

Emrich E, Fröhlich M, Pitsch W

Medizinische Betreuungsleistung an den Olympiastützpunkten aus Athletenperspektive

Athletes point of view towards medical services at Olympic Training Centers

Sportwissenschaftliches Institut, Universität des Saarlandes, Saarbrücken

Zusammenfassung

Die medizinische Betreuung an Olympiastützpunkten ist im Spannungsfeld zwischen Leistungssteigerung und medizinischer Verpflichtung zur Gesunderhaltung des Sportlers angesiedelt. Untersucht wurde die medizinische und physiotherapeutische Betreuungsleistung und deren Beurteilung durch Bundeskaderathleten. 1999 wurden 1999 und im Jahr 2002 wurden 2008 A-, B-, C- und D/C-Kader befragt.

In der Nutzung überwiegen die Servicebereiche Physiotherapie, Laufbahnberatung/Umfeldmanagement und allgemeinmedizinische Betreuung. Der Physiotherapie und der allgemeinmedizinischen Betreuung wird ein höherer Stellenwert zugeschrieben als der orthopädischen und internistischen Betreuung. Insgesamt wurde die Qualität der medizinischen und physiotherapeutischen Betreuung mit gut bewertet, wobei A-Kader höhere Qualitätseinschätzungen abgaben. Mit der Häufigkeit, mit der die Bundeskader die ärztliche Betreuung am OSP nutzen können, waren die Befragten insgesamt zufrieden. Ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung der eigenen sportlichen Leistung und der Qualitätseinschätzung der medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsleistung konnte nicht festgestellt werden [$R = 0,08$; n. s.].

Aus Athletenperspektive wird die sportmedizinische Betreuung an den OSP sowohl als wichtiger Faktor wirksamer Betreuung als auch als notwendiger Versorgungsbereich zur Gesunderhaltung betrachtet.

Schlüsselwörter: Olympiastützpunkt, medizinische Betreuung, Qualität, Befragung, Leistungssport

Einleitung

Eine Verbesserung der sportmedizinischen Betreuung bundesdeutscher Kaderathleten war ein wesentlicher Grund für die Einrichtung von Olympiastützpunkten (im Folgenden: OSP; vgl. 9, 10; zusammenfassend 8). Eine beabsichtigte intensivere Nutzung leistungsdiagnostischer medizinischer Möglichkeiten zum Zweck der wirksameren Belastungssteuerung sollte helfen, die Leistungsentwicklung vor allem in sehr stark konditionsgeprägten Sportarten bzw. Disziplinen zu verbessern und gleichzeitig gesundheitliche Risiken einzuschränken. Weiteres Ziel war es, mittels intensiverer medizinischer Betreuung verletzungsbedingte Einschränkungen, sei es als Verhinderungen der Teilnahme an Wettkämpfen oder als „tote“ Zeit im Trainingsprozess (vgl. 3), zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Letztlich war somit das zentrale Ziel die Steigerung

Summary

The medical services at Olympic Training Centres aim on the one hand at increasing the performance of the athletes and on the other hand, they have to ensure the athletes' health. The study investigates the medical services and their evaluation by athletes.

A standardized combined longitudinal and cross sectional study was used to obtain data concerning the availability, the usage, and the frequency of usage of the services as well as a subjective assessment of quality and quantity of medical services and of physiotherapy. 1999 A-, B-, C-, and D/C-squad athletes were questioned in 1999, and 2008 of the above groups were questioned in 2002.

Concerning the frequency of usage the top-ranked services were physiotherapy, career counselling and general medical care. In general, physiotherapy and general medical care had a higher status than orthopaedic and internal medical care. On the whole, the quality of the medical and physiotherapeutic care was considered good. Especially the A-squad athletes gave higher ratings. According to the results, no relation between the subjective assessment of the individual athletic performance and the quality assessment of medical care [$R = 0,08$; n. s.] could be found. Sports medicine at Olympic Training Centres is considered to be a crucial factor of effective care and as essential for the protection of the athletes' health and their well-being too.

Key words: Olympic Training Centre, medical service, quality, questioning, competitive sports

der Leistungsfähigkeit und der langfristige Erhalt der Gesundheit von Spitzensportlern.

Die sportmedizinische Betreuung an den OSP liegt damit grundsätzlich im Spannungsfeld zwischen der leistungs- bzw. spitzensportlichen Praxis, deren Erkenntnisse nutzbringend für die „Leistungsproduktion“ eingesetzt werden sollen, und einer im Verhaltenskodex der Medizin implizit enthaltenen normativen Forderung nach Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit des Individuums, auch des Spitzensport treibenden. Der Sportmedizin kann damit unter Umständen gerade für die übliche Ausweitung von Trainings- und Wettkampfbelastungen im internationalen Spitzensport eine Art Stopp-Funktion zukommen, indem jene Handlungsorientierungen, die sich mehr oder weniger ausschließlich an der Siegerinnung bzw. Niederlagenvermeidung des Athleten ausrichten, in Umfang und/oder Intensität durch ärztlichen Hinweis reduziert werden bzw. belastungsverträglicher ge-

staltet werden. Das bedeutet, dass die Sportmedizin generell im Spannungsfeld zwischen instrumentalisierter Verwendung als bloßes Mittel im Sinne des *citius, altius, fortius* und der medizinischen, hypokratischen Verpflichtung zum aktuellen Wohl des Patienten und seiner langfristigen Erhaltung der Gesundheit steht.

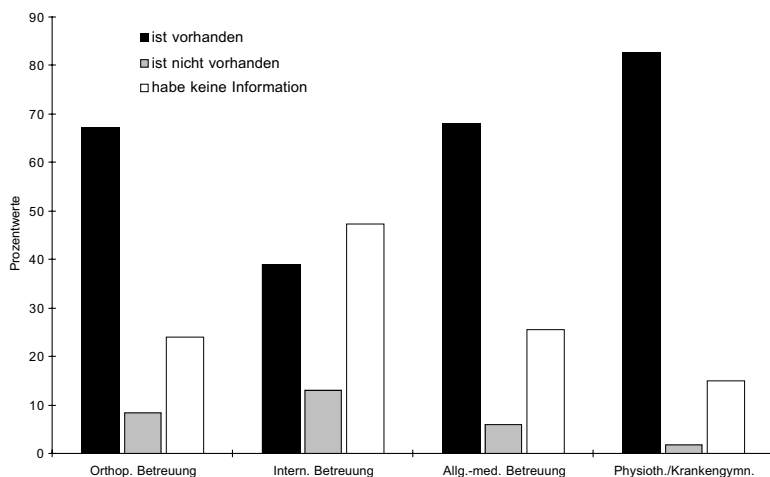


Abbildung 1: Wahrgenommenes Vorhandensein der verschiedenen medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsbereiche aus Athletensicht im Jahr 2002

Der Arzt ist somit kein Dienstleister im marktüblichen Sinn. Er kann die zur medizinischen Gesunderhaltung notwendigen Leistungen dem Leistungsempfänger gegenüber nicht verweigern und muss diese auf der Grundlage gesicherter Standards, eben *lege artis* erbringen. Ein berufsverbandlich organisiertes und gesetzlich verbrieftes Behandlungsmonopol ist das organisatorische Korrelat dazu. Eine hoch entwickelte, normative Eigenkontrolle sichert dabei die vorgeschriebenen inhaltlichen und ethischen Behandlungsstandards. Der Begriff Dienstleistung kennzeichnet somit die Formen medizinischer Leistungserbringung in der Interaktion von Arzt und Patient bzw. Athlet nicht passend (1). So setzt Dienstleistung theoretisch eine im Markt vorhandene, zumindest annähernd symmetrische Beziehung zwischen „Anbieter“ und „Käufer“ einer Leistung voraus und ist hier insofern nicht uneingeschränkt anwendbar (1, 4).

Die für den laienkompetenten Leistungsempfänger häufig nicht beurteilbare fachliche Qualität einer empfangenen medizinischen Leistung eröffnet naturgemäß der Wirkung der Präsentationsleistung ein weites Feld. Sportler erweisen sich in erstaunlich hohem Maße als anfällig für Behandlungsmethoden, die sich bei wissenschaftlicher Betrachtung eher als magische bzw. zumindest teilrationale Praktiken definieren lassen.

Problemstellung und theoretische Verortung

Die zentrale Frage im vorliegenden Beitrag lautet: Wie werden in Anspruch genommene medizinische und physiotherapeutische Leistungen am OSP von Athletinnen und Athleten wahrgenommen und wie können Informa-

tionen darüber zur Steuerung der Qualität der Leistungserbringung in diesem Bereich genutzt werden? Nicht berücksichtigt werden objektive, normative und instrumentelle Aspekte der Qualität in Anspruch genommener Leistungen sowie Fragen, wie sich äußere Umstände, insbesondere das Fehlen der Kassenzulassung, oder organi-

satorische Hindernisse auswirken. Des Weiteren kann im vorliegenden Beitrag die Frage, inwieweit niedergelassene Ärzte eine Rolle bei der Behandlung von Bundeskaderathleten spielen, nicht beantwortet werden. Die Frage etwa, welche Qualifikationen und Kompetenzen die Ersteller einer medizinischen Leistung am OSP kennzeichnen und jene, inwieweit die vorhandenen Fähigkeiten *lege artis*, also professionsgemäß, erstellt wurden, bleibt damit ebenfalls außen vor. Sie wäre folgerichtig auch nur von Professionsangehörigen zu beantworten. Auch die instrumentelle Dimension, also der Aspekt inwiefern eine Leistung den Erfordernissen, für die sie geschaffen wurde, entspricht, wird nur insofern berücksichtigt, als im Sinne des Organisationszwecks der OSP untersucht werden soll, ob die sportlich erfolgreicherer Athletinnen

und Athleten etwa nach ihren eigenen Angaben sportmedizinisch intensiver betreut werden bzw. ob die Leistungsentwicklung von Athleten, die medizinische Leistungen am OSP erhalten, positiver verläuft als diejenige der außerhalb dieser Betreuungseinrichtungen betreuten Sportler. Inwieweit in die Wahrnehmung der Athleten Aspekte dieser instrumentellen Dimension des Qualitätsbegriffes im Sinne eines Bewertungshintergrundes eingehen, kann nicht beurteilt werden.

Untersuchungsmaterial und Methodik

Forschungsgegenstand

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind die subjektiven Qualitätseinschätzungen bundesdeutscher, an OSP betreuten Kaderathleten bezüglich der in Anspruch genommenen medizinischen und krankengymnastischen Dienstleistungen.

Erhebungsinstrument und Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen einer Quer-/Längsschnittuntersuchung in den Jahren 1999 und 2002 wurden auf der Grundlage der Bundeskaderliste des Bereiches Leistungssport im Deutschen Sportbund die Kaderathleten standardisiert schriftlich befragt. Nach einleitenden Fragen (Berufs-/Ausbildungssituation, Betreuung am OSP, Wettkampfsituation, sportliche Erfolge, Erfahrung in anderen Sportarten etc.; zum Fragebogen siehe [8]), speziell zu Ergebnissen bezüglich der medizinischen Betreuung [7]) wurde das Vorhandensein der einzelnen Serviceleistungen aus Athle-

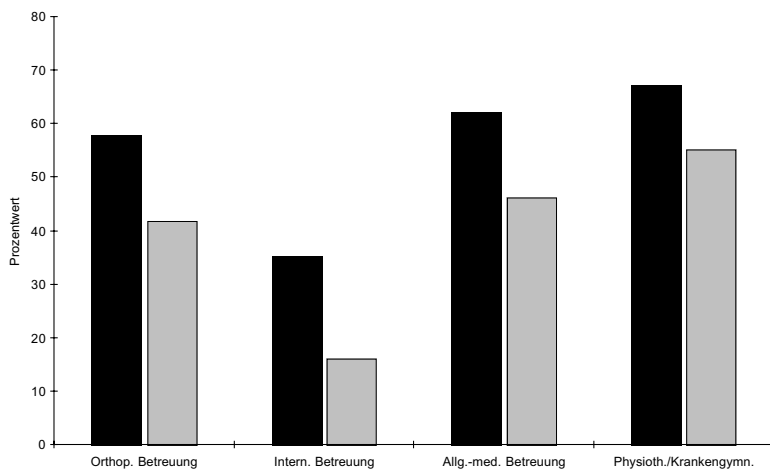


Abbildung 2: Nutzung der verschiedenen medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsleistungen im Jahre 2002.

Angaben in Prozent; Grundgesamtheit aller Athletinnen und Athleten, die angaben, dass die medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsbereiche am OSP vorhanden sind = linke Säule.

Grundgesamtheit aller Athletinnen und Athleten, die auf die Frage geantwortet haben = rechte Säule

tensicht, danach die Nutzung, Nutzungshäufigkeit bzw. Nutzungsstruktur sowie im Falle der Nicht-Nutzung, die Gründe dafür, abgefragt. Abschließend sollten die Befragten eine Qualitätseinschätzung bzgl. der einzelnen Servicebereiche auf einer jeweils 5fach-gestuften Skala von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“ und eine solche der Quantität der Betreuungsleistung der einzelnen Servicebereiche auf einer Skala von „ganz und gar nicht ausreichend“ bis „voll und ganz ausreichend“ abgeben. Dazu kamen wahrgenommene Veränderungen der persönlichen Betreuungsleistung seit Zugehörigkeit zum jeweiligen OSP. Das Untersuchungsinstrument stellt eine erweiterte Version des bereits 1990 und 1992 eingesetzten dar (vgl. 5, 8), das um Fragen zu Trainingsbelastungen und Kaderkarrieren sowie um eine spezifisch für den Bereich des Spitzensports angepasste IPC-Skala (11) ergänzt wurde.

Die Stichprobenerhebung erfolgte nach folgendem Muster: Nach Ermittlung der Gesamtpopulation und der Verteilung über die Sportarten und Kaderstufen wurde eine Zufallsauswahl im Umfang von 40 % der A-, B- und C-Kader gezogen. Aufgrund der niedrigeren Bedeutung für die Steuerung des Spitzensportfördersystems wurde von den D/C-Kader ein Anteil von 20 % der Grundgesamtheit zufällig ausgewählt. In der 1. Querschnittsuntersuchung im Jahre 1999 wurden 1999 Personen (34,3 % der Gesamtpopulation, A-Kader N = 311, B-Kader N = 528, C-Kader N = 760 und D/C-Kader N = 400), in der 2. Querschnittsuntersuchung im Jahre 2002 insgesamt 2008 Personen (32,4 % der Gesamtpopulation, A-Kader N = 260, B-Kader N = 540, C-Kader N = 784 und D/C-Kader N = 424) befragt. In beiden Querschnitten waren im Rücklauf die A-Kader und C-Kader über- und die D/C-Kader unter-

repräsentiert. Dies stellte jedoch kein Problem für die anschließende Interpretation dar, da der Schwerpunkt auf die höheren Kaderzugehörigkeiten ausgerichtet war (vgl. 6).

Methodenprobleme und Inkonsistenzen im Antwortverhalten

Beim Vergleich mehrerer Messzeitpunkte muss mit methodischen Problemen gerechnet werden. So können einerseits spezifische Gewöhnungs- und Sättigungseffekte zumindest bei längerfristig betreuten Athleten/Innen durch die mehrjährige Nutzung des OSP nicht ausgeschlossen werden. Um den mit der Mehrfachbefragung verknüpften Problemen bei längsschnittlich befragten Athleten zu begegnen, wurden 27 der insgesamt 54 in beiden Erhebungen antwortenden per Zufallsauswahl exklusiv der Stichprobe 1999 und 27 der Stichprobe 2002 zugeordnet. Eine gesonderte Auswertung des Längsschnitts ist an anderer Stelle

geplant. Im Sinne eines methodischen Problems können Inkonsistenzen im Antwortverhalten bei einzelnen Fragen auftreten. So kann bspw. eine Qualitätseinschätzung bzw. Nutzungshäufigkeit von Seiten der Athleten/Innen abgegeben werden, obwohl ein Servicebereich gar nicht genutzt bzw. die Fragen zum Vorhandensein mit „ist

Tabelle 1: Verteilung der Nutzung der verschiedenen medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsleistungen auf die einzelnen Kader.

Angaben in Prozent; Grundgesamtheit aller Antwortenden, Q1 = Querschnitt 1, Q2 = Querschnitt 2

Kader	Orthop. Betr.		Internist. Betr.		Allg.-med. Betr.		Physio./Krankengymn.	
	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1	Q2
A-Kader	40	43	16	21	47	42	66	68
B-Kader	41	41	15	20	52	48	56	69
C-Kader	38	47	13	13	47	54	58	64
D/C-Kader	31	39	10	13	42	39	45	39
Keine Angabe	37	35	19	16	49	48	52	52

nicht vorhanden“ oder „habe keine Information“ beantwortet wurde. Aus diesem Grund wurde die Konsistenz des Antwortverhaltens systematisch überprüft und alle Antwortenden mit Inkonsistenzen von der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen. An der einen oder anderen Stelle wird explizit auf dieses Phänomen hingewiesen (generell zum Problem von Fragebogenerhebungen und Antwortverhalten siehe [2] und/oder [13]).

Statistische Auswertung

Zur deskriptiven statistischen Auswertung wurden Mittelwerte und Standardabweichungen, Häufigkeitsverteilungen und Prozentangaben herangezogen. In der inferenzstatistischen Auswertung kamen Chi²-Tests sowie Korrelationsberechnungen nach Spearman zur Anwendung. Die Grenze für die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde bei p<0,05 festgelegt.

Untersuchungsergebnisse und Interpretation

Notwendigkeit und wahrgenommenes Vorhandensein der medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsleistungen aus der Sicht von Athleten

Auf die einleitende Frage nach dem Vorhandensein des Servicebereichs, also nach der generellen Verfügbarkeit am jeweiligen OSP in den Kategorien „ist vorhanden“, „ist nicht vorhanden“, „habe keine Information“, wurde im Jahr 2002 wie in Abbildung 1 dargestellt geantwortet. Be-

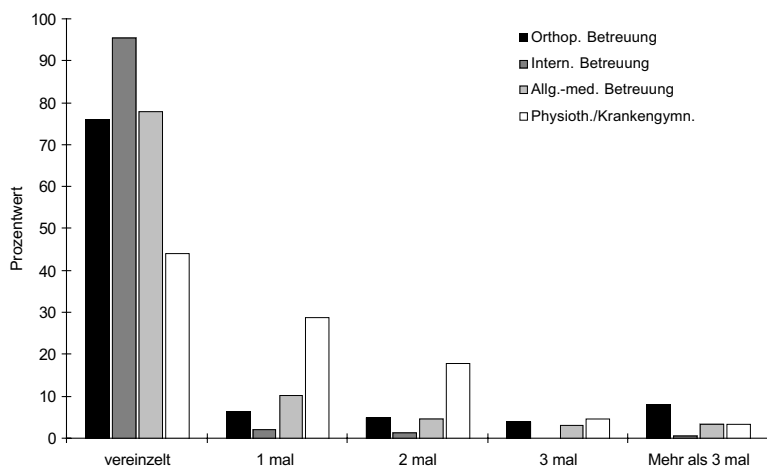


Abbildung 3: Nutzungshäufigkeit der verschiedenen medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsleistungen aus Athletensicht. (Grundgesamtheit aller Antwortenden; Orthop. Betreuung N = 375, Intern. Betreuung N = 137, Allg.-med. Betreuung N = 405, Physioth./Krankengymn. N = 527)

trachtet man die Gesamthäufigkeiten der Nutzung, so überwiegen im Kanon der Dienstleistungen der Olympiastützpunkte die Servicebereiche Physiotherapie/Krankengymnastik, Laufbahnberatung/Umfeldmanagement und allgemeinmedizinische Betreuung in beiden Querschnitten, während die psychologische Betreuung, die Ernährungsberatung und die internistische Betreuung jeweils deutlich weniger in Anspruch genommen werden. Die Nutzung der Betreuungsbereiche unterscheidet sich in beiden Querschnitten signifikant von einer Gleichverteilung (1. Querschnitt: $\chi^2 = 480,54$; $df=6$; $p<0,05$; 2. Querschnitt: $\chi^2 = 447,06$; $df=6$; $p<0,05$). Innerhalb der einzelnen Betreuungsbereiche sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten zu konstatieren, somit sind im Nutzungsverhalten der Kaderathleten hinsichtlich der einzelnen Betreuungsleistungen im Zeitraum zwischen den beiden Erfassungszeiträumen keine signifikanten Unterschiede zu erkennen.

Möglichkeit der Nutzung

Die Frage „Nutzen Sie die Möglichkeit der ärztlichen Betreuung am OSP?“ lieferte für den Querschnitt 2002 folgendes Bild (vgl. Abb. 2): Der Physiotherapie und der allgemeinmedizinischen Betreuung wird generell ein höherer Stellenwert zugeschrieben als der orthopädischen und internistischen Betreuung, und dies sowohl im Jahre 1999

als auch im Jahre 2002. In 42 % der Fälle wird von den befragten Bundeskaderathleten, die vom Vorhandensein dieses Bereiches wissen, die orthopädische Betreuung mit „genutzt“ angegeben. Im Zeitraum der beiden Befragungen hat sich das Nutzungsverhalten der Athleten hinsichtlich der medizinischen und physiotherapeutischen Serviceleistungen nicht verändert. Inwiefern sich die Nutzung des sportmedizinischen Bereiches für die verschiedenen Kader jeweils unterschied, zeigt Tabelle 1.

Die Verteilung der Nutzung der einzelnen betrachteten

Bereiche auf die Kader unterscheidet sich im ersten Querschnitt bei der Physiotherapie ($\chi^2 = 8,2$; $df=3$; $p<0,05$) und im zweiten Querschnitt bei der allgemeinmedizinischen Betreuung ($\chi^2 = 7,87$; $df=3$; $p<0,05$) sowie der Physiotherapie ($\chi^2 = 27,14$; $df=3$; $p<0,05$) signifikant. Die D/C-Kader nutzen in diesen Fällen die angebotenen Leistungen nicht so häufig wie die jeweils höheren Kader. In den anderen sportmedizinischen Betreuungsbereichen hat die Kadereinstufung keinen Einfluss auf das Nutzungsverhalten. Vergleicht man die Angaben der ersten mit denjenigen der zweiten Befragung, unterscheidet sich die Verteilung der Nutzung auf die einzelnen Kader signifikant bei der orthopädischen sowie bei der allgemein-medizinischen Betreuung (orthopädisch: $\chi^2 = 6,6$; $df=3$; $p<0,05$; allgemeinmedizinisch: $\chi^2 = 7,8$; $df=3$; $p<0,05$). Beide Bereiche werden zum Zeitpunkt der zweiten Befragung häufiger von den C-Kadern genutzt (vgl. Tab. 1).

Häufigkeit der Nutzung sportmedizinischer Betreuungsbereiche

Die Athleten wurden gefragt, ob sie die jeweilige Leistung „vereinzelt“ oder „regelmäßig“ nutzen, wobei „regelmäßig“ bedeutete: 1 mal pro Monat bis mehr als 3 mal pro Monat bei der ärztlichen Betreuung und 1 mal pro Woche bis mehr als 3 mal pro Woche bei der physiotherapeutischen bzw. krankengymnastischen Betreuung. Im sportmedizinischen Betreuungsbereich ist eine regelmäßige Nutzung empfehlenswert, um gezielt gesundheitlichen Problemen einzelner Sportler entgegenzuwirken. Es handelt sich bei der medizinischen Leistung um eine direkt am Körper des Athleten ansetzende Interventionsleistung, die auf Betreiben des Sportlers selbst hin erfolgt, wie auch mittelbar um eine Präventivleistung. In der „vereinzelt“ Nutzung der angebotenen Leistungen überwiegen erwartungsgemäß in der Gesamthäufigkeit die internistische und allgemeinmedizinische Betreuung. Regelmäßig wurde am häufigsten die Physiotherapie in Anspruch genommen. Der Stellenwert der internistischen Nutzungshäufigkeit liegt fachspezifisch eher im vereinzelt, denn im regelmäßigen Nutzen. Innerhalb der einzelnen medizinischen und physiotherapeutischen Leistungen sind keine signifikanten Veränderungen im Befragungszeitraum zu erkennen. Konsistenz in der Nutzungshäufig-

keit zeigte sich sowohl bei allen Antwortenden auf diese Frage, als auch bei denjenigen, die angaben, dass die ärztliche und physiotherapeutische Betreuung am OSP vorhanden sei und auch genutzt wird (vgl. Abb. 3).

Anpassung der sportmedizinischen Betreuung nach Verletzungen

Die Frage, ob im Verletzungsfall eines Sportlers die sportmedizinischen Leistungen an den Verlauf seiner gesundheitlichen Wiederherstellung/Rehabilitation angepasst wurde, kann als Hinweis auf die Flexibilität des sportmedizinischen Betreuungssystems gewertet werden und ist im Kontext der eingangs gemachten Bemerkungen zur Funktion sportmedizinischer Betreuung sowie zur Qualitätsverbesserung zu sehen. In der ersten Befragung gaben 65 % an, in den letzten zwei Jahren bis zum Erfassungszeitpunkt verletzt gewesen zu sein, in der zweiten Erhebung waren es entsprechend 67 % der Befragten. Den Athleten wurde die Frage gestellt, ob die ärztliche Betreuung und die Physiotherapie an ihrem OSP an die veränderte gesundheitliche Situation angepasst worden sei. Dabei hatten sie die Möglichkeit, auf einer Skala von -2 = „sehr schlecht“ bis +2 = „sehr gut“ ihre Antworten abzugeben. Die Kaderathleten zeigten sich sowohl mit der Anpassung an Verletzungen von Seiten der ärztlichen Betreuung ($0,48 \pm 1,17$; $N = 471$) als auch von Seiten der Physiotherapie ($0,89 \pm 1,16$; $N = 432$) zufrieden.

Differenziert betrachtet zeigte sich bei der Häufigkeitsverteilung innerhalb der ärztlichen Betreuung folgendes Antwortverhalten: 14,2 % ($N = 67$) der Athletinnen und Athleten bewerteten die Anpassung an Verletzungen bzw. Verschleißerscheinungen und/oder Erkrankungen als „sehr schlecht“ bzw. „schlecht“, 39,5 % ($N = 186$) antworteten im mittleren Bereich und 46,3 % ($N = 218$) beurteilen die Anpassung der ärztlichen Betreuung als „gut“ bzw. „sehr gut“. Weiterhin gaben 83,1 % der Befragten 2002 an, in den letzten zwei Jahren krank gewesen zu sein. In 73,8 % der Fälle wurde dabei das Training für eine Woche oder mehr reduziert bzw. ganz ausgesetzt.

Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme sportmedizinischer Leistungen

Nicht wenige Spitzensportler nehmen die sportmedizinischen Leistungen des OSP nicht regelmäßig oder gar nicht in Anspruch. Daher wurden sie aufgefordert, Gründe ihrer Nicht-Inanspruchnahme zu nennen. Durch deren Kenntnis sollte es in Zukunft möglich sein, im Bereich der Betreuung geeignete Interventionen zu treffen, um gegebenenfalls mehr Athleten in eine regelmäßige Betreuung einzubinden. Die angegebenen Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme können zweigeteilt werden: Nämlich in „strukturelle/organisatorische“ Gründe und in „individuelle“ Gründe.

Die „strukturell/organisatorischen“ Gründe beziehen sich hauptsächlich auf das Problem der Zeit-Wege-Kos-

ten, die ein Athlet hat, um einen OSP zu erreichen. „Individuelle“ Gründe beziehen sich auf die generelle Mündigkeit des Athleten und die Offenheit des Systems im Hinblick auf die Wahlfreiheit der Inanspruchnahme der Lei-

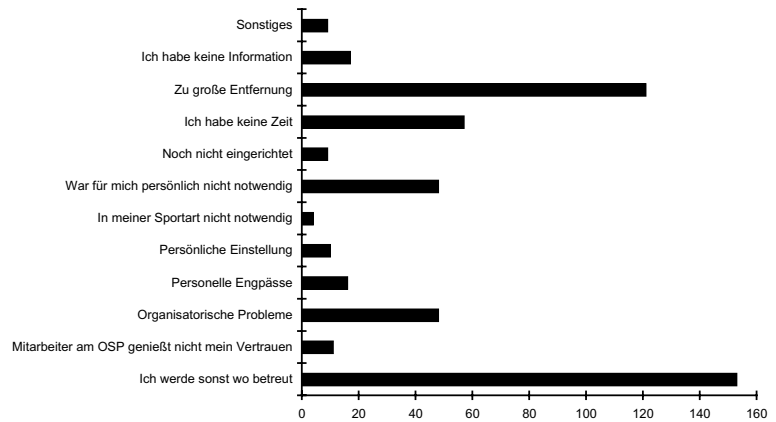


Abbildung 4: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme der Serviceleistung Physiotherapie am OSP im Jahre 2002 aus Athletensicht

stungen am OSP, d.h. auf die Freiheit der Selbstorganisation des Trainings bzw. auch des Umfeldes.

In beiden Querschnittsuntersuchungen nennen Athleten als häufigste Gründe der Nicht-Inanspruchnahme der ärztlichen Betreuung „ich werde sonst wo betreut“, „zu weite Entfernung“, „ich habe keine Information“ und „war für mich persönlich nicht notwendig“. Am seltensten genannt werden von den Spitzensportlern „individuelle“ Gründe wie „sportmedizinische Betreuung genießt nicht mein Vertrauen“, „personelle Engpässe“ und „persönliche Einstellung“ und „Sonstiges“.

In den einzelnen medizinischen Betreuungsangeboten gab es im Zeitraum der beiden Querschnitte signifikante Veränderungen bei der Nennung der Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme (orthopädisch: $\chi^2 = 70,02$; $df=11$; $p<0,05$; internistisch: $\chi^2 = 41,62$; $df=11$; $p<0,05$; allgemeinmedizinisch: $\chi^2 = 30,65$; $df=11$; $p<0,05$). Die Veränderungen der Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme lassen implizit auf insgesamt verbesserte organisatorische Voraussetzungen und eine deutlich ausgeprägtere Tendenz zur eigenbestimmten Selbstorganisation bei der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen schließen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Nicht-Inanspruchnahme der physiotherapeutischen Betreuung. So wurden auf Athletenseite bei der Nicht-Inanspruchnahme der Physiotherapie in der Mehrzahl als Gründe genannt: „ich werde sonst wo betreut“, „zu weite Entfernung“, „ich habe keine Zeit“ und „war für mich persönlich nicht notwendig“. Weniger häufig wurden genannt: „in meiner Sportart nicht notwendig“, „noch nicht eingerichtet“, persönliche Einstellung“ sowie „Physiotherapie/Krankengymnastik genießt nicht mein Vertrauen“. Zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten konnte keine statistisch signifikante Veränderung in der Nicht-Inanspruchnahme

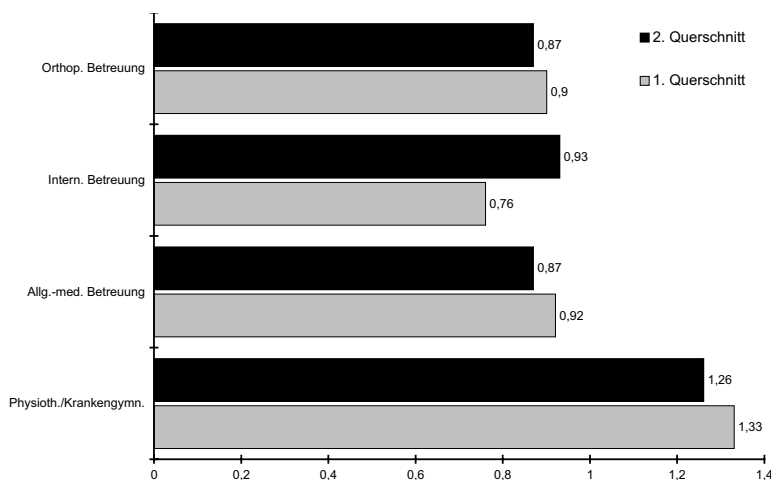


Abbildung 5: Beurteilung der Qualität der medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsleistung am OSP in den Jahren 1999 und 2002 (-2 = "sehr unzufrieden", +2 = "sehr zufrieden")

festgestellt werden. In Abbildung 4 sind die Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme der Physiotherapie und Krankengymnastik im Jahr 2002 dargestellt.

Wie sind Sie mit der Qualität folgender Betreuungsleistungen am OSP zufrieden?

Auf obige Frage sollten die Athletinnen und Athleten eine Qualitätseinschätzung der ärztlichen Betreuungsleistung und der Physiotherapie/Krankengymnastik in den Dimensionen von -2 = „sehr unzufrieden“ bis +2 = „sehr zufrieden“ geben. Dabei ist zu bedenken, dass es sich um eine auf der subjektiven Wahrnehmung der Athleten beruhende Angabe über die Qualität handelt, die vielfachen Einflüssen unterliegen kann (vgl. allgemein dazu 6).

Trotz dieser grundsätzlichen Bedenken gegen diese Messung kann man aber abschließend wohl davon ausgehen, dass die sich in einem entsprechenden Urteil zeigende Athleteneinstellung, häufig wohl auch begleitet von einer dazu konsistenten inneren Einstellung, eine gewisse Verhaltensdisposition für die Inanspruchnahme sportmedizinischer Leistungen mit sich bringt; wohlwissend dass auf individueller Ebene die Entkoppelung von Entscheidung, Reden und Handeln durchaus häufiger vorkommen kann (vgl. 12). Das bedeutet, dass der sportmedizinischen Betreuung i.d.R. mit einem Vertrauensvorschuss begegnet wird und so die Handlungs-Ergebnis-Erwartung der Athleten erfüllt wird. Insgesamt wurde die Qualität der medizinischen Betreuung sowie die der Physiotherapie mit „gut“ bewertet. Die Häufigkeitsverteilung der ärztlichen Betreuung zeigte eine eindeutige Rechtsverschiebung hin zu den Kategorien „zufrieden“ und „sehr zufrieden“.

Die entsprechenden Werte zur physiotherapeutischen Betreuung lagen jedoch höher als diejenigen zur qualitätsmäßigen Einschätzung der ärztlichen Betreuungsleistung (vgl. Abb. 5). Angesichts der Bedeutung von Laienkompetenz in diesem Bereich überrascht dieser Befund wenig. Krankengymnastische Betreuungen gehen gewöhnlich einher mit konkret beobacht- und empfind-

baren Leistungen am eigenen Körper des Athleten, darüber hinaus erfüllen die in diesem Bereich Tätigen nicht selten laienkompetent die psychohygienische Funktion des Beichtvaters bzw. der Beichtmutter oder gar einer Art Laienseelsorgers. Besonders die enge körperliche Nähe bei Behandlungen erleichtert im Sinne hoher Vertrautheit diese Funktion. Im Gegensatz dazu bleibt die medizinische Diagnose in ihren Hintergründen und Beurteilungsgrundlagen für den Athleten, abhängig von der Information durch den behandelnden Arzt, stets mehr oder weniger unzugänglich bzw. fremd.

Im Untersuchungszeitraum zeigte sich allerdings eine Zunahme in der Zufriedenheit mit der Qualität der internistischen Betreuung. Bezüglich der Qualitätsbeurteilung der orthopädischen, der allgemeinmedizinischen Betreuung sowie bei der Physiotherapie wurde 1999 eine höhere Bewertung vorgenommen.

Qualitätseinschätzung in Abhängigkeit von der Kaderstruktur

Betrachtet man die Qualitätseinschätzungen kaderspezifisch, dann fällt grundsätzlich eine Tendenz zu höheren Qualitätseinschätzungswerten bei A-Kadern gegenüber B-Kadern auf. Diese Einschätzung manifestiert sich sowohl für die medizinische Betreuungsleistung als auch für die Physiotherapie. Offensichtlich dient dies den B-Kadern als mögliche Neutralisierungstechnik angesichts geringerer sportlicher Erfolge und somit als selbstwertdienliche Attribuierung (vgl. 8). Bemerkenswert erscheint zudem, dass die D/C-Kader die medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsleistungen mit den niedrigsten Qualitätseinschätzungswerten bewerten (Abb. 6).

Häufigkeit der Nutzung und Qualitätseinschätzung

Mit der Häufigkeit, mit der die Athletinnen und Athleten die ärztliche Betreuung am OSP nutzen können, waren die Befragten insgesamt zufrieden. Auf den Dimensionen von -2 = „ganz und gar nicht ausreichend“ bis +2 = „voll und ganz ausreichend“ lagen die Mittelwerte und Standardabweichungen bei der 2. Querschnittsuntersuchung 2002 bei der orthopädischen Betreuung bei $0,69 \pm 1,32$, bei der internistischen Betreuung bei $0,57 \pm 1,36$, bei der allgemeinmedizinischen Betreuung bei $0,63 \pm 1,32$ und bei der Physiotherapie bei $0,57 \pm 1,43$. Diese Daten decken sich mit den Ergebnissen von Dingerkus et al. (3) zur sportmedizinisch-orthopädischen Untersuchung von Kaderathleten, welche eine hohe Akzeptanz seitens der Athleten im Sinne einer orthopädischen Grunduntersuchung feststellen konnten.

Zur weiteren Analyse der ärztlichen und physiotherapeutischen Betreuung wurde der Zusammenhang von Qualitätseinschätzung und Nutzungshäufigkeit untersucht. Das bedeutet, es sollte überprüft werden, inwieweit

die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit im Zusammenhang mit ausreichender bzw. unzureichender Betreuungshäufigkeit stehen. Im Einzelnen konnten folgende Zusammenhänge identifiziert werden: Orthop. Betr. [R = 0,50; p<0,05], intern. Betr. [R = 0,55; p<0,05], allg.-med. Betr. [R = 0,54; p<0,05] und Physioth./Krankengymn. [R

Möglichkeiten und Grenzen eines Qualitätsmanagements

Aus der Sicht der Athleten stellen die physiotherapeutische und krankengymnastische Betreuung und, mit geringfügig geringerem Stellenwert auch die allgemeinmedizinische Betreuung, offensichtlich Kerndienstleistungen der Olympiastützpunkte dar, die nicht nur den Athleten in der Mehrzahl bekannt sind, sondern auch von vielen Athleten intensiv genutzt werden. Diese Nutzungsstruktur geht einher mit einer guten Einschätzung der Qualität und der Nutzungsmöglichkeiten. Die genannten Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme geben Hinweise darauf, in welchen Bereichen durch Verbesserungen die Nutzung der sportmedizinischen Betreuung intensiviert werden könnte. So sind die am häufigsten genannten Gründe der Kategorie „strukturell-organisatorische“ Gründe zuzuordnen und sind damit aus der Sicht der Organisation prinzipiell tangibel (z.B. „Habe keine Information“). Allerdings müsste zunächst im einzelnen entschieden werden, ob eine Inanspruchnahme der sportmedizinischen Betreuung am Olympiastützpunkt einerseits aus inhaltlich-methodischen Gründen einer Inanspruchnahme an anderer Stelle überlegen und ob eine Verlagerung der Inanspruchnahme an den OSP nicht mit erhöhten Belastungen für die Sportler aufgrund zu hoher Zeit-Wege-Kosten verbunden wäre.

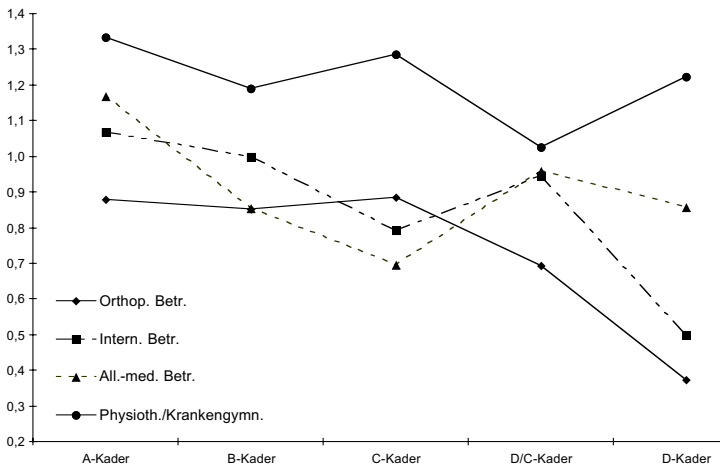


Abbildung 6: Beurteilung der Qualität der medizinischen und physiotherapeutischen Betreuung am OSP im Jahre 2002 in Abhängigkeit von der Kaderzugehörigkeit

= 0,46; p<0,05]. Die höchste Varianzklärung liegt bei der internistischen Betreuung mit ca. 30 % vor.

Innerhalb der medizinischen Qualitätseinschätzung konnten signifikante Zusammenhänge festgestellt werden: Orthop. Betr. vs. intern. Betr. [R = 0,80; p<0,05], orthop. Betr. vs. allg.-med. Betr. [R = 0,66; p<0,05] und intern. Betr. vs. allg.-med. Betr. [R = 0,82; p<0,05]. Ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung der eigenen sportlichen Leistung (-2 = „völlig unzufrieden bis +2 = sehr zufrieden“) und der Qualitätseinschätzung der medizinischen und physiotherapeutischen Betreuungsleistung konnte nicht festgestellt werden [R = 0,08; p>0,19].

Zur Überprüfung der Gesamteinschätzung der Befragten im Vergleich von Betreuung vor und nach Zugehörigkeit zum OSP diente die nachfolgende Frage: Wie hat sich Ihre persönliche Betreuungssituation seit Ihrer Zugehörigkeit zum OSP verändert? Die Antwortskala reichte dabei von -2 = „stark verschlechtert“ bis +2 = „stark verbessert“, 0 = „unverändert“. Die höchste Verbesserung konnte in der Querschnittsuntersuchung 2002 innerhalb der Physiotherapie $0,65 \pm 0,94$ festgestellt werden. Die weitere Rangfolge bezog sich auf die allgemeinmedizinische Betreuung $0,33 \pm 0,74$, die orthopädische Betreuung $0,28 \pm 0,76$ und die internistische Betreuung $0,17 \pm 0,61$. Die internistische Betreuung stuften die Athleten in der Gesamteinschätzung zwar mit der geringfügigsten Verbesserung ein, jedoch zeigte sich eine signifikante Veränderung bezüglich der persönlichen Betreuungssituation beider Befragungszeiträume im Sinne einer Verbesserung. Insgesamt lagen die Qualitätswerte jedoch schon deutlich im positiven Bereich.

Vor einer Qualitätssteuerung im Sinne von zielgerichteten Eingriffen in die Organisation der Leistungen wäre also zunächst zu klären, ob die nach individuellen Präferenzen erfolgenden Muster der Nutzung nicht einer verordneten Nutzung überlegen wäre.

Literatur

1. Bette KH: Wissenschaftliche Beratung des Sports: Möglichkeiten, Grenzen, Voraussetzungen. Sportwissenschaft 26 (1996) 9-28.
2. Bortz J, Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin/Heidelberg, 1995.
3. Dingerkus ML, Hampl N, Öttl G, Primbs J, Riel KA: Sportmedizinisch-orthopädische Untersuchung von Kaderathleten: eine statistische 4-Jahres-Analyse, in: Kindermann W, Schwarz L (Hrsg.): Bewegung und Sport - eine Herausforderung für die Medizin. CIBA-GEIGY Verlag, Wehr, 1995, 286.
4. Emrich E, Pitsch W, Papathanassiou V: Die Sportvereine. Ein Versuch auf empirischer Grundlage. Schorndorf, Hoffmann 2001.
5. Emrich E, Pitsch W, Wadsack R: Olympiastützpunkte zwischen Zentralisierung und Dezentralisierung. Spitzensportförderung in Deutschland. Sportwissenschaft 24 (1994) 151-166.
6. Emrich E, Pitsch W, Fröhlich M, Güllich A: Olympiastützpunkte aus Athletensicht - exemplarische Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Leistungssport 34 (2004) 41-49.
7. Emrich E: Die sportmedizinische Betreuung an Olympiastützpunkten aus Athletensicht. Dtsch Z Sportmed 47 (1996) 201-210.
8. Emrich E: Zur Soziologie der Olympiastützpunkte. Eine Untersuchung zur Entstehung, Struktur und Leistungsfähigkeit einer Sportförderorganisation. Schors-Verlag, Niedernhausen, 1996.

9. *Keul J*: Olympiastützpunkte. Anforderungen an den wissenschaftlichen Service. Teil 1: Medizin und Leistungsphysiologie. Leistungssport 17 (1987) 9-11.
10. *Kindermann W, Huber G, Hartogh H, Ziegler J*: Die sportmedizinische Betreuung der deutschen Olympiamannschaft in Sydney. Leistungssport 31 (2001) 16-19.
11. *Pitsch W, Schlattmann A, Hackfort D*: Zwischen der Scylla der breitgefächerten Anwendbarkeit und der Charybdis einer am Handlungsfeld orientierten Spezifität: Die Entwicklung eines spitzensportspezifischen Instruments zur Diagnose der Kontrollüberzeugung, in: *Strauß B* (Hrsg.): Expertise im Sport. Lehren-Lernen-Leisten. Strauß, Köln 2002, 133-134.
12. *Renner B, Schwarzer R*: Gesundheit: Selbstschädigendes Handeln trotz Wissen, in: *Mandl H, Gerstenmaier J* (Hrsg.): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze. Hogrefe, Göttingen, 2000, 25-50.
13. *Schnell R, Hill P, Esser E*: Methoden der empirischen Sozialforschung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München/Wien, 1999.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Eike Emrich
Universität des Saarlandes
Sportwissenschaftliches Institut
Universität Campus Gebäude 39.3
66123 Saarbrücken
E-mail: e.emrich@mx.uni-saarland.de