses Profisports etabliert ist, lässt sich daran nichts ändern, meiner Meinung nach.“ (M_FK, 75).

Aufrechterhaltung des Spielbetriebs trotz zunehmender Beschwerden

Nach der kurzen Pause, dem Wiedereinstieg ins Mannschaftstraining und der Wiederaufnahme des Spielbetriebs trotz bestehender Beschwerden verschlechtert sich die Situation zusehends (S_KS, 130). Die Zunahme des Beschwerdegrads führt Klaus unter anderem auf die zu selten in Anspruch genommenen physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen zurück. „Ich habe eine Zeit lang eine Behandlung gemacht und dann habe ich es wieder schleifen lassen“ (S_KS, 134). Während in der Saisonvorbereitung und in den ersten Bundesligaspielen die Beschwerden nur mit oral eingenommenen Schmerzmitteln bekämpft werden, lässt sich ein Spieleinsatz nur noch mit entsprechenden Injektionen gewährleisten. „Ich habe Voltaren und Arkoxia immer genommen und dann halt auch, eine Zeit lang, von Oktober bis Novem-

ber, bin ich in allen Spielen, die da waren, gespritzt worden“ (S_KS, 186). Unmittelbar vor einem wichtigen Nationalmannschaftslehrgang „ist das ganz schlimm geworden, da habe ich fast nicht mehr Treppen laufen können. (...) Das hat mir 40 Prozent von meiner Schnelligkeit genommen. Das war richtig schlimm. Da war ich richtig fertig“ (S_KS, 68). Der wenige Wochen vor dem internationalen Turnier 2 stattfindende Lehrgang muss aufgrund der massiven Probleme bereits im Vorfeld abgesagt werden. Während sich die Verzweiflung beim vorigen Abbruch des Nationalmannschaftslehrgangs noch in Grenzen hält, ist Klaus in diesem Fall „schon fast verzweifelt“ (S_KS, 155). Durch die verletzungsbedingte Absage „war ich die ganze Zeit eigentlich eher schlecht drauf“ (S_KS, 240), denn das Ziel besteht zu diesem Zeitpunkt darin, sich wieder „in der Nationalmannschaft zu etablieren“ (S_KS, 252). In dieser Phase spielen vor allem der Bruder und die Familie von Klaus eine wichtige Rolle. „Die gehen dann eher nach der Gesundheit. Die kennen mich ja auch, wie ich bin. Die sagen dann auch, mach mal langsam, weil du bist einfach ausgelaugt, du hast noch viele Jahre Profisport vor dir, hoffentlich. Das ist eine lange Zeit, mach dich jetzt nicht kaputt. Das sagen dann auch viele Fans, mach ruhig mal eine Pause, weil wir brauchen dich noch“ (S_KS, 245). Diesen Ratschlägen stehen jedoch die Erwartungen des Trainers entgegen. „Das ist aber schwer, das dem Trainer beizubringen“ (S_KS, 245).

Entscheidung zur verletzungsbedingten Trainings- und Spielabsage

Die Entscheidung über einen beschwerdebedingten Trainingsabbruch überlässt der Trainer auf den ersten Blick zwar den Spielern, in Abhängigkeit des Spielertyps kommt es jedoch zu einer mehr oder weniger subtilen Einflussnahme. „Eigentlich dürfen wir Spieler entscheiden. Der Trainer fragt uns und wenn wir nein sagen würden, dann würde er sagen, okay. Aber er ist auch in gewisser Weise enttäuscht, was aber auch legitim ist. Das ist auch kein Problem. Wenn er mich fragt, ob es geht, und er kennt mich, und ich ja sage, fragt er: Geht es wirklich? Dann sage ich, ja, ein paar Probleme habe ich. Dann sagt er: Raus! So ist das halt. Er kennt jeden einzelnen Spieler. Wenn zum Beispiel ein anderer Spieler sagt: Oh, ich habe Probleme, dann sagt er: Los, trainier weiter! Er kennt die Spieler mittlerweile schon sehr gut“ (S_KS, 346). Vor allem bei leichten Verletzungen oder chronischen Beschwerdeverläufen ist das Einlegen einer Spielpause jedoch besonders schwer. „Er ist halt aus [Land 1] und es ist immer schwer, denen irgendwie beizubringen, dass man halt einfach wegen einer chronischen Krankheit draußen bleibt. Das gibt es da nicht. Das sind einfach scheiß Erkrankungen. Das ist dann dem Trainer schwer beizubringen, das sieht er nicht so wirklich ein“ (S_KS, 247). Dieser vom Spieler wahrgenommene Druck, trotz Beschwerden weiterzuspielen, äußert sich in ähnlicher Form auch bei der Frage nach dem Zeitpunkt des Wiedereinstiegs nach einer längeren Verletzungspause. „Aber da fangen die Jungs eigentlich auch an, viel zu früh zu trainieren, du spürst den Druck von ihm, weil er sehr autoritär ist. Dann braucht man sich nicht zu wundern, wenn sie wieder verletzt sind“ (S_KS, 249). Der Spieler und seine Mannschaftskameraden gehen davon aus, dass der Trainer von ihnen erwartet, so lange wie möglich durch-

zuhalten und nach einer Verletzung so schnell wie möglich wieder ins Trainings- und Spielgeschehen einzusteigen. Aus Sicht von Klaus ist der Trainer der einzige, der bei Beschwerden und Verletzungen einen Einsatz oder einen schnellen Wiedereinstieg direkt fordert. „Der einzige, der Druck ausüben würde, ist der Trainer“ (S_KS, 341).

Perspektive Trainer: Trainer J. Weber steht selbst unter starkem Erfolgsdruck, der sich auch auf Entscheidungen zur verletzungsbedingten Spielabsage bei vorhandenen Beschwerden oder kleineren Verletzungen zeigt. „Du weißt nicht, was diese Verletzung bedeutet. Es ist ein Unterschied, ob er in zwei oder drei Tagen zurückkommt. Das ist eine Frage von Tagen, das sind zwei Punkte. Da bist du oben oder unten. So musst du das sehen. Das ist schon ein riesengroßes Problem im Sport. Ich weiß, dass andere Vereine auch Probleme haben, die sind nicht besser“ (T_JW, 41). Fallen wichtige Spieler aus, erhöht sich entsprechend auch der Druck auf den Trainer, wenn die Mannschaftsleistung darunter leidet. Diesen Druck, mit der Mannschaft Leistung bringen zu müssen, gibt der Trainer an die Spieler dahingehend weiter, indem er versucht, Verletzungspausen so kurz wie möglich zu halten und wenn der Spieler gebraucht wird, eine Spielpause so lange wie möglich hinauszuschieben. Von der medizinischen Abteilung erwartet der Trainer klare Aussagen zur Einsatzfähigkeit und zur Belastbarkeit des Spielers. „Ich verlange von meinen Ärzten und Physios, dass sie mir entweder sagen, er ist zwei Wochen verletzt oder dass sie mir sagen, was ich bei den vorliegenden Schmerzen mit dem Spieler machen kann. Aber da liegt das Problem, dass ich nicht richtig an Informationen komme und nicht richtig beraten werde. Für mich ist eine Entscheidung schwierig, weil ich den Spieler brauche“ (T_JW, 16). Auf der anderen Seite versucht Trainer J. Weber auch, zusammen mit den Spielern die Beschwerden zu ergründen, um die damit verbundenen Entscheidungen zu beeinflussen und bewerten zu können. „Ich kann das als Trainer auch ein bisschen einordnen, wenn ich mit dem Spieler spreche und ihn zum Beispiel frage, ob er beim Schießen Schmerzen am ganzen Arm oder nur an einer bestimmten Stelle bekommt. Aber ich bin vorsichtig, ich bin vorsichtig“ (T_JW, 16). Der Trainer ist auch beim Wiedereinstieg nach einer Verletzung „auf Profis, auf meine Ärzte“ angewiesen. Dabei hilft ihm auch der enge Austausch mit einem befreundeten Arzt. „Ich lerne auch viel, auch in diesem Bereich, weil ich das umsetzen muss. (...) Ich habe einen Freund und Kollegen, der ist Arzt und der sagt, wenn ein Spieler drei Wochen aus dem Kader raus ist, dann braucht er nochmals drei Wochen, bis er wieder zu seiner ursprünglichen Leistungsfähigkeit zurückgefunden hat“ (T_JW, 64). Auf den Rat dieses befreundeten Arztes greift J. Weber immer wieder zurück, da dieser selbst Spieler und Trainer war (T_JW, 70, 167). „Das ist auch Erfahrung und diese Erfahrung kriegt man nicht so einfach“ (T_JW, 167). Beim Wiedereinstieg nach einer längeren Verletzungspause muss der Spieler entsprechend „langsam herangeführt werden. Genauso lange wie er verletzt war, so lange geht das. Und du musst das Training dosieren, weil du weißt, er hat Pause gemacht, zwei drei Wochen. Und du weißt, wenn er länger Pause gemacht hat, dann musst du die Leistungsfähigkeit wieder grundlegend aufbauen“ (T_JW, 81). Die letztendliche

Gestaltung des Wiedereinstiegs liegt überwiegend in der Hand des Trainers. „Vielleicht kommt mal eine Anregung von einem Therapeuten“ (T_JW, 84).

Perspektive Manager: Bei der Entscheidung über den Einsatz eines angeschlagenen Spielers hält sich das Management der aus dem Verein ausgelagerten GmbH, die als Arbeitgeber für die Spieler fungiert, weitestgehend zurück. „Da nehmen wir bewusst keinen Einfluss. Das liegt im Verantwortungsbereich des Spielers und des Trainers“ (M_FK, 83). Es wird zwar in „Einzelfällen diskutiert“, aber die letztendliche Entscheidung wird „zwischen Trainer und Spieler getroffen“. Zum einen wird diese aus Sicht des Managers F. Krause von der prinzipiellen Einsatzfähigkeit des Spielers bestimmt, zum anderen wird versucht, die Spielbelastung an den wahrgenommenen Beschwerdegrad anzupassen, wobei die Dauer des Einsatzes vom Spielverlauf abhängig gemacht wird. „Im Falle, dass der Spieler spielen kann quasi, dann machen der Trainer und Spieler aus, welche Belastung man in dem Wettkampf ertragen kann. Ob man von Anfang an zu 100 Prozent auf [den Spieler] setzt oder ob man versucht, ihn noch mal weitestgehend zu schonen und ihn nur dann aufs Feld schickt, wenn es vom Spielverlauf absolut angezeigt ist“ (M_FK, 81). Während der Spieleinsatz bei Beschwerden aus Sicht des Managers in enger Absprache zwischen Spieler und Trainer erfolgt, wird der Mannschaftsarzt beim Wiedereinstieg nach einer Verletzungspause stärker involviert. Eine eindeutige Regelung liegt jedoch nicht vor, vielmehr dominieren individuelle Absprachen. Letztendlich entscheidet „der Mannschaftsarzt in Absprache natürlich mit dem Spieler. Im Wesentlichen natürlich der Spieler selbst, ist ja klar. Aber vom gesundheitlichen Aspekt der Mannschaftsarzt in Absprache mit dem Trainer. Der Mannschaftsarzt ist immer bei der Entscheidung mit dabei, ihn wieder gesund zu schreiben oder gesund zu benennen“ (M_FK, 79). Ab dem Tag, an dem der Spieler „wieder arbeitsrechtlich gesund ist, also wieder mitspielt und mittrainiert, ab dem Tag ist er im Normalfall sowieso noch nicht hundertprozentig leistungsfähig“. In Abhängigkeit der Verletzung „braucht das noch ein paar Wochen, bis er wieder voll integriert ist“ (M_FK, 62).

Intensivierung der Behandlung bei gleichzeitiger Reduktion der sportlichen Belastung

Nach der Absage des Nationalmannschaftslehrgangs und der Einschränkung der sportlichen Leistungsfähigkeit wird in Anbetracht des in wenigen Wochen anstehenden internationalen Nationalmannschaftsturniers die Behandlungsstrategie verändert. „Im Dezember habe ich im Hinblick auf das internationale Turnier 2 Kortison gespritzt bekommen“ (S_KS, 188). Im Anschluss erhält Klaus „fünf Tage Pause und drei Mal am Tag eine Behandlung“ (S_KS, 68). Nach dieser kurzen Trainings- und Spielpause, die intensiv für physiotherapeutische Maßnahmen genutzt wird, erfolgt zwar eine Reduktion des Trainingsumfangs, gespielt wird jedoch weiterhin. Die Entscheidung zur Trainingsreduktion wird dabei vom Trainer getroffen, damit die Einsatzfähigkeit des Athleten bei den wichtigen Spielen gewährleistet ist. „Der Trainer sagt, er braucht mich für die und die Spiele und da bin ich oft nur ein bisschen gelaufen oder habe auch mal das Training ausgesetzt, aber das kann ich überhaupt nicht gebrau-

chen. Dann habe ich da hinten [in der Halle] mit dem Medizinball trainiert. Das war halt auch nicht das Wahre. Da war ich auch nicht glücklich“ (S_KS, 197). Das Einlegen einer längeren Verletzungspause stellt für Klaus normalerweise keine ernstzunehmende Alternative dar. Lediglich der eigene Bruder und zunehmend auch der Trainer können den Spieler bremsen und steuernd eingreifen. „Der Trainer hat auch mal gefragt, wer müde ist. Er wusste ganz genau, dass ich auch müde bin. Habe aber nicht gestreckt. Dann hat er gesagt, du gehst rüber ins Hallenbad und schwimmst da eine Runde und dann ist gut. Er hat eigentlich über die ganze Saison sagen müssen, nein, du trainierst heute nicht. Und ich wollte aber trainieren und habe gesagt, das ist okay. Aber das war ein bisschen falscher Ehrgeiz von mir. Weil ich in jedem Training versuche, mich weiter zu entwickeln und Vollgas zu geben. Aber wenn das mit dem Knie scheiße ist, das ist dann schon frustrierend“ (S_KS, 199). Klaus muss zur Trainingspause überredet werden. „Mein Bruder sagt dann, es ist schon besser, wenn du nichts machst. Aber mittlerweile auch mein Trainer“ (S_KS, 202). Deutlich wird jedoch auch, dass die Regenerations- und Genesungspausen in Abhängigkeit des Spielplans gegeben werden und dass diese maßgeblich von der Einschätzung des Trainers abhängen. „Ich meine, unser Vereinstrainer hat auch gesehen, dass ich überlastet bin. Der hat dann auch gesagt, das ist jetzt zu viel, du brauchst eine Pause. Jetzt haben wir noch ein Spiel und dann haben wir eine Woche Pause und ich muss nicht trainieren“ (S_KS, 294).

Die Injektion von Kortison lohnt sich vor einem internationalen Turnier für Klaus „auf jeden Fall“. Grundsätzlich sollte ein solches Vorgehen „aber nur im äußersten Notfall“ gewählt werden. „Das sagen auch die Ärzte selbst, Kortison nur, wenn es nicht mehr geht. Wir haben echt alles probiert, auch Traumeel, also homöopathische Sachen. Das hat nicht angeschlagen. Ich habe halt auch keine Pause gehabt. Das hätte bestimmt angeschlagen, wenn ich eine Pause gehabt hätte“ (S_KS, 304). Über mögliche Nebenwirkungen einer solchen Behandlung wird der Athlet aus seiner Sicht stets informiert. „Man hat ja auch keine Ahnung. Eine Kortison-Dauerbehandlung macht alles kaputt. Aber einmal Kortison, ich meine, man muss das nicht immer machen, also regelmäßig. Aber Kortison ist schon ein relativ gutes Hilfsmittel, wenn man eine chronische Entzündung hat“ (S_KS, 302).

Probleme mit der physiotherapeutischen Betreuung im Verein

Wenn es um die physiotherapeutische Behandlung geht, greift Klaus nicht immer auf den Vereinsphysiotherapeuten zurück. „Wir haben ja auch eine super Physiobetreuung, wir bekommen immer unsere Behandlung. Wir haben hier [in unserer Stadt] einen super Physiotherapeuten, aber das ist nicht unser Vereinsphysiotherapeut. Der ist schon kompetenter als der, den wir haben, aber das ist ja überhaupt kein Problem“ (S_KS, 279). Klaus ist mit dem Vereinsphysiotherapeuten, zu dem er eigentlich gehen sollte und zu dem ihn der Mannschaftsarzt schickt, nicht zufrieden. „Aber da brauchst du bloß mal einen gescheiten Physiotherapeuten. Unserer macht ja gar nichts, weil er nicht dafür verantwortlich gemacht werden will“ (S_KS, 116). Dem Spieler geht es dabei vor allem darum, so schnell wie möglich wieder gesund zu

werden, „und wenn der Physio einfach nicht viel Ahnung von dem Bereich hat, dann schaut man sich schon selber danach um“ (S_KS, 281). Dieses Vorgehen führt jedoch innerhalb des Vereins und der medizinischen Abteilung entgegen der Aussage von Klaus zu einigen Schwierigkeiten.

Perspektive Trainer: Die Verantwortung für die Probleme mit der medizinischen Abteilung sieht Trainer J. Weber zunächst bei Klaus alleine. „Erst wechselt er den Physio und macht was anderes, dann wechselt er den Arzt. Aber wenn du krank bist, suchst du keine Hilfe, die das aufbauscht. Drei Meinungen hören, ja, aber dieselbe Behandlung bei drei unterschiedlichen Leuten, das bringt nichts“ (T_JW, 25). Darüber hinaus kommt es durch die Konsultation anderer medizinischer Experten hinter dem Rücken von Mannschaftsarzt und Mannschaftsphysiotherapeut zu einem „riesen Problem“ mit dem Verein, als die externen Behandlungen bekannt werden. „Das musste nicht sein.“ (T_JW, 25). Allerdings ist es Trainer J. Weber, der zusätzliche Arztkonsultationen forciert, wenn die eigene medizinische Abteilung die Beschwerden nicht in den Griff bekommt. „Ich habe auf jeden Fall ein super Ärzteteam in der Hinterhand, den Arzt Dr. R. Goller kenne ich noch von meinem früheren Verein (...). Du kannst als Mannschaftsarzt nicht der Spezialist für alles sein. Wenn nach drei Wochen die Probleme nicht weggehen, dann läuft da etwas nicht richtig, dann hätte ein anderer Arzt vielleicht schon früher etwas machen können“ (T_JW, 27). Im Interviewverlauf wird besonders deutlich, dass die Erwartungen des Trainers an die medizinische Abteilung des Vereins nicht erfüllt werden und das Verhältnis belastet ist. „Ich sitze mit meinen zwei Managern, meinen zwei Physios und meinem Arzt oft zusammen, und ich will nicht, dass mich in einem Monat alle hassen. Im Verein haben sie ungefähr zehn Jahre lang nichts gemacht und waren trotz hohem Etat auch sportlich nicht so erfolgreich. Und ich weiß jetzt warum. Die medizinische Betreuung muss ganz anders laufen. (...) Ich will nicht jeden Tag bei jeder Verletzung eingreifen, ich verlange das vom Mannschaftsarzt. Mein Spieler ist verletzt und kommt zum Arzt. Während es in Deutschland überall CTs gibt, wartet man in Osteuropa lange auf einen Termin. In den ersten vier Monaten wurden die Spieler hier nie zu einer CT, Kernspin oder so was geschickt. Das ist zu teuer. Das ist zu teuer“ (T_JW, 33).

Hinzu kommt, dass die orthopädische Praxis des Mannschaftsarztes stets voll ausgelastet ist, so dass aus Sicht des Trainers nur wenig Zeit für eine intensive Auseinandersetzung mit den Sportlern bleibt. Darüber hinaus beklagt J. Weber die mangelnde Erfahrung in der Betreuung von Spitzenathleten und verdeutlicht seine Erwartungen an den Arzt „Ich will, dass mein Arzt und auch mein Physio ein Spezialist für Spitzensportler ist. Die haben keine Ahnung, was ein Spitzensportler ist. Das ist nicht dasselbe, wie wenn mein Vater mit seinen Schmerzen kommt, bei ihm ist das egal, ob die Schmerzen in einem oder zwei Monaten wieder weg sind. Aber ein Spitzensportler, der muss in drei oder vier Tagen wieder spielen und das ist das riesengroße Problem im Sport. Allgemein jetzt“ (T_JW, 37). Eine erfolgreiche medizinische Behandlung wird entsprechend daran gemessen, wie schnell der Athlet nach einer Verletzung

wieder ins Spielgeschehen eingreifen kann. Ein Arzt, der diese Logik nicht mitberücksichtigt, findet entweder langfristig keine Anschlussmöglichkeiten oder eckt permanent mit dem Trainer an. „Meine Spieler werden nicht richtig gut behandelt, die Behandlung dauert zwei Wochen, und nach den nächsten zwei Wochen ist das Resultat auch nicht besser. Dann ist schon ein Monat vorbei. Das geht nicht“ (T_JW, 64). So kommt es vor, dass der Trainer mit seinen Spielern heimlich den vertrauten Arzt Dr. R. Goller aufsucht, um Gewissheit über die vorliegenden Beschwerden zu erhalten, worüber er bei einer konträren Diagnose oder Behandlungsstrategie in Nachhinein jedoch den Verein informieren muss (T_JW, 27).

Besserung der Beschwerden und intensive Behandlung zur Gewährleistung der Spieleinsätze beim internationalen Turnier im Rahmen der Nationalmannschaft

Die Behandlungsmaßnahmen und die Belastungsreduktion führen zwar zu einer Verbesserung der Beschwerdeproblematik, zur vollständigen Ausheilung des Patellaspitzensyndroms kommt es jedoch nicht. „Da ist das auch besser geworden. (...) Ich habe da das Gefühl gehabt, wenn ich da noch länger Pause gemacht hätte, dann wäre es weg gewesen. Das Gefühl habe ich gehabt“ (S_KS, 188). Trotz des Gefühls der Notwendigkeit einer längeren Pause wird bei gleichzeitiger Trainingsreduktion und intensiver Behandlung der Spielbetrieb aufrechterhalten. Bis „zur internationalen Meisterschaft 2 war es wieder einigermaßen gut“ (S_KS, 68). Die Beschwerden werden im unmittelbaren Vorfeld und während des gesamten Turniers durch eine umfangreiche Behandlung im Rahmen der Nationalmannschaft auf einem akzeptablen Level gehalten. „Da war es eigentlich gut, weil ich jeden Tag drei Mal behandelt worden bin“ (S_KS, 130). Der Spieler merkt in dieser Zeit, welche Wirkung eine konsequente Behandlung zeigt. „Ich habe gedacht, oh, cool“ (S_KS, 134). Von der medizinischen Betreuung beim Turnier ist er sichtlich begeistert. „Da sind immer drei Physios, zwei Ärzte und ein Internist da. Da ist alles dabei“ (S_KS, 273). Vor allem die Physiotherapeuten bei der Nationalmannschaft „sind alle super kompetent und kennen die Zusammenhänge, echt super“ (S_KS, 279). Generell wird sehr darauf geachtet, dass sich die angeschlagenen Spieler auch behandeln lassen. „Wenn man da nicht hingehet und der Bundestrainer weiß, dass man Probleme hat, dann bekommt man Ärger mit ihm. Das ist schon wirklich gut“ (S_KS, 275). Manchen Spielern, zu denen auch Klaus gehört, muss eine Behandlung geradezu verordnet werden.

Perspektive Trainer: Während der internationalen Meisterschaft 2 steht Vereinstrainer J. Weber im engen Kontakt mit seinem Schützling. „Ich war jeden Tag bei ihm und habe mit ihm darüber geredet, wie er sich auf und neben dem Spielfeld verhalten soll“ (T_JW, 46). Entsprechend gut informiert ist er auch über dessen Gesundheits- und Leistungszustand. Dass Klaus „sehr gut aufgespielt“ hat, führt er mit auf die medizinische und physiotherapeutische Behandlung vor Ort zurück. „Die haben ihn fit gemacht, was bedeutet, dass er mit diesem Schmerz spielen konnte. Die haben ihn schon richtig gut behandelt, so dass er spielen konnte. Mein Physio hier [im Verein], der konnte nicht so behandeln“ (T_JW, 44). Der Trainer ver-

deutlicht die Unterschiede zur medizinischen Betreuung im Verein. „In der Nationalmannschaft haben sie Spezialisten. Die Nationalmannschaft ist das Beste, was es gibt, da ist auch ein Physio aus [Osteuropa] und der ist richtig gut. Die mussten früher viel mit den Händen machen und den Muskel spüren, weil es nicht so viele Geräte gab. Klaus kommt zurück [vom Turnier] und ist zwei bis drei Tage beschwerdefrei. Dann wird hier behandelt und es wird wieder schlechter“ (T_JW, 39). Bei der internationalen Meisterschaft 2 tauscht sich der Vereinstrainer auch mit anderen Kollegen aus. „Da habe ich mit einem Trainer aus Kroatien gesprochen. Und die haben einen richtig guten Mann, er ist kein Arzt, sondern so etwas Ähnliches wie ein Physiotherapeut. Er hat in Russland gelernt und hat seine Fähigkeiten schon vielfach unter Beweis gestellt, in der Fußballnationalmannschaft, in der Handballnationalmannschaft und hat selbst in seiner Jugend erfolgreich gespielt. Dieser Mann hat gesagt, da gibt es in Deutschland ein Gerät, dieses Gerät kaufen wir in Deutschland ein. Das müsst ihr doch kennen. Diese Stoßwellen. Ihr müsst das irgendwo in Deutschland finden und einmal pro Woche über drei Wochen behandeln und dann ist die Verletzung weg“ (T_JW, 9).

Erneute Zunahme der Knieschmerzen im Ligabetrieb und Besserung durch die Umstellung der Behandlungsstrategie

Nach dem Rückgang der Beschwerden und der Konsolidierung im Verlauf des Turniers verschlechtert sich der Zustand nach der Wiederaufnahme des Spielbetriebs in der Bundesliga erneut. „Da haben wir fünf englische Wochen in Folge gehabt und dann waren die Beschwerden wieder da. (...) Es ist auf einmal schlimmer geworden und dann noch mal schlimmer (S_KS, 130). Gleichzeitig wird mit einer Stoßwellentherapie begonnen, darüber hinaus erfolgt die Umstellung des physiotherapeutischen Behandlungsansatzes (S_KS, 68). Der Arzt, der die Stoßwellentherapie durchführt, „hat gesagt, dass ich mein ISG [Iliosakralgelenk] und meinen Tractus [iliotibialis] behandeln muss. Beim Tractus, voll rein. Das war so schmerzhaft, weil der Muskel so zu war und an der Patella gezogen hat. Und dazu exzentrisches Krafttraining, das ich immer noch mache. Dann ist es eigentlich besser geworden. Dazu aber auch parallel Voltarentabletten“ (S_KS, 297). Durch die veränderte physiotherapeutische Behandlungsstrategie, die Trainingsreduktion und durch die Stoßwellentherapie ist es aus Sicht des Spielers zwar „immer besser geworden“, leichte Beschwerden sind jedoch selbst zum Zeitpunkt des Interviews noch vorhanden (S_KS, 134).

Perspektive Trainer: Nach der Rückkehr von Klaus in die Reihen der Vereinsmannschaft verlangt Trainer J. Weber vom Mannschaftsarzt, dass eine Stoßwellentherapie durchgeführt werden muss. „Mein Arzt hier hat für den nächsten Morgen einen Termin in [einer Klinik] ausgemacht. Unglaublich. Und drei Wochen später kommt Klaus und sagt mir, dass die Schmerzen fast weg sind“ (T_JW, 9). Dass diese Behandlungsmethode nicht schon früher vom Mannschaftsarzt in Betracht gezogen wurde, bringt J. Weber in Rage. „Das war im siebten Monat nach dem Beginn der Verletzung. Was hat Klaus bis dahin alles verloren? Und wir auch?“ (T_JW, 9). In Anbetracht des verlorenen Vertrauens in die eigene medizinische Abtei-

lung sieht der Trainer im Gegensatz zu Klaus die Stoßwellentherapie als alleinige Ursache für die Verbesserung der Beschwerden. „Gott sei Dank haben wir gleich [nach dem Turnier] angefangen mit der Stoßwellentherapie. Das schmerzt ohne Ende das erste Mal. Das zweite Mal ist das nicht so schmerzhaft. Klaus war da schon froh, dass da was passiert. Er ist auch ziemlich schnell wieder ins Training gekommen. Er hat gesagt, nach der zweiten Behandlung wäre es schon viel besser, er kann es kaum glauben. Nach der dritten Behandlung war es dann weg“ (T_JW, 44).

- **Verletzungskomplex Kapselriss und Knochenabsplitterung Daumen (#9), Zerrung musculus infrapinatus (#10) und bestehende Kniebeschwerden**

Zeitgleich zum erneuten Höhepunkt der Kniebeschwerden verletzt sich Klaus am Daumen der Wurfhand (S_KS, 47). Eine Verletzungspause wird zunächst nicht eingelegt, weil ein wichtiges internationales Spiel mit der Vereinsmannschaft ansteht. „Bei der internationalen Spielserie 1 haben wir im Halbfinale gespielt, da habe ich einfach mit dem gebrochenen Finger gespielt. An der Spitze ist halt viel weg und da hat es bei jedem Ballkontakt wehgetan. Aber das war für den Verein“ (S_KS, 58). Die Verletzung empfindet der Spieler jedoch „nicht so schlimm, weil ich vor dem Spiel gespritzt worden bin“ (S_KS, 53) Die Begründung für den Einsatz trotz der Verletzung sieht Klaus in der Aufopferung für den Erfolg der Vereinsmannschaft. „Wir arbeiten gezielt auf Erfolge hin und da wird von dem einen oder anderen Spieler ein Auge zugedrückt, weil man einfach den Erfolg für den Verein will. Deshalb habe ich auch mit dem gebrochenen Daumen (...) im Halbfinale gespielt“ (S_KS, 350). Erst nach dem Hin- und Rückspiel erhält Klaus eine Genesungspause. „Danach habe ich dann zehn Tage Pause gehabt“ (S_KS, 60). Diese Herausnahme aus dem Bundesligaspielbetrieb wird dabei besonders intensiv für die Behandlung der Kniebeschwerden genutzt.

Der Wiedereinstieg in den Trainings- und Spielbetrieb erfolgt trotz bestehender Beschwerden, der Daumen wird sicherheitshalber längere Zeit stabilisiert. „Ich habe eigentlich einen Monat danach noch, bis eigentlich letzte Woche, mit Tapeverband gespielt. Aber jetzt spiele ich wieder ohne und ich spüre es noch minimal. Aber ich spiele lieber ohne Tape, weil ich mit dem Tape nur ganz schwer von oben werfen konnte, da der Daumen immer so nach hinten gezogen wird“ (S_KS, 57). Im Zuge der abklingenden Beschwerden aufgrund der Daumenverletzung tritt im Schulterbereich des Wurfarms ein weiteres Problem auf. Zwei Wochen vor dem Interview kommt es zu Schulterbeschwerden, die Klaus zunächst als Zerrung des musculus infrapinatus bezeichnet¹⁰⁹ (S_KS, 84). „Ich habe ein Spiel gemacht und montags noch Training gehabt und da ein bisschen locker gepasst. Dann ging der Ball nur noch zwei Meter weit, weil ich keine Kraft mehr aufbringen konnte, irgendwie in der Kapsel drin. (...) Ich habe dann mit dem Training aufgehört und bin gleich zum Arzt gegangen. Der hat gesagt, dass die Kap-

109 Der musculus infrapinatus ist als Teil der Rotatorenmanschette für die Außenrotation des Oberarmes zuständig.

sel und der Infraspinatus ein bisschen entzündet sind. Dann bin ich gleich zur Behandlung“ (S_KS, 330).

Eine Pause wird jedoch nicht eingelegt, vielmehr erfolgt zur Aufrechterhaltung der Einsatzfähigkeit im Spiel zunächst eine Schmerzmedikation. „Ich bin auch einmal vor einem Spiel gespritzt worden“ (S_KS, 325). Erst als die Wurfkraft deutlich nachlässt, erhält der Spieler eine Spielpause, das Training wird jedoch aufrechterhalten. „Wenn man so leichte Schulterbeschwerden hat, muss man auch das trainieren, was geht. Man kann zum Beispiel die Arme trainieren. Wenn jetzt die Bizepssehne gerissen wäre, dann könnte man natürlich nichts machen“ (S_KS, 325). Unmittelbar vor dem Interview lässt sich beobachten, wie der Spieler trotz der immer noch vorhandenen Schulterbeschwerden mit großem Einsatz am Training teilnimmt. Auf die vorhandenen Probleme weist von außen lediglich ein Tapestreifen hin, der unter dem Trikot hervorschaut. „100 Prozent Wurfkraft kann ich nicht aufbringen, aber werfen kann ich schon wieder. Ich schätze [die Beschwerden] nicht schwer ein, obwohl ich aktuell zweimal nicht gespielt habe“ (S_KS, 86).

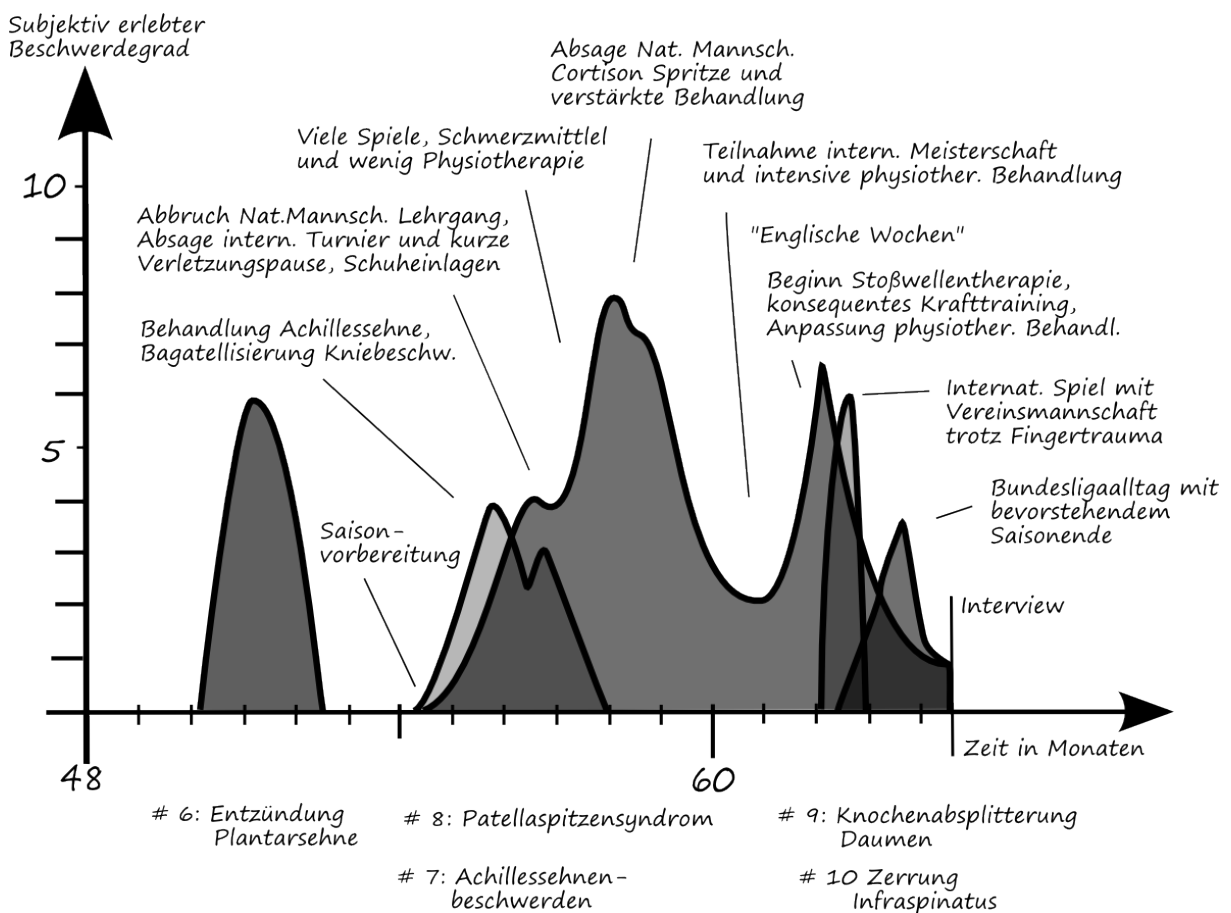


Abbildung 22: Umgang mit der bedeutsamsten Verletzung im Karriereverlauf von Klaus Schneider

Perspektive Trainer: Bei den Schulterbeschwerden fordert Trainer J. Weber den sofortigen Einsatz einer aufwändigen Diagnostik und die Einbeziehung eines Schulterexperten. „Ich habe gleich gesagt, dass eine CT-Untersuchung gemacht wird. Da war nichts zu sehen und er wurde wieder nach Hause geschickt. Der Spezialist für die Schulter sagte, es wäre eine leichte Entzündung. Kein Problem, wenig werfen und normal spielen. Und daran halte ich mich. Im Training macht er praktisch alles, aber kein Wurftraining“ (T_JW, 12). Über die Schmerzmedikation bei seinen Spielern zeigt sich J. Weber weitestgehend in Kenntnis gesetzt. Der Einsatz solcher Wirkstoffe durch den Arzt spielt „eine große Rolle“ bei der Behandlung von Beschwerden und Verletzungen. „Ich rede auch mit meinem Arzt, der die Spritzen mit Betäubungsmitteln in seiner Tasche dabei hat. Ich frage ihn, was bedeutet das für diese Verletzungen, kann da was Schlimmeres passieren? Nein, da kann nichts Schlimmeres passieren, das sind nur Schmerzmittel. Es kann nur etwas Schlimmeres passieren, wenn du Schmerzmittel einsetzt und du bei deinen richtigen Bewegungen dann nicht merkst, wenn du eine Quetschung im Meniskus hast. Aber bei Schmerzen im Ellbogen, in der Schulter oder im Knie macht das nichts“ (T_JW, 68). Der Trainer verlässt sich hier voll und ganz auf den Arzt. „Aber ich frage immer meinen Arzt, weil ich meinen Spieler nicht langfristig verlieren will“ (T_JW, 68). Die zentrale Frage bei der Schmerzmedikation zur Gewährleistung eines Einsatzes lautet demnach, ob dadurch etwas Schlimmeres passieren kann. Die Ausheilung, eine langfristige Reduktion der Beschwerden oder die Vermeidung einer Chronifizierung spielt hierbei zunächst keine Rolle.

7.4.3. Aktuelle Situation

Zum Zeitpunkt des Interviews beeinträchtigen Klaus noch zwei Beschwerdebilder. „Die Daumenverletzung ist schon komplett weg und abgeschlossen. Aber das mit dem Knie beschäftigt mich noch und das mit der Schulter auch“ (S_KS, 88). Dabei werden die Kniebeschwerden von Klaus als „leicht chronisch“ eingeschätzt (S_KS, 70). In Anbetracht des nahenden Saisonendes sieht er sich jedoch auf einem Weg der Besserung. Die letzten Spiele möchte er trotz der vorhandenen Beschwerden noch bestreiten und sich so „in die Pause retten“ (S_KS, 332). Die vollständige Genesung verschiebt er in den Zeitraum der Spielpause. „Wie gesagt, die Saison dauert jetzt noch vier Wochen, das ziehe ich noch durch. Dann aber!“ (S_KS, 314). Die Gefahr einer weiteren Chronifizierung ist Klaus zwar bewusst, er sieht jedoch keine Möglichkeit, bei solchen Beschwerden aus dem Spielbetrieb auszusteigen. „Davor hat man auch Angst. Normalerweise müsste ich jetzt vier Wochen Pause haben oder drei Wochen, bis das weg ist. Aber so ist das im Profisport“ (S_KS, 336). Bezogen auf den Umgang mit dieser bereits über zehn Monate andauernden Problematik ist eine veränderte Einstellung zu beobachten. Schmerzmittel sollen zwar weiterhin bis zum Saisonende eingesetzt werden. „Aber Spritzen lasse ich mich nicht mehr, weil das immer so kleine Vernarbungen an der Patella gibt und ich da keine Lust drauf habe. Das kann auch blöde Auswirkungen haben“ (S_KS, 299). Ein Umdenken ist auch mit Blick auf den Einstieg in die darauf folgende Saison

zu erkennen, sollten die Beschwerden nicht vollständig verschwinden. „Wenn ich die Beschwerden zu Beginn der neuen Saison noch mal habe, dann fang ich im September gar nicht erst an zu spielen. Das mache ich nicht“ (S_KS, 312).

Zusatzbelastung durch gleichzeitige Ausbildung und Verantwortung der Mannschaft gegenüber

In den Monaten unmittelbar vor dem Interview und parallel zum Verlauf der Kniebeschwerden registriert Klaus eine starke Zusatzbelastung durch die parallel eingeschlagene Berufsausbildung und die gestiegenen Erwartungen an seine Rolle als Leistungsträger der Mannschaft. „Am Anfang habe ich das mit der Ausbildung so angesehen, dass es mich auf andere Gedanken bringt. Aber jetzt ist das eher unerwünscht. Weil der Trainer und die Mannschaft immer mehr von mir erwarten. Die Mannschaft erwartet, dass ich die Mannschaft führe und ich meine, ich will das ja auch. Aber jetzt ist die Doppelbelastung mit der Ausbildung schon eine Last. Wenn die anderen frei haben und zum Physiotherapeut gehen können, dann habe ich Schule und sitze halt körperlich auch völlig kaputt da und dementsprechend ist das auch belastend“ (S_KS, 125). Dabei kommt die Ausbildungsstätte Klaus bereits entgegen, indem die Anwesenheitszeit reduziert und telefonisch Kontakt gehalten wird. „Die verstehen das auch, da gab es auch überhaupt keine Probleme. (...) Aber wenn ich nicht dort bin, verpasse ich auch viel. Das muss ich ja irgendwie wieder aufholen. Und wenn ehrlich bin, hänge ich immer noch hinterher. Ich muss noch unglaublich viel lernen und das bis Oktober. Auf jeden Fall kann ich das nicht rausschieben, ich lerne schon jeden freien Tag“ (S_KS, 260). In Kombination mit den mehr oder weniger stark vorhandenen körperlichen Beschwerden empfindet Klaus die Situation im Bundesliga-Alltag sehr belastend. „Da bekommt man den Kopf nicht wirklich frei und man ist irgendwie nicht richtig bei der Sache. Man wünscht sich einfach mal drei Wochen gar nichts zu machen, um irgendwie wieder mal aufzutanken oder auf den Damm zu kommen“ (S_KS, 255). Einzig bei den internationalen Meisterschaften 2 mit der Nationalmannschaft lassen sich die Alltagsbelastungen ausblenden. „Aber schon gegen Ende des Turniers habe ich gewusst, jetzt geht es wieder darauf zu und dann habe ich immer mehr körperliches Unwohlsein gehabt und auch wirklich richtigen Stress“ (S_KS, 262). Klaus geht davon aus, dass sein Trainer die Doppelbelastung nachvollziehen kann und diese auch akzeptiert. „Er sagt auch bewusst, dass ich an den Wochenenden das mit dem Ausgehen zurück schrauben soll. Das habe ich dann auch gemacht, weil, wenn ich noch weggehe, dann erhält mein Körper keine Regeneration mehr“ (S_KS, 264).

Die hohen Erwartungen an die Leistungsfähigkeit durch die Vereinsverantwortlichen, den Trainer, die Teamkameraden und durch das Publikum machen es dem Spieler jedoch schwer, eine Genesungs- und Erholungspause einzulegen. „Ich meine, das führen sie dir auch immer vor Augen und sie fordern dich ja auch, aber irgendwann ist auch mal das Limit erreicht. Ich muss mich eigentlich an die eigene Nase fassen. Ich hätte auch irgendwann mal sagen kön-

nen, ich kann jetzt nicht mehr. Das habe ich aber nicht gemacht. Ich habe immer versucht, mich für den Verein einzusetzen“ (S_KS, 292).

Bedeutsamste Verletzung im Karriereverlauf und Ursachen für die immer noch vorhandenen Beschwerden

Als schwerwiegendste Verletzung stuft Klaus rückblickend die lange andauernden Kniebeschwerden ein. „Am nervigsten war auf jeden Fall die Patella. Die war zum Kotzen. Hätte ich da mal drei oder vier Wochen Pause am Stück gehabt, dann wäre das weg gewesen. Ich habe einfach keine Chance gehabt. Wenn der Trainer sagt, ich brauche dich, solche Sachen. Alle haben gesagt, mach eine Pause. Ich hatte wirklich keinen Bock mehr“ (S_KS, 95). Die Hauptursache für die immer noch vorhandenen Beschwerden liegen aus seiner Sicht entsprechend in den unzureichenden Regenerations- und Genesungszeiten. „Ich glaube, das hätte alles angeschlagen, hätte ich eine Pause bekommen. Dann hätte man gar nichts machen müssen“ (S_KS, 306). Im Unterschied zu einer traumatischen Verletzung wie den Muskelfaserrissen „verzweifelt man fast“ bei einer solchen Knieverletzung. Denn bei einem Muskelfaserriss „kann man ungefähr rechnen, wie lange es dauert“, außerdem weiß man, dass man „zwei Wochen auf jeden Fall Ruhe“ einplanen muss (S_KS, 97). Vor allem die mit den Beschwerden verbundene Ungewissheit stellt für Klaus das größte Problem dar. „So Verletzungen sind schon scheiße. Das zieht einen schon langsam runter“ (S_KS, 179).

Perspektive Manager: Die von Klaus als biografisch besonders relevant erachtete Verletzung wird vom Manager hingegen als wenig bedeutsam eingestuft. „Es war langwierig und chronisch. Und es ist auch, würde ich sagen, nicht endgültig behoben. Aber es war keine richtig einschneidende schwere Verletzung. Das war es nicht. (...) Also das ist eine weniger schwere Verletzung gewesen“ (M_FK, 127).

Perspektive Trainer: Was Verletzungen und Beschwerden angeht, hat Klaus aus Sicht des Trainers „bis jetzt nicht viel gehabt“. Jedoch ist er der Auffassung, dass die letzte Verletzung, die er als „Patellasehnenreizung“ bezeichnet, ziemlich lange ging und sich beinahe über die gesamte Bundesligasaison und die Nationalmannschaftseinsätze hinzieht (T_JW, 8). Er geht jedoch davon aus, dass durch die Verletzung eine Einstellungs- und Verhaltensänderung beim Klaus stattgefunden hat. „Lieber zwei, drei Tage Pause und das nächste Spiel nicht spielen, als sieben Monate so zu kämpfen. Er hat es kapiert. Das kapiert jetzt jeder Spieler. Er muss aus jeder Kleinigkeit lernen“ (T_JW, 20). Auch in sportlicher Hinsicht hat sich der Spieler weiterentwickelt. „Klaus ist etwas Besonderes, ein junger Spieler, ein Chaot. Er war ein Chaot. Die anderen haben ihn nicht ernst genommen.“ Er sieht als Trainer von Beginn an das Potential des jungen Spielers und versucht ihn zu formen. „Es ist das schwierigste, meinen Spielern in den Kopf zu schauen. Wenn du in den Kopf rein kommst, dann hast du gewonnen. Dann kannst du ihn führen. Du musst erreichen, dass ein Spieler glaubt. Wenn ein Spieler glaubt, dann kannst du machen, was du willst (...). Ich rede oft mit meinen Spielern. In den ersten drei Monaten, in denen ich hier war, habe ich jeden Tag etwas mit meinen Spielern un-

ternommen, das ist Zusammenleben. Und dann rede ich oft mit meinen Spielern über persönliche Dinge. Woher kommt er? Was macht er zu Hause? Was machen seine Eltern? Wo wohnt er? Was mag er, was liest er? Alles. Alle Informationen die ich bekommen kann. Und dann bist du ein bisschen in seinem Kopf. Und in jedem Training sehe ich, ob ein Spieler psychische Probleme hat oder ob er gut drauf ist. Und die Spieler erzählen mir dann auch von ihren persönlichen Problemen, mit der Freundin oder mit dem Manager. Du musst Vertrauen aufbauen, dann kannst du sie kriegen“ (T_JW, 88).

Zunehmende Verantwortung und Spielbelastung

Im Laufe des Gesprächs wird deutlich, dass Klaus erst wenige Monate vor der Entzündung der Plantarsehne mehr Verantwortung in der Bundesligamannschaft übertragen wird, was gleichsam mit einer erhöhten Spielbelastung einhergeht. Der Athlet wird daraufhin animiert, eine weitere Kurve ins Verletzungsdiagramm einzuzeichnen, welche die Spielbelastung und Verantwortung innerhalb der Mannschaft repräsentiert. In der Profimannschaft geht es für den Spieler „ganz langsam los“, nachdem J. Weber die Mannschaft vor drei Jahren übernommen hat. „Er hat uns Vertrauen gegeben und gesagt, dass bei ihm derjenige spielt, der Leistung bringt und dass es nicht nach dem Alter geht“ (S_KS, 103). Mit Beginn der ersten gemeinsamen Saison nimmt Klaus eine zunehmend zentrale Rolle im Team ein, was sich in einem steilen Anstieg der Verantwortungs- und Spielbelastungskurve zeigt. Gleich im ersten Bundesligaspiel erfolgt ein Einsatz über 45 Minuten (S_KS, 109). Vom Trainer wird ihm innerhalb kürzester Zeit viel Vertrauen entgegengebracht. „Für einen jungen Spieler ist es das wichtigste, wenn der Trainer zu einem sagt, Junge, du bist da, um zu lernen. Geh rein, spiele deine Spiele und mach Fehler. Aus denen wirst du lernen. Wenn das ein Trainer zu einem sagt, dann macht man sich als junger Spieler keine Gedanken mehr“ (S_KS, 107). Verantwortung und Spielbelastung nehmen schrittweise zu, Unterbrechungen gibt es lediglich durch verletzungsbedingte Pausen. „Dann spielt man auf einem Level und dann kommt die Verletzung, die einen natürlich wieder runterzieht“ (S_KS, 105).

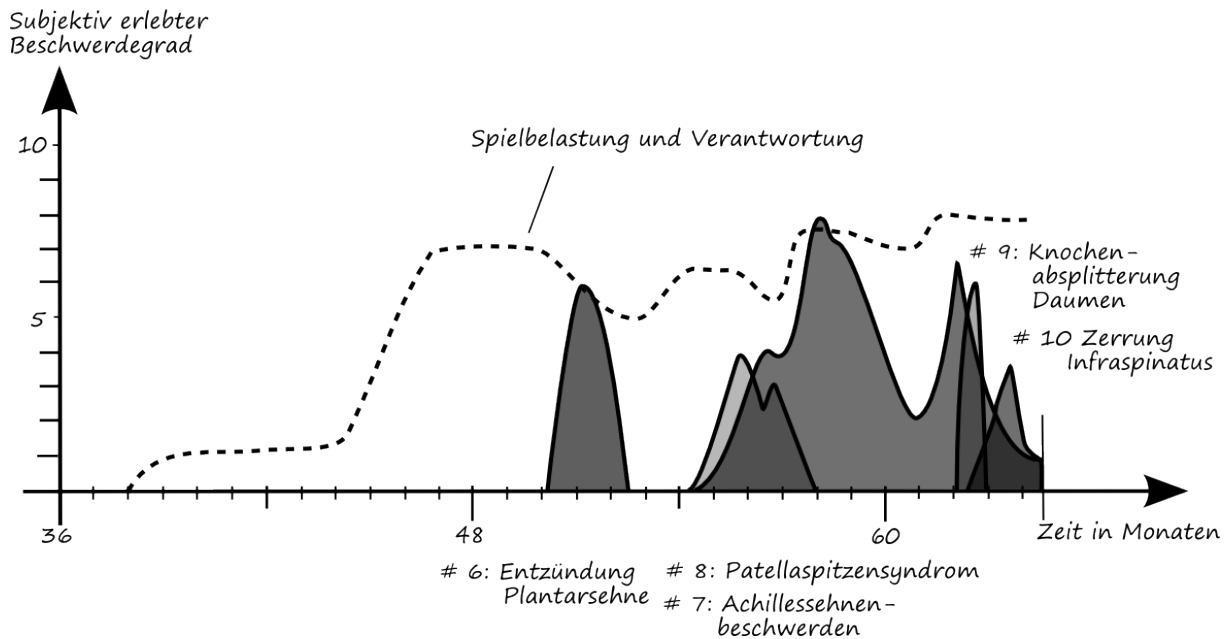


Abbildung 23: Spielbelastung und Verantwortung in Relation zu Verletzungsverläufen bei Klaus Schneider

Bei der Betrachtung der vom Athleten eingezeichneten Kurve fällt auf, dass die jeweiligen Beschwerden mit einer kurzen zeitlichen Verzögerung nach jeder Zunahme von Verantwortung und Spielbelastung auftreten. Erst mit Beginn der Belastungssteigerung durch Bundesligaeinsätze und die hinzukommenden Anforderungen durch die Berufung in die Nationalmannschaft kommt es erstmalig im Karriereverlauf zu Beschwerden im Bereich der Sehnen und Gelenke, wie sie für eine Überbelastung typisch sind. Bei den Kniebeschwerden kommt es sogar zur Chronifizierung und zu einer Überlagerung verschiedener Beschwerdebilder.

7.4.4. Verletzungs- und Gesundheitsvorstellungen im biografischen Kontext

Für Klaus hat Gesundheit eine große Bedeutung und sollte an oberster Stelle stehen, wie er mehrfach betont „Ich würde sagen, dass Gesundheit über allem steht, über allem stehen sollte. Wenn man sich das Verletzungsschaubild so ansieht, dann schätzt man, dass ich das nicht so hoch einordne. Aber ich schätze das schon ziemlich hoch ein“ (S_KS, 346). Allerdings führt die Orientierung am sportlichen Erfolg zu gewissen Einschränkungen. „Auf mir lastet ein bisschen ein Druck, was ich aber auch will und deshalb wollte ich die Saison so gut wie möglich spielen. Aber wenn so eine blöde Verletzung dazukommt, dann wird man immer wieder zurückgeworfen und verzweifelt dann irgendwann. Aber grundsätzlich ist mir Gesundheit schon sehr, sehr wichtig“ (S_KS, 346). Auf die Frage, wann er sich denn gesund fühle, erwidert er: „Ich fühle mich gesund, wenn ich schmerzfrei trainieren kann und wenn ich keinen Infekt habe. Und wenn im Privatleben auch alles okay ist und gut läuft, auch in der Ausbildung. (...) Dann fühle ich mich echt gesund und dann geht man auch umso gern ins Training und kann befreiter aufspielen. Man kann sich dann gezielt auf seine persönliche Entwicklung und auf die sportliche Entwicklung der Mannschaft einstellen“ (S_KS, 348). Ge-

sundheit wird entsprechend differenziert betrachtet. Neben der Einschätzung von Gesundheit als Funktions- und Leistungsfähigkeit in Sport und Beruf stellen auch die Abwesenheit von Schmerzen und Krankheiten sowie soziale Aspekte wie das Privatleben eine Rolle. Das Vorhandensein von Schmerzen im Training stellt für Klaus (noch) keine Normalität dar und wird als gesundheitliche Beeinträchtigung angesehen. „Auch wenn ich eine starke Grippe habe und die Meisterschaft hops gehen könnte, dann sage ich zu unserem Trainer, ich kann nicht trainieren. Er sieht das dann auch ein, kommt zu uns nach Hause und schaut sich das an und sagt, nein, das geht nicht. Gesundheit steht schon an oberster Stelle bei uns. Eigentlich auch bei unserem Trainer, das muss man sagen, aber der ist auch erfolgsorientiert und braucht den Erfolg, er muss auch dem Management gegenüberreten“ (S_KS, 346).

Aus Sicht des Spielers hat sich das Gesundheitsbewusstsein im Karriereverlauf insbesondere durch den Trainerwechsel und durch die eigenen Erfahrungen mit Verletzungen verändert. „Das [Gesundheitsbewusstsein] hat aber auch der Trainer in mir geschult. Er hat gesagt, ich soll bewusst viele Phasen nutzen, in denen ich Zeit habe und in denen ich nichts anderes machen soll, als jeden Tag zum Physio gehen. Das habe ich früher gar nicht gemacht, und mittlerweile muss ich auch wirklich sagen, das gehört dazu, am besten zwei Mal am Tag. Weil man dadurch schon verhindern kann, dass man verletzungsanfällig wird. Und das habe ich im Moment ein bisschen schleifen lassen. Ich meine, das hat sich bei mir schon so weiterentwickelt, dass ich da auch jeden Tag hingeh. Man merkt auch, wenn man zum Physio geht, dass es stimmt. Und ich denke, wir müssen uns ausmassieren lassen. Nach dem Spiel benötigen wir die Regenerationszeiten, auch mal Ausgleichssportarten“ (S_KS, 112). Erst im Laufe der Kniebeschwerden kommt er zur Überzeugung, „wie wichtig Physiotherapie eigentlich ist und was man damit alles vorbeugen kann“ (S_KS, 369). Hinzu kommen die Hinweise des Mannschaftsarztes, „dass er die Rezepte für die Physios nicht umsonst ausstellt. Er schaut da schon danach, dass wir regelmäßig hingehen“ (S_KS, 116).

Vor allem Trainer J. Weber versucht, Klaus mit Blick auf leistungsförderliche Verhaltensweisen zu erziehen. „Er hat gesagt, es gehört nicht nur dazu, dass du spielst, dass du pünktlich im Training bist und auch alles andere. Du musst immer mehr Profi werden und einsehen, dass das einfach dein Beruf ist. Da hat er mich auch viel weiter gebracht. Zum Handballerdasein gehört nicht nur, dass du gut trainierst, gute Leistung bringst und pünktlich im Training bist, sondern dass du dich auch um deine Gesundheit kümmerst und alles dafür tust, dass du immer topfit bist. Da gehört Physiotherapie und gesunde Ernährung einfach dazu. Das gehört halt alles dazu, auch dass dementsprechend der Alkoholkonsum zurückgeschraubt wird. Leistungssportler können halt nicht so feiern wie andere Menschen“ (S_KS, 122). Die Entstehung und die Ausprägung von subjektiven Gesundheits- und Verletzungstheorien sowie deren Rückkopplung mit dem Verhalten im Verlauf der Biografie zeigen sich hier ganz deutlich. „Ich muss sagen, im ersten Profijahr bin ich auch noch relativ häufig weggegangen und habe auch mit meinen Kumpels gefeiert. Vielleicht hängen die Muskelfaserrisse auch damit zusammen.

Da habe ich schon so alle zwei Wochen mal einen über den Durst getrunken. Ja, Alkohol trocknet ja den Körper aus. Dann habe ich das stetig zurückgeschraubt und jetzt trinke ich eigentlich relativ selten Alkohol“ (S_KS, 122). Zu Beginn kommt es dabei jedoch häufig zu Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Lebensgestaltung mit dem Trainer. „Er hat gesagt, entweder du gehst diesen oder diesen Weg. Entweder du willst Nationalspieler werden oder du bleibst für immer Bundesligaspieler. Welchen Weg möchtest du gehen? Entscheide dich in den nächsten zwei Wochen.“ Der Spieler entscheidet sich für den ersteren und versucht, sich so leistungsförderlich wie möglich zu verhalten. Es kommt jedoch auch vor, dass der Trainer die Ansage macht: „Jungs, wer heute weniger als zehn Bier trinkt, bekommt Stress. Das macht er auch, dass wir den Kopf frei bekommen und miteinander reden“ (S_KS, 267).

Darüber hinaus lernt Klaus vor allem von den älteren Teamkameraden und seinem Bruder, wie man mit verschiedenen Verletzungen umzugehen hat. „Ansonsten bei den Mannschaftskameraden ist es so, der eine ist mehr verletzungsanfällig, der andere nicht so und die Älteren geben das weiter, was sie an Erfahrungen gesammelt haben. Ein Mitspieler hat lange Jahre Probleme mit Muskelfaserrissen gehabt und der hat mir schon damals gesagt, wenn du mal einen Muskelfaserriss hast, lasse ihn ganz ausheilen, weil nach einer Woche kannst du schon wieder 80 Prozent leisten, aber bei einem Absprung, dann reißt er wieder. Und dann mein Bruder, der ist auch Leistungssportler, der gibt mir eigentlich auch ganz viele Tipps“ (S_KS, 118). Auch aus den bisherigen Verletzungserfahrungen versucht Klaus zu lernen. „Wenn man verletzt ist, möchte man nie mehr verletzt sein. Man versucht immer herauszubekommen, warum man sich verletzt hat und versucht, untertrainierte Muskelgruppen aufzutrainieren“ (S_KS, 114).

Schmerzen, Schmerzmedikamente und Körperwahrnehmung

Klaus stuft sich selbst als einen Spieler ein, der Schmerzen sehr lange ertragen und kleinere Beschwerden ignorieren kann, ohne jemanden davon in Kenntnis setzen zu müssen. Diese Einstellung hat sich durch die Erfahrungen der letzten Monate jedoch etwas verändert. „Ich bin da auch einer, der immer erst dann etwas sagt, wenn es wirklich gar nicht mehr geht. Ich sage nichts, wenn ich irgendwo ein kleines Wehwehchen habe. Aber mittlerweile sage ich es, egal was es ist, dann kann man vielleicht noch etwas lockern. Das habe ich mittlerweile auch gemerkt. Das hat nichts mit einer Memme zu tun. Aber das ist einfach besser im Profisport“ (S_KS, 167). Dennoch scheint die Angst, durch die Mitteilung von Schmerzen und Beschwerden als Memme dazustehen oder nicht ernst genommen zu werden erst langsam zu weichen. Im Zusammenhang mit der Belastungssteuerung und dem Umgang mit Schmerzen und Beschwerden betont er die Rolle der Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers. „Jeder muss sich und seinen eigenen Körper kennen“ (S_KS, 371). Auf Erfahrungswerte zur individuellen Belastungssteuerung, d.h. bei welchen körperlichen Symptomen und in welchen Situationen die Belastung zu reduzieren oder gänzlich auszusetzen ist, kann er zu Beginn seiner Karriere jedoch nur bedingt zugreifen. „Man muss auch immer wissen, wann man drosseln

kann oder muss. Aber das ist für einen jungen Spieler manchmal ein bisschen schwer“ (S_KS, 367). Um die Einsatz- und Leistungsfähigkeit im Spiel zu gewährleisten, ist innerhalb der Mannschaft die Einnahme von Schmerzmitteln vor dem Spiel verbreitet. „Bei uns nimmt über die Hälfte der Mannschaft vor dem Spiel eine Schmerztablette. Auf jeden Fall. Die spielen alle mit kleinen Problemen. Ein Mitspieler hat seit Januar Schulterprobleme, hier die obere Sehne und unser Linksaußen spielt mit zwei bandagierten Beinen. Lauter so Kleinigkeiten“ (S_KS, 192). Das Spielen mit solch „Kleinigkeiten“ und die Selbstmedikation von angeschlagenen Spielern unter Anwesenheit des Mannschaftsarztes werden entsprechend als normal angesehen. Durch die Schmerzmedikation ist aus Sicht von Klaus zwar eine weitestgehende Unterdrückung der Symptomatik gewährleistet, einen Beitrag zur grundsätzlichen Lösung des Problems erfolgt hingegen nicht. „Man weiß ja selbst, dass es nichts bringt, und dass alles nur unterdrückt wird. Wenn man es dann absetzt und es wird wieder schlimmer, dann ist das frustrierend. Echt ein scheiß Gefühl“ (S_KS, 229). Bei Verletzungen und Beschwerden muss man aus seiner Sicht daher immer genau abwägen, ob man spielt, das Training anpasst oder eine Pause einlegt.

Risikobereitschaft für den sportlichen Erfolg

Das vorliegende Verletzungsproblem ist für Klaus beim Einlegen einer Pause entscheidend. „So leichte Zerrungen, das ist einem völlig egal, oder wenn im Knie ein bisschen der Schleimbeutel angeschwollen ist, da trainiert jeder noch. Eine Kapselverletzung am Finger wird getaped, obwohl man Schmerzen hat. Wo es dann anfängt mit dem Pausieren ist bei Knochenbrüchen. Wenn man aber zum Beispiel hier [Spieler zeigt auf seine Hand] was gebrochen hat, dann muss man trotzdem laufen. Wir trainieren dann auch im Krafraum unten rum. Das, was trainiert werden kann, das wird auch trainiert, auf jeden Fall auch während der Verletzung. Bei Muskelverletzungen muss man auch Pause machen, weil es einfach nicht geht“ (S_KS, 323). Auch wenn eine Verletzung oder Beschwerden zu einer Spielpause führen, bedeutet dies entsprechend noch lange nicht, dass deshalb auch mit dem Training ausgesetzt wird. Sobald es irgendwie geht, wird trainiert. Gespielt wird selbst dann, wenn es aus individueller Sicht nicht sinnvoll erscheint, weil der sportliche Erfolg über alles andere gestellt wird. „Ich habe gesagt, dass ich nie wieder eine Saison mit chronischen Problemen spielen will und deshalb wäre es eigentlich sinnvoll, wenn ich jetzt schon Pause machen würde und die letzten Spiele aussetze. Aber das geht ja nicht. Das ist wieder wichtig für uns, für das nächste Jahr, für den Verein. Aber viele machen sich für den Verein kaputt“ (S_KS, 232). Dass die eigene Gesundheit für den kurzfristigen Vereinserfolg aufs Spiel gesetzt wird, ist ein offenes Geheimnis. „Das ist bekannt bei jedem, aber darüber wird geschwiegen. Hauptsache ist, dass wir gute Leistungen bringen und spielen“ (S_KS, 234). Für einen angeschlagenen Spieler ergibt sich hier ein zusätzliches Problem, wenn er auf dem Spielfeld steht. „Das Publikum sieht eh nur die Leistung. Wenn man mal schlecht spielt, dann sagen sie, was ist denn mit dem los. Aber sie merken nicht, dass man Schulterprobleme, Knieprobleme oder einen

gebrochenen Daumen hat. So ist das halt“ (S_KS, 237). Die mit dem Erreichen sportlicher Ziele verbundenen Erwartungen dominieren das Denken ganz besonders, wenn es um die Inkaufnahme von Schmerzen und Beschwerden bei außergewöhnlichen Wettkämpfen geht. „[Für einen Olympiasieg] würde ich auch mit einem gebrochenen Bein spielen“ (S_KS, 354). Lachend fügt Klaus hinzu. „Wirklich, da würde ich mir alles spritzen lassen, wenn man so ein Finale spielen kann. Aber ich glaube, das würde jeder Sportler machen“ (S_KS, 354). Gesundheitliche Folgeschäden oder längere Ausfallzeiten werden dabei ausgeblendet. „Völlig egal, da will man wirklich. Für den Moment kämpft man ein Leben lang. Und dann ist das auch scheißegal, ob man nur zehn Minuten spielen kann und dann der Muskel komplett reißt, wirklich. Aber man war dabei. Und wenn man dann noch gewinnt, dann ist das noch viel geiler“ (S_KS, 360). Bei solchen Ereignissen darf auf die Gesundheit keine Rücksicht genommen werden. „In gewisser Weise wird da der Verstand ausgeschaltet und man sagt, ich muss, ich will. Ja, wie oft stehst du in einem olympischen Finale oder in einem dementsprechenden WM-Finale?“ (S_KS, 362). Dennoch macht sich Klaus im Alltag „immer mal wieder Gedanken“ darüber, wie es mit der eigenen Gesundheit in 15 oder 20 Jahren aussieht. „Aber ich meine, so bewusst, dass ich mir da jeden Tag Gedanken mache, ist es nicht. Ich will natürlich in 15 Jahren auch noch geradeaus gehen können und nicht bei jeder Bewegung Schmerzen haben, das ist klar. Da versucht man auch durch die Physiotherapie dahin zu kommen, dass man so schnell wie möglich wieder auf die Beine kommt, ohne Schmerzen trainieren kann und sich dann auch nicht kaputt macht. Aber das ist im Handball schwer. Man lebt halt davon, dass man sich gegenseitig auf die Fresse haut“ (S_KS, 365).

7.4.5. Fallspezifischen Organisation der medizinischen Behandlung, Betreuung und Verletzungsprävention

In seiner Rolle als Profihandballspieler ist Klaus in ein medizinisches Behandlungs- und Betreuungsnetz eingebettet, das sich wie folgt darstellt.

Medizinische Behandlung und Betreuung

Die medizinische Versorgung im Rahmen der Vereinsmannschaft wird im vorliegenden Fall durch zwei Mannschaftsärzte abgedeckt. In Abhängigkeit des jeweiligen gesundheitlichen Problems gehen die Spieler selbstständig entweder zum Unfallchirurg/Sportmediziner oder zum Internist/Allgemeinarzt. „Diese Ärzte machen die Eingangsuntersuchung und geben vor, was für Medikamente oder Behandlungen notwendig sind“ (M_FK, 9). Für den Bereich der „normalen Sportverletzungen“ besteht eine Partnerschaft mit einer Physiotherapiepraxis, welche die Spieler zur Behandlung aufzusuchen haben. Für den Fall, dass die Ärzte mit „ihren Behandlungen an eine Grenze kommen“ und Spezialisten eingeschaltet werden müssen, „gibt es auch schon vorher vereinbarte Wege“. Hierbei handelt es sich zum einen um das örtliche große Krankenhaus, das vor allem bei der Notwendigkeit eines Einsatzes zusätzlicher diagnostischer Methoden (z.B. Kernspin-Tomographie) oder für die Durchführung „kleinerer Eingriffe“ genutzt wird. Geht es „um Spezialdinge“, wie beispielsweise „Knie- oder Schulter-Operationen“, erfolgt der Rückgriff auf weitere Spezialkliniken, „mit denen wir eigentlich ständig zusammenarbeiten und mit denen wir schon gute Erfahrungen gemacht haben“ (M_FK, 9). Im Normalfall läuft die Behandlung wie folgt ab: „Sobald man Probleme hat, geht man so schnell wie möglich zum Arzt. Wenn mir vorhin im Training etwas passiert wäre, hätten wir jetzt noch den Doktor angerufen und dann wäre ich noch in der Praxis. Wenn man weiß, was es ist, würde ich morgen um 8.00 Uhr die erste Behandlung bekommen. Zur Not wird morgen früh gleich eine Kernspin-Tomografie gemacht. Im Anschluss dann Physiotherapie und das zwei Mal am Tag, bis die Probleme weg sind“ (S_KS, 317). Aus Sicht des Trainers ist „normalerweise (...) der Arzt der Chef, egal wie groß der Name des Physios ist. Der Orthopäde ist bei mir der Chef. Er soll von hinten und von oben Anweisungen geben, was die Physios mit den Spielern machen sollen. Wenn z.B. Klaus bei ihm ist, dann ruft er mich sofort an und informiert auch die Physiotherapeuten, was die zu machen haben. Und er schickt ein Fax zu den Funktionären oder auf die Geschäftsstelle, damit die Informationen für eine Zeitungsmeldung haben“ (T_JW, 97).

Bei den verletzten Spielern besteht „ein fast täglicher Austausch zwischen den Akteuren der medizinischen Abteilung“ und dem Trainer, weil dieser aus Sicht des Managers bei jedem verletzten Spieler „angesichts des kleinen Kaders stark hinterher ist, wann er wieder spielen kann und was er am besten bis dahin macht“ (M_FK, 64). Während die Zusammenarbeit mit der Physiotherapiepraxis vertraglich geregelt ist, bestehen mit den ärztlichen Praxen lediglich mündliche Vereinbarungen über die Behandlungs- und Betreuungsleistungen (M_FK, 11). Die Spieler sind als Angestellte der Lizenzspielerabteilung verpflichtet, gesundheitliche Pro-

bleme sofort mitzuteilen und tun es wohl meist auch. „Im Wesentlichen kommen sie eigentlich von selbst, weil sie dazu von uns verpflichtet sind. Zwar auch nicht schriftlich vertraglich, aber sie sind per klarer Ansage aufgefordert, Sachen sofort zu melden“ (M_FK, 73). Der Trainer hat nach den Erfahrungen der letzten Saison neu eingeführt, dass der Arzt und der Physiotherapeut direkt nach dem Spiel in die Kabine gehen und die Spieler fragen, ob irgendein Problem vorliegt. Denn wenn ein Problem erst zwei Tage später in der Praxis diagnostiziert wird, hat man aus Sicht des Trainers bereits zwei Tage verloren (T_JW, 18). Neben der klassischen Behandlung nach Terminvereinbarung in der Praxis steht der Mannschaftsarzt mit seiner unfallchirurgisch-sportmedizinischen Ausrichtung in der Verantwortung, bei den Heimspielen mit in der Halle anwesend zu sein. „Er sitzt mit auf der Bank als einer von vier Funktionspersonen und muss in der Halle die Erstversorgung für die Spieler übernehmen. Teilweise übernimmt er auch eine Erstversorgung, wenn einem Zuschauer etwas passiert. Und er muss vor allem, das ist in der Liga so abgesprochen, auch für die Spieler des Gastvereins zur Verfügung stehen, weil natürlich nicht jede Mannschaft ihre Ärzte auf die Auswärtsreise mitnimmt“ (M_FK, 19). Die Spieler befinden sich damit „ständig in ärztlicher Betreuung“ (M_FK, 70).

Große Verantwortung tragen die beiden Mannschaftsärzte darüber hinaus im Bereich Doping. „Unsere Spieler unterliegen ständigen unangemeldeten Dopingkontrollen im Spielbetrieb, aber auch im Trainingsbetrieb. Da sind sowohl die Mannschaftsärzte als auch die Spieler verantwortlich insofern, dass jedes Medikament, das sie einnehmen, mit den Mannschaftsärzten abgeklärt sein muss und die Mannschaftsärzte wiederum uns gegenüber verantwortlich sind, dass nur Medikamente verwendet werden, die von der NADA als unbedenklich eingestuft werden“ (M_FK, 21). Während das Vormittagstraining ohne physiotherapeutische Betreuung stattfindet, ist bei jedem Abendtraining mindestens ein Physiotherapeut vor Ort. Die Physiotherapeuten „behandeln dann dort auch Spieler, die verletzt sind oder sich im Training verletzen. Nach dem Training steht im Wesentlichen auch noch mal Behandlung an oder es wird ausmassiert“ (M_FK, 31). Darüber hinaus ist der komplette Spielbetrieb, „d.h. jedes Pflichtspiel, jedes Testspiel und jedes Trainingslager“ durch einen Physiotherapeuten „hundertprozentig“ abgedeckt. Für diesen „Leistungsbereich“ existiert eine separate Vergütung durch einen besonderen Vertrag mit der Physiotherapiepraxis „weil das ja nicht den Krankenkassen oder der Berufgenossenschaft berechnet wird“ (M_FK, 31). Die Behandlung der vom Arzt diagnostizierten Verletzungen wird entsprechend über die ausgestellten Rezepte abgerechnet, das zusätzliche Engagement erfolgt weitestgehend ehrenamtlich und in der Freizeit des Arztes. Von Seiten der Handballliga gibt es die Auflage, dass „die Lizenzspieler natürlich ordentlich als Profisportler angemeldet und bei der Berufgenossenschaft für diese Arbeitstätigkeit versichert sein müssen“. Ebenso ist zusätzlich einmal pro Jahr ein Gesundheitscheck vorgeschrieben, „damit man besondere Risiken, vor allem im Herz-Kreislauf-Bereich von vornherein sehen kann“ (M_FK, 15). Darüber hinaus „gehört bei uns auch ein zahnärztlicher Check

am Beginn der Saison dazu, um da keine großen Überraschungen zu erleben“ (M_FK, 70). Die Spieler sind wie jeder Arbeitnehmer bei Berufsunfällen versichert, entsprechend wird die versicherungstechnische Abwicklung von den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen geregelt. Kommt es zu einem Arbeitsunfall, wobei „eine Verletzung im Training oder im Spiel als Arbeitsverletzung angesehen“ wird, dann übernimmt der Verein in den ersten sechs Wochen die Lohnfortzahlung. Danach „springt dann der Versicherungsträger ein“, der neben den Behandlungskosten auch die Lohnfortzahlung übernimmt, liegen Krankheiten vor, „wird das weitere Vorgehen entsprechend über die Krankenkassen geregelt“ (M_FK, 57). Was die medizinische Versorgung angeht, wird die Behandlung und Betreuung bei der Nationalmannschaft von allen Beteiligten als Vorbild betrachtet. „Man hat auch immer wieder mit dem Arzt der Nationalmannschaft (...) einen Austausch über die wichtigsten Verletzungen, nicht nur der deutschen Nationalspieler. Er ist auch, was Dopingfragen anbetrifft, natürlich ein Ansprechpartner, denn es gibt im Prinzip die Möglichkeit, dass man für eine Behandlung bestimmte Medikamente unbedingt einsetzen muss, um eine Krankheit wegzubekommen. Dann kann man die [Medikamente] anmelden oder anzeigen und wenn das dann von diesem Arzt abgesegnet ist, dann ist das für den Moment auch in Ordnung. Deswegen hat man da einen engen Austausch“ (M_FK, 104). Für den Trainer stellt sich die Zusammenarbeit mit den Nationalmannschaftsärzten im Bundesligaalltag wie folgt dar. „Ich habe zwei Beispiele, bei denen es nicht so gut geklappt hat, aber der Kontakt ist gut. Bei Klaus, der als Nationalspieler vom Nationalmannschaftsarzt behandelt wird, habe ich gute Erfahrungen gemacht. Der Nationalmannschaftstrainer möchte, dass die Nationalspieler immer beim Nationalmannschaftsarzt operiert werden, das ist o.k. Aber ich sage, dass lieber noch zwei, drei Ärzte kontaktiert werden sollen, bevor ein Spieler operiert wird, um unterschiedliche Meinungen zu hören“ (T_JW, 75). Denn mitunter kommt es zu vollkommen unterschiedlichen Diagnosen und Behandlungsstrategien, anhand derer der subjektive Konstruktionscharakter einer Verletzung besonders deutlich zum Vorschein kommt. „Zum Beispiel sagt der Nationalmannschaftsarzt bei einem Spieler, schau, hier [auf dem Bild] ist ein Dreieck, das ist eine Verletzung am Meniskus. Wir müssen operieren, mach schon für den nächsten Montag einen Termin aus. Und ich fahre zu meinem [befeundeten] Arzt (...) mit den Bildern und der sagt, dieses Dreieck ist keine Verletzung, da muss man nicht operieren. Der Spieler hat neue Einlagen bekommen, weil er eine falsche Statik und falsches Schuhwerk hatte. In zwei oder drei Tagen waren die Schmerzen dann weg und er hat ohne Probleme gespielt. Keiner hat operiert“ (T_JW, 75).

Der Trainer weist darüber hinaus auf kulturelle Unterschiede bei der Behandlung von Verletzungen hin. „Hier in Deutschland ist es so, dass bei einem Riss sofort operiert wird, bei uns in [Osteuropa] haben sie solche Dinge nie operiert. Eine Operation kostet viel und das Resultat ist auch nicht besser. Es wurde getaped oder eine Bandage dran gemacht und dann waren die Probleme weg“ (T_JW, 64). Der Etat für die medizinische Abteilung der Bundesligamannschaft steigt von Jahr zu Jahr, dabei schlägt vor allem der gestiegene Verbrauch an Tape- und

Verbandsmaterial zu Buche. „Da gibt es jetzt ein so genanntes Kinesiotape¹¹⁰, das von den Spielern wie verrückt verwendet wird. Das hat zum Teil mehr psychologische Gründe und das kann man auch nicht richtig stoppen indem man sagen kann, du brauchst das jetzt nicht. Das geht nicht“ (M_FK, 44). Der Bereich der Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, wie Vitaminpräparate, die auch nicht über die Kassen abgerechnet werden können, „ist aber relativ stabil“, ebenso wie die Kosten für die physiotherapeutischen Betreuungsleistungen (M_FK, 44).

Verletzungsprävention

Im Bereich der trainingsbezogenen Verletzungsprävention sind die Aufgabengebiete klar abgegrenzt. „Der Mannschaftsarzt hat im Wesentlichen nur einen Einfluss auf die Trainingsteilnahmen der Spieler, die Verletzungen haben oder krank sind. Einen Einfluss auf den sonstigen Trainingsbetrieb haben eher die Physiotherapeuten, die noch die Aufgabe haben, körperliche Defizite über mittel- und langfristige Programme aufzutrainieren (...), aber das ist nicht direkt vereinbart. Also das ist eher im bilateralen Kontakt, im Gespräch mit dem Trainer, mit der Empfehlung auf Schwerpunkte“ (M_FK, 23). Die Verantwortung für das Training liegt alleine beim Cheftrainer, der neben dem Torwarttrainer einen „Spezialisten“ an seiner Seite hat, der sich um die athletische Ausbildung bestimmter Spieler kümmert und durch Zusatzeinheiten zum normalen Trainingsbetrieb zur Behebung konditioneller Defizite beitragen soll (M_FK, 25). Von Seiten der Mannschaftsärzte und Physiotherapeuten wird aus Sicht des Managers jedoch schon „sehr intensiv darüber nachgedacht“, wie bei Spielern, die häufiger verletzt sind, „bestimmte Körperregionen auftrainiert werden können“ (M_FK, 64). Zum Zweck eines zusätzlichen Konditionstrainings und für Regenerationsmaßnahmen besteht die Kooperation mit einem Fitnessstudio, durch die Sponsoring-Partnerschaft mit einem Thermalbad haben die Spieler darüber hinaus die Möglichkeit, das Bad mit Sauna zu benutzen. „Gelegentlich wird das dann auch direkt angeordnet, sei es vom Trainer oder vom Physiotherapeut, dass dort meinetwegen nach einer schweren Belastung ein Training ausfällt und dann gezielt Regeneration gemacht wird“ (M_FK, 35). Sobald der Trainer eine Trainings-, Regenerations- oder Präventionsmaßnahme anordnet, fällt dies unter die Arbeitszeit des Spielers. „Das ist so, dass in unseren Arbeitsverträgen natürlich irgendwo drin steht, dass jede Trainingseinheit in der Halle oder im Studio zur Arbeitszeit gehört. Aber klar ist, dass auch solche begleitenden Maßnahmen im Rahmen des Arbeitsvertrags eines Profisportlers zur Arbeitszeit gehören“ (M_FK, 53). Genauso verhält es sich mit Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen oder

110 Im Gegensatz zum weißen Tape, das zur Stabilisierung von Gelenken verwendet wird, ist das in bunten Farben vertriebene Kinesio-Tape elastischer. Das von einem Japaner entwickelte Tape wird in speziellen Klebemustern für unterschiedliche Beschwerdebilder über den entsprechenden Muskelschichten angebracht. Dabei soll es zu einer Verbesserung der Muskelfunktion, der Entfernung von Zirkulationseinschränkungen und zur Schmerzreduktion beitragen sowie die Gelenkfunktionen unterstützen. Entsprechend erfolgt die Anwendung vor allem bei Sportverletzungen, Muskelproblemen und Schmerzen am Bewegungsapparat (vgl. <http://www.kinesio-taping.de>, Zugriff am 9.5.2009.)

PR-Terminen. Die Spieler sind auch hier dem Trainer weisungsgebunden und haben die angeordneten Maßnahmen zu absolvieren (M_FK, 55).

Überbelastung und Regenerationsproblematik

Aus Sicht des Trainers ist vor allem bei Spitzenmannschaften die Belastung für die wichtigen Spieler immens. „Wir haben mit der [internationalen Spielserie] so eine zusätzliche Belastung gehabt in dieser Saison. In der Bundesliga kämpfen wir mit zwei anderen Mannschaften um den x. Tabellenplatz und sind die einzigen, die international gespielt haben. Wir haben zehn internationale Spiele gehabt. Das bedeutet zehn Wochenenden, das sind 20 Tage. Nimmt man den Tag vor der Reise und den Tag danach mit dazu, dann sind das 60 Tage, welche die anderen Mannschaften nicht hatten. Das ist eine Belastung, die eine Katastrophe darstellt“ (T_JW, 54). Vor allem die mangelnden Regenerationszeiten stellen ein „riesengroßes Problem“ dar (T_JW, 57). Diese Problematik führt der Trainer auf die individuellen Interessen des europäischen, internationalen und nationalen Handballverbands sowie der Bundesliga zurück. „Die verlangen immer mehr. Mehr Spiele bedeuten mehr Kohle“ (T_JW, 57). Die Kombination aus Bundesligaspielen, Pokalspielen, internationalen Spielen mit der Vereinsmannschaft und den zusätzlichen Einsätzen einiger Spieler bei der Nationalmannschaft machen es dem Trainer bei der Belastungssteuerung sehr schwer. „Das ist so eine Belastung, die ist nicht zu schaffen. Wir haben gestern frei gehabt, heute hatten wir zwei Trainingseinheiten, übermorgen, Samstag, Sonntag und am Dienstag spielen wir nicht. Das ist ein Traum, das haben wir fünf Monate lang nicht gehabt“ (T_JW, 57). Ein Spielrhythmus von nur einem Spiel pro Woche stellt hingegen kein allzu großes Problem dar. „Da hast du für eine Profimannschaft einen Tag Regeneration, dann kannst du drei Tage richtig hart Gas geben, da kannst du Individualtraining und Krafttraining machen und dann hast du zwei Tage, um dich gut auf das Samstagsspiel vorzubereiten“ (T_JW, 57). Der Samstag-Mittwoch-Samstag-Rhythmus stellt sich hingegen als äußerst problematisch dar. „Wir spielen am Samstag (...), kommen am Sonntag zurück, Montag ist Training, Dienstag taktische Vorbereitung und dann spielst du wieder. Da kommen die Regeneration und konditionelle Sachen zu kurz“ (T_JW, 54). Bei der Mittwoch-Samstag-Spielbelastung baut der Trainer, wenn er es als notwendig erachtet, zusätzliche Regenerationseinheiten ein. „Wenn ich sehe, dass meine Jungs zu kaputt sind. Das ist mir wichtiger als Krafttraining oder hartes Training in der Halle zu machen. Damit mache ich meine Jungs sonst kaputt“ (T_JW, 60).

An ein systematisches Krafttraining zur Verletzungsprävention ist bei einem solchen Spielrhythmus nicht zu denken. „Was bringt zum Beispiel ein Krafttraining bei dem momentanen Programm, das wir haben? Mittwoch, Samstag. Was bringt das, wenn du das alle 14 Tage mal machst? Was bringt das? Vielleicht dass du denkst, wir haben etwas gemacht. Aber für ein gezieltes Programm benötigt man Zeit“ (T_JW, 117). Vielmehr versucht der Trainer, ein solches Krafttraining in die normalen Trainingseinheiten zu integrieren. „Ich sage, dass man Kraft auch anders trainieren kann, wenn man solche Übungen, z.B. mit dem Medizinball in

das Mannschaftstraining integriert (...). Dadurch ist alles richtig gut vorbereitet, die Knie, Oberschenkel und die Gelenke“ (T_JW, 117).

Verbesserungsmöglichkeiten

Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der medizinischen Versorgung sieht der Manager vor allem im Bereich der ärztlichen Betreuung und im Umfang der physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen. Denn bislang finanzieren sich die Ärzte lediglich über die Rezepte und durchgeführten Behandlungen, die darüber hinausgehende Betreuung erfolgt ehrenamtlich und demnach ohne Vergütung und vertragliche Regelung. „Es wäre durchaus denkbar, dass da noch weiter gegangen wird, dann würde die Sache aber das momentane Budget überschreiten. Genauso wäre es im Bereich der Physiotherapie durchaus denkbar, dass man noch intensiver zusammenarbeitet und möglicherweise einen Physiotherapeuten ganztags beim Verein anstellt, aber auch das ist zum jetzigen Zeitpunkt bei uns finanziell noch nicht im Budget enthalten“ (M_FK, 85). Dem weiteren Ausbau der medizinischen Behandlung und Betreuung sind momentan finanzielle Grenzen gesetzt (M_FK, 87). Weitere Verbesserungsmöglichkeiten auch mit Blick auf die Vermeidung von gesundheitlichen Folgeschäden ergeben sich aus Perspektive des Managers nicht. „Der Handballsport ist körperlich so intensiv, dass da gewisse Verschleißerscheinungen im gesundheitlichen Bereich nicht zu vermeiden sind und ich denke, man kann bei uns nichts speziell besser machen, um Langzeitschäden noch mehr zu vermeiden, das glaube ich nicht“ (M_FK, 75). Von einer optimalen medizinischen Betreuung erhofft sich der Trainer neben einem möglichst schnellen Wiedereinstieg der Spieler vor allem Planungssicherheit. „In einem Topverein, in dem alles stimmt, hast du eine Position, in der du planen kannst. Zwei oder drei Tage planen. Aber das kannst Du nicht, wenn deine Spieler aufgrund von Beschwerden und Verletzungen ständig wechseln“ (T_JW, 117). Der Trainer wünscht sich gesunde Spieler, wobei ein Spieler für ihn dann gesund ist, „wenn er seine Leistung bringt und ich weiß, dass er tausendprozentig fit ist“ (T_JW, 104).

Die mit den Verletzungsphänomenen zusammenhängenden Ursache-Wirkungsbeziehungen sowie die individuellen und sozialen Verhaltenserwartungen sind für das Verständnis einer aus medizinischer Sicht problematischen Entscheidungspraxis relevant. Nach der mehrperspektivischen Rekonstruktion des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen in ausgewählten spitzensportlichen Karriereverläufen geht es nun um die Identifikation übergreifender Muster. Mit den anschließenden Typologien verletzungsbezogener Entscheidungen werden die grundlegenden Mechanismen des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport dargestellt. Das nächste Kapitel übernimmt damit auch die Funktion einer Zusammenfassung der in ihrer einzelfallspezifischen Komplexität dargestellten „biografischen System-Mappings“.

8. Typologien verletzungsbezogener Entscheidungen im Spitzensport

Im Anschluss an die „System-Mappings“ geht es im Folgenden um die Identifikation generativer Mechanismen beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport. Hierfür sind übergreifender Muster der analysierten Fälle zu identifizieren. Die reflektierende Interpretation mittels komparativer Analyse orientiert sich zur Typenbildung an drei Themenbereichen.

(1) Erstens werden die für verschiedene Verletzungsmuster typischen Kopplungen von Entscheidungen identifiziert und grundlegende Orientierungsrahmen bestimmt. Eine Basistypologie ergibt sich aus der Frage nach Verletzungsverläufen, die sich im Hinblick auf die zeitliche Abfolge von Entscheidungsergebnissen unterscheiden. Die zeitliche Perspektive erstreckt sich dabei vom ersten Auftreten einer Verletzungsproblematik bis zur mehr oder weniger vollständigen Genesung.

(2) Zweitens erfolgt eine Fokussierung besonders problematischer Entscheidungssituationen. Im Mittelpunkt steht dabei die Analyse spezifischer Entscheidungsbedingungen und Entscheidungsmechanismen zu ganz konkreten Zeitpunkten im Verletzungsverlauf.

(3) Drittens erfolgt eine Auseinandersetzung mit Erwartungskollisionen und Konfliktverläufen, typischen Lernprozessen in den Karriereverläufen der Athleten und besonders „sensiblen“ Phasen mit Verletzungsbezug.

Abschließend werden die Ergebnisse zu Ansatzpunkten für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport zusammengefasst.

8.1. Subjektiver Verletzungsverläufe und grundlegende Entscheidungsmechanismen

Die rekonstruierten Verletzungsverläufe der „System-Mappings“ machen deutlich, dass der Umgang mit Verletzungsphänomenen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem sozialen Kontext des Spitzensports steht. Unter Berücksichtigung der zeitlichen, sachlichen, sozialen und biografischen Dimension lassen sich aus den subjektiven Verletzungsrekonstruktionen der Athleten drei Basistypen identifizieren, die sich in weitere Untertypen ausdifferenzieren lassen.

8.1.1. Chronische Beschwerden mit unsicherer Prognose und vollständiger Ausheilung

Der erste Verletzungstypus ist durch eine allmähliche Zunahme körperlicher Beschwerden gekennzeichnet. Die körperliche Funktionsfähigkeit ist dabei zunächst nur wenig eingeschränkt und die vorhandenen Schmerzen sind tolerierbar. Eine medizinische Diagnose und Behandlung, die Unterrichtung des Trainers über die bestehende Schmerzsymptomatik oder das Einlegen einer Trainings- oder Wettkampfpause sind dabei für die Athleten zunächst nicht zwingend notwendig.

(1a) Verschwinden die Beschwerden nach wenigen Tagen wieder und führen diese nur zu einer geringen Beeinträchtigung der sportlichen Betätigung, kann man von einem ersten Subtyp sprechen. Solche beinahe alltäglichen Beschwerdeverläufe werden von den Athleten trotz der damit verbundenen Schmerzen als unproblematisch eingestuft.

(1b) Nehmen die Beschwerden allerdings nicht ab und kommt es zur zunehmenden Beeinträchtigung der sportlichen Betätigung, steigt auch der Entscheidungsdruck zur Anpassung der Trainingsbelastung, zur Selbstbehandlung oder zur Konsultation eines Arztes. Bei diesem Verlauf werden in der Regel zunächst verschiedene Behandlungsmaßnahmen ausprobiert und die Trainingsbelastung reduziert. Athleten und Ärzte versuchen meist sofort, den Schmerz durch den Einsatz von Schmerzmedikamenten auszuschalten. Erst bei weiter zunehmenden Beschwerden wird über eine Trainingpause oder gar über die Absage von Wettkämpfen nachgedacht. Eine temporäre Wettkampfpause wird erst dann eingelegt, wenn durch Beschwerden die sportliche Leistungsfähigkeit enorm eingeschränkt ist und diese selbst durch medizinische Maßnahmen nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Dieser Verlauf ist entsprechend durch eine Zunahme der Beschwerden über mehrere Wochen oder gar Monate charakterisiert und geht mit einer stärker werdenden Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit einher. Zeigen die (medizinischen) Behandlungsmaßnahmen und/oder die Trainingsanpassung eine schnelle Wirkung, indem es zur gänzlichen oder ertragbaren Reduktion der Beschwerden kommt, wird dieser Verlauf von den Athleten ebenfalls recht unproblematisch eingeschätzt, obwohl dieser mit teilweise sehr starker körperlicher Schmerzen einhergeht.

(1c) Bleiben die Beschwerden trotz einer Kombination aus Belastungsreduktion und medizinischer Behandlung bestehen oder nehmen gar weiterhin zu, wird der Verletzungsverlauf aus Sicht der Athleten zunehmend problematisch. Bei einem solchen Verlauf wechseln sich kurze Verletzungspausen und Wettkampfteilnahmen ab - bei gleichzeitigem Einsatz medizinischer Behandlungsmethoden inklusive starker Schmerzen. Neben einer Selbstmedikation mit Schmerzmitteln kommt es hier mitunter zu regelrechten ‚Spritzenkuren‘. Wettkämpfe lassen sich nur noch unter starker Schmerzmedikation bestreiten, und das Training lässt sich nur noch sporadisch aufrechterhalten. Insbesondere im Vorfeld besonders wichtiger Wettkämpfe wird bis zuletzt versucht, den Einsatz durch die intensive Anwendung physiotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen sowie durch eine symptomatische Schmerzmittelbehandlung zu er-

möglichen. Die Athleten befinden sich dabei in einer medizinischen Dauerbehandlung, die nicht selten von häufigen Arztwechslern und Änderungen der Behandlungsmaßnahmen durchgezogen wird. Für eine zusätzliche Behandlung durch ausgewiesene Fachärzte und Therapeuten mit ‚Guru-Status‘ oder alternativmedizinische ‚Heiler‘ werden nicht selten große Stecken zurückgelegt. Bei einer sich zuspitzenden Beschwerdeproblematik steht permanent die Entscheidung im Raum, die Saison zu Gunsten einer längeren Genesungspause abubrechen und den angestrebten Saisonhöhepunkt verletzungsbedingt abzusagen. Diese nicht nur aus Athletensicht besonders schwierige Phase endet mit der Entscheidung zum Einlegen einer meist längeren Verletzungspause, bei der die medizinische Behandlung und Rehabilitation in den Mittelpunkt rückt.

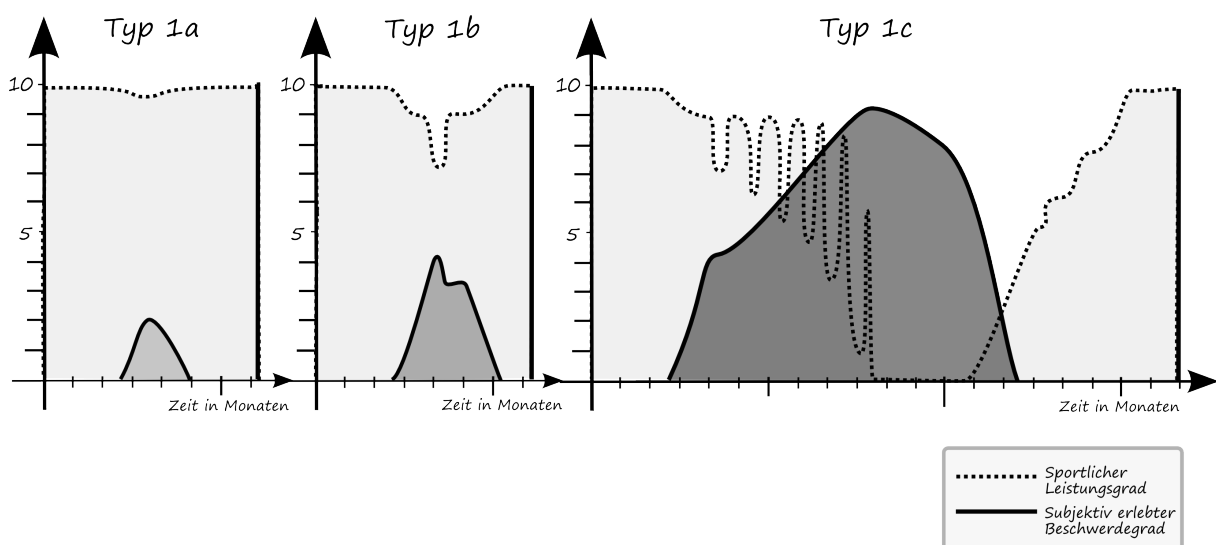


Abbildung 24: Subjektive Verletzungsverläufe Typ 1: Chronische Beschwerden mit unsicherer Prognose und vollständiger Ausheilung

Erst nach der Entscheidung zum verletzungsbedingten Saisonabbruch besteht ausreichend Zeit für eine längere Trainings- und Wettkampfpause, da der Athlet vollständig aus dem sportlichen Geschehen herausgenommen wird und keine Notwendigkeit mehr besteht, am nächsten Wettkampf mitzuwirken. Damit endet ein von den Athleten als äußerst belastend erlebter Zeitraum. Dieser ist durch ein hohes Maß an Ungewissheit über den weiteren Beschwerdeverlauf und ungewissen Auswirkungen auf die sportliche Leistungsfähigkeit geprägt. Am Ende eines langwierigen und von vielen Verletzungspausen unterbrochenen Beschwerdeverlaufs steht nicht selten eine operative Versorgung, die von den Athleten als Chance auf einen Neustart und als unausweichlich angesehen wird. Der Genesungsprozess wird entsprechend durch die Entscheidung zu einem operativen oder zu einem konservativen Vorgehen eingeleitet.

Bei einer operativen Versorgung durchläuft der Athlet bis zur Gesundheitschreibung durch den Arzt einen stark vorstrukturierten klassischen medizinischen Behandlungs- und Rehabilitati-

onsprozess. Dieser zeigt sich in ähnlicher Weise auch bei einem konservativen Vorgehen. Nach einer meist schnellen Besserung der Beschwerden unmittelbar nach einer Operation ist der weitere Rehabilitationsprozess entweder von einer kontinuierlichen oder von einer schubartigen Abnahme der Beschwerden gekennzeichnet. Bei einer längeren Stagnation ist eine schnelle Anpassung der Behandlungsmethode oder ein sofortiger Wechsel des Therapeuten zu beobachten. Mit abnehmenden Beschwerden ist zunächst die Wiederaufnahme eines leichten Trainings in Form erster Belastungstests verbunden. Die Herantastung an die sportliche Belastung erfolgt entweder zusammen mit dem Trainer und wird gegebenenfalls durch einen Physiotherapeuten begleitet. Bleibt eine erneute Beschwerdezunahme aus, kann der Trainingsumfang weiter gesteigert werden und mit der Wiedererlangung der sportlichen Leistungsfähigkeit auch der Wettkampfeinsatz erfolgen. Die primäre Orientierung an der spitzensportlichen Logik mit dem Ziel einer weiteren Steigerung und Aufrechterhaltung der sportlichen Leistungsfähigkeit bleibt so lange bestehen, bis die Entscheidung zur verletzungsbedingten Absage des Saisonhöhepunktes oder gleich der ganzen Saison getroffen wird. Erst dann erfolgt die primäre Ausrichtung an der möglichst vollständigen Genesung und Beschwerdefreiheit. Mit abnehmenden Beschwerden drängt jedoch zunehmend die im Hintergrund stets mitwirkende Zielsetzung einer möglichst schnellen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit in den Vordergrund. Die Athleten werden ungeduldig und wollen endlich wieder ihre Sportart ausüben. Die Entscheidung zur Wiederaufnahme des Trainings- und Wettkampfbetriebs markiert hier einen erneuten Wechsel der basalen Logik.

Verletzungsverläufe wie dieser sind typisch für die als Sportschäden bezeichneten entzündlichen Sehnen- und Gelenkbeschwerden der sportartspezifisch stark belasteten Körperregionen. Sportartübergreifend sind dies vor allem Achillessehnen- und Kniebeschwerden, hinzu kommen belastungsabhängige Beschwerdebilder beispielsweise im Schulter-, Ellbogen- oder Handgelenksbereich sowie Ermüdungsbrüche stark beanspruchter knöcherner Strukturen.

8.1.2. Akute Beschwerden mit relativ gesichertem Befund und vollständiger Ausheilung

Beim zweiten Verletzungstypus nehmen die Athleten eine plötzliche körperliche Funktionseinschränkung oder starke Schmerzen in Verbindung mit einem konkreten auslösenden Ereignis wahr. Nach dem auslösenden Ereignis ist in Abhängigkeit der Behandlungsmaßnahmen und der Art einer vorliegenden Schädigung von einer mehr oder weniger linearen Abnahme der Beschwerden bis zur vollständigen Genesung auszugehen. Meist treten solche Verletzungstypen im Wettkampf, im wettkampforientierten Training oder durch Unfälle in der Freizeit auf. Im Gegensatz zu Verletzungsverläufen mit schleichender Zunahme ist bei solch akuten und klinisch manifesten Beschwerdeproblematiken der Entscheidungsdruck hoch. Bei akut auftretenden Schmerzen, die in Verbindung mit Symptomen wie Schwellungen, unnatürlichen Gelenkstellungen, abnormen Beweglichkeitsgraden, massiven Bewegungseinschrän-

kungen und einer starken Beeinträchtigung der sportlichen Leistungsfähigkeit stehen, wird die sportliche Betätigung zunächst zwangsweise unterbrochen und neben einer schnellen medizinischen Erstversorgung die unmittelbare diagnostische Abklärung zur Entscheidung über die weiteren Behandlungsmaßnahmen angestrebt. Denn hier muss sofort über Erstversorgungsmaßnahmen und die Notwendigkeit eines Trainings- oder Wettkampfabbruchs entschieden werden. In Abhängigkeit der Erstdiagnose wird dann entschieden, ob eine Wettkampf- und Trainingspause mit zeitnaher medizinischer Behandlung, eine Aufrechterhaltung des Trainings- und Wettkampfbetriebs mit ebenfalls zeitnaher medizinischer Unterstützung oder die Fortführung der sportlichen Aktivität ohne weitere medizinische Behandlungsmaßnahmen erfolgt. Ist kein Arzt oder Physiotherapeut anwesend, treffen Athlet und Trainer die Entscheidung gemeinsam, wobei vor allem die Laiendiagnose des Athleten ausschlaggebend ist. Bei akuten Beschwerden lassen sich ebenfalls drei Subtypen unterscheiden:

(2a) Ein erster Subtyp ist die durch eine schnelle Abnahme anfänglich starker Beschwerden und durch einen voraussehbaren Genesungsverlauf mit einem Zeithorizont von wenigen Tagen gekennzeichnet. Die Abnahme der Beschwerden kann durch konservative Behandlungsmethoden und mit einer Anpassung der Trainingsbelastung beschleunigt werden. Eine Trainings- und Wettkampfpause ist nicht zwingend, vielmehr lassen sich vorhandene Schmerzen notfalls durch Schmerzmittel ausschalten oder reduzieren. Gleiches gilt für das Auftreten einer solchen Problematik im Wettkampf. Hier lässt sich die sportliche Aktivität aufrechterhalten oder gegebenenfalls nach einer kurzen (Behandlungs-)Pause wieder fortsetzen. Die biografische Relevanz solcher Verletzungsmuster ist unbedeutend, die Athleten erwähnen solche Verläufe nebenbei und erinnern sich nur vage oder erst im Zusammenhang mit anderen Verletzungsereignissen daran. Die Orientierung an einer Aufrechterhaltung und Steigerung der sportlichen Leistungsfähigkeit dominiert. Solange ein Körperteil betroffen ist, das nicht unmittelbar im Zusammenhang mit der Erbringung sportlicher Leistungen steht, wird aufgrund einer solchen Verletzung nicht pausiert, beispielsweise wenn bei einem Leichtathleten ein gebrochener Finger vorliegt. Ein solcher Verlauf ist für Prellungen, Bänderdehnungen oder Muskelzerrungen ebenfalls typisch. Diese Beschwerden werden akzeptiert und routinisiert behandelt, nur in Ausnahmefällen wird kurz pausiert. Bei wichtigen Wettkämpfen wird jedoch auch bei schwereren Verletzungen, wie beispielsweise einem Supinationstrauma, durch Tapeverbände und Medikation versucht, den Einsatz zu ermöglichen.

(2b) Ein zweiter Subtyp ist durch eine zunächst verzögerte Abnahme der Beschwerden gekennzeichnet und mit einer voraussichtlichen Genesungsdauer von mehreren Wochen verbunden. Zum Einlegen einer Verletzungspause gibt es keine Alternative, lediglich durch die Wahl entsprechender Behandlungsmethoden kann versucht werden, den Genesungsverlauf zu beschleunigen und so einen möglichst frühzeitigen Wiedereinstieg ins sportliche Wettkampfgeschehen zu erzielen. Mit dem Auftreten der Verletzung ist damit bereits der weitere Verlauf vorgezeichnet. Insbesondere durch die zeitnah zu erwartende Besserung der Beschwerden

stellt ein solcher Verlauf für die Athleten kein allzu großes Problem dar. Hierunter fallen beispielsweise Muskelfaserrisse, die sogar als „schöne Verletzungen“ beschrieben werden, weil diese bei guter Pflege in absehbarer Zeit vollständig ausheilen. Meist wird bei solchen Verläufen bereits nach wenigen Tagen ein alternatives Trainingsprogramm absolviert, um gegen einen allzu starken Leistungsrückgang vorzugehen. Ein solcher Verlauf ist auch bei Kapselbandverletzungen im Bereich der Sprunggelenke oder anderer stark beanspruchter Gelenkstrukturen zu beobachten. Die Wiederaufnahme des Trainings- oder Wettkampfbetriebs findet grenzwertig früh statt, gegebenenfalls unterstützt durch schmerzstillende Medikamente oder Tapeverbände. Obwohl solche Verletzungen von den Athleten als sehr schmerzhaft beschrieben werden und deren Auftreten im oder unmittelbar vor einem wichtigen Wettkampf als besonders frustrierend empfunden wird, ist die biografische Bedeutsamkeit äußerst gering. Solche Verletzungen sind zwar lästig, aufgrund ihres absehbaren Genesungsverlaufs jedoch unproblematisch. Bei solchen Verläufen bleibt die spitzensportliche Handlungslogik als primärer Orientierungsrahmen bestehen. Die medizinische Behandlung wird lediglich als Mittel zum Zweck einer Beschleunigung des Genesungsverlaufs angesehen, damit die Leistungsfähigkeit so schnell wie möglich wieder unter Beweis gestellt werden kann.

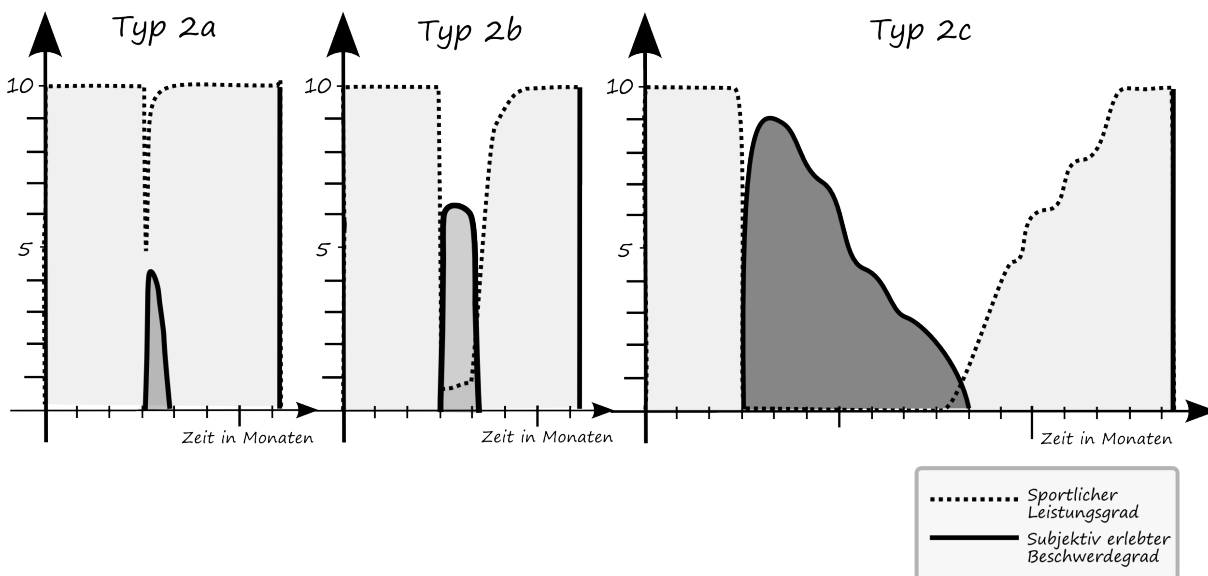


Abbildung 25: Subjektive Verletzungsverläufe Typ 2: Akute Beschwerden mit relativ gesichertem Befund und vollständiger Ausheilung

(2c) Als dritten Subtypus lassen sich Verletzungsverläufe charakterisieren, die mit einer aufwändigen medizinischen Behandlung und Rehabilitation einhergehen und von vornherein mit einem langwierigen Genesungsverlauf in Verbindung zu bringen sind. Hier wird eine sofortige Wettkampfpause eingelegt und eine umgehende medizinische Versorgung angestrebt. Solche Verletzungsverläufe werden aufgrund einer langen Rehabilitationsphase und der damit verbundenen Notwendigkeit eines Neuaufbaus der sportlichen Leistungsfähigkeit zwar als

biografisch bedeutsam angesehen, im Gegensatz zu den Beschwerden mit einer unsicheren Prognose wie bei Typ 1c sind diese für die Athleten jedoch etwas weniger problematisch. Es sei denn, die Verletzung ereignet sich unmittelbar vor dem Saisonhöhepunkt. Dieser Verlauf ist für traumatische Verletzungen wie beispielsweise schweren Sprunggelenkstraumen, Knochenbrüche oder Bänderverletzungen im Bereich des Kniegelenks typisch¹¹¹. Bereits mit dem Auftreten ist ein sofortiger Wechsel des primären Orientierungsrahmens verbunden. Die unmittelbare Ausrichtung an der medizinischen Handlungslogik wird solange aufrechterhalten, bis die körperlichen Voraussetzungen für eine sportliche Belastung wiederhergestellt sind. Ein solcher Verletzungsverlauf wird höchst problematisch, wenn es zu unvorhergesehenen Abweichungen im Genesungsverlauf in Form des Auftretens einer Rezidivverletzung oder zu bleibenden körperlichen Funktionseinschränkungen kommt. Solche Beschwerdeverläufe werden in einem dritten Typus zusammengefasst.

8.1.3. Beschwerden mit unvorhergesehenen Abweichungen im Genesungsverlauf

Der dritte Typus unterscheidet sich von den bisherigen Verläufen durch unvorhergesehene Abweichungen im Genesungsverlauf. Diese treten vor allem dann auf, wenn der Wiedereinstieg ins Trainings- und Wettkampfgesehen zeitlich vor dem Erreichen eines Zustands der Beschwerdefreiheit erfolgt.

(3a) Beim ersten Subtyp kommt es im Verlauf des Ausheilungsprozesses oder nur kurze Zeit nach einer temporären Beschwerdefreiheit zu einem erneuten Auftreten derselben Verletzungsproblematik. Das erneute Auftreten steht dabei im unmittelbaren Zusammenhang mit der Wiederaufnahme des Trainings- und Wettkampfbetriebs bei abklingenden Beschwerden. Ein besonders früher Einstieg ist insbesondere im Nachgang einer konservativen physiotherapeutischen Rehabilitation bei chronischen Beschwerdeproblematiken zu erkennen (Typ 3a Chron). Aber auch bei leichten traumatischen Verletzungen besteht durch einen zu frühen Einstieg die Gefahr einer Rezidivverletzung (Typ 3a Trauma). Die erneute Zunahme der Beschwerden ist bei den Handballspielern im Zusammenhang mit einer frühzeitigen Wiederaufnahme des Spielbetriebs zu beobachten, bei den Leichtathleten geht ein solcher Verlauf eher mit einer zu schnellen Steigerung des Trainingsumfangs einher. Die biografische Bedeutsamkeit ist hier besonders groß, sofern es sich um das rezidive Auftreten nach einer langen Verletzungspause handelt und der Beschwerdeverlauf auch weiterhin nicht eindeutig prognostiziert werden kann. Ist ein solcher Beschwerdeverlauf mit der Absage eines Saisonhöhepunkts verbunden, wird dies von den Athleten als besonders schwerwiegendes Ereignis beschrieben. Eine Sonderstellung nehmen Verletzungsverläufe ein, bei denen sich nach einem langsam zu-

111 Hier ist ein weiterer Typus denkbar, der durch einen offensichtlichen und irreversiblen Verlust der körperlichen Funktionsfähigkeit zu einer sofortigen Sportinvalidität führt und damit ebenfalls von höchster Karriererelevanz ist. Eine genauere Betrachtung solcher Verletzungstypen ist durch die Beschränkung auf aktive Athleten in dieser Arbeit jedoch von vornherein ausgeschlossen.

nehmenden Beschwerdeverlauf eine schwere traumatische Verletzung ereignet, wie beispielsweise ein Achillessehnenriss. Tritt eine solche Verletzung auf, kann eine komplette Ausheilung durch eine langwierige medizinische Versorgung und Rehabilitation angestrebt werden. Damit geht allerdings die Unsicherheit einher, ob die sportliche Belastbarkeit überhaupt wieder hergestellt werden kann. Ein solcher Verlauf muss ebenfalls mit zu den schwerwiegendsten Verletzungserlebnissen einer spitzensportlichen Karriere gezählt werden.

(3b) In höchstem Maße karriererelevant sind Beschwerdeverläufe, die mit eindeutigen Hinweisen auf bleibende körperliche Funktionseinschränkungen einhergehen und bei denen eine vollständige Wiederherstellung des Ausgangszustands nicht mehr zu erwarten ist. Solch chronisch-progrediente Verläufe können entweder auf die Folgen eines Traumas zurückgeführt werden, das Resultat einer missglückten Operation darstellen oder durch eine zu frühe sportliche Belastung nach einer operativen Versorgung in Gang gesetzt werden. Bei einem solchen Verlauf ist die Ausübung der Sportart fast nur noch unter Schmerzen möglich, darüber hinaus befinden sich die Athleten dauerhaft in medizinischer Behandlung, deren Intensität mehr oder weniger tagesaktuell angepasst wird. Eine weitere Aufrechterhaltung des Trainings- und Wettkampfbetriebs ist meist nur unter Schmerzmedikation möglich. Wird die sportliche Karriere trotz vorhandener Funktionseinschränkung fortgesetzt, ist auch mit unvorhergesehenen Wechselwirkungen zu rechnen, die sich als kompensatorische Beschwerden an anderen Körperteilen zeigen können. Bei einem solchen Verlauf wird der Athlet ständig mit der Entscheidungsproblematik konfrontiert, ob die weitere sportliche Karriere aufrechterhalten werden kann und falls ja, mit welchen der naheliegenden Spät- und Folgeschäden zu kalkulieren ist. Mit der Entscheidung zur Fortsetzung der Karriere wird ein Kreislauf aus Entscheidungen über Trainingspausen, Wettkampfabgaben, Arztbesuche, begleitende Behandlungsmaßnahmen, notwendige Wettkampfabbrüche, frühzeitige Beendigungen von Trainingseinheiten und über permanent anzupassende Trainingsinhalte in Gang gesetzt. Welche konkreten Entscheidungen zu welchen Zeitpunkten anstehen, wird dabei maßgeblich von der „tagesaktuellen“ Beschwerdesymptomatik bestimmt. So wechseln sich Phasen relativer Beschwerdefreiheit mit Phasen einer stärkeren Beeinträchtigung ab, wenn Schmerzen schubartig nach einer hohen Belastung auftreten oder sich dauerhaft auf einem bestimmten Level einpendeln. Unter Umständen ist dabei vor jeder Trainingseinheit und vor jedem Wettkampf situativ zu entscheiden, ob eine Teilnahme möglich ist.

Ein dritter (3c) und ebenfalls höchst karriererelevanter Verletzungsverlauf ist durch die Überlagerung verschiedener Verletzungsproblematiken gekennzeichnet. Hierbei können mitunter mehrere „Baustellen“ in Form sich überlagernder Verletzungsverläufe vorliegen, die in Abhängigkeit der jeweiligen Beeinträchtigung mehr oder weniger intensiv behandelt werden. Geht eine solche Aneinanderkettung und zeitweilige Überlagerung verschiedener Verletzungsprobleme mit ständig wiederkehrenden Trainings- und Wettkampfpausen einher, nimmt die biografische Relevanz mit zunehmender Beschwerdedauer zu.

Denn dann besteht die Gefahr, dass die ursprüngliche sportliche Leistungsfähigkeit aufgrund der vielen Trainingsunterbrechungen nicht mehr erreicht werden kann oder eine weitere Steigerung derselben unmöglich wird. Während einzelne Verletzungsphänomene bei isoliertem Auftreten so gut wie keine Auswirkung auf die sportliche Leistungserbringung haben können, ist bei einer Überlagerung oder zeitlichen Aneinanderreihung mit einer Stagnation oder allmähliche Abnahme der sportlichen Leistungsfähigkeit zu rechnen.

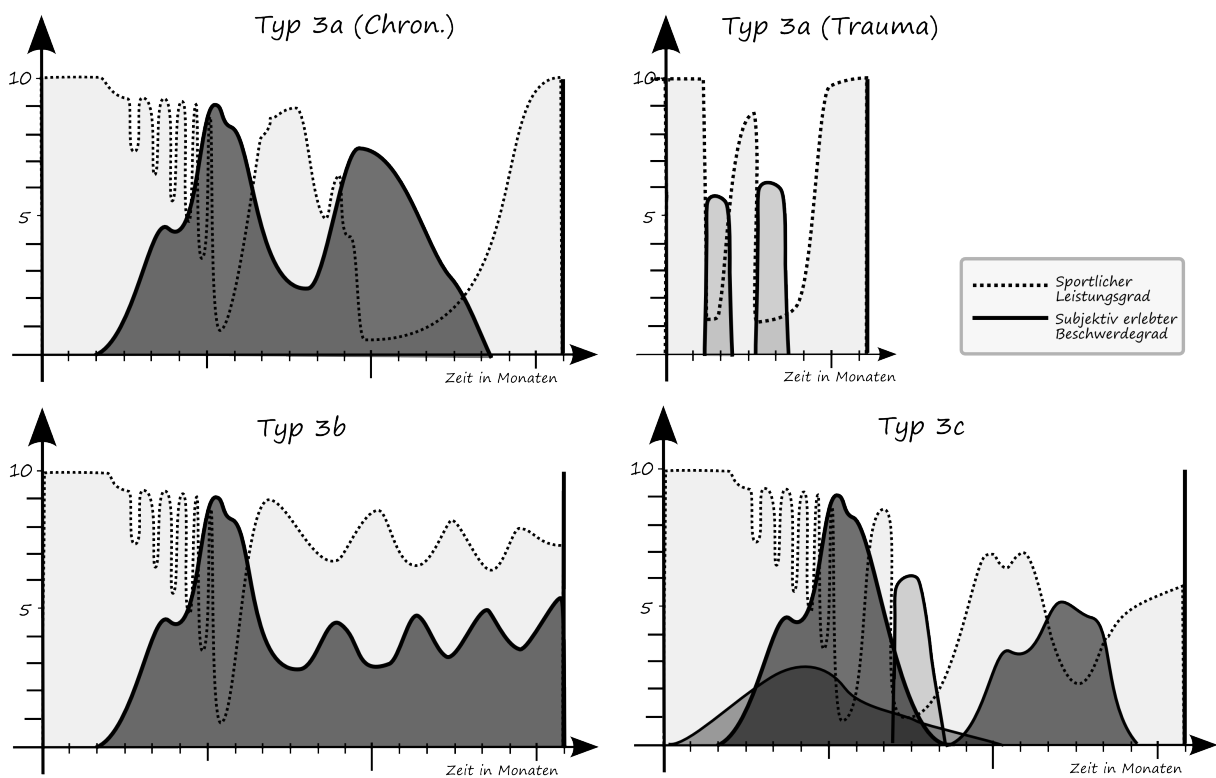


Abbildung 26: Subjektive Verletzungsverläufe Typ 3: Beschwerden mit unvorhergesehenen Abweichungen im Genesungsverlauf

Eine Chronifizierung beschränkt sich damit nicht nur auf einzelne „Leitbeschwerden“, sondern tritt mitunter als ein langwieriger Verletzungskomplex in Erscheinung. Solche Verletzungskomplexe können auf lange Sicht die sportliche Leistungsfähigkeit so stark beeinträchtigen, dass eine Beendigung der spitzensportlichen Karriere notwendig wird. Hier liegt ebenfalls ein permanenter Wechsel zwischen Verletzungspausen, Wettkampfteilnahmen trotz Beschwerden, Trainingspausen, Trainingsanpassungen mit einer medizinischen Dauerbehandlung zur Gewährleistung und Aufrechterhaltung der sportlichen Einsatzfähigkeit vor. Dabei sind regelrechte Verletzungsserien zu beobachten, die sich teilweise über mehrere Monate oder gar Jahre erstrecken und mit einer dauerhaft verminderten oder nur punktuell zu erreichenden Leistungsfähigkeit einhergehen.

8.2. Problematische Entscheidungsmechanismen

Betrachtet man die System-Mappings in ihrer Gesamtheit, zeigen sich idealtypische Verletzungsverläufe, bei denen es zu charakteristischen Lösungen der anstehenden Entscheidungsprobleme kommt. Bei genauerer Betrachtung sind jedoch auch feine sportart- und einzelfall-spezifische Unterschiede zu beobachten. Darüber hinaus lassen sich Veränderungen von Entscheidungsmechanismen über den Zeitraum der Karriere identifizieren, die mit Lern- und Sozialisationsprozessen in Verbindung stehen. Anhand zentraler Entscheidungsprobleme sind nun die jeweiligen Entscheidungsbedingungen genauer zu betrachten, die zur Ausprägung eines spitzensportspezifischen Umgangs mit Beschwerden beitragen. Dabei werden vor allem solche Mechanismen fokussiert, die mit einer Verschlechterung vorliegender Beschwerdeproblematiken und mit der Entstehung chronischer Verletzungsverläufe in Verbindung zu bringen sind.

8.2.1. Verheimlichung und verspätete Mitteilung einer Schmerzsymptomatik durch Athleten

Die verzögerte oder unterlassene Mitteilung einer Schmerzsymptomatik macht von vornherein ein rechtzeitiges Eingreifen von Arzt, Trainer oder Physiotherapeut unmöglich und kann als wesentlicher Faktor für das Verschleppen von Beschwerden und deren Chronifizierung angesehen werden. Die Schmerzinterpretation des Athleten auf Basis eines Abgleichs aktueller körperlicher Signale mit vergangenen Schmerzerfahrungen ist für den Umgang mit akut auftretenden Beschwerden zentral. In die Bewertung einer vorliegenden Schmerzsymptomatik gehen jedoch auch die antizipierten Fremderwartungen des sozialen Umfelds mit ein. Ob und wie Schmerzen vom Athleten mitgeteilt werden, wird dabei allem durch Verhaltenserwartungen des Trainers beeinflusst. Die folgenden Bedingungen tragen zur Verheimlichung und verspäteten Mitteilung einer Schmerzsymptomatik bei:

- *Fehlinterpretation und Verharmlosung identifizierter Schmerzsymptome*

Wird bei einer vorliegenden Schmerzsymptomatik davon ausgegangen, dass diese nur von temporärer Natur ist oder durch eine Selbstmedikation mit Schmerzmitteln in den Griff zu bekommen ist, besteht nicht die Notwendigkeit, ein gesundheitliches Problem zu kommunizieren. Gleiches gilt, wenn Verletzungssymptome gar nicht als solche erkannt werden, weil diese zum ersten Mal auftreten oder verharmlost werden. Ein weiterer Aspekt hängt mit der Überlagerung verschiedener Beschwerdebilder und der weit verbreiteten Einnahme von Schmerzmedikamenten zur Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität zusammen. Das Auftreten einer neuartigen Beschwerdeproblematik wird dann möglicherweise gar nicht registriert, weil die Körperwahrnehmung durch den Schmerzmitteleinsatz beeinträchtigt wird. Grundsätzlich dominiert bei erstmalig auftretenden Schmerzen die Erwartung, dass diese schon von alleine wieder verschwinden werden und es keinen Grund gibt, weniger Einsatz zu zeigen.

- *Angst vor einer Stigmatisierung durch besonders sensiblen Umgang mit körperlichen Warnsignalen infolge einer Heroisierung von Athleten mit hoher Schmerztoleranz*

Die Gefahr einer Stigmatisierung ist im Handball deutlich höher, vor allem wenn es sich um Führungsspieler handelt, die vor anderen Spielern keine Schwäche zeigen sollen. Von den Athleten wird erwartet, dass sie in der Lage sind, Schmerzen zu ertragen. Die Beziehung zum Trainer und insbesondere dessen Führungsstil ist besonders relevant. Geht ein Athlet beim Vorliegen eines bestimmten Beschwerdebildes davon aus, dass er vom Trainer zum Weitermachen gedrängt wird, dass dieser die Beschwerden nicht ernst nimmt oder der Lächerlichkeit Preis gibt, werden Schmerzen solange stillschweigend ertragen, bis diese willentlich nicht mehr zu unterdrücken sind. Bei vielen Handballspielern gehört es sich beispielsweise nicht, aufgrund einer Bagatelle wie einer Fingerverletzung oder einer Bänderdehnung zu pausieren und die Mannschaft im Kampf gegen den Gegner im Stich zu lassen. Eine Bagatellisierung von Schmerzproblematiken und leichter Verletzungen ist auch bei den Leichtathleten zu beobachten. Aufgrund einer stärkeren Auswirkung leichter Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit erfolgt jedoch eine frühzeitigere Thematisierung und Abklärung einer auftretenden Schmerzsymptomatik. Die Mitteilung einer Schmerzsymptomatik erfolgt spätestens dann, wenn eine Beeinträchtigung der sportartspezifischen Leistungsfähigkeit offensichtlich ist und eine Belastungsreduktion notwendig erscheint

- *Zwang zur Aufrechterhaltung des Trainings- und Wettkampfbetriebs*

Bei den Leichtathleten spielt der auferlegte Zwang zur Einhaltung des geplanten Trainingsprogramms eine gewichtige Rolle. Denn bereits bei größeren Abweichungen im Trainingsverlauf wird die weitere Leistungsentwicklung als gefährdet angesehen. Wird erwartet, dass der Trainer beim Vorliegen eines gesundheitlichen Problems sofort die medizinische Abteilung einschaltet oder dem Athleten eine Pause verordnet, dann muss zur Wahrung individueller sportlicher Zielsetzungen wie z.B. der Teilnahme an einem besonders wichtigen Wettkampf der Anschein vollkommener Beschwerdefreiheit vermittelt werden.

8.2.2. Verzicht auf eine Trainings- und Wettkampfpause trotz Beschwerden ohne Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe

Die Entscheidung zum vorläufigen Verzicht auf eine Trainingspause und der Hinzunahme eines Arztes treffen Trainer und Athlet meist in gemeinsamer Absprache. Während dem Athleten meist die Entscheidung selbst überlassen wird, ob und inwieweit er am Training teilnehmen kann, ist der Trainer gefordert, wenn es um die medizinischen Abklärung der vorliegenden Beschwerden geht. Die Entscheidung zum Verzicht auf eine Trainings- und Wettkampfpause trotz Beschwerden und der Verzicht auf eine Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe werden von folgenden Faktoren beeinflusst.

- *Kultur des stoischen Ertragens klar interpretierbarer Schmerzsymptome und Bagatellisierung typischer Beschwerdebilder durch Trainer und Athlet*

Die Schmerzakzeptanz der Athleten ist besonders hoch, wenn die Ursache eindeutig und der Verlauf vorhersehbar sind, zum Beispiel wenn es sich um eine Prellung nach Gegnerkontakt oder um starke Muskelschmerzen nach einer besonders harten sportlichen Belastung handelt. Vor allem die Erwartung an eine von selbst nachlassende Schmerzentwicklung lässt eine medizinische Abklärung nicht notwendig erscheinen. Hier zeigen sich deutliche sportartspezifische Unterschiede, die vor allem auf die typischen Verletzungsmuster zurückzuführen sind. Während bei den Leichtathleten fast nur belastungsbedingte Schmerzzustände zu beobachten sind, treten bei den Handballspielern viele leicht traumatische Verletzungen auf, die jedoch keiner ärztlichen oder nur einer Selbstbehandlung bedürfen. Entsprechend zeigen sich unterschiedliche Schmerzkulturen, die zum einen durch die Häufigkeit eines Auftretens typischer Verletzungsmuster geprägt sind und zum anderen auf die unterschiedliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch bei ein und derselben Verletzung zurückzuführen ist.

- *Ignorieren von Schmerzen als funktionale Strategie zur Erzielung sportlicher Spitzenleistungen*

Athlet und Trainer stehen beim Auftreten belastungsabhängiger Schmerzen vor einem grundlegenden Dilemma. Wird zu vorsichtig trainiert und bei jedem kleinsten körperlichen Warnsignal pausiert, sind auf Dauer keine Spitzenleistungen zu erreichen. Das Ignorieren akuter körperlicher Schmerzen wird so zur funktionalen Strategie einer weiteren Leistungssteigerung. Andererseits besteht jedoch die Gefahr, dass sich eine kurzfristige Überreizung in Kombination mit verschiedenen anderen potentiellen Ursachen, wie z.B. einer Fußfehlstellung oder einem muskulären Defizit, zu einer hartnäckigen körperlichen Funktionseinschränkung ausweiten kann. Vor dem Hintergrund dieses Schmerz- und Belastungsdilemmas bei der täglichen Belastungssteuerung gilt es für Athlet und Trainer stets abzuwägen, inwieweit eine Trainingsreduktion und Trainingsanpassung oder gar ein vollständiges Aussetzen der sportlichen Betätigung notwendig erscheint.

- *Verzicht auf eine ärztliche Behandlung als Ergebnis der Athlet-Trainer-Kommunikation*

Die Konsultation eines Arztes hängt in Trainingsphasen vor allem von der gemeinsamen Einschätzung des Athlet-Trainer-Gespans zur vorliegenden Beschwerdeproblematik ab. Das wahrgenommene Ausmaß der Beschwerden auf die aktuelle Leistungsfähigkeit und die antizipierten Leistungsbeeinträchtigungen durch eine weitere Verschlechterung der Beschwerden bestimmen die Entscheidungsfindung. Athlet und Trainer tauschen sich über das vorliegende Problem aus, wobei der Athlet von den verletzungsbezogenen Erfahrungen des Trainers und von dessen medizinisch-trainingswissenschaftlichen Wissensbestand profitieren kann. Während bei den Handballspielern das weitere Vorgehen durch eine verbindliche Konsultation des Mannschaftsarztes genau festgelegt ist, haben die Leichtathleten freie Arztwahl. Die Handballspieler versuchen so lange wie möglich, ein Verletzungsproblem zu bagatellisieren, damit dieses nicht an die Öffentlichkeit gerät. Dies ist jedoch schwierig, sobald der Mannschaftsarzt eingeschaltet ist und durch die in Gang gesetzte Behandlungsmaschinerie schnell deutlich

wird, dass beim Spieler ein gesundheitliches Problem vorliegt. Das zunächst individuelle oder auf Trainer-Athlet reduzierte Verletzungsproblem wird vor allem im professionellen Handballsport schnell zu einem sozialen Phänomen mit beachtlichem Ausmaß, z.B. indem sich die Vereinsführung einschaltet und in der Presse von einer Verletzung berichtet wird.

- *Vorabdiagnostik und Sofortbehandlung auftretender Beschwerden durch Physiotherapeuten*

Die trainingsbegleitende Behandlung von Physiotherapeuten soll schnellere Regenerationszeiten und eine Aufrechterhaltung des Trainings- und Wettkampfbetriebs beim Auftreten kleinerer Beschwerden gewährleisten. Physiotherapeuten übernehmen darüber hinaus eine wichtige diagnostische Funktion, da diese meist vor dem Arzt über eine Beschwerdeproblematik unterrichtet werden und eine erste diagnostische Abklärung vornehmen, von der das weitere Vorgehen wesentlich beeinflusst wird. Durch die enge Arbeit am Athleten haben gute Therapeuten die Möglichkeit, körperliche Funktionsstörungen frühzeitig zu entdecken und die notwendigen Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Die mit einer Verletzungssymptomatik verbundenen Erwartungen des Physiotherapeuten spielen damit eine entscheidende Rolle beim Erkennen körperlicher Veränderungen, die auf eine Verletzung oder einen chronischen Verletzungsverlauf hinweisen können. Mit zunehmendem Trainingsalter wird die physiotherapeutische Betreuung für die Athleten immer wichtiger, mehrmalige Behandlungen pro Woche sind die Regel.

8.2.3. Fortsetzung des Trainings- und Wettkampfbetriebs trotz zunehmender Beschwerden und medizinischer Behandlung

Solange es keine eindeutige ärztliche Verletzungsdiagnose mit unmissverständlichen medizinischen Gründen für eine Verletzungspause gibt und solange kein offensichtliches Risiko für eine unmittelbare Verschlechterung der Beschwerden vorliegt, dominiert bei Athleten und Trainern die Erwartung an eine Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität. Medizinische Behandlungsmaßnahmen sollen dabei zu einer Besserung der Beschwerden beitragen und diese am besten sofort eliminieren, obwohl weitertrainiert wird und Wettkämpfe bestritten werden. An der Entscheidung zur Fortsetzung des Trainings und Wettkampfbetriebs unter gleichzeitiger medizinischer Behandlung ist neben dem Athlet und Trainer stets auch ein Arzt involviert, der durch die medizinische Diagnostik maßgeblich an der Konstruktion des Verletzungsphänomens beteiligt ist. Die Entscheidungssituation wird von den Beteiligten meist durch die Abwägung kurzfristig zu erwartender Auswirkungen in sportlicher und gesundheitlicher Hinsicht geprägt. Und da die sportlichen Auswirkungen durch eine Trainings- und Wettkampfpause besonders drastisch vor Augen stehen, geraten die schwer kalkulierbaren und meist erst mit verzögerter Wirkung eintretenden gesundheitlichen Folgeerscheinungen allzu leicht aus dem Blick. Die Fortsetzung des Trainings- und Wettkampfbetriebs trotz zu-

nehmender Beschwerden und medizinischer Behandlung hängt darüber hinaus von mehreren Bedingungen ab.

- *Schnelle Verfügbarkeit eines Arztes und Physiotherapeuten als Chance und Gefahr zugleich*

Während bei spitzensportlichen Wettkämpfen die Anwesenheit eines Arztes und Physiotherapeuten sowohl in der Leichtathletik als auch im Handball gesichert ist, sind in Trainingsphasen Unterschiede zu beobachten. Für die Handballspieler stehen in fast jedem Training Physiotherapeuten bereit, und auch der Mannschaftsarzt ist von Zeit zu Zeit im Training anwesend. In Trainingslagern der Vereinsmannschaften und bei Lehrgängen der Nationalmannschaft sind stets auch ein Arzt und mindestens ein Physiotherapeut mit vor Ort. Dies ermöglicht auf der einen Seite eine schnelle Abklärung bei auftretenden Beschwerden, darüber hinaus lassen sich durch die permanente Beobachtung der Athleten auch frühzeitig Hinweise auf eine verheimlichte Schmerzsymptomatik erkennen. Die Gewährleistung einer schnellen Verfügbarkeit des medizinischen Personals wird jedoch vor allem angestrebt, um bei einer auftretenden Verletzung sofort entscheiden zu können, ob der Athlet weitertrainieren kann und welche Behandlungsmaßnahmen einzuleiten sind, damit dieser so schnell wie möglich wieder ins Wettkampfgeschehen eingreifen kann. Auf der anderen Seite besteht jedoch die Gefahr, dass es zu einem fragwürdigen Einsatz medizinischer Behandlungsmethoden kommt, die lediglich auf die Aufrechterhaltung des sportlichen Wettkampfbetriebs abzielen. Aus Sicht von Trainer und Athlet geht es primär darum, jene Behandlungsstrategie zu wählen, welche die kürzeste Ausfallzeit und die schnellstmögliche Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit verspricht.

- *Fehlende Stoppmechanismen bei unklaren Beschwerdebildern*

Gerade im Grenzbereich der medizinischen Diagnostik werden Verletzungsdiagnosen präferiert, die eine Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität versprechen. Solange der Arzt eine weitere Belastung aus medizinischen Gründen nicht kategorisch ausschließt und damit die Alternative einer prinzipiellen Sporttauglichkeit bestehen bleibt, liegt es im Ermessen des Trainer-Athleten-Gespans, ob und in welchem Maße die Belastung reduziert wird. Nun sehen sich die Ärzte außer Stande, bei unklaren Beschwerdebildern eine Entscheidung über die Notwendigkeit einer Anpassung der sportlichen Belastung zu treffen. Vielmehr werden lediglich Empfehlungen ausgesprochen, zu deren Umsetzung der Athlet oder Trainer verantwortlich gemacht wird. Von der kommunikativen Einordnung und Bewertung der ärztlichen Empfehlungen hängt das weitere Vorgehen ab. Die letztendliche Verantwortung für eine Reduktion der sportlichen Belastung wird vom Trainer bei unterschiedlichen Einschätzungen immer auf den Athleten abgewälzt. Dieses Vorgehen ist für die Athleten akzeptabel und wird auch nicht in Frage gestellt. Im Nachhinein lässt sich die Verantwortung bei einem mißglückten Wettkampfeinsatz auf den Arzt, der keine klare Aussage über eine notwendige Verletzungspause gemacht hat oder auf den Athleten abschieben, der ja selbst entschieden hat. Ob vor einer sol-

chen Entscheidung durch den Trainer ein immenser Erwartungsdruck aufgebaut wurde, dem sich der Athlet gar nicht entziehen kann, wird anschließend nicht mehr reflektiert. Durch eine „Abwälzung“ der Entscheidung zum Einlegen einer Trainings- und Wettkampfpause auf den Athleten bei unklarer Diagnosestellung wird der einzig wirksame Stopmechanismus bei einer schleichend zunehmenden Verletzung ausgehebelt: die Regulation der Trainings- und Wettkampfbelastung durch den Trainer selbst. Einzig wenn der Trainer selbst klare Verletzungsanzeichen erkennt, ein Gespür für die aktuelle Belastungssituation seiner Athleten hat oder die möglichen Folgen verschleppter Beschwerden verhindern möchte, ist mit einem steuernden Eingriff zu rechnen. Problematisch wird hier ein kurzfristiges Denken der Trainer, wenn diese selbst unter starkem Erfolgsdruck stehen. Hier hat der Handballtrainer aufgrund seiner Weisungsbefugnis gegenüber den Spielern deutlich mehr Handhabe als der Leichtathletiktrainer. Zu berücksichtigen ist jedoch auch, dass die Handballärzte eine weitaus größere Einflussmöglichkeit auf die letztendliche Entscheidung haben als die meist nur isoliert und zu spezifischen Behandlungszwecken von den Leichtathleten aufgesuchten (Sport-)Ärzte. Grundsätzlich sind die Mannschaftsärzte im Handball mit der Befugnis ausgestattet, die Spieler krank und gesund zu schreiben, woran diese sich von Seiten der Vereinsführung auch zu halten haben.

- *Unzureichende medizinisch-orthopädische Diagnostik bei nicht-traumatischen Schmerzsymptomatiken*

Schmerzsymptomatiken und Verletzungen werden in der spitzensportlichen Praxis einzig auf ein rein körperliches Phänomen reduziert. Inwieweit sich Leistungsdruck, Zukunftsängste oder die Belastungen aus anderen Lebensbereichen auf Beschwerdesymptomatiken auswirken, wird nicht reflektiert. Die psychosomatische Dimension von Verletzungen wird ausgeblendet. Realität ist nur, was über bildgebende Diagnoseverfahren sichtbar gemacht und repariert werden kann. Es dominiert ein Maschinenmodell des Menschen, bei dem Körper und Psyche nichts miteinander zu tun haben. Eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen Schmerz in seiner biopsychosozialen Dimension erfolgt in keinster Weise, obgleich neuere Erkenntnisse aus der Schmerzforschung auch für die Behandlung von Spitzensportlern interessant sind. Diese Lücke wird von Physiotherapeuten ausgefüllt, die über eher ganzheitliche Behandlungskonzepte verfügen und durch den intensiven Austausch im Rahmen einer Behandlungssituation auch Seelenmassage betreiben (können). „Wunderheiler“ dienen schließlich als letzter Strohalm, wenn die klassisch medizinischen Ansätze ihre Grenzen erreicht haben. Liegt kein medizinisch-objektiver Befund vor, fehlt aus ärztlicher Sicht die Argumentationsgrundlage für das Einlegen einer Pause bei vorliegenden Schmerzen. Der Schmerz wird dann lediglich als lästige Begleiterscheinung der sportlichen Aktivität angesehen, den es medikamentös auszuschalten gilt.

- *Polypragmasie und Rückgriff auf Gurus und Heiler als Antwort auf nicht erfüllte Erwartungen an eine schnelle Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit*

Vor allem bei den Leichtathleten ist mit zunehmendem Beschwerdegrad ein häufiger Arzt- und Therapeutenwechsel verbunden. Dabei sind regelrechte Ärzteodysseen und ein nicht abgestimmter Einsatz unterschiedlichster Behandlungsmaßnahmen zu beobachten. Ärzte werden bei ihrer Diagnosestellung durch Konfrontation mit Diagnosen anderer Experten unter Druck gesetzt oder gar nicht über andere Therapien in Kenntnis gesetzt. Ärztliche Verletzungsdia- gnosen und Behandlungsstrategien, die nicht mit den sportlichen Zielen des Athleten oder des Trainers in Einklang zu bringen sind, werden nur schwer akzeptiert. Geht es um die Festle- gung der Dauer einer vorübergehenden Belastungsreduktion, finden teilweise Aushandlungs- prozesse zwischen Athlet, Trainer und Arzt statt, bei denen um jeden Tag gefeilscht wird. Bringt eine Behandlung keine kurzfristige Beschwerdeverbesserung, wird die Suche fortgesetzt. Eine Konkurrenzsituation zwischen Ärzten, Physiotherapeuten und Alternativmedizinern wirkt in Verbindung mit Versprechungen auf eine schnelle Heilung katalysierend. Bei den Leichtathleten ist der über eine Mund-zu-Mund-Propaganda verbreitete Ruf eines Arztes oder Therapeuten bei der Auswahl entscheidend, da die Möglichkeit einer freien Arztwahl vorliegt. Aus dem Einholen verschiedener Ratschläge bei anderen Athleten, Trainern oder den bei Wettkämpfen behandelnden Ärzten entsteht ein Sammelsurium verschiedener Einschätzun- gen, das zu einem Informationsoverload infolge kontroverser Bewertungen ein und derselben Verletzungsproblematik führen kann und die Auswahl eines Behandlungsansatzes erschwert. Darüber hinaus entstehen durch gutgemeinte Ratschläge, mal diese oder jene Behandlungs- maßnahme zu probieren, neue Entscheidungsnotwendigkeiten. Da sich die Nichtbefolgung ei- nes aussichtsreichen Ratschlags im Nachhinein als Fehler herausstellen könnte, wird jeder „Strohalm“ ergriffen, der sich bietet.

Einem solchem Vorgehen wird im Spitzenhandball durch ein geregeltes Verfahren bei auftre- tenden Problemen und dem Versuch einer Absprache zwischen den Vereins- und National- mannschaftsärzten entgegengewirkt. Der Spieler hat zunächst den Mannschaftsarzt aufzusu- chen, der wiederum das weitere Vorgehen koordiniert und gegebenenfalls weitere Experten einschaltet. Dieser Arzt behält damit auch einen Überblick über den Gesundheitszustand des Spielers. Die Handballspieler sind bei allen Behandlungsentscheidungen weitaus weniger verunsichert als die Leichtathleten, die in Eigeninitiative nach der optimalen Behandlungsstra- tegie suchen. Darüber hinaus sind die glaubwürdige Vermittlung der Wirksamkeit einer Be- handlungsmethode und die stichhaltige Erklärung der Notwendigkeit einer Verletzungspause ebenso wie das gewachsene Vertrauen in den jeweiligen Arzt oder Physiotherapeuten ent- scheidend. Hier liegt auch das Problem einer medizinischen Betreuung von Leichtathleten, die durch die vielen Wahlmöglichkeiten und den überwiegend punktuellen Arztkontakt nur schwer eine vertrauensbasierte Beziehung herstellen können. Dennoch ist ein „Hintergehen“ des Mannschaftsarztes oder der Vereinsphysiotherapeuten auch im Handball zu beobachten,

was allerdings zu Irritationen bei einer Offenlegung des Vertrauensbruchs z.B. infolge differenter Diagnosen beiträgt und das Verhältnis zwischen Trainer, Athlet und Mannschaftsarzt nachhaltig belasten kann.

- *Abwärtsspirale durch symptomatische Behandlung ohne Ursachenbeseitigung*

Trifft beim Vorliegen einer nicht eindeutig diagnostizierbaren Schmerzproblematik ein Arzt, der eine sofortige Behandlung mit Schmerzmedikamenten präferiert, auf einen Athleten und Trainer, die ein solches Vorgehen für die Erzielung sportlicher Erfolge unreflektiert in Kauf nehmen, besteht die Gefahr, dass ein Mechanismus entsteht, der sich aus oszillierenden Entscheidungsnotwendigkeiten zusammensetzt. Jeder der Athleten hat in seiner Karriere mindestens zwei solcher Abwärtsspiralen hinter sich. Diese beginnt mit einer unklaren Schmerzsymptomatik, welche in der Hoffnung auf schnelle Besserung mit Schmerzmedikamenten angegangen wird. Eine Trainingsanpassung oder gar ein Wettkampfverzicht werden als nicht notwendig erachtet, eine Schonung der biologischen Strukturen sowie eine Abklärung weiterer psychosozialer Schmerzursachen erfolgen nicht. Solange kein eindeutig auslösendes Ereignis, wie beispielsweise ein Krafttraining mit der Langhantel, identifiziert werden kann, gibt es auch keine Anhaltspunkte für eine inhaltliche Veränderung des Trainings. Eine Reduzierung des Umfangs ist aufgrund des damit verbundenen Leistungsrückgangs auch nur bedingt möglich. Dies führt zu einer weiteren Zunahme des erlebten Beschwerdegrades, was wiederum mit der Erhöhung der Dosierung der Schmerzmedikation verbunden ist, damit die sportliche Aktivität ohne Leistungseinbußen aufrechterhalten werden kann. Ist nach einer weiteren Phase zunehmender Schmerzen schließlich der Trainings- und Wettkampfbetrieb beeinträchtigt, haben sich die Beschwerden schon soweit verfestigt, dass auch eine kurzzeitig eingelegte Verletzungspause mit intensivierter Behandlung nur zu einer langsamen Schmerzreduktion beiträgt. Stehen wichtige Wettkämpfe an, kann nicht länger pausiert werden, so dass unter erneuter Schmerzmedikation wieder ins Geschehen eingegriffen wird. Gleichzeitig beginnen die Suche nach alternativen Behandlungsmethoden und der Versuch, wenigstens für die Wettkämpfe durch Injektion von Schmerzmitteln einsatzbereit zu sein.

Vor allem physiotherapeutische Behandlungsmaßnahmen werden in hohen Umfängen eingesetzt, um die Beschwerden für den Saisonhöhepunkt oder den Rest der Saison wieder auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, gleichzeitig wird dauermedikamentiert. Mit zunehmender Dauer der Beschwerden, die sich bei allen Athleten über mehrere Monate hinziehen, wird eine Genesung unter Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität damit immer unwahrscheinlicher. Die offensichtlichste Ursache zunehmender körperlicher Schmerzen, - etwa eine Über- oder Fehlbelastung - wird so lange ausgeblendet, bis der Zeitpunkt überschritten ist, an dem durch das Einlegen einer ausreichend langen Verletzungspause eine vollständige Genesung möglich erscheint. Dieser Ablauf wird sehr stark vom sportartspezifischen Wettkampfkalender beeinflusst. Die Leichtathleten haben während der Saisonvorbereitung mehr individuellen Spielraum in der Trainingsgestaltung, sind aber in der Saison durch die notwendigen Qualifikati-

onswettkämpfe für internationale Meisterschaften unter Zugzwang. Die Spitzenhandballspieler sind terminlich stärker eingebunden und in einer Verletzungspausengestaltung deutlich eingeschränkter. So wird den Spitzenspielern nur bei unwichtigen Spielen eine Pause gewährt oder lediglich eine verringerte Einsatzzeit zugestanden.

- *Kultur des Fit-Spritzens und der Schmerzmedikation zur Gewährleistung der sportlichen Leistungsbereitschaft in Training und Wettkampf*

Der Einsatz von Schmerzmedikamenten unmittelbar vor oder bei Wettkämpfen ist zur Sicherstellung der Leistungsvoraussetzung für die Athleten alltäglich. Sowohl bei den Handballspielern als auch bei den Leichtathleten sind Injektionen durch Ärzte und die meist mit den Ärzten abgesprochene Einnahme von Schmerztabletten bei vorliegenden Beschwerden die Methode der Wahl. Durch den häufigen Kontakt zu Ärzten in Training und Wettkampf besteht für die Spieler stets die Möglichkeit, recht einfach an Schmerzmedikamente heranzukommen. Ein Trainer berichtet, dass der Arzt selbst im Training die Spritzen immer dabei hat und diese auch vor Ort einsetzt. Ein Handballspieler steht seit Jahren aufgrund chronischer Beschwerden unter Dauermedikation, neben der selbständigen Einnahme von Schmerztabletten wird in Abhängigkeit des Beschwerdegrades nicht nur vor dem Spiel, sondern auch vor dem Training gespritzt. Von einem Leichtathleten ist zu hören, dass ein Vereinsarzt sofort zur Spritze greift, ohne eine Differentialdiagnose zu stellen. Wer sich spritzen lassen möchte oder Tabletten braucht, wendet sich an den Arzt. Die Risiken und Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten werden bagatellisiert, indem von den Ärzten vermittelt wird, dass „nichts Schlimmeres passieren kann“, solange keine traumatische Verletzung vorliegt oder strukturelle Veränderungen mittels bildgebender Diagnostik zu sehen sind. Bei starken körperlichen Funktionseinschränkungen ist das „Fit Spritzen“ für Athleten die Bedingung der Möglichkeit einer Wettkampfteilnahme. Dieses Vorgehen wird von allen Beteiligten vor wichtigen Wettkämpfen voll akzeptiert, feine Unterschiede sind lediglich beim Einsatz in Trainingsphasen oder bei weniger bedeutsamen sportlichen Ereignissen zu beobachten. Obwohl die Athleten auf Nachfrage bereitwillig über Risiken aufgeklärt werden und den Trainer der Einsatz solcher Maßnahmen bekannt ist, werden diese Praktiken nur von der Leichtathletin etwas kritischer betrachtet, was ebenfalls auf eine starke sportartübergreifende Kultur der Schmerzmedikation verweist.

- *Bagatellisierung gesundheitlicher Risiken durch Phänomen des „group think“ bei Entscheidungen zur Fortsetzung des Trainings- und Wettkampfbetriebs*

Insbesondere bei leichten traumatischen Verletzungen und schleichend zunehmender Beschwerdeproblematiken wird das Einlegen einer Trainings- und Wettkampfpause von allen Beteiligten als nicht akzeptabel empfunden. Dies verweist auf ein Entscheidungsphänomen, das auch aus anderen gesellschaftlichen Bereichen bekannt ist. Beim „group think“ kommt es bei einer bestimmten Entscheidungsalternative zu einer Bagatellisierung ernster Risiken, weil diese den Gruppenmitgliedern besonders attraktiv erscheinen (vgl. Schimank, 2005, S. 160). So besitzt die Teilnahme am sportlichen Wettkampf für Trainer und Athlet eine gleicherma-

ßen große Bedeutung, problematisch wird es jedoch, wenn der behandelnde Arzt ebenfalls den sportlichen Erfolg des Athleten in den Mittelpunkt rückt. Mögliche Risiken einer Chronifizierung oder gar gesundheitlicher Folgeschäden geraten hier leicht aus dem Blick oder werden bewusst verdrängt. Solange Hoffnung auf eine erfolgreiche Wettkampfteilnahme besteht, ist es für Athleten und deren Trainer damit besonders schwer, eine längere Wettkampfpause einzulegen. Je mehr der Erfolg des Trainers von der Einzelleistung des Athleten abhängt, desto schmerzhafter wird auch für ihn das Einlegen einer längeren Verletzungspause. Die verletzungsbedingte Absage eines Leistungsträgers bringt auch den Trainer potentiell um die Früchte seiner Arbeit. Für Handballtrainer ist eine Absage dabei weniger schmerzlich, da immer noch die Möglichkeit besteht, dass die Mannschaft den Ausfall kompensiert. Allerdings wird bei Führungsspielern selbst eine kurze Genesungspause als problematisch angesehen, leichter haben es hier Spieler aus der „zweiten oder dritten Reihe“, denen längere Genesungszeiten zugestanden werden. D.h. je wichtiger ein sportlicher Wettkampf und je abhängiger der Trainer von der Leistungsfähigkeit des Athleten ist, desto eher ist davon auszugehen, dass Trainer subtil für einen Wettkampfeinsatz plädieren. Ist der Athlet auch gewillt, am Wettkampf teilzunehmen, bildet sich schnell eine Allianz, gegen die ein vorsichtiger Arzt nur ankommt, wenn er eine starke Position innerhalb des Mannschaftsgefüges einnimmt oder eindeutige Argumente für einen Wettkampfverzicht vorbringen kann. Denn Trainer und Athleten sind in der Lage, Ärzte durch ihre Erwartungen stark unter Druck zu setzen, indem sie deren diagnostische Kompetenz in Frage stellen oder diese einfach nicht mehr aufsuchen. Es wird versucht, die Einstellung des Wettkampfbetriebs mit (fast) allen Mitteln und Methoden zu verhindern und notwendige Verletzungspausen hinauszuzögern oder auf Zeiträume zu verschieben, in denen keine wichtigen Wettkämpfe anstehen.

Zu einer maximalen Bagatellisierung ernster Risiken kommt es bei Behandlungsentscheidungen im unmittelbaren Vorfeld des Saisonhöhepunkts. So äußern alle Athleten die Bereitschaft, für einen Olympiasieg auch langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen in Kauf zu nehmen. Je bedeutsamer das sportliche Ereignis ist, desto weniger sind Trainer und Athleten bereit, eine Teilnahme aufgrund möglicher Folgeschäden oder einer zu antizipierenden Verschlechterung der Beschwerden aufzugeben. Dabei zeigt sich, dass sich die in der Szene anerkannten Sportärzte in die Athleten hineinversetzen können und die jeweiligen Rahmenbedingungen situativ mit in die Entscheidungsfindung einbeziehen. Dies führt dazu, dass zunehmend nach Lösungen gesucht wird, die dem Athleten eine Teilnahme ermöglichen, auch wenn sich solche Behandlungen im Grenzbereich der medizinischen Ethik abspielen. Gemeinsam wird dann zwar das vorhandene Risiko einer Folgeverletzung abgeschätzt, die Gefahr potentieller Auswirkungen auf den weiteren Karriereverlauf jedoch weitestgehend ausgeblendet. Der Einsatz von Schmerzmedikamenten ist in solchen Situationen gängig und wird auch nicht kritisch hinterfragt. Gesundheitliche Kollateralschäden werden für den sportlichen Erfolg beim Saison- oder Karrierhöhepunkt ohne mit der Wimper zu zucken von den Athle-

ten akzeptiert. Die alleinige Grenze bilden hier selbst durch medizinische Unterstützung nicht behebbare funktionelle Einschränkungen durch ein Trauma oder nicht mehr kontrollierbare Schmerzsymptomaten. Das medizinische Personal wird in solchen Fällen zur wesentlichen Voraussetzung für den späteren potentiellen sportlichen Erfolg im Wettkampf. Obwohl sich die befragten Ärzte dieser Problematik bewusst sind, können sie sich der Systemrationalität des Spitzensportsystems und der damit verbundenen Bewertung medizinischer Behandlungsmaßnahmen unter dem Gesichtspunkt des Beitrags zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit nicht entziehen. Die Erfahrung des Arztes und sein „Gespür“ für kritische Situationen spielt hier eine zentrale Rolle. Gleichsam stellt sich die Frage, wie diese Erfahrungswerte an junge Sportärzte weitergegeben werden können, so dass Behandlungsfehler in diesem Bereich reduziert werden können.

- *Sinnhaftigkeit eines Wettkampfeinsatzes trotz Schmerzen und Verletzung bei potentieller sportlicher Leistungsfähigkeit*

Für einen Athleten macht der Wettkampfeinsatz trotz Schmerzen oder weiterer Verletzungssymptome nur Sinn, wenn er seine Leistungsfähigkeit auch unter Beweis stellen kann. Wird die Leistungsfähigkeit durch die vorliegenden Beschwerden so stark eingeschränkt, dass die erfolgreiche Wettkampfteilnahme bereits im Vorfeld nicht möglich erscheint, kommt ein Fit Spritzen auch nicht in Frage. Der Wettkampfeinsatz unter Schmerzmedikation wird aus Sicht des Athleten und Trainers rückblickend als richtige Entscheidung angesehen, wenn der Athlet in der Lage ist, seine Leistung unter Beweis zu stellen. Zu dieser grundlegenden Orientierung an der aktuellen sportlichen Leistungsfähigkeit kommen zahlreiche weitere Einflussfaktoren hinzu, welche die Entscheidung über den Wettkampfeinsatz trotz Beschwerden moderierend beeinflussen. Solch sekundäre Bewertungskriterien orientieren sich dann an der medizinischen Diagnose und an der Einschätzung des Risikos einer deutlichen Verschlechterung des Verletzungsmusters. Die Risikobewertung kann bei ein und derselben Diagnose damit unterschiedlich ausfallen. Im Rahmen von sportlichen Großereignissen sind die Spitzenathleten und ihr Umfeld beim Vorliegen von Beschwerden in höherem Maße bereit, gesundheitliche Folgeschäden in Kauf zu nehmen, als dies im Training oder bei Wettkämpfen auf nationaler Ebene der Fall ist. Offensichtliche gesundheitliche Risiken werden jedoch nur dann in Kauf genommen, wenn zumindest eine kleine Chance oder ein Fünkchen Hoffnung auf eine erfolgreiche Wettkampfteilnahme gesehen wird. Zu einer schwierigen Angelegenheit wird der Umgang mit Verletzungen und Schmerzen daher vor allem dann, wenn zumindest potentiell die Möglichkeit besteht, die sportliche Leistungsfähigkeit trotz Verletzung oder trotz Schmerzen im Wettkampf aufrechtzuerhalten oder diese durch Training weiter steigern zu können. Der Athlet steckt bei auftretenden Beschwerden in einem Dilemma. Ein ähnlicher Mechanismus zeigt sich bei der Frage nach einer Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität nach einer Verletzungspause.

- *Gering ausgeprägte Vorstrukturierung von Entscheidungsprozessen bei der Behandlung von Beschwerden und Verletzungen im Verantwortungsbereich der Spitzensportorganisationen*

Die Erwartungen, die von Seiten der Sportorganisationen an einen Mannschaftsarzt, Verbandsarzt, Vereins- oder Verbandsphysiotherapeuten gerichtet werden, sind nicht klar formuliert und basieren überwiegend auf informellen Absprachen. Problematisch sind vor dem Hintergrund wenig formalisierter Zuständigkeitsbereiche insbesondere die Schnittstellenentscheidungen, d.h. Entscheidungen, die nicht eindeutig einem Funktionssystem und dessen Rolleninhabern zugeordnet werden können. Vor allem die Entscheidungen zu verletzungsbedingten Trainings- und Wettkampfpausen werden überwiegend in persönlicher Absprache, auf kooperativer Basis und situativ höchst flexibel getroffen. Entsprechend hoch sind die Anforderungen an die Kommunikation. Solch hohe Anforderungen können entweder über detaillierte formale Regulierungen oder aber über stabile und im Bereich der Organisationskultur zu vertretenden gemeinsam geteilten Werte oder Überzeugungen erreicht werden. Sind weiterhin keine expliziten Kriterien für richtiges Entscheiden in spezifischen Situationen vorgegeben, hängt es von den individuellen oder geteilten Bewertungskriterien ab, inwieweit bestimmte Verhaltensweisen als gut oder schlecht oder als richtig oder falsch angesehen werden. So kann ein Wettkampfeinsatz trotz Beschwerden bei einer Folgeverletzung aus medizinischer Sicht als Fehlentscheidung angesehen werden, während aus sportlicher Sicht der Einsatz des Athleten als einzig richtige Entscheidung angesehen werden kann, wenn dieser den entscheidenden Beitrag zum Sieg geleistet oder sich durch seine Teilnahme einen Lebenstraum erfüllt hat. Gleichzeitig wird es schwer, bei kooperativen Entscheidungen einen Verantwortlichen auszumachen.

8.2.4. Zu frühe Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität nach einer Verletzungspause

Betrachtet man den Zeitpunkt der Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität nach einer Verletzungspause finden sich Unterschiede in Abhängigkeit der Dauer und des primären Zwecks der durchgeführten medizinischen Behandlungsmaßnahmen. Handelt es sich um eine Verletzungspause mit medizinischer Rehabilitation, ist von einem weitaus späteren und vorsichtigeren Wiedereinstieg auszugehen, als dies bei relativ kurzen Verletzungspausen zur intensivierten medizinischen Behandlung der Fall ist. Während die Behandlungsentscheidungen im Rehabilitationsprozess eindeutig dem Arzt zugerechnet und die Experten-Laiendifferenz der Arzt-Patient Beziehung anerkannt wird, orientieren sich die Ärzte bei leichten Verletzungen oder unklaren Schmerzsymptomaten primär an der Einschätzung des Athleten und überlassen diesem zunehmend die Entscheidung über Trainingspausen, den Wiedereinstieg und sogar über die als notwendig erachteten Behandlungsmaßnahmen.

- *Zeitweilige Exklusion aus dem Spitzensportsystem und Übernahme der Krankenrolle nur bei schweren Verletzungen mit Rehabilitationsnotwendigkeit*

Im Falle eines längerfristig absehbaren Ausfalls wird der Spieler zum Patienten, der eine klassische medizinische Dienstleistung des Arztes und Therapeuten in Anspruch nimmt. Dies ist dagegen nicht der Fall, solange die Möglichkeit besteht, dass die sportliche Leistungsfähigkeit schnell wiederhergestellt werden kann. Solange beispielsweise ein Handballspieler im Angebot der Mannschaft bleibt oder ein Leichtathlet seine Saisonplanung mit einem oder mehreren Saisonhöhepunkten aufrechterhält, orientiert sich dessen Behandlung vor allem an der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und nicht primär an einer grundlegenden Heilung. Entsprechend ist vor jedem Wettkampf aufs Neue zu entscheiden, ob die Behandlungspause ausreichend und eine Teilnahme möglich erscheint. Die primäre Lektorientierung kann sich aus Sicht des Arztes genau andersherum darstellen, wenn dieser unter Aufwendung verschiedener medizinischer Behandlungsmethoden versucht, den Athleten zu heilen und nebenbei die spitzensportliche Logik in seine Behandlungsentscheidungen einbaut, indem er akzeptiert, dass der Athlet weiter an Wettkämpfen teilnimmt. Ein Wechsel der primären Handlungslogik des Arztes äußert sich darin, wenn er den Athleten für den Wettkampf fit spritzt und gesundheitliche Risiken für das Erreichen sportlicher Ziele in Kauf nimmt.

- *Reduktion der Gefahr eines zu frühen Wiedereinstiegs in den Wettkampfbetrieb mit zunehmender Dauer der Verletzungspause*

Je länger eine Verletzungspause mit medizinischer Rehabilitation dauert, desto wichtiger wird für die Athleten das Ziel, zunächst überhaupt wieder auf die Beine zu kommen und die vermisste Sportart betreiben zu können. Gleichzeitig wird den Athleten schon beim Beginn der Pause der Zwang genommen, sich auf den nächsten Wettkampf vorbereiten zu müssen. Athleten und Trainer akzeptieren durch den zeitweiligen Verlust unmittelbarer sportlicher Zielsetzungen die mit der Übernahme der klassischen Krankenrolle verbundene Entbindung von gesellschaftlichen Pflichten. Je kürzer hingegen die Pausendauer angesetzt wird, desto wahrscheinlicher ist die Erhaltung der Leistungsfähigkeit durch den antizipierten Wiedereinstieg ins Wettkampfgeschehen. Vor allem im Handball ist zu beobachten, dass die Spieler nach mehrwöchigen Verletzungspausen sofort wieder in den Spielbetrieb einsteigen, ohne durch einen langsamen Trainingsaufbau wieder an die Belastung herangeführt zu werden. Während sich eine erneute akute Rezidivverletzung recht verlässlich auf einen zu frühen Wiedereinstieg zurückzuführen lässt, kommt es z.B. bei traumatischen Muskelverletzungen zu einer Selbstregulierung im Laufe der Zeit und zu einem recht eindeutigen Erfahrungsschatz, wie mit diesen Verletzungen umzugehen ist. Hier sind es vor allem die Trainer, die bei solchen Verletzungen sehr vorsichtig sind und die Athleten beim Wiedereinstieg bremsen müssen. Anders sieht dies z.B. bei chronischen Beschwerdeverläufen aus. Die negativen Auswirkungen eines zu frühen Wiedereinstiegs zeigen sich hierbei meist mit einer zeitlichen Verzögerung, was die Abschätzung der optimalen Pausendauer deutlich erschwert. Gleichzeitig liegen hierzu kaum gesi-

cherte wissenschaftliche Erkenntnisse vor, was einem zu frühen Wiedereinstieg ebenfalls Vorschub leistet.

- *Versuch einer Aufrechterhaltung der körperlichen Leistungsvoraussetzungen bei kürzeren Verletzungspausen durch intensivierete medizinische Behandlung und Alternativtraining*

Während einer absehbaren Verletzungspause von mehreren Tagen bis Wochen wird versucht, durch ein Training der nicht betroffenen Körperteile die Form einigermaßen aufrechtzuerhalten. So kann ein Handballspieler bei einer Verletzung der unteren Extremität ein intensives Krafttraining für den Oberkörper einlegen oder bei einer Schulterverletzung das Ausdauertraining intensivieren. Hierbei spielt die Behandlung durch Physiotherapeuten eine wichtige Rolle, die unter Zeitdruck versuchen, den Athleten wieder fit zu bekommen. Hier lassen sich in der Verfügbarkeit eines Therapeuten Unterschiede zwischen den Organisationseinheiten beobachten. Während in den Nationalmannschaften eine Rund-um-die-Uhr Betreuung gewährleistet ist, haben die Leichtathleten mit größeren organisatorischen Problemen zu kämpfen, wenn es um Termine für Behandlungen geht. Der Wiedereinstieg nach einer Verletzungspause ist vor allem dann besonders problematisch, wenn während der Behandlung die Leistungsfähigkeit einigermaßen erhalten werden kann und den Spielern kaum Zeit gegeben wird, sich wieder auf die Belastung einzustellen, weil ein Wettkampfeinsatz bereits nach wenigen Trainingstagen ansteht. Wird parallel zur medizinischen Behandlung einer Verletzung oder bereits während der Rehabilitation der Kontakt zur Mannschaft durch alternative Trainingsmaßnahmen wiederhergestellt, ist der verletzte oder eingeschränkte Athlet stets mit den leistungs- und einsatzfähigen Spielern konfrontiert, was entsprechend dazu führt, dass dieser so schnell wie möglich wieder mitmischen möchte. Die Grenzen vom verletzten Spieler zum voll einsatzfähigen Spieler sind durch die Aufrechterhaltung des Trainings damit fließend. Die Trainer erwarten von den Athleten, dass diese die spielfreie Zeit optimal nutzen und keinen Tag zuviel pausieren.

8.2.5. Fortführung der spitzensportlichen Karriere trotz chronifizierter Beschwerden und drohender Folgeschäden

- *Gesundheitliche Nebenwirkungen als akzeptable Kollateralschäden für den Spaß am sportlichen Erfolg*

Für die Athleten sind der Spaß an der Ausübung ihrer Sportart und die mit sportlichen Erfolgen einhergehenden Erlebnisse so bedeutsam, dass gesundheitliche Nebenwirkungen in Kauf genommen werden. Die so genannte biografische Falle zeigt sich zwar in einer Fokussierung auf den sportlichen Erfolg, dennoch steht bei allen Athleten der Spaß im Vordergrund, wie mehrmals betont wird. Die mit der sportlichen Betätigung auf höchstem Niveau verknüpften Erfahrungen und Erlebnisse möchte keiner der Athleten missen. Für die Teilnahme an internationalen Meisterschaften und vor allem bei Olympischen Spielen sind die Athleten gerne bereit, körperliche Beeinträchtigungen in Kauf zu nehmen. Eine hohe intrinsische Motivation

der Athleten trifft dabei auf ein Umfeld, das keine Stoppregeln setzt. Athleten, die ihrer Gesundheit ruinieren (wollen), werden nicht daran gehindert.

- *Kultur des Verdrängens potentieller Folgeschäden*

Während die Handballspieler davon ausgehen, nicht gänzlich unbeschadet aus einer Profilaufbahn herauszukommen, schätzen die Leichtathleten die späteren Beeinträchtigungen als unbedeutend ein. Auffällig ist, dass alle Athleten die Verletzungen nur mit ihrer sportlichen Karriere in Verbindung bringen und diese tendenzielle von ihrer eigentlichen Gesundheit abkoppeln, um die es aus ihrer Sicht bestens bestellt ist. Denn mit der eigenen sportlichen Betätigung werden die positiven Aspekte von Bewegung und Sport auf das Herz-Kreislauf-System und auf das Wohlbefinden verbunden. Verletzungen, so der Tenor, sind lediglich für die Dauer der Karriere relevant und ein unangenehmes Nebenprodukt, das mit der Beendigung der Karriere sofort von der Bildfläche verschwindet. Sollten dennoch Beeinträchtigungen übrig bleiben, werden diese als nicht alltagsrelevant verortet.

- *Hartnäckige Überwindung der Drop-out-Falle im Rehabilitationsprozess*

Im Gegensatz zu den Handballspielern sind die Leichtathleten bei der Rehabilitation auf sich allein gestellt und fallen sehr leicht aus dem System. Während bei den Handballspielern durch die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zunächst keine finanziellen Einbußen auftreten, stellt eine längere Verletzungspause bei den Leichtathleten in finanzieller Hinsicht ein großes Problem dar. Die Gefahr eines Drop Outs aufgrund einer langwierigen Verletzung scheint hier ungleich höher als im Handball, nicht zuletzt weil die für eine professionelle Ausübung der Sportart notwendigen Ressourcen zur Sicherung des Lebensunterhalts direkt mit dem Erfolg bei internationalen Meisterschaften und der damit verbundenen direkten Vermarktung der Leistungsfähigkeit durch möglichst zahlreiche Starts bei Wettkämpfen mit Antritts- und Siegpämien zusammenhängt. Dennoch ist der Wille, auch längere Verletzungsphasen zu überstehen, bei allen Athleten immens. Eine intensive physiotherapeutische Behandlung und ein anstrengendes Wiederaufbautraining werden bereitwillig in Kauf genommen. Bei den Handballspielern haben der Verein und die Berufsgenossenschaft vor allem auch aus ökonomischen Gründen ein starkes Interesse daran, dass ein Spieler nach einer Verletzung schnell wieder einsatzbereit ist, was sich in gut durchorganisierten und umfassenden Rehabilitationsmaßnahmen zeigt. Darüber hinaus haben die Spieler mit dem Mannschaftsarzt immer einen Ansprechpartner, wenn es um Fragen zur Rehabilitation und Genesung geht. Die Organisation des Rehabilitationsprozesses hängt bei Leichtathleten von deren Versicherungsstatus und ihren eigenen Bemühungen um eine adäquate Versorgung ab.

Neben diesen mit akut auftretenden Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen zusammenhängen Entscheidungsprozessen lassen sich aus den Fallstudien weitere Mechanismen rekonstruieren, die einen stärkeren Bezug zur Prävention von Verletzungen und zur Optimierung des Umgangs mit Schmerzen und Beschwerden haben.

8.3. Konfliktverläufe, Präventionsstrategien und sensible Phasen im Karriereverlauf

Durch die Fokussierung auf typische Konfliktverläufe, Präventionsstrategien und sensible Phasen im Karriereverlauf gilt es nun die für ein Verletzungsmanagement bedeutsamen Ereignisse in der Athletenbiografie zu rekonstruieren und verletzungsbezogene Lern- und Sozialisationsprozesse in den Blick zu nehmen.

8.3.1. Konfliktverläufe und deren Auswirkung auf den Umgang mit Schmerzen und Verletzungen

Mit Hilfe der mehrperspektivischen Rekonstruktion des Umgangs mit Verletzungen lassen sich zahlreiche kommunizierte Widersprüche identifizieren, die sich auf typische Konfliktverläufe reduzieren lassen. Obwohl vielfältige Konfliktpotentiale vorhanden sind, handelt es sich meist um rasch bereinigte Bagatellkonflikte, die schnell wieder vergessen sind. Nur in Ausnahmefällen kommt es zu einer nicht-eskalativen Stabilisierung von Konfliktsystemen. Hinweise auf eine Eskalation von Konflikten lassen sich in den Fallstudien keine finden. Auffällig ist das häufige Auftreten kommunizierter Widersprüche bei unklaren Verletzungsdiagnosen, die aus Unterschieden im Bereich der subjektiven Verletzungskonstruktionen von Athleten, Trainern, Ärzten und Therapeuten resultieren. Im Handball lassen sich deutlich weniger Hinweise auf Konfliktverläufe finden als in der Leichtathletik, was nicht zuletzt auf eine stärker ausgeprägte und für alle verbindliche Organisationskultur in den Mannschaften zurückzuführen ist. In der Leichtathletik kommen zusätzliche Konfliktpotentiale hinzu, die aus einer geringeren Regulierung des Personaleinsatzes im Bereich der medizinischen Versorgung resultieren. Nun interessieren für ein Verletzungsmanagement vor allem solche Konfliktverläufe, die mit einem potentiellen Schaden einhergehen und die langfristige Gesunderhaltung gefährden können. Ebenso relevant sind Konfliktverläufe, die durch ihren konstruktiven Charakter (im medizinischen Sinne) potentiell positiv auf den Umgang mit Verletzungen wirken. Besonderes Interesse ist jedoch auf fehlende Konfliktverläufe zu legen, zu einer problematischen Entscheidungspraxis beitragen und Hinweise auf einen unreflektierten Umgang mit gesundheitlichen Risiken liefern. Die folgenden exemplarischen Konfliktverläufe lassen sich aus den System-Mappings rekonstruieren:

Konfliktverläufe mit potentiellm Schaden durch negative Auswirkung auf die Genesung der Athleten:

- Athlet oder Trainer unterstellen dem Mannschafts- oder Vertrauensarzt eine Fehldiagnose, die Auswahl unzureichender Behandlungsmaßnahmen oder fehlendes Engagement bei der medizinischen Betreuung und suchen hinter seinem Rücken andere Ärzte und Therapeuten auf, was die Vertrauensbasis für zukünftige Behandlungen langfristig zerstört.
- Der Arzt unterstellt dem Athleten, dass dieser eine Verletzung nur vortäuscht, um Defizite der sportlichen Leistungsfähigkeit zu verschleiern oder eine schlechte Wettkampfleistung zu rechtfertigen, obwohl sich der Athlet verletzt fühlt. Dieser sieht wiederum den Arzt in seiner diagnostischen Fähigkeit begrenzt und unterstellt diesem mangelnde Fachkompetenz.
- Trainer und Athlet wechseln den Arzt, sobald dieser einen Saisonabbruch vorschlägt oder zu oft eine Pause einfordert.

Konfliktverläufe mit potentiellm Nutzen für eine langfristige Gesunderhaltung:

- Durch häufiges Hinterfragen der eingesetzten Trainingsmethoden, einer mehrmaligen Ablehnung des Einsatzes von Schmerzmitteln und durch frühzeitigen Abbruch von Trainingseinheiten bei leichten Schmerzen kann der Athlet beim Trainer auf lange Sicht eine intensivere und individuellere Trainingsgestaltung erzielen.
- Eine gemeinsame Diskussion anfänglich widersprüchlicher Verletzungsdiagnosen unter Einbezug von Arzt, Trainer, Athleten und Physiotherapeut sowie das Einholen weiterer Meinungen kann nach anfänglichen Kontroversen in einer gemeinsam getragenen Entscheidung münden.
- Die überzeugende Durchsetzung einer Trainingspause oder eines Wettkampfverbots auch bei nicht eindeutigen Verletzungsbildern durch den Arzt kann zur Selbstreflexion bei Athlet und Trainer beitragen und zu einer Verhaltensänderung beim erneuten Auftreten derselben Verletzung führen.
- Die Einführung neuer Erklärungsansätze für das Auftreten von Verletzungen, die Formulierung klarer Ursachenzuschreibungen und konkrete Hinweise an den Trainer zur Belastungssteuerung von Seiten der Ärzte und Physiotherapeuten können nach anfänglicher Irritation zu einem Überdenken des eigenen Verhaltens bei Athleten und Trainern führen. Gleiches gilt für die Einführung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, die zunächst (noch) keine Resonanz erzeugen und auf Ablehnung stoßen.

Konsens und fehlende Konfliktverläufe mit potentiellm Schaden für eine langfristige Erhaltung der Gesundheit

- Es besteht Einigkeit darüber, dass bei bestimmten Verletzungen nicht pausiert wird und dass bei solchen Verletzungen, wie oftmals betont wird, „nichts Schlimmeres passieren kann“, ohne dabei über mögliche Folgen nachzudenken und diese zu artikulieren.
- Der Athlet akzeptiert die Anweisungen des Trainers und des medizinischen Personals in blindem Vertrauen darauf, dass diese ihm nicht schaden und nur sein Bestes wollen.
- Ein Einsatz von Schmerzmitteln wird von allen Beteiligten als Behandlungsmaßnahme akzeptiert und bei Schmerzen vor einem Wettkampf routinemäßig eingesetzt.
- Das Trainingsprogramm des Trainers wird unreflektiert und ohne intensives Feedback zum aktuellen Befinden absolviert, um beispielsweise einer Zurückstufung im Mannschaftsgefüge zu entgehen oder aus Angst, die Zuneigung des Trainers zu verlieren.
- Schnelle Behandlungserfolge werden sowohl von Athlet, Trainer und Arzt in den Mittelpunkt gerückt, Risiken nicht offen thematisiert und die Alternative einer Wettkampfpause so lange nicht kommuniziert, bis eine Leistungsbeeinträchtigung offensichtlich ist.
- Ein gesundheitsschädigendes Verhalten wird vertuscht und Fehler nicht offen angesprochen, wenn Athlet, Trainer und Arzt ihren je eigenen Beitrag zur Zuspitzung einer Verletzungsproblematik geleistet haben. Um das eigene Verhalten zu rechtfertigen, wird Verantwortung jedoch auf den jeweils anderen übertragen, ohne diese Anschuldigung jemals offen zu thematisieren. Beispielsweise wenn ein Athlet sagt, ihm wurde eine schmerzstillende Spritze verordnet, der Arzt erklärt, der Athlet habe nach einer Injektion verlangt und der Trainer sagt, er vertraut darauf, dass der Arzt weiß, was er tut.
- Der behandelnde Arzt orientiert sich in seinen Behandlungsentscheidungen an den Interessen des Trainers und Athleten und versucht mit allen Mitteln, den sportlichen Erfolg zu ermöglichen und einen Konflikt zu vermeiden.

Aus einer allmählichen Gleichschaltung von Verhaltenserwartungen der beteiligten Akteure resultieren ein hohes Maß an Konsens und nur weniger Bagatellkonflikte. Alle Beteiligten sitzen im selben Boot und wollen den sportlichen Erfolg. Zu langwierigen sozialen Konfliktverläufen kommt es daher kaum, weil sich die Parteien entweder auf eine praktikable Lösung einigen (müssen) oder die Zusammenarbeit abbrechen, z.B. durch einen Trainer- oder Arztwechsel. Die Individualinteressen werden überwiegend dem sportlichen Erfolg untergeordnet. Durch einen allmählichen Ausschluss kritischer Ärzte oder durch deren spitzensportspezifische Sozialisation bleibt der Status Quo weitestgehend bestehen und der konstruktive Nutzen kommunizierter Widersprüche bleibt auf lange Sicht aus. Dies wird am Beispiel des jungen Sportarztes deutlich, dessen Therapievorschläge einfach übergangen werden, weil diese nicht mit dem Wettkampfkalender kompatibel sind und keinen kurzfristigen Behandlungserfolg

versprechen. Dieser Arzt erkennt zunehmend, dass er nur durch die Befriedigung der am sportlichen Erfolg ausgerichteten Erwartungen des Athleten-Trainergespanns eine Chance auf Anerkennung in der Welt des Spitzensports hat und stellt sich die Frage, bis zu welchem Maße er dieses Spiel mitmachen möchte. Eine Ausnahme bilden ausgewiesene Spezialisten, die nur für die Durchführung einer Operation oder einer zusätzlichen diagnostischen Abklärung aufgesucht werden und ansonsten nur wenig mit dem Spitzensport zu tun haben.

8.3.2. Anpassung von Präventionsstrategien und Flexibilisierung der Belastungssteuerung

Mit zunehmendem Trainingsalter ist bei den Athleten eine flexiblere Gestaltung der Trainings- und Wettkampfbelastung und - zumindest in Trainingsphasen - ein vorsichtigerer Umgang mit dem eigenen Körper zu erkennen.

- *Veränderung der Körper- und Schmerzwahrnehmung*

Mit zunehmender Karrieredauer tendieren die Athleten dazu, körperliche Schmerzsymptomatiken ernster zu nehmen und dies mit in die Belastungssteuerung einfließen zu lassen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass auf ein Training verzichtet wird, sobald Schmerzen auftreten, sondern dass Schmerzsymptomatiken lediglich differenziert betrachtet und auf ihre potentiellen Folgen hin anders eingeschätzt werden. Wird eine Schmerzproblematik als potentiell ungefährlich eingestuft, erfolgt weiterhin keine Trainingsanpassung. Bei ersten Anzeichen auf einer bereits bekannten Schmerzproblematik wissen die Athleten jedoch, wie sie die Belastung so steuern können, dass die Beschwerden in einem erträglichen Rahmen bleiben. Hier nehmen die Athleten mit zunehmender Erfahrung differenzierter Anpassung der Belastung vor. Für die Athleten werden vorliegende Schmerzen erst dann zu Beschwerden, wenn die sportliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigt wird. Dies ist dann der Fall, wenn die normalerweise nachlassenden Schmerzen nach einem harten Training bestehen bleiben oder über mehrere Tage hinweg sogar stärker werden. Mit zunehmender Karrieredauer gehen die Athleten Verletzungsproblematiken durch Selbstbehandlungsmaßnahmen schneller an, Ärzte werden frühzeitiger aufgesucht und der Trainer falls notwendig rechtzeitig informiert. Bei den Leichtathleten ist eine zunehmende Abkehr von der Orientierung am vorgegebenen Trainingsplan zu erkennen, die Handballspieler versuchen die Belastung durch weniger Einsatz im Training individuell zu steuern oder durch eigenverantwortliche Regenerationsmaßnahmen und verstärkten Rückgriff auf physiotherapeutische Behandlungsmaßnahmen erträglicher zu gestalten. Vor allem Leichtathleten werden zunehmend zu Experten der alltäglichen Trainingssteuerung, die auf Augenhöhe mit dem Trainer diskutieren. In einem Fall führt dies sogar soweit, die Trainingspläne selbst geschrieben werden und sich der Trainer nur noch für das Techniktraining verantwortlich zeigt. Während im Wettkampf immer noch alles riskiert wird, wird der körperliche Einsatz im Training mit zunehmender Karrieredauer sensibler gesteuert, ebenso werden Schmerzen und Beschwerden mit fortschreitender Karrieredauer nicht mehr ganz so stark ig-

ignoriert. Dies wirkt sich auch auf den Zeitpunkt der Entscheidung zur Absage des Trainings oder zur verletzungsbedingten „Spielpause“ aus, die in Abhängigkeit der Beschwerden tendenziell früher erfolgt. Dennoch gibt der Spiel- oder Wettkampfkalender vor, in welchen Phasen auf einen allzu sensiblen Umgang mit Schmerzen und körperlichen Beschwerden zu verzichten ist. Vor allem im Handball wird hier zwischen leichten und schweren Gegnern unterschieden und der Einsatz trotz Beschwerden von der sportlichen Bedeutung des Turniers oder Spiels abhängig gemacht.

- *Ausbildung subjektiver Ursachen-Wirkungs-Konstruktionen zur Verletzungsentstehung und Verletzungsvermeidung*

Aus den Verletzungserfahrungen der Athleten resultieren individuelle Verletzungsvorstellungen, die im Sinne von illness scripts das Wissen und die konstruierten Kausalzusammenhänge zu verschiedenen körperlichen Symptombündeln repräsentieren. Diese verändern oder stabilisieren sich im Laufe der Karriere. Athleten werden so zunehmend zu medizinischen Laienexperten indem sie mit dem Auftreten von Verletzungen die für sie glaubwürdigsten Ursachen verbinden. Diese Verletzungsvorstellungen können sich von medizinischen Ursachenzuschreibungen unterscheiden. Die Athleten bezeichnen ihre Verletzungen auch mit Namen, die sich meist an medizinische Diagnosen anlehnen, aber durchaus individuell verändert und interpretiert werden. Von den teilweise komplexen Theorien zur Entstehung, Ursache, Entwicklung von Verletzungen hängt nicht nur der Einsatz präventiver Maßnahmen, sondern vor allem auch der Umgang mit auftretenden Schmerzen und Beschwerden ab. Solche Verletzungstheorien stellen meist Kombinationen aus ärztlichen Diagnosen, physiotherapeutischen Einschätzungen oder den Ansichten des Trainers, anderer Athleten oder weiterer Umfeldakteure (Familie etc.) dar. Besonders kritisch ist dies für Athleten, wenn ein neues Schmerz- oder Verletzungsphänomen auftritt, das noch nicht oder nur schwer eingeordnet werden kann.

Langwierige Verletzungskrisen stellen für fast alle Athleten den Ausgangspunkt für den verstärkten Einsatz von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen dar. Während bis zur ersten schweren Verletzung das Gefühl der Unverletzbarkeit dominiert, stellt die mit einer Verletzung verbundene Erfahrung, plötzlich nicht mehr leistungsfähig zu sein und vom Sporttreiben ausgeschlossen zu werden, für die Athleten eine höchst problematische Situation dar. Die hierdurch angeregten Reflexionsprozesse können zu Einstellungsänderungen führen, die mit einem verstärkten Einsatz selbstverantwortlich durchgeführter Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen einhergehen.

Während drei der vier befragten Athleten ihr eigenes Verhalten zunehmend kritisch reflektieren, ist bei einem der Handballspieler eine fatalistische Einstellung zu beobachten. Das Auftreten von Verletzungen wird von diesem lediglich auf externe und nicht beeinflussbare Ursachen zurückgeführt und als schicksalhaftes Ereignis klassifiziert. Die stets vorhandene Einsatzbereitschaft für die Mannschaft, das ständige Ignorieren von Schmerzen bis nichts mehr geht oder der Einstieg ins Spielgeschehen bei nicht ausgeheilten Verletzungen sieht der

Spieler nicht im Zusammenhang mit den langwierigen chronischen Verletzungsverläufen und der bereits vorhandenen degenerativen Folgeschäden. Jedwede Beschwerdeproblematik wird als persönliches Pech wahrgenommen, gegen die man nichts machen kann. Zu einschneidenden Verhaltensänderungen kommt es im Karriereverlauf nicht. Einzig der Schmerzmittelkonsum wird aufgrund der eindeutigen Nebenwirkungen heruntergefahren, so dass nur noch vor Spielen Schmerzmedikamente zum Einsatz kommen. Im Gegensatz hierzu versucht der andere Handballspieler über das Mannschaftstraining hinaus selbstständig verletzungspräventiv aktiv zu werden. Aus seiner Sicht trägt ein außerhalb des Mannschaftstrainings durchgeführtes Athletiktraining zur Verhinderung von Verletzungen bei. Klare Ursache-Wirkungs-Konstruktionen prägen hier das Verhalten. Beispielsweise führt der Spieler das Auftreten von Muskelfaserrissen auf eine Dehydrierung durch übermäßigen Alkoholgenuss in Kombination mit einem Magnesiummangel zurück, achtet seither besonders auf seinen Flüssigkeitshaushalt und schränkt das Weggehen mit Freunden ein. Darüber hinaus wird das Auftreten einer Fußverletzung auf mangelndes Schuhwerk zurückgeführt und der Einsatz speziell angepasster Sporeinlagen als Präventionsmaßnahme anerkannt. Der Einfluss von Personen des Unterstützungsumfelds ist bei subjektiven Verletzungsvorstellungen entsprechend groß.

- *Physiotherapeuten und Ärzte als Vermittler verletzungsrelevanter Wissens- und Erfahrungsbestände*

Die Rolle des medizinischen Personals als Sozialisationsinstanz ist im spitzensportlichen Kontext nicht zu unterschätzen. Vor allem Physiotherapeuten nehmen hier eine Schlüsselrolle ein. Die mit beobachtbaren körperlichen Symptomen verbundenen und individuell konstruierten Ursache-Wirkungs-Beziehungen werden ebenso wie deren Bezeichnung durch die Stellung einer ärztlichen Verletzungsdiagnose und insbesondere durch die kommunizierten Annahmen der Physiotherapeuten vorstrukturiert. Die Athleten eignen sich mit zunehmender Karrieredauer und mit jedem Verletzungsereignis neue Wissensfragmente zu Verletzungen und Beschwerden an, die von den Ansichten und Einschätzungen des medizinischen Personals gespeist werden. Die Ursachen für spezifische Verletzungsmuster werden von den Athleten aus den verschiedensten Quellen zusammengeschustert und mit den eigenen Einschätzungen dahingehend abgeglichen, ob diese plausibel erscheinen. Deutlich wird in den Fallstudien, wie die Athleten Diagnosen und Erklärungsmodelle in ihr bestehendes „Weltbild“ einordnen und dabei selektiv auswählen, welche Annahmen zur aktuellen Interessenlage passen oder im Nachhinein glaubhaft erscheinen.

Vor allem Physiotherapeuten sind als die Vermittler medizinischer Zusammenhänge oder alternativmedizinischer Deutungen anzusehen. Meist wird ihnen mehr geglaubt, als den diagnostizierenden Ärzten. Je häufiger ein Athlet demnach den Therapeuten oder den Arzt wechselt, desto häufiger werden bestehende Einstellungen und Wissensbestände irritiert. Dies kann einerseits von Vorteil sein, wenn sich hieraus plausible subjektive Verletzungstheorien entwickeln, die den Athleten dabei helfen, ihre Verletzungen besser zu verarbeiten oder in Zukunft

zu vermeiden. Andererseits kann sich dies als Nachteil auswirken, wenn realisiert wird, wie wenig gesichert die Erkenntnisse zum Bereich der Sportverletzungen eigentlich sind oder wenn bemerkt wird, dass sich verschiedene Diagnosen ausschließen oder unterschiedlichste Behandlungsansätze für ein und dasselbe Verletzungsproblem vorliegen. Was und wie den Athleten Verletzungsdiagnosen mitgeteilt oder erklärt werden, beeinflusst neben einer erfolgreichen Genesung maßgeblich die Verarbeitung und den zukünftigen Umgang mit ähnlichen Verletzungs- oder Beschwerdemustern. Auch bei Trainern kommt es so zu verletzungsbezogenen Lernprozessen, die schließlich wiederum auf die Athlet-Trainer-Interaktion bei auftretenden Beschwerden zurückwirken und so den Einsatz von Präventionsmaßnahmen steuern.

- *Lernprozesse bei Trainern mit Auswirkung auf die Athlet-Trainer-Interaktion*

Am Anfang der Karriere hängt es entscheidend vom Trainer ab, inwieweit die Athleten verletzungspräventiv aktiv werden und in welchem Maße bei den Athleten die körperlichen Grundvoraussetzungen für eine möglichst lange Karriere gelegt werden. Trainer werden im Laufe der Karriere stets mit Verletzungen und Schmerzen der Athleten konfrontiert und erfahren so eine Menge über verschiedene Ursachen und die Behandlung von Verletzungen. So entwickeln Trainer ebenfalls ganz eigene Verletzungsvorstellungen, die sich von denen der Athleten, Ärzte und Physiotherapeuten unterscheiden können. Eine besondere Rolle spielt der Trainer bei der ersten Beurteilung vorliegender Beschwerden und der von den Ärzten und Therapeuten durchgeführten Behandlungsmaßnahmen. Auch die Wahl eines entsprechenden medizinischen Experten geht meist vom Trainer aus, indem dieser Empfehlungen ausspricht oder gar ein eigenes medizinisches Betreuungsnetzwerk aufgebaut hat, in welches die Athleten entsprechend hineinwachsen. Die durch Verletzungen des Athleten initiierten Reflexionsprozesse auf Seiten des Trainers sind daher mit Blick auf eine langfristige Änderung des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen besonders bedeutsam. Denn ein Trainer betreut meist mehr Athleten und bleibt über die Karriere der meisten seiner Schützlinge hinaus im Spitzensport tätig. Findet kein Umdenken bei den Trainern statt, werden die bestehenden Strukturen unter Auswechslung der Athleten weitestgehend reproduziert. Entweder arrangieren sich die Athleten mit den Einstellungen des Trainers oder es bleibt nichts anderes übrig, als den Trainer oder den Verein zu wechseln.

- *Ausbildung individueller medizinischer Netzwerke im Karriereverlauf*

Im Laufe der Karriere kommt es bei allen Athleten zu einer Ausbildung individualisierter medizinischer Betreuungsnetzwerke, die unter der Oberfläche eines mehr oder weniger geregelten Versorgungssystems existieren. Vor allem die Leichtathleten bauen sich im Verlauf der Karriere ein medizinisches Betreuungsnetzwerk mit Spezialisten für verschiedene körperliche Problembereiche auf. Allerdings wissen die Athleten erst nach zahlreichen Verletzungserfahrungen und unzähligen Arzt- und Therapeutenwechsell nach dem Versuchs- und Irrtumsprinzip, welche Spezialisten zukünftig sofort aufzusuchen sind. Auch bei den Handballspielern zeigt sich, dass Athleten und deren Trainer bestimmte Präferenzen entwickeln, von welchen

Ärzten sie operiert und von welchen Therapeuten sie behandelt werden möchten. Einer der Handballspieler bezeichnet seinen Vertrauensarzt und den Physiotherapeuten der Wahl sogar als Freunde. Auch bei den anderen Athleten zeigt sich, dass vor allem ein vertrauliches Verhältnis zum Physiotherapeuten besonders wichtig ist. Während die Leichtathleten in der Lage sind, ein höchst individuelles medizinisches Netzwerk aufzubauen, den Trainer zu wechseln oder die Trainingsgestaltung selbst mit in die Hand zu nehmen, sind die Möglichkeiten der Handballspieler in dieser Hinsicht stark eingeschränkt. Hier muss ein Spieler mit dem Trainer und medizinischen Personal vorlieb nehmen, das vom Management des Vereins ausgewählt wird. Ohne eine Änderung kommunikativer Strukturen und der organisationsstrukturellen Rahmenbedingungen machen insbesondere bei den Handballspielern Interventionen mit dem Ziel einer Änderung des Athletenbewusstseins nur wenig Sinn.

- *Grenzen gesundheitsförderlicher Lernprozesse*

Durch die Systemrationalität des Spitzensportsystems sind die Möglichkeiten für ein aus medizinischer Sicht gesundheitsförderliches Verhalten begrenzt. Wie sehr das Denken, Handeln und die Kommunikation aller Beteiligten im Hintergrund von der spitzensportlichen Systemlogik bestimmt wird, zeigt sich nicht nur beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen. Der Erfolg von Präventionsmaßnahmen, wie beispielsweise Stabilisationstraining, Funktionsgymnastik oder Entspannungsmaßnahmen sowie der sensiblen Reaktion auf körperliche Warnsignale wird am Beitrag zur Steigerung oder dauerhaften Erhaltung der Leistungsfähigkeit gemessen. Sobald ein negativer Einfluss auf die Leistungsfähigkeit konstruiert wird, sind verletzungspräventive Maßnahmen nicht anschlussfähig an das Denken der Athleten und Trainer. Wie sehr die Orientierung an der sportlichen Leistungsfähigkeit das Verhalten prägt, zeigt sich am Beispiel eines Leichtathleten, der den Anteil allgemeiner und gesundheitsprotektiver Maßnahmen trotz erfolgreicher Verletzungsreduktion wieder zurückschraubt, nachdem er erkennt, dass er zwar beschwerdefrei ist, dafür aber keine Topleistungen mehr erbringt.

Aufgrund der geringen Regulierung auf organisationsstruktureller Ebene im Bereich der Spitzensportorganisationen wird die Steuerung des Umgangs mit auftretenden Schmerzen und Beschwerden vor allem von der informellen Interaktion zwischen Athlet, Trainer, Arzt und Physiotherapeut bestimmt. Diese unter der Oberfläche formaler Organisationsstrukturen wirksame Organisationskultur ist für die Entscheidungsfindung und Bewertung jedoch in hohem Maße bedeutsam. Veränderungen derselben sind aufgrund der Dominanz der Systemlogik des Spitzensportsystems jedoch nur in einem kleinen Spektrum möglich und hängen von einer Explizierung der routinemäßig und nicht hinterfragten Kommunikationsprozesse und dem Spezialfall einer kommunizierten Entscheidung ab. Gerade beim erstmaligen Auftreten einer neuen Schmerzdimension tendieren die Athleten dazu, erst einmal abzuwarten und zu schauen, wie sich diese entwickelt. Werden vom Umfeld Wettkampfeinsätze trotz starker Schmerzen toleriert, chronische Beschwerdeverläufe bagatellisiert oder symptomatisch behandelt,

werden die Athleten bereits frühzeitig zu einen problematischen Umgang mit Beschwerden sozialisiert.

8.3.3. Kritische Zeitpunkte und sensible Phasen mit Verletzungsbezug

Als kritische Zeitpunkte sind solche Entscheidungssituationen anzusehen, von deren Resultat der weitere Karriereverlauf entscheidend beeinflusst wird oder werden kann. Neben den bereits dargestellten Entscheidungsproblemen zur *ärztlichen Verletzungsdiagnostik*, zur *Notwendigkeit, Gestaltung und Dauer einer Verletzungspause* sowie zum *Einsatz und der Durchführung verletzungspräventiver Maßnahmen* lassen sich aus den System-Mappings weitere kritische Phasen mit hoher Karriererelevanz rekonstruieren.

- *Trainerwechsel*

Ein Trainerwechsel kann sich auf alle Bereiche des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen auswirken und die Entstehung über- oder fehlbelastungsbedingter Beschwerden provozieren. Besonders kritisch sind hier Differenzen bei der Bewertung auftretender Schmerzsymptomaten und den damit zusammenhängenden Erwartungen an eine Fortsetzung des Trainings- und Wettkampfbetriebs und im Bereich einer individuell an den Bedürfnissen des Athleten angepassten Belastungssteuerung. Das Vermeiden einer Überbelastung ist zu Beginn einer Zusammenarbeit aufgrund fehlender Erfahrungswerte, neuer Trainingsmethoden und der besonders großen Motivation des Athleten, den neuen Trainer von der eigenen Leistungsfähigkeit zu überzeugen, besonders riskant. Hier kann sich fehlendes Vertrauen oder ein autoritäres Führungsverhalten des Trainers als besonders kritisch herausstellen, wenn sich z. B. die Athleten nicht mehr trauen, über Schmerzen bei der Trainingsdurchführung zu berichten. Darüber hinaus kann es zu einer Verschiebung des Stellenwerts präventiver Trainingsformen kommen.

- *Übergang zur international erfolgreichen Karriere*

Der Übergang zum professionell betriebenen Hochleistungssport mit ersten internationalen Wettkampfeinsätzen führt nicht nur zu einer Belastungssteigerung im Training, sondern vor allem bei den Handballspielern zu einer Reduktion der Regenerationsphasen bei gleichzeitiger Erhöhung der Wettkampfdichte. Mit der Berufung in die Nationalmannschaft im Handball geht beispielsweise eine enorme Belastungssteigerung einher. Gerade den wichtigsten Spielern fehlen durch den ständigen Einsatz für Verein und Verband die notwendigen Regenerations- und Genesungsphasen. In der Leichtathletik wird vor allem die Trainingsbelastung erhöht, durch die Hallen- und Freiluftsaison sowie die aus ökonomischer Sicht notwendige Vermarktung der sportlichen Erfolge durch möglichst viele Starts bei finanziell lukrativen Wettkämpfen bleibt auch hier kaum mehr Zeit, Beschwerden und kleinere Verletzungen vollständig auszuheilen.

- *Auftretende Beschwerden unmittelbar vor Saisonbeginn oder dem Saisonhöhepunkt*

Besonders problematisch ist ein Einstieg in die Wettkampfsaison mit einer bestehenden Beschwerdeproblematik. In einem solchen Fall ist es nur sehr schwer möglich, die Beschwerden vollständig auszukurieren. Hier besteht in Kombination mit einer symptomatischen

Schmerzmittelbehandlung die Gefahr, dass die Beschwerden über die gesamte Saison mitgeschleppt werden und sich bis zum Saisonhöhepunkt so verfestigt haben, dass eine Wettkampfteilnahme gar nicht oder nur mit Hilfe intensiver Behandlungsmaßnahmen möglich ist. Gleiches gilt für das Auftreten von schleichend zunehmenden Beschwerden im Vorfeld des Saisonhöhepunkts, wenn das Einlegen einer kurzen Genesungspause unter dem Gesichtspunkt einer optimalen Trainingsvorbereitung nicht in Frage zu kommen scheint.

- *Entscheidungssituation verletzungsbedingtes Karriereende*

Eine solche Situation belastet die Athleten immens. Von dieser Entscheidung hängt maßgeblich ab, ob weiterhin Verletzungen riskiert und bereits bestehende Sportschäden zu irreversiblen Folgeschäden ausufern. Gerade hier ist eine umfangreiche und möglichst neutrale Diagnostik notwendig, um die Chancen und Risiken einer Fortsetzung der Karriere sorgfältig abzuwägen. Von Seiten der Spitzensportorganisationen erhalten die Athleten nur eine unzureichende sozialer Unterstützung.

- *Wahl und Wechsel des Arztes oder Therapeuten*

Die Athleten finden erst mit zunehmendem Karriereverlauf und meist zufällig den für ihre Bedürfnisse optimalen Physiotherapeuten, der zu einer zentralen Bezugsperson bei der Bewältigung größerer und kleinerer Verletzungskrisen wird. Von der Wahl des betreuenden und behandelnden Arztes und Therapeuten werden unzählige Entscheidungen im Verletzungsbezug vorgesteuert, gleiches gilt für die Auswahl und den Einsatz des medizinischen Personals durch Sportverbände oder Vereine.

- *Erneute Verletzung nach einer gerade überstandenen Verletzungsphase und chronischer Beschwerdeverläufe*

Je mehr Zeit zwischen einzelnen Verletzungen liegt, desto einfacher ist es für die Athleten, damit zu recht zu kommen. Frühere Verletzungsereignisse sind nicht mehr so präsent und meist verdrängt. Darüber hinaus sind die Athleten durch die zwischenzeitlich erbrachten sportlichen Leistungen wieder soweit motiviert, dass ein verletzungsbedingtes Karriereende zunächst nicht in Frage kommt. Da die Bewertung einer Folgeverletzung vor dem aktuellen Hintergrund des Erlebten stattfindet, ist im unmittelbaren Zeitraum nach einer Verletzung besonders vorsichtig zu agieren. Ein zu früher Wettkampfeinstieg und/oder eine zu schnelle Steigerung des Trainingspensums werden beim Auftreten einer Rezidivverletzung zum Bumerang und führen zu einer insgesamt verlängerten Pause.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Subjektive Verletzungsverläufe und grundlegende Entscheidungsmechanismen

Die rekonstruierten Verletzungsverläufe der biografischen System-Mappings machen deutlich, dass der Umgang mit Verletzungsphänomenen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem sozialen Kontext des Spitzensports steht. Es zeigt sich, dass Schmerzen und Verletzungen für Athleten und Trainer erst dann zum Problem werden, wenn diese die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Solange nur eine geringe bis gar keine Beeinflussung der Trainings- und Wettkampfleistung vorliegt und solange keine eindeutig sichtbaren Hinweise auf eine strukturelle Schädigung erkennbar sind, dominiert als primärer Orientierungsrahmen die spitzensportliche Handlungslogik. Erst wenn es durch ein vorliegendes Verletzungsproblem zu einer Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit kommt, wird eine schnelle medizinische Abklärung und Behandlung angestrebt. Die medizinische Behandlung wird aus Athleten- und Trainerperspektive dabei als Mittel zum Zweck einer Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität angesehen. Damit wird gleichzeitig die Hoffnung verbunden, dass die Beschwerden auch ohne Wettkampfabbruch, Trainingspause und Wettkampfverzicht wieder nachlassen. Lediglich bei besonders schweren akut-traumatischen Verletzungen oder in Folge eines langwierigen chronischen Verletzungsverlaufs mit Operationsnotwendigkeit, dominiert die primäre Ausrichtung an der medizinischen Handlungslogik. Identifiziert wurden *drei idealtypische Verletzungsverläufe*, die in Verbindung mit charakteristischen Lösungen verletzungsbezogener Entscheidungsprobleme stehen: 1. Chronische Beschwerden mit unsicherer Prognose und vollständiger Ausheilung, 2. Akute Beschwerden mit relativ gesichertem Befund und vollständiger Ausheilung und 3. Beschwerden mit unvorhergesehenen Abweichungen im Genesungsverlauf. Diese subjektiven Verletzungsverläufe wurden weiter ausdifferenziert und grafisch dargestellt. Anschließend wurden problematische Entscheidungsmechanismen ermittelt und differenziert beschrieben.

Problematische Entscheidungsmechanismen

Ein erster problematischer Entscheidungsmechanismus zeigt sich in der *Verheimlichung und verspäteten Mitteilung einer Schmerzsymptomatik durch Athleten*. Neben einer Fehlinterpretation und Verharmlosung identifizierter Schmerzsymptome spielt hier die Angst vor einer Stigmatisierung durch einen besonders sensiblen Umgang mit körperlichen Warnsignalen eine Rolle. Hinzu kommt der auferlegte Zwang zur Aufrechterhaltung des Trainings- und Wettkampfbetriebs bei leichten körperlichen Beschwerden.

Ein zweiter Entscheidungsmechanismus ist durch den *Verzicht auf eine Trainings- und Wettkampfpause trotz Beschwerden und ohne die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe* charakterisiert. Hier sind Einflüsse durch eine Kultur des stoischen Ertragens klar interpretierbarer Schmerzsymptome sowie eine Bagatellisierung typischer Beschwerdebilder durch Trainer und Athlet zu beobachten. Der Verzicht auf eine ärztliche Behandlung resultiert dabei aus der

Athlet-Trainer-Kommunikation und gegebenenfalls aus einer Vorabdiagnostik und Sofortbehandlung auftretender Beschwerden durch einen Physiotherapeuten.

Mit der *Fortsetzung des Trainings- und Wettkampfbetriebs trotz zunehmender Beschwerden und medizinischer Behandlung* wurde ein dritter problematischer Entscheidungsmechanismus genauer betrachtet. Zahlreiche Bedingungen wirken hier in komplexer Art und Weise zusammen. Die schnelle Verfügbarkeit eines Arztes und Physiotherapeuten ist dabei als Chance und Gefahr zugleich aufzufassen. Fehlende Stoppmechanismen bei unklaren Beschwerdebildern und eine unzureichende medizinisch-orthopädische Diagnostik bei nicht-traumatischen Schmerzsymptomatiken tragen maßgeblich zur Aufrechterhaltung des Trainings- und Wettkampfbetriebs bei. Polypragmasie und der Rückgriff auf Gurus und Heiler sind dabei als Antwort auf nicht erfüllte Erwartungen an eine schnelle Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit zu verstehen. Bei chronischen Beschwerden ist eine Abwärtsspirale durch symptomatische Behandlung ohne Ursachenbeseitigung festzustellen, die zu einer Chronifizierung von Beschwerden führt. Zahlreiche Hinweise deuten auf eine stark ausgeprägte Kultur des Fit-Spritzens und auf eine Schmerzmedikation zur Gewährleistung der sportlichen Leistungsbereitschaft in Training und Wettkampf hin. Gleichzeitig kommt es bei Entscheidungen zur Fortsetzung des Trainings- und Wettkampfbetriebs zu einer Bagatellisierung gesundheitlicher Risiken durch das Phänomen des „group think“. Deutlich wird auch, dass der Wettkampfeinsatz trotz vorliegender Schmerzen und Verletzungen aus Sicht der Athleten und Trainer nur dann Sinn macht, wenn die sportliche Leistungsfähigkeit gewährleistet ist. Darüber hinaus ist im Zuständigkeitsbereich der Spitzensportorganisationen nur von einer gering ausgeprägten Vorstrukturierung von Entscheidungsprozessen bei der Behandlung von Beschwerden und Verletzungen auszugehen.

Dies zeigt sich auch beim vierten Entscheidungsmechanismus, der zu *frühen Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität nach einer Verletzungspause*. Eine zeitweilige Exklusion aus dem Spitzensportsystem und die Übernahme der Krankenrolle erfolgt nur bei schweren Verletzungen mit Rehabilitationsnotwendigkeit. Mit zunehmender Dauer der Verletzungspause reduziert sich Gefahr eines zu frühen Wiedereinstiegs in den Wettkampfbetrieb. Durch den Versuch einer Aufrechterhaltung der körperlichen Leistungsvoraussetzungen bei kürzeren Verletzungspausen, zum Beispiel durch eine intensiviertere medizinische Behandlung und Alternativtraining, erhöht sich hingegen die Gefahr eines zu frühen Wiedereinstiegs ins sportliche Geschehen.

Eine *Fortführung der spitzensportlichen Karriere trotz chronifizierter Beschwerden und drohender Folgeschäden* kristallisiert sich als fünfter problematischer Entscheidungsmechanismus heraus. Neben einer Kultur des Verdrängens potentieller Folgeschäden zeigt sich, dass von den Athleten gewisse gesundheitliche Nebenwirkungen als akzeptable Kollateralschäden für den sportlichen Erfolg angesehen werden. Bei den Athleten offenbart sich die hartnäckige

Bereitschaft, selbst langwierige Rehabilitationsprozesse mit ungewissem Behandlungserfolg zu überwinden.

Konfliktverläufe, Präventionsstrategien und sensible Phasen im Karriereverlauf

Im Anschluss wurden exemplarische *Konfliktverläufe und deren Auswirkungen auf den Umgang mit Schmerzen und Verletzungen* ermittelt. Obwohl zahlreiche Konfliktpotentiale vorhanden sind, handelt es sich meist um rasch bereinigte Bagatellkonflikte, die schnell wieder vergessen sind. Nur in Ausnahmefällen kommt es zu einer nicht-eskalativen Stabilisierung von Konfliktsystemen. Hinweise auf eine Eskalation von Konflikten lassen sich in den Fallstudien keine finden. Eine *Anpassung von Präventionsstrategien und eine Flexibilisierung der Belastungssteuerung* im Karriereverlauf der Athleten resultiert zum einen aus einer Veränderung der Körper- und Schmerzwahrnehmung. Zum anderen spielt die Ausbildung subjektiver Ursachen-Wirkungs-Konstruktionen zur Verletzungsentstehung und Verletzungsvermeidung bei Athleten und Trainern eine Rolle. Lernprozesse zeigen sich insbesondere in einer flexibleren Belastungssteuerung. Physiotherapeuten und Ärzte sind dabei als zentrale Vermittler verletzungsrelevanter Wissens- und Erfahrungsbestände anzusehen. Im Karriereverlauf kommt es zunehmend zu einer Ausbildung individueller medizinischer Netzwerke, die an die Bedürfnisse des Athleten als auch des Trainers angepasst sind. Aus den Verletzungskarrieren konnten darüber hinaus weitere *kritische Zeitpunkte und sensible Phasen mit Verletzungsbezug* abgeleitet werden. Neben einem Trainerwechsel und der Übergangsphase zu einer international erfolgreichen Karriere, stellen insbesondere unmittelbar vor Saisonbeginn oder Saisonhöhepunkt auftretende Beschwerden kritische Zeitpunkte in der Athletenbiografie dar. Gleiches gilt für eine erneute Verletzung nach einer gerade überstandenen Verletzungsphase und für chronische Beschwerdeverläufe im Allgemeinen. Besonders bedeutsam sind die Wahl sowie der Wechsel eines Arztes oder Therapeuten. Am problematischsten stellen sich jedoch Entscheidungssituationen dar, bei denen es um ein verletzungsbedingtes Karriereende geht.

Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen die Komplexität verletzungsbezogene Entscheidungslagen im Spitzensport. Vor dem Hintergrund zahlreicher Unsicherheiten zu vorliegenden Verletzungsphänomenen sind unter Zeitdruck und unter Berücksichtigung individueller als auch sozialer Verhaltenserwartungen Entscheidungen mit enormer Karriererelevanz zu treffen. Abschließend gilt es nun die übergeordnete Fragestellung nach den Ansatzpunkten für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport zu beantworten. Zunächst erfolgt ein zusammenfassender Überblick über die vorliegende Arbeit. Durch Formulierung von Ansatzpunkten für ein Verletzungsmanagement in Spitzensportorganisationen erfolgt im Anschluss die Verknüpfung der empirischen Ergebnisse mit den theoretischen Überlegungen. Am Ende werden Anregungen für weitere Forschungsarbeiten gegeben.

IV. Schluss

Mit dem Auftreten von Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen im Spitzensport sind zahlreiche Entscheidungsprobleme verbunden, die von Athleten, Trainern und dem medizinischen Betreuungspersonal zu bewältigen sind. Werden diese nicht oder nur unzureichend gemanaged, drohen Leistungseinbußen, lange Ausfallzeiten, gesundheitliche Folgeschäden oder sogar ein verletzungsbedingtes Karriereende. Ausgehend von Hinweisen auf den, aus medizinischer Sicht, suboptimalen Umgang mit Verletzungssymptomen und mit bereits diagnostizierten Verletzungen wurde die übergeordnete Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen eines ganzheitlichen Verletzungsmanagements im Spitzensport aufgeworfen. Damit einher ging die Forderung nach einer Analyse zum Umgang mit Schmerzen und Verletzungen sowie einer Auseinandersetzung mit den Bedingungen einer problematischen Entscheidungspraxis im Spitzensport.

Bei der Beschäftigung mit vorliegenden Arbeiten zu dieser Problemstellung zeigten sich große Forschungsdefizite, obwohl diese Thematik eine hohe Relevanz für die spitzensportliche Praxis besitzt. Eines der Hauptdefizite liegt in der unzureichenden sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Phänomenen wie Schmerzen, Beschwerden und Verletzungen im spitzensportlichen Kontext. Obwohl Verletzungsproblematiken als komplexes biopsychosoziales Phänomen angesehen werden, wird das Forschungsfeld immer noch stark durch einen medizinisch-naturwissenschaftlich Blick dominiert. Ergebnisse der überwiegend auf den angloamerikanischen Sprachraum beschränkten sozialwissenschaftlichen Arbeiten deuten jedoch darauf hin, dass psychosoziale Faktoren eine große Rolle bei der Entstehung, dem Verlauf und der Bewältigung von Verletzungen spielen. Trotz zahlreicher Hinweise auf Schwierigkeiten in medizinischen Arbeiten zur Entscheidung über den Wiedereinstieg ins sportliche Geschehen nach einer Verletzung, werden weitere verletzungsbezogene Entscheidungsprobleme nur angedeutet. Eine entscheidungstheoretische Auseinandersetzung mit Fragen zur Diagnose, Behandlung und Prävention von Verletzungen erfolgte bislang nicht. Auch lässt sich über die tatsächliche Entscheidungspraxis im Kontext des Spitzensports sowie über Schwierigkeiten mit denen Athleten, Trainern und Ärzten beim Treffen von Entscheidungen konfrontiert sind, nur spekulieren.

Vor dem Hintergrund einer fehlenden theoriebasierten Auseinandersetzung mit der Frage nach Ansatzpunkten für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport sowie unzureichender empirischer Analysen zu den Bedingungen des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen wurde ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Zugang zum Forschungsproblem gewählt. Die Begründung dieses Zugangs, die Auseinandersetzung mit allgemeinen Grundannahmen und die Ableitung von Konsequenzen für das weitere Vorgehen erfolgte im Zuge methodologischer Vorüberlegungen. Dabei wurde auch eine Konkretisierung der Frage-

stellung vorgenommen. Bei der ersten Frage stand die Analyse der mit dem Auftreten von Schmerzen und Verletzungen verbundenen Entscheidungspraxis im Spitzensport am Beispiel der professionell betriebenen Sportarten Leichtathletik und Handball im Vordergrund. Die zweite Frage zielte auf eine Rekonstruktion archetypischer Entscheidungsmechanismen in Verletzungsverläufen ab. Die dritte Frage bezog sich auf mögliche Ansatzpunkte für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport.

Aufbauend auf den methodologischen Vorüberlegungen bestand ein erstes Teilziel in der Ausarbeitung eines mehrperspektivischen Erklärungsmodells zum Verletzungsmanagement im Spitzensport, das gleichsam als Heuristik für die anschließende empirische Untersuchung diente. Bei der begrifflichen Auseinandersetzung mit dem zu Grunde liegenden Phänomen Verletzung wurde deutlich, dass es sich sowohl um ein individuelles als auch um ein soziales Konstrukt handelt. Entsprechend muss mit unterschiedlichen Verletzungskonstruktionen der Athleten, Ärzte, Trainer und weiterer Personen des sozialen Unterstützungsumfelds bei auftretenden Beschwerden, im Verlauf der medizinischen Behandlung oder bei abklingenden Beschwerden gerechnet werden. Unter Berücksichtigung idealtypischer Phasen eines Verletzungsverlaufs ließen sich unter Verwendung entscheidungstheoretischer Überlegungen zentrale verletzungsbezogene Entscheidungsprobleme identifizieren und beschreiben. Dabei wurde deutlich, dass sich verletzungsbezogene Entscheidungslagen nicht nur auf medizinische Bereiche der Diagnostik und Behandlung beziehen, sondern auch im so genannten Laiengesundheitssystem anzusiedeln sind. Insbesondere wenn es um Fragen der Verletzungsprävention, den Umgang mit auftretenden Schmerzen und um die Konsultation eines geeignet erscheinenden medizinischen Experten geht.

In einem nächsten Schritt standen verletzungsbezogene Entscheidungsbedingungen im Fokus. Neben der Konzeptualisierung von Entscheidung als Festlegung auf eine Alternative wurden Entscheidungen als zeitpunktgebundene Ereignisse aufgefasst, die Vergangenheit und Zukunft trennen. Damit ließ sich nicht nur die Wahlsituation vor einer Entscheidung in den Blick nehmen, sondern auch die Auswirkung der rückblickenden Bewertung nach einer getroffenen Entscheidung verdeutlichen. Eine Entscheidung wurde darüber hinaus als Zurechnungskonstrukt aufgefasst, das sowohl bei Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen angesiedelt werden kann. Neben einer Betonung der Sozialität des Entscheidens stand schließlich der zentrale Theoriebaustein für eine Analyse verletzungsbezogener Entscheidungsbedingungen im Mittelpunkt. Eine Entscheidung wurde dabei als erwartungsgebundenes Ereignis bezeichnet, bei dem sowohl durch Selbst- als auch durch Fremderwartungen Entscheidungsdruck aufgebaut wird. Erwartungen steuern dabei auch die rückblickende Bewertung einer getroffenen Entscheidung. Zur Klärung der Bedingungen des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen erfolgte schließlich die Auseinandersetzung mit relevanten Erwartungsstrukturen auf gesellschaftlicher, organisatorischer, interaktionaler und personaler Ebene.

Hierzu wurden verschiedene Perspektiven zur Betrachtung verletzungsbezogener Entscheidungen eingenommen. Zunächst standen individuellen Konstruktionen aus Sicht des Athleten, des Arztes und des Trainers im Mittelpunkt. Unter besonderer Berücksichtigung der Leitorientierungen des Medizin- und Spitzensportsystems ging es zum einen um subjektive Verletzungsvorstellungen, in denen Annahmen zu Symptomatik, Entstehung, Verlauf, Behandlung, Prävention, Riskanz und biografischer Bedeutsamkeit von Verletzungsphänomenen repräsentiert sind sowie um persönliche Präferenzen in Form individueller Zielsetzungen. Zum anderen wurden soziale Erwartungen betrachtet, die an die Rolle des Athleten und Patienten, an den Arzt und Mannschaftsarzt sowie an den Trainer geknüpft sind. In einem nächsten Schritt stand die Kommunikation von Schmerzen und Verletzungen in organisierten Interaktionssystemen wie Trainingsgruppen, Vereinsmannschaften oder nationalen Auswahlmannschaften im Mittelpunkt. Neben situativ erzeugten wurden die zeitlich überdauernden Erwartungen und Entscheidungsalternativen in Interaktionssituationen genauer betrachtet. Dabei stand die Beziehungsstruktur der Anwesenden im Fokus. Das komplexe Zusammenspiel unterschiedlicher Erwartungsstrukturen in konkreten Entscheidungssituationen wurde anhand von drei typischen Interaktionssystemen beschrieben. Für verletzungsbezogene Entscheidungslagen besonders relevant erschienen die von einer formalen Vorsteuerung und Hierarchie sowie die von Informalität und Kooperation geprägten Entscheidungsprozesse. Dabei wurde deutlich, dass bei auftretenden Schmerzen oder Verletzungen mit zahlreichen Erwartungsdifferenzen zu rechnen ist, die zu sozialen Konflikten und Konfliktverläufen führen können. Verletzungsbezogene Konfliktpotentiale und Konfliktverläufe galt es entsprechend genauer zu beleuchten, wobei insbesondere das Auftreten von Konflikten vor dem Hintergrund spitzensportlicher Karriereverläufe diskutiert wurde.

Den Abschluss der theoretischen Überlegungen bildete die Auseinandersetzung mit dem Management verletzungsbezogener Entscheidungen in Spitzensportorganisationen. Auf Basis der Darstellung von Merkmalen eines reflexiven Managements ließen sich allgemeine Ansatzpunkte für ein möglichst ganzheitliches Verletzungsmanagement identifizieren. Management wurde als ein rekursiver Prozess zur möglichst optimalen Zielerreichung aufgefasst, was die Betrachtung der Kopplung von Entscheidungen im Verletzungsprozess erforderlich macht und die Kenntnis der „Systemgeschichte“ voraussetzt. Verletzungsbiografien von Spitzenathleten in ihrer jeweiligen psychosozialen Dimension wurden schließlich als geeigneter Ausgangspunkt für die empirische Analyse des Umgangs mit Schmerzen und Beschwerden, zur Rekonstruktion archetypischer Entscheidungsmechanismen und zur Ermittlung konkreter Ansatzpunkte für ein Verletzungsmanagement im Spitzensport angesehen.

Um dem erheblichen empirischen Forschungsdefizit angemessen zu begegnen, wurde nach Vorüberlegungen zum methodischen Vorgehen mit Entwicklung und Anwendung der biografischen System-Mapping-Methode die Forderung nach neuen und innovativen Ansätzen zur Erforschung des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen berücksichtigt. Anhand von vier

qualitativen Fallstudien aus den Sportarten Leichtathletik und Handball stand zum einen die mehrperspektivische Rekonstruktion ausgewählter Verletzungsbiografien im Mittelpunkt der Untersuchung. Dabei wurden die psychischen und sozialen Bedingungen von Entscheidungsprozessen genauer betrachtet. Zum anderen wurde der Fokus auf die Rekonstruktion generativer Mechanismen gerichtet, die im Zusammenhang mit Verletzungsverläufen in spitzensportlichen Karrieren stehen. Die in Anlehnung an die dokumentarische Methode durchgeführte Datenauswertung, -interpretation und Ergebnisdarstellung erfolgte daher in zwei Schritten. Zunächst galt es im Sinne der formulierenden Interpretation die Verletzungsbiografien der Spitzenathleten unter Einbezug der Perspektiven des jeweiligen Trainers und des relevanten Arztes zu rekonstruieren. Die subjektiven Verletzungsvorstellungen des Athleten im biografischen Kontext und die fallspezifische Organisation der medizinischen Behandlung, Betreuung und Verletzungsprävention wurden dabei gesondert betrachtet und beschrieben. Aufbauend auf den vier biografischen System-Mappings erfolgte in einem zweiten Schritt die reflektierende Interpretation und komparative Analyse mit sinn- und soziogenetischer Typenbildung. Bei dieser Erstellung von Typologien zu verletzungsbezogenen Entscheidungen im Spitzensport ließen sich mit Blick auf generative Mechanismen drei Bereiche unterscheiden. Erstens wurden subjektive Verletzungsverläufe und die damit einhergehenden Entscheidungsmechanismen identifiziert. Zweitens erfolgte neben einer Typologisierung besonders problematischer Entscheidungsmechanismen die Konkretisierung psychischer und sozialer Bedingungen des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen zu bestimmten Zeitpunkten im Verletzungsverlauf. Abschließend fand drittens eine Auseinandersetzung mit typischen Erwartungskollisionen und Konfliktverläufen, verletzungsbezogener Lernprozesse und besonders „sensiblen“ Phasen in spitzensportlichen Karriereverläufen statt.

Im Anschluss gilt es nun, die übergeordnete Fragestellung nach den Ansatzpunkten für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport zu beantworten, indem die Ergebnisse der empirischen Untersuchung mit den theoretischen Überlegungen verknüpft werden¹¹². Zudem sind die ‚blinden Flecken‘ der vorliegenden Arbeit zu diskutieren und offene Forschungsfragen abzuleiten.

112 Die Ergebnisse der explorativen empirischen Untersuchung werden an dieser Stelle zur Vermeidung von Redundanzen nicht mehr gesondert dargestellt. Vielmehr werden diese im Folgenden durch Reflexion der theoretischen Überlegungen zu konkreten Ansatzpunkten für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport zusammengefasst.

Ansatzpunkte für ein ganzheitliches Verletzungsmanagement im Spitzensport

Ausgehend von einem systemtheoretischen Managementverständnis bestehen für Spitzensportorganisationen drei grundlegende Ansatzpunkte zur zielgerichteten Einflussnahme auf verletzungsbezogene Entscheidungen. *Erstens* ist eine Vorsteuerung von Entscheidungsprozessen durch die Gestaltung von Entscheidungsprämissen auf organisatorischer Ebene möglich. Diese werden durch strategische Entscheidungen in Form von verbindlichen Regeln eingeführt. *Zweitens* kann durch eine Verbesserung der Entscheidungskommunikation in sozialer Interaktion ein situativ-flexibles Entscheiden ermöglicht werden. *Drittens* lässt sich durch eine Steigerung der individuellen Entscheidungsfähigkeit an den jeweils beteiligten Personen ansetzen. Zu bedenken ist jedoch, dass Ansätze auf Personenebene zum Scheitern verurteilt sind, wenn durch strukturelle Rahmenbedingungen Handlungszwänge bestehen bleiben, denen sich die Athleten, Trainer und Ärzte nur sehr schwer entziehen können. Will man das verletzungsbezogene Entscheidungsverhalten überindividuell vorsteuern, ist daher vor allem der soziale Kontext zu gestalten, in dem Entscheidungen getroffen werden.

(1) Ansatzpunkte für ein Verletzungsmanagement beziehen sich *erstens* auf die Einführung von Entscheidungsprämissen, die den Rahmen für verletzungsbezogene Entscheidungen vorgeben.

- *Formulierung eindeutiger Ziele zur Verletzungsprävention und zur Vermeidung gesundheitlicher Folgeschäden eines spitzensportlichen Engagements*

In den Spitzenverbänden ist zunächst die Relation zwischen Leistungsorientierung, Verletzungsprävention und Vermeidung von gesundheitlichen Folgeschäden zu klären. Um für eine klare Orientierung zu sorgen, ist das zu Grunde liegende Gesundheitsverständnis in Abgrenzung zur sportlichen Leistungsfähigkeit zu definieren. Werden Ziele formuliert, gilt es diese an konkrete Maßnahmen und an ein angemessenes finanzielles Budget zu koppeln. Eine wirksame Änderung von Entscheidungsprämissen in den organisatorischen Einheiten wie nationalen Auswahlmannschaften, Vereinsmannschaften und den übergeordneten Betreuungseinrichtungen wie Olympiastützpunkten ist hier oberstes Gebot. Dies ließe sich beispielsweise durch Einrichtung neuer Stellen zur Betreuung der Kaderathleten, durch Einführung verpflichtender Funktionsdiagnostiken oder durch präventiv orientierte Regenerationsprogramme erreichen. Eine alleinige Formulierung von Grundsätzen und die Kommunikation von Absichtserklärungen reichen hierbei nicht aus.

- *Entwicklung eines verbindlichen Ethikcodes für den Umgang mit der Athletengesundheit*

Eine Festlegung der Grundsätze für einen verantwortungsvollen Umgang mit der Athletengesundheit ist für verschiedene Alterstufen vorzunehmen und als verbindliche Orientierung für Trainer, Ärzte und Physiotherapeuten zu kommunizieren. Hierbei ist die Frage zu diskutieren, wie viel Eigenverantwortung den Athleten beim Auftreten einer Verletzung zugestanden werden kann und welche Verantwortung Spitzensportorganisationen für ihre Athleten auch über

deren Karriere hinaus übernehmen sollten. Beispielsweise indem geklärt wird, ob es im Verantwortungsbereich der Spitzensportorganisationen liegt, Athleten vor sich selbst zu schützen, indem ihnen z.B. keine Starterlaubnis erteilt wird. Dabei ist vor allem die beobachtete Abwälzung schwieriger Entscheidungsprobleme auf den Athleten zu reduzieren. Überlässt der Trainer dem Athleten in solchen Situationen die Entscheidung, ob er am Wettkampf teilnehmen kann oder klärt der Arzt den Athleten zwar auf, überlässt diesem jedoch ebenfalls die letztendliche Entscheidung zur Wettkampfteilnahme, ist bei einem ehrgeizigen Athlet davon auszugehen, dass dieser auch am Wettkampf teilnimmt. In diesem Zusammenhang gilt es auch die Fürsorgepflicht der Umfeldakteure zu diskutieren, vor allem wenn es sich um Athleten handelt, die trotz bereits bestehender Folgeschäden versuchen, immer wieder an die Spitze zu kommen. Darüber hinaus ist eine Klärung der Patientenrechte von Athleten bei medizinischen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen sportlicher Wettkämpfe und bei Trainingsmaßnahmen notwendig. Hier stellt sich die Frage, inwieweit Mannschafts- oder Verbandsärzte verpflichtet sind, Entscheidungsträgern wie Trainern, Funktionären oder Managern gesundheitsbezogene Informationen preiszugeben, beispielsweise wenn hiervon die Nominierung für einen Wettkampf abhängt. Darüber hinaus ist die Rolle des medizinischen Personals bei der Verpflichtung eines Spielers oder bei Entscheidungen über die Aufnahme in Förderstrukturen zu diskutieren und zu bestimmen. Vor allem das weit verbreitete „Fit Spritzen“ und der Gebrauch von Medikamenten zur Gewährleistung des Trainings- und Wettkampfbetriebs ist kritisch zu betrachten - einerseits unter dem Gesichtspunkt möglicher Nebenwirkungen eines dauerhaften Medikamenteneinsatzes und andererseits mit Blick auf die Grauzone im Grenzbereich zum Doping.

- *Sensibilisierung der Entscheidungsträger für die Problematik chronischer Verletzungsverläufe und einer Bagatellisierung von Beschwerden*

Ein Bewusstsein für die Problematik chronischer Verletzungsverläufe ist vor allem bei den politischen Entscheidungsträgern in den Dachverbänden auf nationaler und internationaler Ebene zu schaffen. Der Überhöhung und Heroisierung von Spitzenathleten, die sich für das Team oder das Land bedingungslos aufopfern und offensichtlich Raubbau an ihrem Körper betreiben, ist mit Blick auf zukünftige Spitzensportlergenerationen entgegenzuwirken. Vielmehr ist eine an der Systemlogik des Spitzensportsystems anschlussfähige Auseinandersetzung mit langfristig orientierten Präventionsmaßnahmen zu fördern, indem deren Beitrag zur langfristigen Leistungssteigerung und Leistungserhaltung diskutiert wird. Um selbstreflexive Änderungen von Strukturen zu ermöglichen, sind Denkanstöße durch eine offensive Thematisierung der sozialen Bedingungskonstellationen zu geben, die mit einer Chronifizierung von Beschwerden und Verletzungen in Verbindung stehen und einer Entwicklung gesundheitlicher Langzeitschäden Vorschub leisten.

- *Kritische Reflexion der Belastungen von Spitzenathleten und Anpassung des Wettkampfkalenders unter Berücksichtigung verletzungspräventiver Gesichtspunkte*

Die Hebelwirkung einer strategischen Entscheidung, wie beispielsweise die Überarbeitung des Wettkampfkalenders unter verletzungspräventiven Aspekten, wäre beispielsweise für Spitzenhandballspieler die entscheidende Bedingung der Möglichkeit zur Gewährleistung ausreichender Regenerations- und Genesungszeiten. Ohne eine Reduktion der Spiele bei internationalen Meisterschaften und einer terminlichen Entzerrung des Bundesligaspielbetriebs haben die Spitzenspieler so gut wie keine Chance auf eine erfolgreiche Genesung während der Saison. Für Spitzenleichtathleten stellt sich diese Problematik aufgrund der größeren Flexibilität bei der Wettkampfwahl in geringerem Ausmaß, dennoch besteht auch hier die Gefahr einer Vernachlässigung notwendiger Regenerations- und Genesungszeiten durch eine Inflation wichtiger Wettkämpfe und der Notwendigkeit einer Sicherung des Lebensunterhalts durch Antritts- oder Siegprämien.

- *Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen für eine nachhaltige medizinische Behandlung und Betreuung*

Die Verbesserung der organisatorischer Rahmenbedingungen für ein nachhaltiges medizinisches Betreuungssystem im Spitzensport, das eine optimale und langfristig orientierte Behandlung garantiert, ist als zentrale Aufgabe anzusehen und darf nicht wie bisher in hohem Maße dem Zufall und dem individuell eingebrachten Engagement der Sportärzte überlassen werden. Dabei ist die Position der Ärzte und Physiotherapeuten gegenüber den Athleten und Trainern durch Zuweisung von Entscheidungskompetenzen im Bereich der Prävention und bei vorliegenden Bagatellverletzungen und Beschwerden zu stärken. An die Auswahl und Einstellung von medizinischem Personal sind gleichsam klare Aufgabenbeschreibungen und verbindliche ethische Grundsätze zur Behandlung und Betreuung von Spitzenathleten zu koppeln. Darüber hinaus ist es denkbar, ein Vergütungssystem einzuführen, das die erfolgreiche Vermeidung von Verletzungen und chronischen Verletzungsverläufen stärker belohnt. Die Einführung und Verleihung von Qualitätssiegeln für eine vorbildliche medizinische und physiotherapeutische Behandlung und Betreuung von Spitzenathleten an Stützpunkten, zentralen Trainingseinrichtungen oder in Vereinen ließe sich als Impuls einsetzen, um ein Umdenken und das Lernen am Modell in anderen Einrichtungen zu forcieren. Die Entwicklung von Bewertungskriterien für Sportärzte und Physiotherapeuten mit entsprechender Kommunikation eines Leitbilds für eine verantwortungsvolle Behandlung von Athleten wäre ein Ansatzpunkt und ließe sich ebenfalls zur Qualitätssicherung einsetzen. Eine stärkere Überprüfung des ärztlichen Handelns im spitzensportlichen Kontext erscheint vor dem Hintergrund der latenten Gefahr einer zu starken Orientierung an der spitzensportlichen Leitorientierung unbedingt notwendig.

Aus den Fallstudien lässt sich ein Best Practice Modell der medizinischen Behandlung und Betreuung ableiten. Hierbei steht dem Athleten ein Team aus Arzt und Physiotherapeut als

zentrale Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen zu Verfügung, das den Einsatz weiterer Spezialisten für eine verletzungsspezifische Weiterbehandlung koordiniert. Voraussetzung hierfür ist in Arzt, der in der Lage ist, die eigenen Fähigkeiten kritisch zu hinterfragen und den Athleten in Abhängigkeit des vorliegenden Problems an ausgewiesene Spezialisten weiterzuleiten. Dieser hat neben den Behandlungsmaßnahmen auch die Verletzungsgeschichte im Blick zu behalten. Eine gemeinsame Diagnose mit dem Physiotherapeuten und eine enge Abstimmung der Behandlungsstrategie sind zur Absicherung des Befunds und für eine unmissverständliche Kommunikation des Verletzungsproblems notwendig. Ein Problem besteht jedoch darin, dass mit solch einem aufwändigen Vorgehen, in Relation zu einer schnellen Behandlung, nur wenig verdient wird, insbesondere dann, wenn der Athlet für Behandlungen oder Operationen weitergereicht wird. Die Aufgabe der Steuerung des gesundheitsbezogenen Netzwerks müsste explizit in die Hände des Arztes gelegt und das zusätzliche Engagement entsprechend honoriert werden. Darüber hinaus gilt es, Anreize so zu schaffen, dass Ärzte und Therapeuten mit dem Ziel einer optimalen Behandlung des Athleten kooperieren. Denkbar wäre hier eine regionale Vernetzung der im Spitzensport tätigen Ärzte, Therapeuten und unabhängiger Gesundheitsexperten durch Bildung eines interdisziplinären ‚Diagnoseteams‘, das bei schwierigen Verletzungsphänomenen zum Einsatz kommt.

- *Einrichtung und Ausbau einer verletzungsbezogenen sportpsychologischen Betreuung*

Kommt es zu einer schweren Verletzung erhalten die Athleten keine professionelle Unterstützung zur psychischen Bewältigung des Ereignisses. Ärzte und Physiotherapeuten übernehmen hier im Ausnahmefall die Funktion einer psychologischen Begleitung, allerdings ohne explizit dafür verantwortlich und ausgebildet zu sein. Für die Bewältigung von Verletzungskrisen, der Wahrnehmungsschulung von Schmerzsymptomatikern und den Umgang mit chronischen Verletzungen sind den Athleten daher psychologisch-psychotherapeutische Unterstützungsleistungen anzubieten. Insbesondere bei der Entscheidung über ein verletzungsbedingtes Karriereende ist den Athleten eine unabhängige Beratung bereitzustellen, um die Chancen und die Risiken einer Fortführung verantwortungsvoll abzuwägen.

- *Einführung eines online-basierten Wissensmanagement-Systems für Sportärzte, Sportphysiotherapeuten, Trainer und Athleten*

Die Entwicklung von online-basierten Verfahren zur Dokumentation und anonymen Bereitstellung konkreter Verletzungsverläufe von Spitzenathleten aller Sportarten erscheint für den Wissensaustausch und die Fortbildung medizinischen Experten notwendig. Vor dem Hintergrund der relativ geringen Fallzahlen bei der Behandlung von Spitzenathleten ist der Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten, Physiotherapeuten und alternativmedizinischen Experten darüber hinaus durch gemeinsame Kongresse, Fortbildungen oder durch sportartübergreifende Hospitationen zu fördern. Dabei sind die Trainer explizit mit einzubeziehen. Wichtig erscheint hier die Schaffung eines lernfördernden Klimas zur Erhöhung der Bereitschaft bei Trainern, Ärzten und Therapeuten, die eigene Handlungspraxis in Frage zu stellen.

Ebenso sind Athleten und Trainern Möglichkeiten für einen Erfahrungsaustausch beim Umgang mit Schmerzen und bestimmten Trainingsmaßnahmen bereitzustellen. Denkbar wäre eine Art Wikipedia-Enzyklopädie zum Thema Sportverletzungen, die mit schnell verfügbaren Inhalten zu Verletzungen und interaktiven Online-Tests zu einer selbstständigen diagnostischen Abklärung einer Schmerzproblematik verknüpft werden kann. Beispielsweise ließen sich Tests für Athleten und Trainer zur Ermittlung eines notwendigen Arztbesuchs oder einer Trainingsanpassung erstellen, was sich vor allem für unerfahrene Athleten im Nachwuchsbereich anbietet. Hiermit ließe sich auch ein Überblick über ausgewiesene Experten im Bereich der Spitzensportlerbetreuung und eine Bereitstellung aufgearbeiteter Informationen zu alternativen Heilmethoden und den damit verbundenen Chancen und Risiken verknüpfen. Den Athleten ist darüber hinaus eine Plattform zu bieten, auf der sie sich sportartübergreifend mit Leidensgenossen über aktuelle Verletzungserfahrungen austauschen können und auf der gleichzeitig medizinisch fundierte Hintergrundinformationen über Behandlungsmethoden und deren Risiken bereitgestellt werden.

- *Interdisziplinäre Erarbeitung sportartübergreifender und sportartspezifischer Entscheidungsprogramme für auftretende Beschwerde- und Schmerzsymptomatiken, Sportschäden und Sportverletzungen*

Die gemeinsame Entwicklung von Entscheidungsrichtlinien bei typischen Sportverletzungen durch erfahrene Sportärzte, Trainer und Athleten erscheint zwingend notwendig. Darin sollte zum einen klar festgelegt werden, bei welchen Verletzungsmustern eine Trainings- und Wettkampfpause unbedingt eingelegt werden muss. Zum anderen ist die Mindestdauer einer Verletzungspause so zu bestimmen, dass ein zu früher Einsatz vermieden und ein konkreter Fahrplan für den Wiedereinstieg in Training und Wettkampf entwickelt wird. Beispielsweise durch die Angabe, wie viele Trainingseinheiten ohne Schmerzen oder Beschwerden nach einer definierten Verletzungspausendauer absolviert werden müssen, bevor ein Einsatz im Wettkampf erfolgen darf. Dies schützt die Athleten einerseits vor sich selbst, andererseits trägt dies dazu bei, dass Trainer und Ärzte „in einer Sprache sprechen“. Gegenüber der Öffentlichkeit lässt sich so auch plausibel darstellen, warum ein Athlet noch nicht wieder an Wettkämpfen teilnimmt. Damit lässt sich auch die Unsicherheit über das weitere Vorgehen bei schleichend zunehmenden Beschwerden reduzieren, die vor allem Athleten und Trainern zu schaffen macht. In den Fallstudien lassen sich funktional äquivalente Strategien beobachten. Zum Beispiel, wenn Ärzte von vornherein längere Verletzungspausen angeben als eigentlich notwendig. Oder wenn diese bei vorliegenden Beschwerden eine Diagnose formulieren, die auf ein schwerwiegenderes Problem hinweist, um so den Athleten vor Erwartungen von Seiten des Trainers, des Vereins und der Öffentlichkeit zu schützen. Besonders wichtig erscheinen jedoch Richtlinien zum Schutze der Athleten vor allem vor sich selbst, indem Stoppmechanismen zur Beendigung der Abwärtsspirale bei chronischen Beschwerdeverläufen eingebaut werden. Hier sind vor allem die Trainer in der Pflicht, ihre Athleten durch klare

Entscheidungen über das Einlegen von Verletzungspausen zu schützen, auch wenn dies nicht unbedingt mit den persönlichen Erfolgsinteressen vereinbar ist. Besonderes Augenmerk ist auf medizinische Behandlungsstrategien zu legen, die unter langfristigen Gesichtspunkten Erfolg versprechen. Das kurzfristige Leistungsdenken unter Einsatz symptomatischer Behandlungsmaßnahmen ist hierbei in Frage zu stellen.

- *Ermöglichung wissenschaftlicher Begleituntersuchungen zu gesundheitsbezogenen Problemstellungen*

Die Ermöglichung wissenschaftlicher Studien zur systematischen Erfassung der gesundheitlichen Folgen eines spitzensportlichen Engagements und zur Untersuchung der Wirksamkeit verletzungspräventiver Maßnahmen ist eine wesentliche Voraussetzung zur Verbesserung eines Verletzungsmanagements auf Ebene der Spitzensportorganisationen. Solange kaum etwas über Verletzungshäufigkeiten, Ausfallzeiten, Drop-Out Raten und problematische Entscheidungsmechanismen bekannt ist, lässt sich der Erfolg oder Misserfolg eines Einsatzes gesundheitsbezogener Maßnahmen nicht überprüfen.

(2) Weitere Ansatzpunkte für ein Verletzungsmanagement beziehen sich *zweitens* auf die Verbesserung der Entscheidungsbedingungen in der sozialen Interaktion durch eine Steuerung von Kommunikationsprozessen.

- *Gewährleistung der frühzeitigen Abklärung von unklaren Schmerzsymptomatiken*

Vor allem bei schmerzhaften Beschwerden im Bereich der Sehnen und Gelenke sowie bei Rückenbeschwerden ist eine schnelle Diagnostik zur Vermeidung eines chronischen Verlaufs notwendig. Hier bietet sich vor allem die bereits angesprochene mehrperspektivische Diagnostik eines Teams aus Ärzten, Physiotherapeuten und weiterer Gesundheitsexperten an. Bei fehlenden körperlichen Anzeichen ist neben ausgewiesenen Experten für Schmerzsymptomatiken auch die psychotherapeutisch-psychologische Perspektive schnellstmöglich mit einzu beziehen. Besonders wichtig erscheint hier die sofortige Mitteilung von Schmerzsymptomen durch die Athleten und eine sachliche Auseinandersetzung des Trainers mit der vorliegenden Schmerzproblematik.

- *Gemeinsame Formulierung eines Leitbildes für den Umgang mit Schmerzen und Verletzungen in der jeweiligen Mannschaft oder Trainingsgruppe*

Durch die gemeinsame Formulierung eines Leitbildes geht einerseits die Offenlegung der geteilten Vorstellungen über einen adäquaten Umgang mit gesundheitlichen Problemen einher, andererseits werden bislang nicht thematisierte und divergierende Erwartungen zwischen Trainern, Athleten, Ärzten, Physiotherapeuten und Funktionären transparent. Dabei ist die vorschnelle Bagatellisierung von subklinischen Verletzungssymptomen oder nicht eindeutig diagnostizierbarer Schmerzsymptomatiken zu thematisieren, um so einer Stigmatisierung besonders sensibler Athleten entgegenzuwirken. Gleichzeitig sind auch grenzwertige medizinische

Praktiken anzusprechen und die Rolle des „Fit Spitzens“ vor Wettkämpfen oder eines selbstständiger Schmerzmitteleinsatz zur Gewährleistung des Trainings- und Wettkampfbetriebs zu diskutieren.

- *Evaluation des fallspezifischen medizinischen Betreuungssystems und der vorliegenden Trainingskonzeption*

Externe Evaluationen des fallspezifischen medizinischen Betreuungssystems und der Trainingskonzeption durch externe Beobachter (Sportwissenschaftler, Ärzte, Physiotherapeuten, Lehrer, Bundestrainer) sind zur gezielten Irritation bestehender Vorstellungen und Handlungspraktiken durchzuführen. Kritische und unangenehm erscheinende Evaluationsresultate sind als konstruktives Element für eine Verbesserung bestehender Strukturen aufzufassen.

- *Einführung eines verletzungsbezogenen Konfliktmanagements*

Die Möglichkeit des Rückgriffs auf ein verletzungsbezogenes Konfliktmanagement erscheint vor allem dann sinnvoll, wenn es zu häufigen kommunizierten Widersprüchen zwischen sportlichem und medizinischem Personal in spitzensportlichen Trainingsgruppen, Vereinsmannschaften und nationalen Auswahlmannschaften kommt. Hier kann durch den Einsatz externer Mediatoren versucht werden, auftretende Konflikte konstruktiv zu nutzen.

(3) *Drittens* ergeben sich Ansatzpunkte für ein Verletzungsmanagement durch eine Steigerung der individuellen Entscheidungsfähigkeit von Ärzten, Trainern, Physiotherapeuten und Athleten.

- *Nutzung von Verletzungserfahrungen als Ausgangspunkt für systematische Reflexionsprozesse*

Die mit Verletzungsereignissen verbundenen Reflexionsprozesse und damit einhergehende Veränderungen der Einstellung zum eigenen Körper laufen bislang ungeplant und höchst individuell ab. Das mit Verletzungskrisen verbundene Potential für einen sensibleren Umgang mit der Athletengesundheit unter den Rahmenbedingungen des Spitzensportsystems wird bislang von Athleten, deren Trainern und anderen Verantwortlichen nicht systematisch genutzt. Eine Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen für eine Vermeidung oder Reduktion gesundheitlicher Langzeitschäden wird damit dem Zufall überlassen. Hier würden sich Gruppencoachings für Trainer, Ärzte und verletzte Athleten anbieten, die unter konzeptioneller Anleitung ihre Erfahrungen, Ängste und Zielsetzungen diskutieren und eigene Verbesserungsvorschläge für den zukünftigen Umgang mit Gesundheit und Verletzung formulieren.

- *Interventionen zur Einflussnahme auf das Gesundheitsbewusstsein bei Trainern und medizinischem Betreuungspersonal*

Ansätze zur Einflussnahme auf das „Gesundheitsbewusstsein“ der Athleten oder Aufklärungskampagnen über mögliche Risiken eines Fehlverhaltens greifen zu kurz. Eine Änderung des Athletenbewusstseins ist zwar wichtig, nachhaltiger ist jedoch eine Änderung des Bewusstseins bei Trainern und Ärzten. Erst wenn das Ignorieren von Schmerzen oder eine symptomatische Schmerzmittelbehandlung zur Gewährleistung eines Wettkampfeinsatzes von Ärzten und Trainern geächtet wird, ist auch ein Umdenken bei den Athleten wahrscheinlich. Gleiches gilt für die Einschätzung des Umgangs mit Bagatellverletzungen und für die Notwendigkeit einer möglichst umfassenden und langfristig angelegten Verletzungsprävention. Solange Trainer sich erst dann einschalten, wenn eine eindeutige Funktionseinschränkung vorliegt oder sensible Athleten stigmatisiert werden, ist eine Änderung des Gesundheitsbewusstseins bei den jeweiligen Athleten nur in begrenztem Maße möglich.

- *Stärkung der Entscheidungskompetenzen von Ärzten, Trainern, Physiotherapeuten und Athleten*

Vor dem Hintergrund höchst komplexer Entscheidungssituationen gilt es, gezielt die Entscheidungskompetenzen aller mit verletzungsbezogenen Problemen konfrontierter Personen zu schulen. Insbesondere das Entscheiden unter Unsicherheit, unter Zeitdruck, unter hohem Erwartungsdruck von Öffentlichkeit, Vereins- und Verbandsführung ist zu verbessern, wobei besonderes Augenmerk auf Strategien zur kooperativ-flexiblen Entscheidungsfindung zu legen ist. Auf eine isolierte Lehre medizinischen Fachwissens ist dabei zu verzichten. Vielmehr gilt es, die für schnelle, erfahrungsbasierte Entscheidungen notwendigen und in hohem Maße praxisrelevanten „Patient Scripts“ zu vermitteln. Hierfür ist jedoch das Vorhandensein einer verlässlichen fallspezifischen Wissensbasis Voraussetzung, die es erst noch zu schaffen gilt.

Offene Forschungsfragen

Die Frage nach den „blinden Flecken“ dieser Arbeit, nach den nicht beantworteten, offenen Fragen darf bei einer systemtheoretischen Auseinandersetzung nicht fehlen. Auf Basis einer selbstreflexiven Auseinandersetzung mit der eigenen Beobachtung komplettieren die nachfolgenden Überlegungen zu offenen Forschungsfragen die in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Analyse zum Verletzungsmanagement im Spitzensport.

- *Fokussierung verletzungsbezogener Entscheidungsprozesse und deren Bedingungen als Möglichkeit einer interdisziplinären Bearbeitung von Fragen zum Verletzungsmanagement im Spitzensport*

Die im theoretischen Teil der Arbeit erarbeitete Systematik verschiedener Entscheidungsprobleme und das theoretische Rahmenmodell zu den Bedingungen der Entscheidungskommunikation erscheinen für die Analyse des Umgangs mit Schmerzen und Verletzungen im Spitzensport geeignet. Dieses theoretische Erklärungsmodell gilt es in weiteren Untersuchungen auf den Prüfstand zu stellen und weiterzuentwickeln. Insbesondere den Bereich der Schmerzwahrnehmung und -interpretation gilt es theoretisch weiter auszubauen. Gleiches gilt für die emotionalen und affektlogischen Bedingungen der Entscheidungskommunikation und den Einfluss der Bereiche Familie, Schule und Peer-Group. Für zukünftige Arbeiten erscheinen vor allem die fünf Entscheidungsprobleme für den sportlichen Kontext als besonders bedeutsamen relevant: 1. Mitteilung eines körperlichen Problems, 2. Beschwerde oder verletzungsbedingte Trainings- oder Wettkampfabgabe, 3. Medizinische Diagnose- und Behandlung, 4. Gestaltung des Wiedereinstiegs nach einer Verletzungspause und 5. Einsatz und Durchführung von Präventionsmaßnahmen. Die interdisziplinäre Bearbeitung ausgewählter Entscheidungsprobleme erscheint vor dem Hintergrund der Vielschichtigkeit des Problems sehr fruchtbar. Insbesondere wenn es durch eine Kombination trainingswissenschaftlicher, sportpsychologischer, sportsoziologischer und sportmedizinischer Perspektiven um die Schaffung einer problemorientierten Wissensgrundlage für die alltäglichen Entscheidungsprobleme in der spitzensportliche Praxis geht.

- *Durchführung repräsentativer Untersuchungen zum Umgang mit Schmerzen und Beschwerden sowie zu gesundheitsbezogenen Unterstützungsnetzwerken*

Die ermittelten Bedingungen des Umgangs mit Verletzungen können als Ausgangspunkt für repräsentative Untersuchungen dienen. Neben einer Beschreibung gesundheitsbeeinflussender Praktiken gilt es im Rahmen quantitativer Studien insbesondere Gesundheits- und verletzungsbezogenen Annahmen von Athleten und Trainern zu identifizieren. Beispielsweise indem verschiedenste Kausalannahmen zur Verletzungsentstehung und Verletzungsprävention ermittelt und durch Faktorenanalysen gebündelt werden. Mittels Clusteranalysen ließen sich dann verschiedene Athleten- oder Trainertypen bilden. Darüber hinaus sind die sportliche und außersportliche Lebenswelt der Athleten mit einzubeziehen und insbesondere die individuellen gesundheitsbezogenen Unterstützungsnetzwerke zu betrachten. Der Einfluss sozialstruktu-

reller Merkmale auf den Einsatz von Präventionsmaßnahmen und den Umgang mit Schmerzen und Beschwerden ließe sich durch den Einsatz von Mehrebenenanalysen analysieren, um so besonders kritische soziale Konstellationen identifizieren zu können. Ein solches Vorgehen würde eine zielgerichtete Entwicklung und einen adäquaten Einsatz präventiver Interventionsmaßnahmen ermöglichen.

- *Einsatz verschiedener methodischer Zugänge zur Analyse verletzungsbezogener Entscheidungsprobleme*

Zusätzlich zu interviewbasierten Untersuchungen sind verstärkt teilnehmende Beobachtungen durchzuführen. Insbesondere wenn ausgewählte Entscheidungsprozesse in einem engen Zeitfenster beobachtet werden sollen. Besonders interessant erscheinen die Analyse von Behandlungssituationen bei sportlichen Großereignissen oder in der alltäglichen Betreuung von Spitzenathleten, bei denen der Forscher entweder dem behandelnden Arzt auf Schritt und Tritt folgt, die Athleten in ein Trainingslager begleitet oder sich selbst als „verletzter Athlet“ ins Feld der medizinischen Behandlung begibt. Insbesondere die Untersuchung verletzungsbezogener Kommunikationsmuster zwischen Athlet, Trainer und Arzt erscheinen unter besonderer Berücksichtigung von Führungsstilen und subjektiven Verletzungskonstruktionen als Herausforderung für zukünftige Arbeiten. Zu diskutieren wäre auch, inwieweit sich eine prospektive Untersuchung durch punktuelle Interviews mit Athleten im Saisonverlauf eignen würde. Zu bedenken wäre jedoch, inwieweit der Umgang mit Verletzungen durch die Intervention des Forschers beeinflusst wird. Darüber hinaus ist die System-Mapping-Methode für die differenzierte Erfassung von Schmerz- und Beschwerdeverläufen weiterzuentwickeln, indem die Möglichkeiten einer grafischen „Versinnbildlichung“ subjektiver Schmerzkonstruktionen ausgelotet werden.

- *Interdisziplinäre Erforschung der Schmerzproblematik im Spitzensport*

Zu einem besseren Verständnis des Umgangs mit auftretenden Schmerzen sind Schmerzmechanismen als biopsychosoziale Phänomene zu betrachten und deren subjektive Dimensionen im Spitzensport zu analysieren. Schmerz wird einerseits als Indikator für eine notwendige Trainingshärte oder Wettkampfbelastung angesehen. Andererseits kann Schmerz ein Hinweis auf eine vorliegende Verletzung oder für ein psychosomatisches Problem darstellen. Daher ist insbesondere die Funktion unterschiedlicher Schmerztypen genauer zu betrachten. Hier stellt sich insbesondere die Frage nach Schmerzkonstruktionen, die in Verbindung mit schleichend auftretenden und chronisch verlaufenden Sehnen- und Gelenkbeschwerden stehen. Die Auseinandersetzung mit verschiedenen Schmerzqualitäten ist damit für ein frühzeitige Erkennen und die Behandlung der besonders langwierigen und biografische höchst bedeutsamen chronischen Verletzungsverläufen im Spitzensport unbedingt notwendig.

- *Weiterentwicklung der biografischen System-Mapping-Methode*

Eine Weiterentwicklung der biografischen System-Mapping-Methode erscheint zur Erforschung anderer komplexer Phänomene aus dem Bereich des Sports und der Gesundheitswissenschaft besonders fruchtbar. Eine mehrperspektivische und grafisch gestützte Auseinandersetzung mit den strukturellen Bedingungen, bestehender Beziehungs- und Netzwerkverbindungen und den damit verbundenen Sozialisationsprozessen würde sich auch für eine Auseinandersetzung mit der Dopingproblematik anbieten. Biografische Analysen mit geständigen oder überführten Athleten wären hier denkbar. Darüber hinaus ist die Weiterentwicklung der biografischen System-Mapping-Methode zu einem Interventionsinstrument erstrebenswert. Damit ließe sich in kritischen Phasen der Athletenbiografie, z.B. bei einer verletzungsbedingten Absage des Saisonhöhepunkts, zu einer gezielten Anregung von Selbstreflexionsprozessen beitragen und das Erkennen systemischer Zusammenhänge und Problemmechanismen erleichtern. Diese Selbstreflexionsprozesse könnten dann zur Entwicklung individueller Strategien für den zukünftigen Umgang mit Schmerzen und Verletzungen genutzt werden.

- *Bearbeitung der Frage nach der besten Alternative in vorab definierten und eng gefassten Entscheidungssituationen als kontrastierende Ergänzung*

In der vorliegenden Arbeit stand die Gesamtkomplexität des Entscheidens vor dem Hintergrund verschiedener Systemlogiken im Mittelpunkt, ohne dabei von vornherein den jeweiligen Entscheidern eindeutige Präferenzen zu unterstellen. Als kontrastierende Perspektive würde sich auch die vergleichende Bearbeitung der Frage nach den optimalen Entscheidungsalternativen beim Vorliegen eines verletzungsbezogenen Entscheidungsproblems anbieten, indem beispielsweise spieltheoretische Überlegungen angestellt oder die bei den Rational Choice Theorien üblichen Kosten-Nutzen-Abwägungen durchgeführt werden. Solche Analysen ließen sich in das bestehende Theoriegebäude dahingehend einbauen, indem lediglich die Erwartung fokussiert wird, die jeweils beste Entscheidungsalternative zu wählen. Eine Bewertung beobachteter Entscheidungsergebnisse mit einfachen Zuschreibungen wie rational/irrational oder richtig/falsch setzt jedoch voraus, dass entweder nur eine medizinische oder eine spitzensportliche oder eine ökonomische Perspektive eingenommen und dabei die jeweilige Systemrationalität des Medizin-, Sport- oder Wirtschaftssystems zu Grunde gelegt wird. Pragmatische Entscheidungsparadoxien durch Doppellogiken oder durch das Aufeinandertreffen differenter Präferenzen in der sozialen Interaktion lassen sich damit nicht angemessen betrachten.

- *Berücksichtigung der feinen Unterschiede beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen*

Im Gegensatz zur bisherigen sportsoziologischen und –psychologischen Forschung gilt es die konkreten Verletzungsphänomene genau zu bestimmen, die zu den Phänomenen „playing hurt“ und „return to play“ führen. Die vorliegende Studie verdeutlicht, dass in der spitzensportlichen Praxis sehr feine Unterschiede beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen in Abhängigkeit des subjektiv und sozial konstruierten Verletzungsphänomens gemacht werden.

Eine differenziertere Betrachtung der Phänomenbereiche „playing hurt“ und „return to play“ ist in zukünftigen Arbeiten daher notwendig. Vor dem Hintergrund der allgemeinen Auseinandersetzung mit verletzungsbezogenen Entscheidungsproblemen im Spitzensport gilt es die Begriffe darüber hinaus auch für weitere Untersuchungen in Individualsportarten fassbar zu machen. Zum einen bietet es sich an, zwischen „competing hurt“ (Bestreiten eines Wettkampfs trotz Beschwerden) und „working-out hurt“ (Trainingsdurchführung trotz Beschwerden) zu unterscheiden. Der Begriff des „return to play“ ist demnach ebenfalls zu erweitern in „return to work-out“ (Wiedereinsteig ins Training) bzw. in „return to compete“ (Wiederaufnahme des Wettkampfbetriebs). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, ob ein Wiedereinstieg nach einer längeren Verletzungspause inklusive medizinischer Versorgung und Rehabilitation vorliegt („return to work-out / compete after rehab“) oder ob lediglich eine mehrtägige Belastungsreduktion mit intensiver medizinischer Behandlung vorgenommen wurde („return to work-out / competition after therapy“).

- *Ausweitung des Untersuchungsbereichs auf Gender-Aspekte, mehrere Sportarten, verschiedene Altersgruppen und die Rolle des außersportlichen Umfelds*

Insbesondere vor dem Hintergrund eines von Männern dominierten Betreuungs- und Behandlungsumfelds im Spitzensport sind Gender-Aspekte beim Umgang mit Schmerzen und Verletzungen von Athletinnen in zukünftigen Studien zu fokussieren. Dabei sind neben einem geschlechtsspezifischen Umgang mit Schmerzen und Verletzungen von Spitzenathletinnen die damit einhergehenden Konstruktionen des eigenen Selbst und des eigenen Körpers zu analysieren. Neben einer Identifikation alters- und sportartspezifischer Differenzen ist die Rolle der Familie, der Peer Groups und des Freundeskreises im Hinblick auf deren Einfluss auf subjektive Gesundheits- und Verletzungskonstruktionen von Athletinnen und Athleten zu untersuchen. Hierbei ist die Einnahme einer entwicklungstheoretischen Perspektive mit der Ausweitung des Gegenstandsbereichs auf das Jugendalter anzustreben.

- *Untersuchung der Bedeutung alternativ medizinischer Heilmilieus im Spitzensport*

Eine Analyse des „Guruwesens“ bei der Behandlung von Spitzensportlern erscheint im Hinblick auf die Rolle mündlich überlieferter Mythen von schnellen Heilungsprozessen und „magischer Hände“ erfolgreicher Sportphysiotherapeuten besonders interessant. Die mit den Behandlungsmaßnahmen verbundenen Ursache-Wirkungskonstruktionen können ebenso zu einem besseren Verständnis der Behandlungsbedürfnisse von Spitzenathleten beitragen, wie eine Identifikation sportartübergreifender Netzwerke außerhalb organisierter medizinischer Betreuungssysteme.

- *Auseinandersetzung mit der ökonomischen Dimension verletzungsbedingter Ausfallzeiten und verletzungsbedingter Beendigungen spitzensportlicher Karrieren*

Die verletzungsbedingte Beendigung einer spitzensportlichen Karriere stellt aus ökonomischer Perspektive eine Fehlinvestition dar, die es aus Sicht der fördernden Sportorganisationen zu vermeiden gilt. Hierin liegt eine Chance der zunehmenden Kommerzialisierung des Spitzensports, denn mit zunehmendem Wert eines Athleten rechnen sich plötzlich langfristig angelegte Strategien zur dauerhaften Erhaltung der Leistungsfähigkeit, kurzfristiges Denken zahlt sich dann nicht mehr aus. Diese und ähnliche Überlegungen gilt es im Rahmen sportökonomischer Arbeit zu behandeln.

- *Verbesserung der medizinischen Wissensbasis zu chronischen Beschwerdevläufen*

Eine interdisziplinäre Erforschung der Entstehungsmechanismen chronischer Verletzungsverläufe ist zur Verbesserung der Wissensbasis für die diagnostischen Entscheidungen in der spitzensportlichen Praxis zu forcieren. Dabei sind auch mögliche Wechselwirkungen verschiedener Verletzungsmuster im Karriereverlauf zu analysieren und insbesondere die Vorgeschichte traumatischer Verletzungen im Hinblick auf bereits lange Zeit bestehende Beschwerdepromatiken zu untersuchen. Auch wenn solche Verletzungsmuster aus medizinischer Sicht als Bagatelverletzungen zu betrachten sind, stellen diese für die Athleten biografisch höchst bedeutsame Phänomene dar.

- *Erforschung der Bedingungen des ärztlichen und physiotherapeutischen Entscheidens in spitzensportlichen Grenzsituationen*

Eine Auseinandersetzung mit den Bedingungen ärztlichen und physiotherapeutischen Entscheidens im unmittelbaren Vorfeld von sportlichen Großereignissen und bei der Behandlung akut verletzter Athleten im Wettkampf ist unter Fokussierung der sozialisierenden Wirkung spitzensportlicher Strukturen zu erforschen. Gleiches gilt für die Frage der Gestaltung des Wiedereinstiegs ins Wettkampfgeschehen. Dabei ist insbesondere das Erfahrungswissen der Ärzte und Therapeuten in Form spitzensportspezifischer „illnes scripts“ und „patient scripts“ zu erfassen und die Verletzungskonstruktionen von Trainern mit zu beleuchten. Hier ist auch nach den Möglichkeiten und Grenzen einer medizinisch-objektiven Diagnosestellung in den emotional aufgeladenen Behandlungssituationen unmittelbar vor wichtigen Wettkämpfen zu fragen. Gleichzeitig ist zu reflektieren, inwieweit die auf eine Erbringung sportlicher Spitzenleistung fokussierten Athleten überhaupt in der Lage sind, in einer höchst komplexen Entscheidungssituation selbstverantwortlich die Risiken einer medizinischen Behandlung und eines Wettkampfeinsatzes abzuwägen.

- *Abschätzung der gesundheitsbezogenen Risiken- und Folgen eines spitzensportlichen Engagements unter ethischen, sozialen, psychischen und medizinisch-körperlichen Gesichtspunkten*

Neben prospektiven Längsschnittstudien zu den psychosozialen Bedingungen des Umgangs mit Gesundheit und Verletzung vom Zeitpunkt des Einstiegs in die Förderstrukturen des Nachwuchsleistungssports sind vor allem auch systematische Begleit- und Nachsorgeuntersuchungen zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit aktueller Bundeskaderathleten durchzuführen. Besondere Beachtung sollte bei einer solchen Folgenabschätzung der meist vergessenen Athletengruppe geschenkt werden: Jenen Athleten, die von der Öffentlichkeit wenig beachtet und ohne den internationalen Durchbruch geschafft zu haben, verletzungs- oder krankheitsbedingt aus dem System des Hochleistungssports herausfallen und zur Behebung der Folgen ins Medizinsystem „abgeschoben“ werden.

Wie die vorliegende Arbeit exemplarisch zeigt, kann die sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Verletzungskarrieren aktueller und ehemaliger Kaderathleten vielfältige Möglichkeiten eröffnen, aus den Fehlern der Vergangenheit die notwendigen Schlüsse zur Gestaltung eines ganzheitlichen und verantwortungsvollen Gesundheits- und Verletzungsmanagements für zukünftige Spitzensportlergenerationen zu ziehen. Ob diese Studie zu einer Irritation der spitzensportlichen Praxis beitragen und die sportwissenschaftlichen Diskussion anregen kann, bleibt abzuwarten. Den alltäglich mit Schmerzen und Verletzungen konfrontierten Athletinnen und Athleten wäre dies zu wünschen.

V. Verzeichnisse

9. Literaturverzeichnis

- Abraham, A. (2003). Schmerzerleben im Spitzensport. Überlegungen zur psychosozialen und biographischen Bedeutung von Belastung, Schmerz und Qual. In K. Moegling (Hrsg.), *Über die Grenzen des Körpers hinaus. Überforderungen, Verletzungen und Schmerz im Leistungssport* (S. 32-55). Immenhausen bei Kassel: Prolog-Verlag.
- Albert, E. (2004). Normalising Risk in Sport of Cycling. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 181-194). Oxford: Elsevier
- Alfredson, H. (2006). Strategies in treatment of tendon overuse injury. The chronic painful tendon. *European Journal of Sport Science*, 6 (2), 81-85.
- Andersen, M. B. & Williams, J. M. (1988). A Model of Stress and Athletic Injury: Prediction and Prevention. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10, 294-306.
- Andersen, M. B. & Williams, J. M. (1993). Psychological risk factors and injury prevention. In J. Heil (Hrsg.), *Psychology of sport injury* (S. 49-58). Champaign: Human Kinetics.
- Anderson, L. C. & Gerrard, D. F. (2005). Ethical issues concerning New Zealand sports doctors. *Journal of Medical Ethics*, 31 (2), 88-92.
- Appenzeller, H. (2005). Risk Management in Sport. In H. Appenzeller (Hrsg.), *Riskmanagement in Sport. Issues and Strategies* (2. Aufl., S. 5-10). Carolina: Carolina Academic Press.
- Badelt, C., Meyer, M. & Simsa, R. (2007). Die Wiener Schule der NPO-Forschung. In C. Badelt, M. Meyer & R. Simsa (Hrsg.), *Handbuch der Nonprofit Organisation* (4. Aufl., S. 3-16). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Baecker, D. (1999). *Organisation als System*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Baecker, D. (2003). *Organisation und Management*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Baecker, D. (2008). Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus. In I. Saake & W. Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Eine organisationssoziologische Perspektive* (S. 39-62). Wiesbaden: VS Verlag.
- Bahr, R. & Holme, I. (2003). Risk factors for sports injuries. A methodological approach. *British Journal of Sports Medicine*, 37, 384-392.
- Bale, J. (2006). The place of pain in running. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis* (S. 65-75). London, New York: Routledge.

- Baraldi, C. (1997). Medizinsystem (System der Krankenbehandlung). In C. Baraldi, C. Giancarlo & E. Esposito (Hrsg.), *Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme* (S. 115-118). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of minds*. New York: Ballantine.
- Bauch, J. (1996). *Gesundheit als sozialer Code: Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim, München: Juventa.
- Bauman, J. (2005). Returning to play: The mind does matter. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 15 (6), 432-435.
- Bendelow, G. (2000). *Pain and Gender*. London: Pentrice Hall.
- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 23-42). Göttingen: Hogrefe.
- Berendonk, B. (1991). *Dopingdokumente. Von der Forschung zum Betrug*. Heidelberg: Springer.
- Berghaus, M. (2003). *Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag.
- Berglund, B. (1999). Effekte und Nebenwirkungen von Blut- und Erythropoietindoping. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 50 (11/12), 350-354.
- Bette, K.-H. (1999). *Systemtheorie und Sport*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bette, K.-H. (2004). *X-treme. Zur Soziologie des Abenteuer- und Risikosports*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Bette, K.-H. & Schimank, U. (1994). Sportlerkarriere und Doping. In K.-H. Bette (Hrsg.), *Doping im Leistungssport. Sozialwissenschaftlich betrachtet* (S. 29-48). Stuttgart: Nagelschmid.
- Bette, K.-H. & Schimank, U. (1995). *Doping im Hochleistungssport*. Frankfurt am Main: 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.
- Bird, S., Black, N. & Newton, P. (1998). *Sport injuries. Causes, diagnosis, treatment and prevention*. Musselburgh: Scotprint
- Bohnsack, R. (1997). Dokumentarische Methode. In R. Hitzler & A. Honer (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik* (S. 191-212). Opladen: Leske & Budrich.
- Bohnsack, R. (1999). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*. Opladen: Leske & Budrich.

- Bohnsack, R. (2001). Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse. Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In T. Hug (Hrsg.), *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen?* (S. 326-345). Baltmannsweiler: Schneider.
- Bohnsack, R. (2003). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*. Opladen: utb.
- Borggrefe, C., Thiel, A. & Cachay, K. (2006). *Sozialkompetenz von Trainerinnen und Trainern im Spitzensport*. Köln: Sport und Buch Strauß.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Buser, K., Schneller, T. & Wildgrube, K. (2007). *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog* (6. Aufl.). München: Elsevier.
- Buzan, T. & Buzan, B. (2005). *Das Mind-Map-Buch* (3. Aufl.). München: Moderne Verlagsgesellschaft Mvg.
- Cachay, K. & Thiel, A. (2000). *Soziologie des Sports*. München: Weinheim.
- Cachay, K. & Thiel, A. (2002). Erziehung im und durch Sport in der Schule. Systemtheoretisch-konstruktivistische Überlegungen. In R. Voß (Hrsg.), *Die Schule neu erfinden: systemisch-konstruktivistische Annäherungen an Schule und Pädagogik* (S. 333-351). Neuwied: Luchterhand.
- Caraffa, A., Cerulli, G., Progetti, M., Aisa, G. & Rizzo, A. (1996). Prevention of anterior cruciate ligament injuries in soccer. A prospective controlled study of proprioceptive training. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 4 (1), 19-21.
- Caroll, J. (2000). Coping, social support, and injury: Changes over time and the effects of level of sports involvement. *Journal of sports rehabilitation*, 9 (2), 290-303.
- Chalmers, D. J. (2002). Injury prevention in sport: not yet part of the game? *British Journal of Sports Medicine*, 8, 22-25.
- Ciampi, L. (1997). *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cohen, M., March, J. G. & Olsen, P. (1990). Ein Papierkorb-Modell für organisatorisches Wahlverhalten. In J. G. March (Hrsg.), *Entscheidung und Organisation*. Wiesbaden: Gabler.
- Collinson, J. A. (2005). Emotions, Interaction and the Injured Sporting Body. *International Review for the Sociology of Sport*, 40 (2), 221-240.
- Crust, L. (2003). In the psychological adjustment to injury, what techniques work best in getting the athlete back to full activity? *Sports Injury Bulletin*, 27, 3-4.
- Curry, T. J. (1993). A Little Pain Never Hurt Anyone: Athletic Career Socialization and the Normalization of Sports Injury. *Symbolic interaction*, 16, 237-290.

- Dalton, S. E. (1992). Overuse injuries in adolescent athletes. *Sports Medicine*, 13 (1), 58-70.
- Dell, P. (1986). *Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie*. Dortmund: Verlag Modernes Leben.
- Delow, A. (2000). *Leistungssport und Biographie: DDR-Leistungssportler der letzten Generation und ihr schwieriger Weg in die Moderne*. Münster: LIT
- Digel, H. (1997). Citius, altius, fortius. Wohin treibt der olympische Spitzensport? In O. Gruppe (Hrsg.), *Olympischer Sport, Rückblick und Perspektiven* (S. 85-98). Schorndorf: Hofmann.
- Digel, H. (2002). Ist der Hochleistungssport verantwortbar? *Leistungssport*, 32 (1), 9-13.
- Digel, H., Burk, V. & Fahrner, M. (2006). *Die Organisation des Hochleistungssports. Ein internationaler Vergleich* Schorndorf: Hofmann.
- Donnelly, P. (2004). Sport and risk culture. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 29-58). Oxford: Elsevier Ltd.
- DOSB. (1998, 12. Mai). Begriffs- und Aufgabendefinitionen für die Sportmedizin im Spitzensport. Zugriff am 1. Juli 2007 unter http://www.dosb.de/fileadmin/fm-dsb/arbeitsfelder/leistungssport/Materialien/Medizin_Physio/4-Definitionen.pdf
- DOSB. (1999, 1. Januar). Die Konzeption des sportmedizinischen Untersuchungs- und Betreuungssystems. Zugriff am 1.07.07 2007 unter <http://dosb.de/fileadmin/fm-dsb/arbeitsfelder/leistungssport/Materialien/Medizin-Physio/1-Konzept-Sportmedizin.pdf>
- Drawer, S. & Fuller, C. W. (1999). Benchmarking the levels of injury support services available at english professional football clubs. *European Journal of Sport Management*, 6 (2), 34-47.
- Drawer, S. & Fuller, C. W. (2001). Propensity for osteoarthritis and lower limb joint pain in retired professional soccer players. *British Journal of Sports Medicine*, 35, 402-408.
- Drawer, S. & Fuller, C. W. (2002). Evaluating the level of injury in English professional football using a risk based assessment process. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 446-451.
- Eberspächer, H. (1987). *Handlexikon Sportwissenschaft*. Reinbeck: Rowohlt.
- Egle, U. T., Nickel, R., Schwab, R. & Hoffmann, S. O. (2000). Die somatoforme Schmerzstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (21), 1469-1473.
- Ekstrand, J., Gillquist, J. & Moller, M. (1983). Incidence of soccer injuries and their relation to training and team success. *American Journal of Sports Medicine*, 11 (2), 63-67.
- Ellis, J. L. & Gottlieb, J. E. (2007). Return-to-play decisions after cervical spine injuries. *Current Sports Medicine Reports*, 6 (1), 56-61.

- Emrich, E. (1996). Die sportmedizinische Betreuung an Olympiastützpunkten aus Athletensicht. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 47, 201-210.
- Emrich, E. (2005). Organisationstheoretische Besonderheiten des Sports. In C. Breuer & A. Thiel (Hrsg.), *Handbuch Sportmanagement* (S. 95-113). Schorndorf: Hofmann.
- Emrich, E., Fröhlich, M., Güllich, A. & Klein, M. (2004). Vielseitigkeit, verletzungsbedingte Diskontinuitäten, Betreuung und sportlicher Erfolg im Nachwuchsleistungs- und Spitzensport. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 55 (9), 237-242.
- Engelhardt, M. (1997). Begriffsdefinition. In M. Engelhardt, B. Hintermann & B. Segesser (Hrsg.), *GOTS-Manual Sporttraumatologie*. Bern: Huber.
- Enneper, J. (2008). Management von Verletzungen. *medical sports network*, 3, 68-69.
- Eriksson, E. (2000). Prävention von Sportverletzungen. Ein realistisches Ziel? *Der Orthopäde*, 29 (11), 969-971.
- Esposito, E. (1997a). Konstruktivismus. In C. Baraldi, G. Corsi & E. Esposito (Hrsg.), *Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Esposito, E. (1997b). Strukturelle Kopplung. In C. Baraldi, G. Corsi & E. Esposito (Hrsg.), *Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme* (S. 186-189). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Faller, H. & Lang, H. (2006). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (2 Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, T. & Kühnlein, I. (2000). Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktion von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8 (4), 137-154.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.
- Fessler, N. (2003). Verletzungskarrieren im Nachwuchsleistungssport: Individuelles Pech oder strukturelles Versagen? In K. Moegling (Hrsg.), *Über die Grenzen des Körpers hinaus. Überforderungen, Verletzungen und Schmerz im Leistungssport* (S. 108-135). Immenhausen bei Kassel: Prolog-Verlag.
- Fitschen, J. (2009, 31. März). Ein Nervengift als letzte WM-Chance. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*.
- Frey, J. H., Preston, F. W. & Bernhard, B. J. (2004). Risk and Injury: A Comparison of Football and Rodeo Subcultures. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: Sociological studies of sports-related injury* (S. 211-222). Oxford: Elsevier.
- Fuchs, W. (1984). *Biographische Forschung. Eine Einführung in Praxis und Methoden*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Fuller, C. W. & Drawer, S. (2004). The Application of Risk Management in Sport. *Sports Med*, 34 (6), 349-356.
- Fuller, C. W., Ekstrand, J., Junge, A., Andersen, T. E., Bahr, R., Dvorak, J., et al. (2006). Consensus Statement on Injury Definitions and Data Collection Procedures in Studies of Football (Soccer) Injuries. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 16 (2), 97-106.
- Fuller, C. W. & Hawkins, R. D. (1997). Developing a health surveillance strategy for professional footballers in compliance with UK health and safety legislation. *British Journal of Sports Medicine*, 31, 148-152.
- Galambos, S. A., Terry, P. C., Moyle, G. M. & Locke, S. A. (2005). Psychological predictors of injury among elite athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 351-354.
- Geffen, S. J. (2003). Rehabilitation principles for treating chronic musculoskeletal injuries. *Medical Journal of Australia*, 178 (5), 238-242.
- Gehrmann, R. M., Rajan, S., Patel, D. V. & Bibbo, C. (2005). Athletes' ankle injuries: diagnosis and management. *American journal of orthopedics*, 34 (11), 551-561.
- Grau, S., Baur, H. & Horstmann, T. (2003). Pronation in der Sportschuhforschung. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 54 (1), 17-24.
- Grupe, O. (2003). Über den gewandelten Sinn des Sports und neue Aufgaben der Sportmedizin. The altered meaning of sports and new challenges in sports medicine. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 54 (1), 6-11.
- Gugutzer, R. (2004). *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: Transcript.
- Hagglund, M., Walden, M. & Ekstrand, J. (2006). Previous injury as a risk factor for injury in elite football: a prospective study over two consecutive seasons. *Br J Sports Med*, 40 (9), 767-772.
- Hawkins, R. D. & Fuller, C. W. (1999). A prospective epidemiological study of injuries in four English professional football clubs. *British Journal of Sports Medicine*, 33, 196-203.
- Heim, E. & Willi, J. (1986). *Psychosoziale Medizin. Band 2: Klinik und Praxis*. Berlin: Springer.
- Heipertz, W. (1985). *Sportmedizin. Einführung für Ärzte, Lehrer, Trainer, Studenten und Sportler*. Stuttgart: Thieme.
- Hejl, P. (2005). Konstruktion der sozialen Konstruktion. Grundlinien einer konstruktivistischen Sozialtheorie. In H. von Foerster, E. von Glaserfeld, P. Hejl, S. J. Schmidt & P. Watzlawick (Hrsg.), *Einführung in den Konstruktivismus* (S. 109-146). München: Piper.
- Helal, B., King, J. & Grange, W. (1992). *Sportverletzungen*. New York: Thieme.

- Henke, T. (2006). Verletzungen im Profifußball - Epidemiologie und Aspekte der Prävention. In U. Bartmus, G. Jendrusch, T. Henke & P. Platen (Hrsg.), *In memoriam Horst de Mareés anlässlich seines 70. Geburtstages. Beiträge aus Sportmedizin, Trainings- und Bewegungswissenschaft* (S. 75-86). Köln: Sportverlag Strauß.
- Herring, S. A., Bergfeld, J. A., Boyd, J., Duffey, T., Fields, K. B., Grana, W. A., et al. (2002). The team physician and return-to-play issues: A consensus statement. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34 (7), 1212-1214.
- Hewett, T. E., Lindenfeld, T. N., Riccobene, J. V. & Noyes, F. R. (1999). The effect of neuromuscular training on the incidence of knee injury in female athletes: a prospective study. *Journal of Sports Medicine*, 27 (6), 699-706.
- Hinrichs, H.-W. (1986). *Sportverletzungen. Erkennen - Helfen - Vorbeugen*. Reinbeck: Rowohlt.
- Horak, C. & Heimerl, P. (2007). Management von NPOs - Eine Einführung. In C. Badelt, M. Meyer & R. Simsa (Hrsg.), *Handbuch der Nonprofit Organisation* (4. Aufl., S. 167-177). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Howe, P. D. (2004a). *Sport, professionalism and pain. Ethnographies of injury and risk*. London, New York: Routledge.
- Howe, P. D. (2004b). Welsh rugby union: pain, injury and medical treatment in a professional era. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 237-249). Oxford: Elsevier.
- Howe, P. D. (2006). The role of injury in the organization of Paralympic sport. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis* (S. 211-226). London, New York: Routledge.
- Huber, G., Kreutzer, P., Eder, U., Scherer, M. & Wohlfahrt, B. (2006). Olympische Winterspiele Turin - eine besondere Herausforderung für die medizinische Betreuung. *Leistungssport*, 36 (4), 25-28.
- Jakob, E., Huber, G. & Hörterer, H. (2002). Die medizinische Betreuung der Olympiamannschaft in Salt Lake City. *Leistungssport*, 32 (4), 37-42.
- Junge, A. (2000). The influence of psychological factors on sports injuries. Review of the literature. *The American Journal of Sports Medicine*, 28 (5), 10-15.
- Kent, M. (1994). *Wörterbuch Sportwissenschaft und Sportmedizin*. Wiesbaden: Limpert.
- Kettunen, J. A., Kujala, U. M., Kaprio, J., Koskenvuo, M. & Sarna, S. (2001). Lower-limb funktion among former elite male athletes. *The American Journal of Sports Medicine*, 29, 2-8.
- Kieserling, A. (1999). *Kommunikation unter Anwesenden: Studien über Interaktionssysteme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Kim, D. H. (1993). The Link between Individual and Organizational Learning. *Sloan Management Review*, 35 (1), 37-50.
- Kindermann, W., Engelhardt, M. & Eder, K. (2005). Sportmedizinische Betreuung bei Olympia 2004. *Leistungssport*, 35 (1), 34-37.
- Kissick, J. & Johnston, K. M. (2005). Return to play after concussion - Principles and practice. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 15 (6), 426-431.
- Klee, A. (2006). Zur Wirkung des Dehnungstrainings als Verletzungsprophylaxe. *Deutsche Zeitschrift für Sportwissenschaft*, 36 (1), 23-52.
- Kleinert, J. (2002). The stress-reinjury-model: A psychological approach to the explanation and prevention of reinjuries in sport. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 50 (2), 49-57.
- Kleinert, J. (2003a). Eigenwahrnehmung und Sportverletzung - Modelle und Erkenntnisse empirischer Sportpsychologie. In K. Moegling (Hrsg.), *Über die Grenzen des Körpers hinaus. Überforderungen, Verletzungen und Schmerz im Leistungssport* (S. 56-77). Immenhausen bei Kassel: Prolog-Verlag.
- Kleinert, J. (2003b). Verletzungspech - Wenn nicht nur der Körper streikt. In J. Kleinert (Hrsg.), *Erfolgreich aus der sportlichen Krise. Mentales Bewältigen von Formtiefs, Erfolgsdruck, Teamkonflikten und Verletzungen* (S. 55-92). München: BLV Verlagsgesellschaft.
- Kleinert, J. (2006). Psychologische Aspekte von Sportverletzungen. In M. Tietjens & B. Strauß (Hrsg.), *Handbuch der Sportpsychologie* (S. 279-286). Schorndorf: Hofmann.
- Kleinert, J. & Hermann, H.-D. (2007). Umgang mit Verletzungen aus sportpsychologischer Sicht. *Leistungssport*, 2007 (2), 43-49.
- Kleinert, J. & Liesenfeld, M. (2002). Interactions between athletes and sport injury rehabilitation personel in professional handball - An interview study. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 50 (2), 77-84.
- Knobloch, K. & Martin-Schmitt, S. (2006). Verhinderung von schwerwiegenden Muskelverletzungen durch ein prospektives Propriozeptions- und Koordinationstraining im Frauenfußballsport. *Leistungssport*, 36 (1), 26-29.
- Kohli, M. (1981). Wie es zur "biographischen Methode" kam und was daraus geworden ist. Ein Kapitel aus der Geschichte der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 10 (3), 273-293.
- Kotarba, J. A. (2004). Professional Athletes' Injuries: From Existential to Organisational Analyses. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 137-151). Oxford: Elsevier.

- Kruckis, H.-M. (1999). Abgründe des Komischen. Schlaglichter auf Luhmanns Humor. In T. M. Bardmann & D. Baecker (Hrsg.), *Gibt es eigentlich den Berliner Zoo noch?* (S. 47-52). Konstanz: UVK.
- Kuckartz, U. (2005). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kujala, U. M., Marti, P., Kaprio, J., Hernelahti, M., Tikkanen, H. & Sarna, S. (2003). Occurrence of chronic disease in former top-level athletes: Predominance of benefits, risks or selection effects? *Sports Medicine*, 33 (8), 553-561.
- L' Hermette, M., Polle, G., Tournoy-Chollet, C. & Dujardin, F. (2006). Hip passive range of motion and frequency of radiographic hip osteoarthritis in former elite handball players. *British Journal of Sports Medicine*, 40, 45-49.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Liston, K., Reacher, D., Smith, A. & Waddington, I. (2006). Managing pain and injury in non-elite rugby union and rugby league: A case study of players at a British university. *Sport in Society*, 9 (3), 388-402.
- Loland, S. (2006). Three approaches to the study of pain in sport. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis* (S. 49-62). London, New York: Routledge.
- Loland, S., Skirstad, B. & Waddington, I. (Hrsg.). (2006). *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis*. London, New York: Routledge.
- Luhmann, N. (1984a). *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1984b). Soziologische Aspekte des Entscheidungsverhaltens. *Die Betriebswirtschaft*, 44 (4), 591-603.
- Luhmann, N. (1994). Gesellschaft und ihre Organisationen. In H. K. Derken, K. Gerhardt & F. W. Schempf (Hrsg.), *Systemrationalität und Partialinteresse*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Luhmann, N. (1995). *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N. (1996). *Die Realität der Massenmedien*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft. Band 1*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (2000). *Organisation und Entscheidung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N. (2002). *Einführung in die Systemtheorie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Macharzina, K. & Wolf, J. (2005). *Unternehmensführung. Das internationale Managementwissen. Konzepte - Methoden - Praxis* (5. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.

- Magnusson, P. & Renström, P. (2006). The European College of Sports Sciences Position statement: The role of stretching exercises in sports. *European Journal of Sport Science*, 6 (2), 87-91.
- Maibaum, S., Braun, M., Jagomast, B. & Kucera, K. (2006). *Therapielexikon der Sportmedizin. Behandlung von Verletzungen des Bewegungsapparates* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Malcolm, D. (2006a). Sports medicine: A very peculiar practice? Doctors and physiotherapists in elite English rugby union. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis* (S. 165-181). London, New York: Routledge.
- Malcolm, D. (2006b). Unprofessional Practice? The Status and Power of Sport Physicians. *Sociology of Sport Journal*, 23, 376-395.
- Malcolm, D. & Sheard, K. (2002). "Pain in the assets": The effects of commercialisation and professionalisation on the management of injury in english rugby union. *Sociology of Sport Journal*, 19, 149-169.
- Mannheim, K. (1964). Beiträge zur Theorie der Weltanschauungsinterpretation. In K. Mannheim (Hrsg.), *Wissenssoziologie* (S. 91-154). Neuwied: o. V.
- Maturana, H. (1982). *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie*. Wiesbaden: Vieweg.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Menke, W. (1997). *Grundwissen Sportorthopädie/Sporttraumatologie*. Wiesbaden: Limpert.
- Messner, M. (1990). When Bodies are Weapons: Masculinity and Violence in Sport. *International Review for the Sociology of Sport*, 25, 203-220.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview* (S. 71-93). Opladen: Leske & Budrich.
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in fives. Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Moegling, K. (2003a). Zum Umgang mit Sportverletzungen bei jugendlichen Handballspielern - Ergebnisse aus der Grauzone zwischen bewegungskultureller Erlebnispädagogik und sportiver Körperdomestizierung. In K. Moegling (Hrsg.), *Über die Grenzen des Körpers hinaus. Überforderungen, Verletzungen und Schmerz im Leistungssport* (S. 154-202). Immenhausen bei Kassel: Prolog.
- Moegling, K. (Hrsg.). (2003b). *Über die Grenzen des Körpers hinaus. Überforderungen, Verletzungen und Schmerz im Leistungssport*. Immenhausen bei Kassel: Prolog-Verlag.

- Müller, H. (2008). *Mind Mapping* (3 Aufl.). Freiburg: Haufe.
- Münker, H., Gerlach, J., Henke, T. & Gläser, H. (1997). Handball. In M. Engelhardt, B. Hintermann & B. Segesser (Hrsg.), *GOTS-Manual Sporttraumatologie* (S. 303-308). Bern: o.V.
- Murphy, D. F., Connolly, D. A. & Beynnon, B. D. (2003). Risk factors for lower extremity injury: a review of the literature. *British Journal of Sports Medicine*, 37, 13-29.
- Nagel, S. (2008). Sind Sportvereine steuerbar? Zur begrenzten Rationalität bei Entscheidungsprozessen in Sportvereinen. In S. Braun & S. Hansen (Hrsg.), *Steuerung im Organisierten Sport* (S. 149-155). Hamburg: Czwalina.
- Nixon, H. L. (1992). A social network analysis of influences on athletes to play with pain and injury. *Journal of Sport and Social Issues*, 16, 127-135.
- Nixon, H. L. (1993). Accepting the risks of pain and injury in sport: mediated cultural influences on playing hurt. *Sociology of Sport Journal*, 10, 183-196.
- Nixon, H. L. (1994a). Coaches' Views of Risk, Pain, and Injury in Sport, With Special Reference to Gender Differences. *Sociology of Sport Journal*, 11, 79-87.
- Nixon, H. L. (1994b). Social pressure, social support and help seeking for pain and injuries in college sport networks. *Journal of Sport & Social Issues*, 18, 340-355.
- Nixon, H. L. (2004). Cultural, structural and status dimensions of pain and injury experiences in sport. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 81- 98). Oxford: Elsevier.
- Nohl, A.-M. (2001). *Migration und Differenzerfahrung. Junge Einheimische und Migranten im rekonstruktiven Millieuvergleich*. Opladen: Leske & Budrich.
- Nohl, A.-M. (2005). Dokumentarische Interpretation narrativer Interviews [Electronic Version]. *Bildungsforschung*, 2. Zugriff am 1.3.2009 unter <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2005-02/Interview>.
- Nohl, A.-M. (2008). *Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oevermann, U. (2000). Die Methode der Fallkonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In K. Kraimer (Hrsg.), *Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung* (S. 58-156). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Parsons, T. (1967). Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In A. Mitscherlich, T. Brocher, O. von Mering & K. Horn (Hrsg.), *Der Kranke in der modernen Gesellschaft* (S. 57-87). Köln: Kiepenheuer & Witsch.

- Parssinen, M. & Seppala, T. (2002). Steroid use and long-term health risks in former athletes. *Sports Medicine*, 32 (2), 83-94.
- Petrie, G. (1993). Injury from the athlete's point of view. In J. Heil (Hrsg.), *Psychology of sport injury* (S. 17-24). Champaign: Human Kinetics.
- Pike, E. C. J. (2004). Risk, Pain and Injury: A Natural Thing in Rowing? In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 151-162). Oxford: Elsevier.
- Pike, E. C. J. (2005). Doctors just say "rest and take ibuprofen". A critical examination of the role of 'non-orthodox' health care in women's sport. *International Review for the Sociology of Sport*, 40 (2), 201-219.
- Pike, E. C. J. & Maguire, J. A. (2003). Injury in women's sport: Classifying Key Elements of "Risk Encounters". *Sociology of Sport Journal*, 20, 232-251.
- Podlog, L. & Eklund, R. C. (2006). A longitudinal investigation of competitive athletes' return to sport following serious injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18 (1), 44-68.
- Podlog, L. & Eklund, R. C. (2007). The psychosocial aspects of a return to sport following serious injury: A review of the literature from a self-determination perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 8 (4), 535-566.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge*. Chicago: University of Chicago.
- Probst, G. & Büchel, B. (1998). *Organisationales Lernen. Wettbewerbsvorteil der Zukunft* (2. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Pschyrembel, W. (2007). *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch*. Berlin, New York: De Gruyter.
- Purdam, C. R., Fricker, P. A. & Cooper, B. (1995). Principles of treatment and rehabilitation. In J. Bloomfield, P. A. Fricker & K. D. Fitch (Hrsg.), *Science and medicine in sport* (2. Aufl., S. 246-263). Oxford: Blackwell Science.
- Renner, B. (2003). Risikokommunikation und Risikowahrnehmung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11 (3), 71-75.
- Renström, P. (1997). *Sportverletzungen und Überlastungsschäden. Prävention, Therapie, Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Richartz, A. (2000). *Lebenswege von Leistungssportlern: Anforderungen und Bewältigungsprozesse der Adoleszenz; eine qualitative Längsschnittstudie*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Roderick, M. (1998). The Sociology of Risk, Pain, and Injury: A Comment on the Work of Howard L. Nixon II. *Sociology of Sport Journal*, 15, 64-79.

- Roderick, M. (2004). English Professional Soccer Players and the Uncertainties of Injury. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 137-151). Oxford: Elsevier.
- Roderick, M. (2006). The sociology of pain and injury in sport: Main perspectives and problems. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis* (S. 17-33). London, New York: Routledge.
- Roderick, M., Waddington, I. & Parker, G. (2000). Playing hurt: managing injuries in English professional football. *International Review for the Sociology of Sport*, 35 (2), 165-180.
- Roessler, K. K. (2003). Sport und Schmerz - Eine Psychologie der Sportverletzung. In K. Moegling (Hrsg.), *Über die Grenzen des Körpers hinaus. Überforderungen, Verletzungen und Schmerz im Leistungssport* (S. 10-31). Immenhausen bei Kassel: Prolog-Verlag.
- Roessler, K. K. (2004). *Sport und Schmerz - ein sportpsychologischer Ansatz zur Schmerzforschung*. Immenhausen bei Kassel: Prolog-Verlag.
- Roessler, K. K. (2006). Sport and the psychology of pain. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis* (S. 34-48). London, New York: Routledge.
- Sabo, D. F. & Panepinto, J. (1990). Football Ritual and the Social Reproduction of Masculinity. In M. Messner & D. F. Sabo (Hrsg.), *Sport, Men, and the Gender Order: Critical Feminist Perspectives* (S. 115-126). Champaign: Human Kinetics.
- Safai, P. (2003). Healing the body in the "Culture of Risk": Examining the Negotiation of Treatment Between Sport Medicine Clinicians and Injured Athletes in Canadian Intercollegiate Sport. *Sociology of Sport Journal*, 20, 127-146.
- Safai, P. (2004). Negotiating with risk: exploring the role of the sports medicine clinician. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 269-286). Oxford: Elsevier.
- Schack, T. & Thiel, A. (2005). Gesprächsführung in Sportorganisationen. In C. Breuer & A. Thiel (Hrsg.), *Handbuch Sportmanagement* (S. 29-46). Schorndorf: Hofmann.
- Schein, E. H. (2003). *Organisationskultur*. Bergisch-Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Schimank, U. (1988). Biographie als Autopoiesis - Eine systemtheoretische Rekonstruktion von Individualität. In M. Kohli (Hrsg.), *Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende* (S. 55-73). Opladen: Leske & Budrich.
- Schimank, U. (2005). *Die Entscheidungsgesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Schmidt, S. J. (1991). Der Radikale Konstruktivismus. Ein neues Paradigma im interdisziplinären Diskurs. In S. J. Schmidt (Hrsg.), *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus* (S. 11-88). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Schmitt, H. (2006). Degenerative Gelenkerkrankungen nach Leistungssport. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 57 (10), 248-253.
- Schmitt, H., Friebe, C., Lemke, J. M., Thiele, J., Schneider, S. & Sabo, D. (2005). Verletzung und Spätschäden bei ehemaligen Hochleistungssportlern leichtathletischer Sprungdisziplinen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 56 (2), 34-38.
- Schreyögg, G. (2003). *Organisation: Grundlagen moderner Organisationsgestaltung* (4 Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13 (3), 283-293.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2004). Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In B. Strauß (Hrsg.), *Lehrbuch medizinische Psychologie und medizinische Soziologie* (S. 15-40). Göttingen: Hogrefe.
- Schwegler, H. & Roth, G. (1992). Steuerung, Steuerbarkeit und Steigerungsfähigkeit komplexer Systeme. In H. Bußhoff (Hrsg.), *Politische Steuerung: Steuerbarkeit und Steuerungsfähigkeit; Beiträge zur Grundlegendiskussion* (S. 11-50). Baden-Baden: Nomos.
- Seil, R., Rupp, S., Tempelhof, S. & Kohn, D. (1998). Sports Injuries in Team Handball: A One-Year Prospective Study of Sixteen Men's Senior Teams of a Superior Nonprofessional Level. *American Journal of Sports Medicine*, 26 (5), 681-687.
- Senge, P. M. (2003). *Die fünfte Disziplin: Kunst und Praxis der lernenden Organisation* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Shehard, K. (2006). Pain and injury in boxing: The medical profession divided. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis* (S. 127-143). London, New York: Routledge.
- Simon, F. B. (2006). *Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus*. Heidelberg: Carl Auer.
- Simon, F. B. (2007). *Einführung in die systemische Organisationstheorie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Simon, H. A. (1981). *Entscheidungsverhalten in Organisationen*. Landsberg am Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Singer, R. L. (2004). Pain and Injury in a Youth Recreational Basketball League. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 223-236). Oxford: Elsevier.
- Spengler, J. O., Connaughton, D. P. & Pittman, A. T. (2006). *Risk Management in Sport and Recreation*. Champaign: Human Kinetics.

- Spitzer, G. (2006). Sport and the systematic infliction of pain: A case study of state-sponsored mandatory doping in East Germany. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis* (S. 109-126). London, New York: Routledge.
- Staehele, W. H. & Conrad, P. (1999). *Management: Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive* (8. Aufl.). München: Vahlen.
- Steinmann, H. & Schreyögg, G. (2000). *Management. Grundlagen der Unternehmensführung; Konzepte, Funktionen, Fallstudien*. Wiesbaden: Gabler.
- Stichweh, R. (1990). Sport - Ausdifferenzierung, Funktion, Code. *Sportwissenschaft*, 20, 373-389.
- Thacker, S. B., Stroup, D. F., Branche, C. M., Gilchrist, J., Goodman, R. A. & Kelling, E. (2003). Prevention of knee injuries in sport: A systematic review of the literature. *Journal Sports Medicine an Physical Fitness*, 43 (2), 165-179.
- Theberge, N. (1997). "It's part of the game": Physicality and the production of gender in womens hockey. *Gender and Society*, 11, 69-87.
- Thiel, A. (2002). *Konflikte in Sportspielmannschaften des Spitzensports: Entstehung und Management*. Schorndorf: Hofmann.
- Thiel, A. (2003). *Soziale Konflikte*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Thiel, A., Breuer, C. & Mayer, J. (2008). Sportmanagement - Begriff und Gegenstand. In C. Breuer & A. Thiel (Hrsg.), *Handbuch Sportmanagement* (S. 8-21). Schorndorf: Hofmann.
- Thiel, A. & Cachay, K. (2003). Soziale Ungleichheit im Sport. In W. Schmidt, I. Hartmann-Tews & W.-D. Brettschneider (Hrsg.), *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht* (S. 275-296). Schorndorf: Hofmann.
- Thiel, A., Digel, H. & Mayer, J. (2007). Spitzensport und Gesundheit - Möglichkeiten und Grenzen eines erfolgreichen Gesundheitsmanagements. In B. f. Sportwissenschaft (Hrsg.), *BISp-Jahrbuch - Forschungsförderung 2006/07* (S. 269-274). Bonn: Bundesinstitut für Sportwissenschaft.
- Thiel, A. & Mayer, J. (2008). Besonderheiten des Managements von Sportvereinen. In S. Braun & S. Hansen (Hrsg.), *Steuerung im Organisierten Sport* (S. 130-148). Hamburg: Czwalina.
- Thiel, A., Mayer, J. & Digel, H. (2009). *Spitzensport und Gesundheit. Eine sozialwissenschaftliche Analyse*. Schorndorf: Hofmann.
- Thiel, A. & Meier, H. (2005). Besonderheiten der Personalführung in Sportorganisationen. In C. Breuer & A. Thiel (Hrsg.), *Handbuch Sportmanagement* (S. 15-28). Schorndorf: Hofmann.

- Thiel, A., Meier, H. & Cachay, K. (2006). *Hauptberuflichkeit in Sportvereinen. Voraussetzungen und Hindernisse*. Schorndorf: Hofmann.
- Thing, L. F. (2004). Scars on the Body: The Risk Management and Self-Care of Injured Female Handball Players in Denmark. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 195-210). Oxford: Elsevier
- Treutlein, G., Singler, A. & Arndt, N. (2003). Doping im Leistungssport - Über den Versuch, mit biomechanischer Manipulation die Grenzen des Körpers zu überschreiten. In K. Moegling (Hrsg.), *Über die Grenzen des Körpers hinaus. Überforderungen, Verletzungen und Schmerz im Leistungssport* (S. 203-221). Immenhausen bei Kassel: Prolog-Verlag.
- Uebelacker, P., Gebauer, M., Ziegler, M., Braumann, K.-M. & Ruegger, J. M. (2005). Verletzungen und Fehlbelastungen im Sport. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 8, 927-938.
- Van Mechelen, W., Hlobil, H. & Kemper, H. C. G. (1992). Incidence, severity, aetiology and prevention of sports injuries. A review of concepts. *Sports Medicine*, 14 (2), 82-99.
- Vogd, W. (2004). *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Vogd, W. (2005). *Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung*. Opladen: Barbara Budrich.
- von Eckardstein, D. & Simsa, R. (2007). Entscheidungsmanagement in NPOs. In C. Badelt, M. Meyer & R. Simsa (Hrsg.), *Handbuch der Nonprofit Organisation* (4. Aufl., S. 376-388). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- von Foerster, H. (1985). *Über das Konstruieren von Wirklichkeiten*. Braunschweig: Vieweg.
- von Foerster, H. (1988). Abbau und Aufbau. In F. B. Simon (Hrsg.), *Lebende Systeme* (S. 32-51). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- von Foerster, H. & Pörksen, B. (1998). *Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker*. Heidelberg: Carl Auer Systeme Verlag.
- Waddington, I. (2000). *Sport, health and drugs. A critical sociological perspective*. London, New York: E & FN Spon.
- Waddington, I. (2006). Ethical problems in the medical management of sports injuries: A case study of English professional football. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and ethical analysis* (S. 182-199). London, New York: Routledge.
- Waddington, I. & Roderick, M. (2002). The management of medical confidentiality in English professional football clubs: some ethical problems and issues. *British Journal of Sports Medicine*, 36 (2), 118-123.

- Waddington, I., Roderick, M. & Naik, R. (2001). Methods of appointment and qualifications of club doctors and physiotherapists in English professional football: some problems and issues. *British Journal of Sports Medicine*, 2001 (35), 48-53.
- Walden, M., Hagglund, M. & Ekstrand, J. (2005). UEFA Champions League study: a prospective study of injuries in professional football during the 2001-2002 season. *Br J Sports Med*, 39 (8), 542-546.
- Walk, S. R. (1997). Peers in Pain: The Experiences of Student Athletic Trainers. *Sociology of Sport Journal*, 14, 22-56.
- Walk, S. R. (2004). Athletic Trainers: Between Care and Social Control. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 251-268). Oxford: Elsevier
- Watzlawick, P. (1976). *Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn - Täuschung - Verstehen*. München: Piper Verlag.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. (11. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Weber, M. (1972). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: Mohr.
- Wegner, U. (2003). *Sportverletzungen: Symptome, Ursachen, Therapie* (2 Aufl.). Hannover: Schlütersche
- WHO. (2000). General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Zugriff am 4.8. 2008 unter http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf
- Wienold, H. (2007). Entscheidung. In W. Fuchs-Heinritz, R. Lautmann, O. Rammstedt & H. Wienold (Hrsg.), *Lexikon zur Soziologie* (4. Aufl., S. 166). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M. & Morrey, M. A. (1998). An Integrated Model of Response to Sport Injury: Psychological and Sociological Dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 46-69.
- Williams, J. M. & Andersen, M. B. (1998). Psychological antecedents of sport injury: Review and critique of the stress and injury model. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10 (5), 5-25.
- Willke, H. (1998). *Systemisches Wissensmanagement*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Willke, H. (1999). *Systemtheorie II: Interventionstheorie: Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Willke, H. (2001). *Systemtheorie III: Steuerungstheorie* (3. Aufl.). Stuttgart: Fischer.

- Willke, H. (2004). *Einführung in das systemische Wissensmanagement*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Willke, H. (2008). Zur Steuerungsproblematik von Organisationen. In S. Braun & S. Hansen (Hrsg.), *Steuerung im organisierten Sport* (S. 112-129). Hamburg: Czwalina.
- Witvrouw, E. (2004). Stretching and injury prevention - an obscure relationship. *Sports Medicine*, 34, 443-449.
- Witzel, A. (1985). Das Problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Asanger.
- Wolf, J. (2005). *Organisation, Management, Unternehmensführung. Theorien und Kritik* (2. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Young, K. (1993). Violence, risk and liability in male sports culture. *Sociology of Sport Journal*, 10 (4), 373-396.
- Young, K. (2004a). Sports-related Pain and Injury: Sociological Notes. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 1-28). Oxford: Elsevier.
- Young, K. (Hrsg.). (2004b). *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury*. Oxford: Elsevier.
- Young, K., Mc Teer, W. & White, P. (1994). Body Talk: Male Athletes Reflect on Sport, Injury and Pain. *Sociology of Sport Journal*, 11, 175-194.
- Young, K. & White, P. (1995). Sport, physical danger and injury: The experiences of elite women athletes. *Journal of Sport and Social Issues*, 19, 45-61.

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verletzung als individuelles und soziales Konstrukt.....	53
Abbildung 2: Idealtypische Entscheidungsprobleme im Verletzungsverlauf.....	64
Abbildung 3: Biografisches System Mapping zur mehrperspektivischen Rekonstruktion des Umgangs mit Verletzungen im Karriereverlauf von Spitzensportlern.....	136
Abbildung 4: Medizinische Behandlung und Betreuung im Spitzensport am Beispiel des eingesetzten Personals (vgl. Thiel, Mayer & Digel, 2009).	153
Abbildung 5: Verletzungsbiografie von Sven Wagner im Überblick.....	160
Abbildung 6: Verletzungsverläufe #1 bis #3 von Sven Wagner.....	162
Abbildung 7: Verletzungsverläufe #4 bis #8 von Sven Wagner.....	166
Abbildung 8: Umgang mit der bedeutsamsten Verletzung im Karriereverlauf von Sven Wagner	183
Abbildung 9: Zeitraum nach bedeutsamster Verletzung und aktuelle Situation von Sven Wagner	190
Abbildung 10: Grafische Darstellung des Bedeutungswandels potentiell gesundheitsrelevanter Maßnahmen (Grafik in Anlehnung an die Zeichnung des Athleten)	196
Abbildung 11: Verletzungsbiografie von Tina Frey im Überblick.....	212
Abbildung 12: Umgang mit der bedeutsamsten Verletzungsphase (Teil 1) im Karriereverlauf von Tina Frey	225
Abbildung 13: Umgang mit der bedeutsamsten Verletzungsphase (Teil 2) im Karriereverlauf von Tina Frey	241
Abbildung 14: Wohlbefinden, Trainingsintensität und Beschwerdegrad im Karriereverlauf von Tina Frey	245
Abbildung 15: Verletzungsbiografie von Tobias Kurz im Überblick.....	265
Abbildung 16: Verletzungsverläufe #1 bis #5 von Tobias Kurz.....	271
Abbildung 17: Umgang mit der bedeutsamsten Verletzung im Karriereverlauf von Tobias Kurz	290
Abbildung 18: Verletzungsverläufe #6 bis #8 von Tobias Kurz und Aktuelle Situation im Überblick	292
Abbildung 19: Verletzungsbiografie von Klaus Schneider im Überblick	308
Abbildung 20: Verletzungsverläufe #1 bis #5 von Klaus Schneider	310

Abbildung 21: Verletzungsverläufe #6 bis #10 von Klaus Schneider.....	311
Abbildung 22: Umgang mit der bedeutsamsten Verletzung im Karriereverlauf von Klaus Schneider.....	325
Abbildung 23: Spielbelastung und Verantwortung in Relation zu Verletzungsverläufen bei Klaus Schneider	330
Abbildung 24: Subjektive Verletzungsverläufe Typ 1: Chronische Beschwerden mit unsicherer Prognose und vollständiger Ausheilung.....	343
Abbildung 25: Subjektive Verletzungsverläufe Typ 2: Akute Beschwerden mit relativ gesichertem Befund und vollständiger Ausheilung	346
Abbildung 26: Subjektive Verletzungsverläufe Typ 3: Beschwerden mit unvorhergesehenen Abweichungen im Genesungsverlauf	349

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über die Fallzahlen der empirischen Untersuchung	143
---	-----