

Olympia 2000 – Rückblick und Ausblick

Die Sportmedizin ist vorrangig eine präventive und rehabilitative Medizin und könnte auch als Bewegungsmedizin bezeichnet werden. Unbestritten ist aber auch der Anspruch des Hochleistungssportlers auf eine umfassende sportmedizinische Betreuung. Das habe ich bereits 1987 in einem Editorial für diese Zeitschrift geschrieben und daran hat sich bis heute nichts geändert. Da die Tätigkeit im Spitzensport auch für die Medien interessant ist, tragen die dort tätigen Ärzte eine besondere Verantwortung für das Bild der Sportmedizin in der Öffentlichkeit. Jeder ist gehalten, nach bestem Wissen und Gewissen Medizin zu betreiben und nicht zum Schamannen zu werden.

In Sydney wurden 426 Sportler von 22 Ärzten und 34 Physiotherapeuten betreut. Die Zunahme der Anzahl der Sportarten gegenüber vorausgegangenen Olympischen Spielen erhöhte den Aufwand, da mehr Wettkampfstätten als früher betreut werden mussten. Nach meinen Beobachtungen wird der sportmedizinischen Betreuung seitens des Internationalen Olympischen Komitees (IOC) zunehmende Bedeutung beigemessen. Das Nationale Olympische Komitee für Deutschland (NOK) und der Bereich Leistungssport (BL) des Deutschen Sportbundes (DSB) gewähren seit Jahren jede Unterstützung, um eine sportmedizinische Versorgung mit hohem Standard zu gewährleisten.

Gegenüber früheren Olympischen Spielen war die medizinische Betreuung des deutschen Teams in Sydney mehr zentral ausgerichtet. Die Mannschaftsärzte der verschiedenen Verbände haben teilweise ihre Athleten in der medizinischen Zentrale, die sich in einem Container des deutschen Mannschaftsbüros befand, behandelt oder andere Ärzte unserer Olympiamannschaft konsultiert, wenn es um spezielle Probleme ging. Diese Art der Betreuung hat den Vorteil, dass die speziellen Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen der einzelnen Kollegen genutzt werden können. Analog der zunehmenden Spezialisierung in der klinischen Medizin ist auch ein Universal-Sportmediziner heute nicht mehr denkbar. Auch Sportler haben Anspruch auf eine bestmögliche Behandlung ihres speziellen Problems. Jeder sollte im Interesse der Athleten wissen, wann er den kollegialen Rat zu suchen hat.

Am häufigsten mussten Erkältungskrankheiten bzw. Infekte, die meist mit bronchitischen Beschwerden einhergingen, behandelt werden. Die besonderen klimatischen Bedingungen im ersten Frühlingsmonat September, insbesondere die wechselhaften Temperaturen und Niederschläge, haben wahrscheinlich zu dieser Situation beigetragen. Demgegenüber gab es keine Pollenallergien, wie im Vorfeld befürchtet worden war. Bei fast allen Athleten konnte die volle Wettkampftauglichkeit wiederhergestellt werden. Unter den Behandelten befanden sich auch mehrere Medaillengewinner. In der Leichtathletik gab es mehr Ausfälle als in anderen Sportarten, insbesondere aus orthopädischen Gründen. Für die Leichtathletik gilt inzwischen Ähnliches wie für den Pro-

fisfußball. Die Zunahme der Wettkampfhäufigkeit verkürzt die Regenerationszeiten, so dass Überlastungen mit nachfolgender erhöhter Verletzungs- und auch Erkrankungsanfälligkeit resultieren. Eine wohl überlegte Wettkampfplanung seitens der Athleten ist notwendig, um nicht durch vorzeitige Verschleißerscheinungen

Medaillen Chancen zu gefährden. Aber auch wir Ärzte müssen immer wieder, selbst wenn es häufig frustriert ist, mahnend den Finger erheben, denn wir dürfen uns nicht zu bloßen Reparateuren degradieren lassen.

Schließlich kommt man bei einem Rückblick auf Olympia am Thema Doping nicht vorbei. Ich persönlich werte die erstmals durchgeführten Trainingskontrollen zum Nachweis von EPO als wichtigen Schritt in der Dopingbekämpfung, obwohl aus verschiedenen Gründen spektakuläre Ergebnisse nicht zu erwarten waren. Für den Nachweis von Wachstumshormonen hätte man sich ähnliche finanzielle Anstrengungen gewünscht. Der Gebrauch von Beta-2-Agonisten scheint weit verbreitet zu sein und hat offensichtlich trotz Deklarationspflicht zugenommen. Im deutschen Olympiateam gebrauchten lediglich fünf Prozent Beta-2-Agonisten. Dieser Anteil liegt deutlich niedriger als die in der Literatur berichtete Häufigkeit von asthmatischen Beschwerden bei Sportlern.

Leider musste erstmals ein deutscher Olympiasieger wegen Dopings disqualifiziert werden. Die bei der Aufarbeitung dieses Falles erkennbare Polypragmasie steht exemplarisch für gewisse Tendenzen im heutigen Hochleistungssport. Die Athleten meinen, sie wären im Nachteil, wenn sie etwas nicht nehmen, was andere nehmen. Hinzu kommt, dass bestimmte Personen aus dem Umfeld verschiedene Präparate mit vermeintlich günstigen Wirkungen an die Athleten herantragen und diese damit an sich binden. Wir haben einen Punkt erreicht, an dem es Zeit wird, umzudenken, weil die in manchen Fällen praktizierte Substitution weder medizinisch noch rational nachvollziehbar ist und ein nicht unerhebliches Risiko durch mit Prohormonen kontaminierte Nahrungsergänzungsmittel besteht.

Als leitender Arzt des deutschen Olympiateams darf ich die überaus kollegiale Zusammenarbeit zwischen den Ärzten verschiedener Fachgebiete wie Allgemeinmediziner, Internisten, Orthopäden und den Physiotherapeuten besonders hervorheben. Die außergewöhnliche Gastfreundschaft und Hilfsbereitschaft der Australier hat die wenigen Engpässe gar nicht erst zum Problem werden lassen.



Prof. Dr. W. Kindermann, Saarbrücken, leitender Arzt der Deutschen Olympiamannschaft in Sydney