

Aus dem Institut für experimentelle Medizin
Fachbereich Medizinethik
(Kommissarische Leitung: Dr. Annette Rogge)
im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

**Zwischen Patientenwohl und Leistungsdruck –
Ethische Konflikte in der Arzt-Patienten-Beziehung
im professionellen Leistungssport –
Eine Fragebogenstudie**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von
Patrik Thorhauer
aus Eckernförde
Kiel 2019

1. Berichterstatter*in: Prof. Dr. Alena Buyx, Institut für Experimentelle Medizin Technische Universität München

2. Berichterstatter*in: Prof. Dr. Andreas Seekamp, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Tag der mündlichen Prüfung: 14.12.2020

Zum Druck genehmigt, Kiel, den 04.09.2020

gez.: Prof. Dr. Johann Roider

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-------|
| Abbildungsverzeichnis | I |
| Grafikverzeichnis | II |
| Tabellenverzeichnis | II |
| Abkürzungsverzeichnis | III |
| 1 Einleitung – Erkenntnisinteresse und Herleitung der Forschungsfrage | 1 |
| 2 Theoretische Grundlagen und Definitionen | 4 |
| 2.1 Arzt-Patienten-Beziehung | 4 |
| 2.2 Entwicklung und Einteilung der Sportmedizin | 6 |
| 2.3 Der professionelle Leistungssport | 7 |
| 2.4 Aufgaben, Anforderungen, Herausforderungen und Besonderheiten in der Arzt-Patienten- Beziehung im professionellen Leistungssport | 8 |
| 2.5 Zwischenfazit | 13 |
| 3 State of the art - Ethische Konflikte in der Leistungssportmedizin | 13 |
| 3.1 Internationale Arbeiten | 13 |
| 3.2 Nationale Arbeiten | 21 |
| 3.3 Bestehende Codes, Leitlinien und Richtlinien | 23 |
| 3.4 Zwischenfazit State of the art | 27 |
| 4 Methoden | 28 |
| 5 Ergebnisse | 32 |
| 6 Diskussion | 48 |
| 7 Zusammenfassung | 52 |
| Quellenverzeichnis | IV |
| Anhang - Fragebogen | VIII |
| sport inside Sendemanuskript | XV |
| Code of Ethics (FIMS) | XXI |
| Gesamtergebnisse der Erhebung in tabellarischer Darstellung | XXV |
| Präsentationen Kongresse DOSB Tagung Oberursel 2014 und BasketDocs Ulm 2015 | LXIII |
| Präsentationen Kongresse Sportmedizin Berlin 2015 und Handball-Ärzte Minden 2016 .. | LXX |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1 Themenkomplex I: Arbeitssituation. | 29 |
| Abbildung 2 Themenkomplex II: Verantwortung und Ethik. | 29 |
| Abbildung 3 Themenkomplex III: Potentielle Konflikte. | 30 |
| Abbildung 4 Themenkomplex IV: Schweigepflicht und Aufklärung. | 30 |
| Abbildung 5 Angabe der Facharztausbildungen der Befragten (Frage 2). | 33 |
| Abbildung 6 Anstellungsverhältnis der Befragten in absoluten Zahlen (Frage 3). | 34 |
| Abbildung 7 Berufserfahrung der Befragten in absoluten Zahlen (Frage 4). | 35 |
| Abbildung 8 Kenntnisse zu Leitlinien/Richtlinien zum ethischen Handeln (Frage 7). | 35 |
| Abbildung 9 Wunsch nach Leitlinien (Frage 9). | 36 |
| Abbildung 10 Konflikt zwischen Gesundheit und Leistungsanforderungen des Athleten (Frage 10). | 37 |
| Abbildung 11 Konflikt zwischen Gesundheit und Leistungsanforderungen des Athleten (Frage 10). | 37 |
| Abbildung 12 Schutz vor Schaden (Frage 12). | 38 |
| Abbildung 13 Schutz vor Schaden (Frage 12). | 38 |
| Abbildung 14 Infragestellung der Behandlungsentscheidung (Frage 13). | 39 |
| Abbildung 15 Infragestellung der Behandlungsentscheidung (Frage 13). | 39 |
| Abbildung 16 Infragestellung der Behandlungsentscheidung (Frage 14). | 40 |
| Abbildung 17 Bestehen von Interessenskonflikten (Frage 15). | 40 |
| Abbildung 18 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 16). | 41 |
| Abbildung 19 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 16). | 42 |

| | |
|--|----|
| Abbildung 20 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 17)..... | 42 |
| Abbildung 21 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 18) in absoluten Zahlen. . | 43 |
| Abbildung 22 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 19)..... | 44 |
| Abbildung 23 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 19)..... | 44 |
| Abbildung 24 Konflikt mit Schweigepflicht (Frage 20)..... | 45 |
| Abbildung 25 Konflikt mit Schweigepflicht (Frage 20)..... | 45 |
| Abbildung 26 Unvollständige Aufklärung (Frage 23)..... | 46 |
| Abbildung 27 Unvollständige Aufklärung (Frage 23)..... | 46 |
| Abbildung 28 Unvollständige Aufklärung (Frage 24)..... | 47 |

Grafikverzeichnis

| | |
|---|----|
| Grafik 1 Umfeld eines NFL-Spieler (Cohen et al.2016)..... | 11 |
|---|----|

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1 Geschlechtsangaben Population. | 33 |
| Tabelle 2 Zusatzbezeichnungen der Befragten..... | 33 |

Abkürzungsverzeichnis

DFB: Deutscher Fußball Bund

DGSP: Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention

DOSB: Deutscher Olympischer Sportbund

FIMS: Fédération Internationale de Médecine du Sport

NADA: Nationale Antidoping Agentur

NFL: National Football League

WADA: Welt Antidoping Agentur

1 Einleitung – Erkenntnisinteresse und Herleitung der Forschungsfrage

„Muss ein Leistungssportler vor medizinischen Eingriffen in ähnlicher Weise aufgeklärt werden wie ein Normalbürger?“ (Spiegel-Online). Gelten in der Welt des Spitzensports besondere Regeln für die Bewertung von Behandlungsmethoden (vgl. ebd.)? Befinden sich Sportärzte bei der Betreuung ihrer Patienten gar in einer Grauzone (Frankfurter Rundschau)? Welche Rolle spielt das Vertrauen zwischen behandelndem Arzt und betreutem Sportler für die Behandlung (vgl. ebd.)? Fragen wie diese, hier massenmedial im Zusammenhang mit der Anklage des Mannschaftsarztes der deutschen Handballnationalmannschaft im Jahr 2013 gestellt¹, verweisen auf eine komplexe medizin-ethische Debatte, an die die vorliegende Arbeit mit ihrer empirischen Befragungsstudie anknüpft.

Wie durch jede Arzt-Patienten-Interaktion entsteht im professionellen Leistungssport eine Arzt-Patienten-Beziehung, innerhalb derer sich stets auch ethisch geprägte Fragen nach Verantwortung, Verpflichtungen, Rechten, Entscheidungsgewalt, Einflussnahme und Interessenskonflikten stellen. Interessant erscheint, ob das Verhältnis zwischen Arzt und einem ‚übergesunden‘ extrem leistungsfähigen Patienten, deren Betreuung nicht nur medizinische Vorsorge oder Leidensminderung, sondern darüber hinaus auch eine Leistungsoptimierung mit dem Ziel des „Medaillengewinns“ vorsieht, besondere ethische Konflikte beinhaltet.

Ist es gar so, wie Caplan et al. (2016) mit Bezug auf Cohen et al. schreiben: „The best way, morally, to handle conflicts of interest is to create roles that do not overlap. Each player in the NFL [...] should be required to have his own doctor – someone the athlete pays and who has no connection to a league or team.“?

Zwei exemplarisch gewählte Fälle sollen an dieser Stelle die Relevanz der Thematik und den schmalen Grat zwischen ‚heldenhaften‘ Siegeregeschichten und medizinisch fragwürdigen Entscheidungen verdeutlichen:

2010, die slowenische Ski-Langläuferin Petra Madjic stürzt beim Aufwärmen zum Klassensprint der Olympischen Winterspiele in Vancouver schwer. Trotz vierfacher Rippenfraktur und, erst im Nachhinein diagnostiziertem, Pneumothorax startet die Sportlerin in der Qualifikation und gewinnt die Bronzemedaille (McNamee 2014).

¹ Holger Glandorf erhielt im Jahr 2012 bei einem Länderspiel der deutschen Handballnationalmannschaft im Hotelzimmer vom Mannschaftsarzt des deutschen Handballbundes (DHB) eine Cortisoninjektion in den Schleimbeutel der Ferse. Hierbei infizierte sich Holger Glandorf mit einem multiresistenten *Staphylococcus aureus* Keim (MRSA) und musste sich in Folge vier Operationen unterziehen (vgl. Spiegel-Online).

2013, im März erklärte der deutsche Eishockeyspieler Stefan Ustorf als Folge eines Schädel-Hirn-Traumas sein Karriereende. Dass Ustorf sich bereits eine Woche zuvor eine Gehirnerschütterung zuzog erkannten die Mannschaftsärzte erst im Nachhinein. Noch ein Jahr später leidet Ustorf an den Auswirkungen der schweren Verletzung (Sendungsskript SPORT INSIDE).

Auf das gravierende Ausmaß von Verletzungen im professionellen Leistungssport verweist der jährlich erscheinende Sportreport der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft aus dem Jahr 2018. Die Untersuchung ergab, dass im Fußball die Verletzungsquote bei 2,7 Verletzungen pro Spieler im Jahr, im Eishockey bei 2,3 Verletzungen pro Spieler im Jahr, beim Basketball bei 2,0 Verletzungen pro Spieler im Jahr und im Handball sogar bei 2,8 Verletzungen pro Spieler pro Jahr lag (vgl. vbg.de). Diese Zahlen machen deutlich, weshalb Mediziner einen festen Bestandteil des professionellen Leistungssports bilden (vgl. Meyer et al. 2014). Keiner der auf professioneller Ebene aktiven Vereine oder Verbände verzichtet auf eine eigene medizinische Betreuung ihrer Sportler – nicht zuletzt, weil der verletzungsbedingte Ausfall eines Sportlers erhebliche (finanzielle) Folgen für Verein, Verband sowie den Sportler selbst nach sich ziehen kann. So arbeiten Vereine wie der in Deutschland 2016/17 mit 640 Millionen Euro umsatzstärkste Fußballverein Bayern München mit mehreren Ärzten gleichzeitig zusammen. Sie stellen ihren Sportlern eine medizinische Versorgung zur Verfügung, die mit den modernsten und fortschrittlichsten Methoden schnellstmöglich zu einer Diagnose kommen und anschließend eine geeignete Therapie finden soll (vgl. Spiegel-Online). Insgesamt ist festzustellen, dass die medizinische Betreuung von Profisportlern generell durch eine engmaschige Überwachung sowie hohe diagnostische und finanzielle Ressourcen zur Erhaltung der Gesundheit und der Optimierung der Leistungsfähigkeit der Sportler gekennzeichnet ist. Murray (2018) beschreibt Sport als „a celebration of the wonderful variety of human talents, along with the dedication individuals bring to perfecting those talents. Sport is not a morality contest meant to reward only the most virtuous.“ Insbesondere diese „Perfektionierung der Talente“ spielt im professionellen Leistungssport eine immens wichtige Rolle. Dies jedoch nicht nur durch die persönliche Anstrengung und Aufopferungsbereitschaft des Sportlers, sondern eben auch und insbesondere durch den Einsatz hochtechnologisierter Methoden sowie modernster medizinischer Hilfsmittel. Eine Besonderheit im professionellen Leistungssport stellt zudem die Tatsache dar, dass Diagnosen und Therapien nicht immer nur im Arztzimmer gestellt und durchgeführt werden, sondern diese beispielsweise an die Seitenlinie des Spielfeldes verlegt werden (vgl. Hollmann 2009). Der behandelnde Mediziner muss hierbei seinen Patienten in kürzester Zeit untersuchen, beurteilen und daraus eine Entscheidung für das weitere Vorgehen treffen. In diesem Rahmen

werden auf der Bühne des massenmedial begleiteten Profisports nach Verletzungen mitunter umstrittene Entscheidungen getroffen. Zum Teil mit gravierenden gesundheitlichen Risiken und Konsequenzen für die betroffenen Sportler, wie die angeführten Beispiele zeigen.

Vor dem Hintergrund der institutionellen Einbindung der Mannschaftsärzte sowie der häufig unter Zeitdruck und öffentlich zu fällenden Entscheidungen, stellt sich die Frage, welche Faktoren von betreuenden Ärzten herangezogen werden, um die Wettkampffähigkeit ihrer Patienten zu beurteilen. Im Rahmen der Recherche ergab sich, dass im sportmedizinischen Bereich offensichtlich häufig klare Richtlinien und Entscheidungshilfen fehlen oder vorhandene sehr allgemein gehalten und wenig bekannt sind²: So berichteten die Stefan Ustorf behandelnden Vereinsärzte im September 2013 im Interview des WDR Magazins SPORT INSIDE über das Fehlen von „objektiven Kriterien“ (Sendungsskript SPORT INSIDE) für die Beurteilung der Spielfähigkeit eines Sportlers, wenn dieser bewusstseinsgetrübt vom Spielfeld komme³. Aus einem Fehlen objektiver Kriterien zur Beurteilung der Wettkampffähigkeit ergibt sich die Frage, welche Maßstäbe betreuende Ärzte anlegen um ihren Patienten zu beurteilen. Welche Faktoren werden in die Waagschale gelegt, wenn ein Athlet trotz Verletzung als wettkampffähig eingestuft wird? Wer verfügt über die Entscheidungsgewalt und aus welchem Interesse heraus werden Entscheidungen für den Behandlungsverlauf getroffen? Welchen Einfluss auf die Entscheidungen der Ärzte haben Akteure wie der Athlet selbst, Trainer, Betreuer, Manager, Medien sowie das Umfeld des Athleten? Werden Verantwortungs- und Rollenkonflikte des Arztes im professionellen Leistungssport begünstigt?

Ist der Aussage „Relying on doctors who are in any way beholden to a league, a team, an owner, or an union simply creates conflicts.“ (Caplan et al. 2016) zu folgen?

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit besteht folglich darin, mögliche ethische Konflikte im Arzt-Patienten-Verhältnis im professionellen Leistungssport zu identifizieren und findet sich in folgender Fragestellung wieder: Welche ethischen Konflikte in der Arzt-Patienten-Beziehung lassen sich aus ärztlicher Sicht im deutschen professionellen Leistungssport identifizieren?

² Es existiert ein Code of Ethics der FIMS (Weltverband für Sportmedizin) auf den detailliert im Verlauf dieser Arbeit eingegangen wird. Zudem ergibt sich aus der Aussage zu fehlenden Kriterien die Notwendigkeit der Evaluation zum Bekanntheitsgrad dieses Codes.

³ In Bezug auf den Umgang mit Kopfverletzung im Leistungssport existiert seit Februar 2015 eine Handlungsempfehlung „Leichtes Schädel-Hirn-Trauma im Sport“ vom Bundesinstitut für Sportwissenschaft (vgl. bisp.de).

2 Theoretische Grundlagen und Definitionen

Einem besseren Verständnis der besonderen Anforderungen und Aufgaben eines Sportmediziners im professionellen Leistungssport dienend, ist es notwendig, zuvor eine Grundlage durch die nähere Betrachtung einiger Begriffe zu schaffen. Hierzu soll im Folgenden zunächst darauf eingegangen werden, was unter einer Arzt-Patienten-Beziehung zu verstehen ist. Anschließend werden die Entwicklung und der Aufgabenbereich der Sportmedizin genauer betrachtet sowie eine kurze Definition des Begriffes „professioneller Leistungssport“ gegeben. Abschließend erfolgt eine Verknüpfung der einzelnen Themenkomplexe miteinander. Ziel ist es die Besonderheiten einer Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport herauszuarbeiten.

2.1 Arzt-Patienten-Beziehung

Um die besondere Rolle und Bedeutung der Beziehung des Sportmediziners zu seinen Patienten zu verstehen, ist es hilfreich, vorab die allgemeine Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten zu betrachten. Diese ist als ein besonderes Verhältnis in der menschlichen Interaktion anzusehen, bei der der Arzt in der Regel als „Helfer“ und der Patient als „Hilfesuchender“ angesehen wird (vgl. Deter 2010). Bettina Schöne-Seifert sieht in der Ausgestaltung von Arzt-Patienten-Beziehungen „grundlegende Weichenstellungen bezüglich der Paternalismusfrage, der Reichweite ärztlicher Fürsorgepflicht und der moralischen Ermessensspielräume von Ärzten“ (Schöne-Seifert 2007). Die Paternalismusfrage, Fürsorgepflicht und moralischen Ermessensspielräume stehen für kontrovers diskutierte, normative Grundfragen der Medizinethik⁴ und wurden für die Gestaltung der Fragebogenstudie dieser Arbeit herangezogen. Eine ausführliche theoretische Diskussion dieser Grundfragen übersteigt jedoch den Rahmen dieser Arbeit. Es sei für eine tiefergehende Auseinandersetzung hiermit auf die Grundlagenliteratur der Medizinethik hingewiesen.

Laut Ausführungen von Deter nimmt der Arzt aus Patientensicht „die Funktion, ihn aus einer misslichen Lage zu befreien“ (Deter 2010) ein. Hierbei findet eine klare Rollenzuweisung statt,

⁴ Vgl. hierzu etwa die medizinethische Debatte um eine Public Health-Politik, in deren Rahmen u. a. die Fragen zur Beeinflussung von Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit gesundheitlicher Eigenverantwortung kontrovers diskutiert werden (vgl. Buyx 2010).

welche den Arzt als helfend und den Patienten als hilfsbedürftig ansieht. Dem Arzt obliegt die Rolle eines „Fachmannes“ (Deter 2010), dessen Aufgaben sich im Vergleich zu einem Reparaturbetrieb dadurch unterscheiden, dass der Patient im Vergleich zu einem defekten Auto die Behandlung des Arztes am eigenen Leib erfährt und er aufgrund seiner Schmerzen stärker existentiell und hierdurch emotional auf den Arzt angewiesen ist (vgl. ebd.).

Für eine theoretische Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung kann auch auf die Modelle nach Wolff zurückgegriffen werden. Als erstes nennt dieser das hippokratische Modell, dessen „Bezugsbereich ist die anthropologische Grundsituation von Not und Hilfe“ (Wolff 1989). Dieses Modell findet sich unter anderem im Bereich der Unfall- und Notfallversorgung wieder, somit bei Patienten, die zeitweise entscheidungsunfähig sind und für die der Arzt aus Fürsorge paternalistische Entscheidungen trifft. Das zweite Modell bildet das Vertragsmodell, in dem der Arzt als Anbieter und der Patient als Nachfrager medizinischer Dienstleistungen in Beziehung zueinander treten (vgl. ebd.). Die Besonderheit besteht hier in der Autonomie des Patienten, wobei die Interessen vom Arzt sowie vom Patienten berücksichtigt werden. Im Gegensatz zum paternalistischen Modell verfügt der Patient über seine Selbstbestimmungsfähigkeit und kann einer Behandlung nach eigenem Ermessen zustimmen oder sich dieser verweigern. Das Partnerschaftsmodell stellt das dritte Modell der Arzt-Patienten-Beziehung nach Wolff dar. „In diesem Modell fungiert der Arzt als beratender Experte, der Patient als aktiver, selbstverantwortlicher Mitarbeiter“ (ebd.). Diese Art von Beziehung besteht beispielsweise bei der Behandlung einer Diabetes-mellitus-Erkrankung, im Rahmen derer der Patient durch selbstständiges Messen des Blutzuckers und Spritzen des Insulins eine Eigenleistung erbringen muss und der Arzt dem Patienten sein Fachwissen zur Verfügung stellt. In diesem Modell sind „vorrangig die Prinzipien der Patientenselbstbestimmung und Patientenselbstverantwortung“ (ebd.) angesiedelt.

Welches der drei Modelle nach Wolff eine individuelle Arzt-Patienten-Beziehung widerspiegelt, ist somit abhängig von verschiedenen Faktoren. Der Ausgangspunkt wird zum einen durch den Zustand des Patienten gebildet und hängt von dessen Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Partizipation an Entscheidungen ab. Zum anderen kommt dem Verhalten des Arztes Relevanz zu, da dieser, je nach eigener Auffassung, den Patienten befähigt, beispielsweise durch eine umfassende Aufklärung, eine Entscheidung selbst zu treffen und dem Patienten das Mitwirken ermöglicht.

Mit dieser Grundlage zur Arzt-Patienten-Beziehung soll nun zunächst der Bereich der Sportmedizin genauer betrachtet werden, um nachfolgend die besonderen Anforderungen und

Aufgaben eines Sportmediziners in der Arzt-Patienten-Beziehung gegenüber einem professionellen Leistungssportler darstellen zu können.

2.2 Entwicklung und Einteilung der Sportmedizin

Die Sportmedizin kann auf eine lange Geschichte, Veränderung und Weiterentwicklung ihrer Disziplin blicken. So wurde die noch heute bestehende FIMS, der Weltverband der Sportmedizin, bereits 1928 gegründet. In Deutschland bildete das im Jahr 1912 gegründete „Deutsche Reichskomitee für die wissenschaftliche Erforschung des Sportes und der Leibesübungen“ die Grundlage für die seit 1999 bestehende Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP), dem Dachverband aller deutschen Sportmediziner. Die Voraussetzung der ärztlichen Tätigkeit als Sportmediziner bildet „das Studium der Medizin und die Approbation“ (Dickhuth 2007). Die Bezeichnung „Sportmedizin“ kann ein approbierter Arzt durch eine fachliche Weiterbildung erlangen, diese ist fachunabhängig für alle Mediziner offen.

Die praktische sportärztliche Tätigkeit kann laut Hollmann (2009), wie folgt dargestellt und in unterschiedliche Bereiche eingeteilt werden:

- Sportärztliche Tätigkeit als Hausarzt
- Sportärztliche Tätigkeit im Verein
- Sportärztliche Tätigkeit in sportmedizinischen Instituten und Abteilungen in Kliniken
- Sportärztliche Tätigkeit im Hochleistungssport

Die erste Möglichkeit nach Hollmann sportärztlich tätig zu sein, ist die Arbeit als Hausarzt. Hierbei dienen die durchgeführten Untersuchungen „vor allem dem Ausschluss von Schäden oder Krankheiten, die durch den Sport verschlimmert werden könnten“ (Hollmann 2009). Es handelt sich um eher allgemeine sportmedizinische Aufgaben, die auf der untersten Stufe der sportärztlichen Betreuung anzusiedeln sind. Ergänzend zur Untersuchung sollte der sportmedizinisch tätige Hausarzt laut Hollmann eine ärztliche Beratung anbieten, welche dem „bisherigen Nichtsportler Hinweise zur gesundheitlichen Bedeutung von Training und Sport im Kindes-, Erwachsenen- und höheren Alter.“ (ebd.) vermitteln soll. Diese Beratung hat das Ziel, mit dem Patienten gemeinsam eine geeignete Sportart zu finden und hierbei individuelle Indikationen und Kontraindikationen zu berücksichtigen.

Einen stärkeren Bezug zum Bereich des professionellen Leistungssports beinhaltet der Tätigkeitsbereich des Arztes im Verein. Dieser „betrifft dieselben Gesichtspunkte [wie die des Hausarztes] sowie gegebenenfalls die Beratung des Vereins im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte von Trainings- und Wettkampfanlagen bzw. -neubauten“ (ebd.). Zumeist handelt es sich hierbei um die Betreuung und Beratung von Mannschaften und Sportlern im Breitensport.

In professionellere Sportstrukturen ist die ärztliche Tätigkeit in sportmedizinischen Instituten einzuordnen, in denen beispielsweise Kaderuntersuchungen stattfinden (vgl. Hollmann 2009). Diese beinhalten u.a. Tauglichkeitsuntersuchungen und Leistungsdiagnostik und finden zum Beispiel in Olympiastützpunkten der Bundesländer oder an Universitäten statt.

Den letzten sportärztlichen Tätigkeitsbereich nach Hollmann bildet die Arbeit im Hochleistungssport⁵. Dieser wird zusätzlich zu den anderen Tätigkeitsbereichen durch die „Mitarbeit in der Trainingsgestaltung und Wettkampfplanung der betreuten Hochleistungssportler“ (ebd.) ergänzt. Die ärztliche Arbeit dient zudem „zur Beurteilung der sportspezifischen Leistungsfähigkeit und ihre Beeinflussung durch verschiedene Trainingsprogramme“ (ebd.). Im Gegensatz zu den zuvor angeführten Tätigkeitsbereichen, bezieht sich die sportärztliche Tätigkeit hier also nicht nur auf Untersuchung, Diagnostik und Therapie, sondern auch auf leistungsoptimierende Maßnahmen wie Trainingsplanung, Präventionsmaßnahmen, Regenerationsmaßnahmen (vgl. auch Ahonen et al. 2003). Auf diesen Tätigkeitsbereich wird im Detail in Kapitel 2.4 dieser Arbeit eingegangen.

Nach dem theoretischen Überblick über die Arzt-Patienten-Beziehung und die Sportmedizin soll nun ein Blick auf die Begrifflichkeit des professionellen Leistungssports geworfen werden, um eine Verknüpfung der Themenfelder miteinander zu ermöglichen.

2.3 Der professionelle Leistungssport

Für die Untersuchung im Rahmen dieser Arbeit ist eine klare theoretische Abgrenzung des professionellen Leistungssports vom Bereich des Amateur- bzw. Breitensports und Gesundheitssports notwendig, um die Population festlegen zu können. Die Differenzierung des Hochleistungssports gegenüber dem Breitensport ist nicht immer ganz eindeutig (vgl. Raschka und Nitsche 2016). Hingegen kann der Gesundheitssport, als „[g]anzheitlich orientierte Bewegungsangebote zur Reduzierung von Bewegungsmangel sowie zur Vermeidung von gesundheitlichen Risikofaktoren, welche im Rahmen des subjektiven Wohlbefindens ausgewogen auf den Erhalt und die Verbesserung von konditionellen Fähigkeiten [...] sowie die Verbesserung der psychosozialen Gesundheitsressourcen abzielen und dabei Raum zur Entspannung bieten.“ (Weisser und Kunert 2012 zitiert nach Kunert 2008, Kunert 2009) sehr deutlich abgegrenzt

⁵ Hollmann unterscheidet in seinen Ausführungen zwischen den Begrifflichkeiten des Leistungs- und Hochleistungs- bzw. Spitzensports. Diese werden im nachfolgenden Kapitel erläutert. Für die vorliegende Arbeit wird der Begriff des Hochleistungs-/Spitzensports gleichgesetzt mit dem Begriff des professionellen Leistungssports.

werden. Zur Abgrenzung des Hochleistungssports vom Breitensport wird erneut auf Überlegungen Hollmanns zurückgegriffen. Nach dessen Ansicht hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten eine immer größer werdende Kluft zwischen dem Breiten- und Hochleistungssport entwickelt: „Ihre Gemeinsamkeiten sind gering geworden. Das gilt sowohl für die Motivation als auch für Art und Umfang der Sportausübung sowie für die damit zusammenhängenden soziologischen und gesundheitlichen Aspekte.“ (Hollmann 2009). Hollmann unterteilt die sportliche Betätigung in vier Hauptkategorien – den Breitensport, den Gesundheitssport, den Leistungssport und den Hochleistungssport bzw. Spitzensport.

Im Interesse dieser Untersuchung stehen Sportmediziner, die im Hochleistungssport bzw. Spitzensport tätig sind. Dieser zeichnet sich durch das Erbringen „nach nationalen oder internationalen Maßstäben hervorragende[r] Leistung“ (ebd.) aus. Gleichzeitig treten Merkmale „wie Freude an der Bewegung oder geselliges Zusammensein [...] in den Hintergrund“ (ebd.). Zudem spielen im Spitzensport die finanziellen Aspekte der Sportausübung eine entscheidende Rolle⁶. Die Entwicklung eines Spitzensportlers zu einem Berufssportler ist laut Hollmann „zwangsläufig“ (ebd.). Er begründet dies mit der nahezu unmöglichen Vereinbarkeit eines mehrstündigen täglichen Trainings und der gleichzeitigen Ausübung eines anderen Berufs (vgl. ebd.). Die Entstehung des Berufssports, also das Verdienen des Lebensunterhalts allein durch sportliche Leistungen, begann in den frühen 1980er Jahren. Damals „wurde es erstmals möglich, daß z.B. Weltklasse-Sprinter durch ihre Teilnahme an einem Sportfest 20 000-50 000 Dollar verdienen konnten.“ (ebd.).

2.4 Aufgaben, Anforderungen, Herausforderungen und Besonderheiten in der Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport

Da die vorliegende Arbeit Ärzte und die Beziehung zu ihren Patienten im professionellen Leistungssport erforscht, soll nun, anhand der in den vorausgegangenen Kapiteln geschaffenen Grundlagen und Definitionen, eine Verknüpfung der einzelnen Gebiete erfolgen.

Die grundlegende Rollenverteilung Arzt als Helfender und Patient als Hilfesuchender (vgl. Deter 2010), kann in die Sportmedizin übertragen werden. Wie in Hollmanns Modell beschrieben (vgl. Kapitel 2.2), besteht eine der grundsätzlichen Aufgaben des Sportmediziners in der Behandlung von Verletzungen und Krankheiten des Sportlers. Für die Umsetzung gelten

⁶ Wie bereits eingangs erwähnt, haben sich im letzten Jahrzehnt aus Vereinen wie Borussia Dortmund börsennotierte Unternehmen mit millionenhohen Umsätzen entwickelt. So sind die Spitzengehälter in der Bundesliga im zweistelligen Millionenbereich angesiedelt. In den olympischen Sportarten erhielten die Sieger der Goldmedaillen von London 2012 eine zusätzliche Prämie von 15.000 Euro (vgl. Süddeutsche).

hierbei laut Hollmann (2009) für den Arzt sämtliche Regeln ärztlicher Berufsethik sowie berufsbezogene Vorschriften. Es finde eine Konfrontation mit den Fragen: „Darf die Medizin, was sie kann? Welches sind die Grenzen? Nach welchen Urteilkriterien sollte man entscheiden?“ (ebd.) statt. Er weist zusätzlich auf die Besonderheit hin, dass der Mediziner „Als Freund des Sports und gegebenenfalls auch des von ihm betreuten Sportlers“ (ebd.) unter Umständen vor schwierigen Entscheidungen stehe. Hier wird zum einen auf eine mögliche Besonderheit in der persönlichen Beziehung des Arztes zum Sportler verwiesen, zum anderen wird dem Mediziner ein persönliches Interesse an der optimalen sportlichen Leistung des Athleten als „Freund des Sports“ (ebd.) unterstellt. Es muss somit die Frage nach der Möglichkeit einer möglichst unabhängigen und objektiven Beurteilung des Sportlers gestellt werden. Eine weitere Besonderheit der Tätigkeit des Sportmediziners im professionellen Leistungssport bezieht sich auf die umfassende Betreuung des Sportlers. Wie in Kapitel 2.2. angeführt, besteht diese nicht nur aus der Behandlung eines erkrankten Sportlers, sondern zusätzlich aus der Beeinflussung und Planung von Trainingsmaßnahmen und somit einem direkten Einwirken auf die Leistungsfähigkeit von Sportlern. Dieses Einwirken bezieht sich nicht nur auf verletzte oder erkrankte Sportler, sondern auch auf vollkommen gesunde und leistungsfähige Athleten. Die Leistungsfähigkeit des Sportlers wird somit zur Motivation der ärztlichen Maßnahmen. Dieser Aspekt ist wiederum mit den zuvor gestellten Fragen „Darf die Medizin was sie kann? Welches sind die Grenzen?“ (ebd.) in Zusammenhang zu setzen. Dem Arzt im professionellen Leistungssport stellen sich somit möglicherweise Fragen der Grenzen des eigenen Einsatzes, der persönlichen Einstellung sowie der Intention der eigenen Handlungen. Aspekte, die im Rahmen der Fragebogenstudie dieser Arbeit aufgegriffen werden. Aus ethischer Sicht sieht Hollmann eine mögliche Konfrontation zweier Bereiche. Zum einen der „Welt des Sports“ (ebd.) und zum anderen des Bereichs „ärztliche Berufstätigkeit“ (ebd.). Er benennt als Hauptaspekte der Ethik im Sport vier Themenfelder. Diese können gleichzeitig als besondere Anforderung und Herausforderung an den Sportmediziner angesehen werden. Es handelt sich hierbei um folgende Punkte:

- den Einsatz von biochemischen und biophysikalischen Maßnahmen zur Leistungssteigerung
- die therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung eines verletzten Sportlers am Spielfeldrand oder vor einem Spiel

- die Betreuung von Kindern im Hochleistungssport⁷
- die ärztliche Schweigepflicht (vgl. Hollmann 2009).

In Bezug auf die beratende Tätigkeit zur Umsetzung von Maßnahmen zur Leistungssteigerung stellt Hollmann fest, dass der Sportmediziner „selbstverständlich[...] dazu berechtigt sei, sein spezifisches Wissen dafür einzusetzen, daß der Sportler mit einem Minimum an Zeit- und Belastungsaufwand ein Maximum an körperlicher Leistung erbringen kann.“ (ebd.). Dopingmaßnahmen⁸ stünden hingegen nicht im Einklang mit der ärztlichen Berufsethik, da sie nicht der „Erhaltung oder Wiedergewinnung der Gesundheit“ (ebd.) dienen. Als verantwortbare Maßnahmen der Trainingssteuerung seien „wissenschaftlich begründete“ (ebd.) Methoden anzusehen. Hierunter fallen unter anderem Trainingsformen, Trainingsberatung, der Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln, Regenerationsmaßnahmen oder auch die Leistungsdiagnostik.

In der Verantwortung des Einsatzes von therapeutischen Maßnahmen zur Aufnahme oder Fortsetzung eines Wettkampfes besteht eine weitere Aufgabe und Herausforderung des Arztes. Auf diese Situationen lassen sich die bereits erörterten Modelle von Wolff wie in Kapitel 2.1 beschrieben übertragen. Durch eine Verletzung des Sportlers während eines laufenden Wettkampfes wie im einleitenden Fallbeispiel der Skilangläuferin ergibt sich exemplarisch die „Grundsituation von Not und Hilfe“ (Wolff 1989). Je nach Zustand des Sportlers besteht eine mehr oder weniger ausgeprägte Entscheidungsfähigkeit, die eine mehr oder weniger ausgeprägte paternalistische Entscheidung des Arztes zur Folge hat. In dieser Position obliegt dem Arzt die bereits benannte Rolle des „Fachmannes“ (Deter 2010), der einerseits anhand seiner Kenntnisse die Behandlung bzw. Therapie des Patienten durchführt, andererseits eine gewisse Entscheidungsmacht über den Sportler besitzt. Diese Entscheidungsmacht spiegelt sich in der Beurteilung des Zustandes des Sportlers sowie in der beratenden und ggf. entscheidungstreffenden Rolle des Arztes wider und hat im extremsten Fall den Abbruch des Wettkampfes zur Folge. Diese Betrachtung der ärztlichen Wettkampfbetreuung verweist auf verschiedene Merkmale der sportmedizinischen Tätigkeit:

- Die Verlagerung des Behandlungszimmers aus der Praxis an den Wettkampfort, wie beispielsweise einen Spielfeldrand oder eine Skiloipe. Die dort einsetzbaren Methoden und Ressourcen zur Untersuchung und Beurteilung des Sportlers sind in der Regel auf

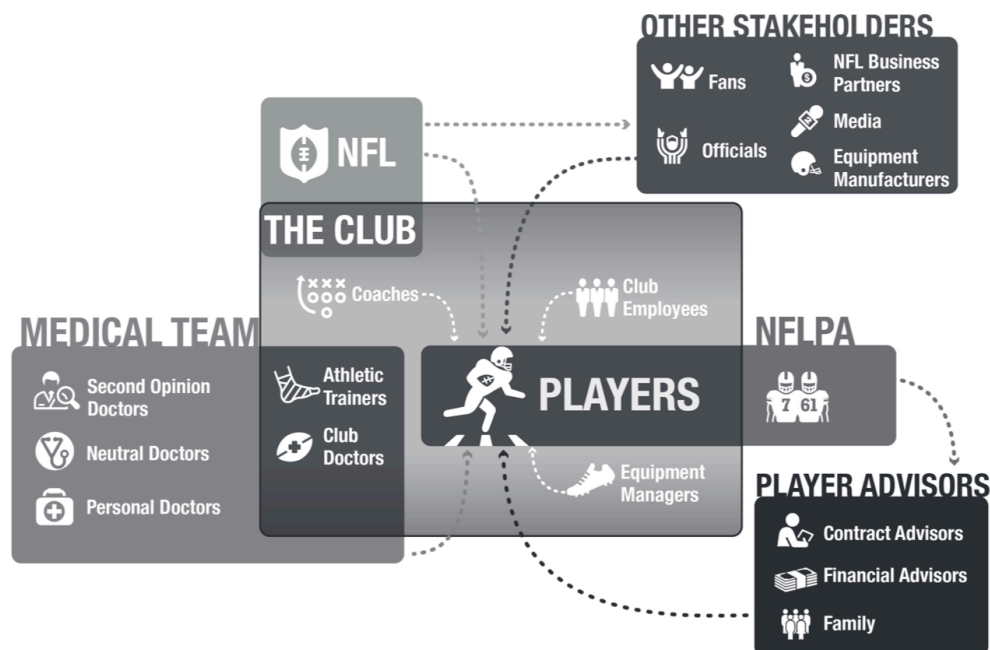
⁷ Da die besonderen Anforderungen für die Betreuung von Kindern im Leistungssport im Rahmen dieser Arbeit keine Rolle spielen, werden sie nicht speziell erörtert.

⁸ Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass diese Arbeit sich nicht speziell dem Thema Doping widmet und dementsprechend dieser Themenkomplex nicht im Detail betrachtet wird.

ein Minimum beschränkt. So muss auf eine Gerätediagnostik weitestgehend verzichtet und auf die klinische Untersuchung vertraut werden.

- Die zeitliche Komponente. Diese ergibt sich beim Fußball beispielsweise durch die weiterlaufende Spielzeit und einen daraus entstehenden Nachteil für die Mannschaft des sich in Behandlung befindenden Spielers.
- Die Anwesenheit und ggf. Einflussnahme verschiedener Parteien. Möglicherweise versuchen Dritte Einfluss auf die Behandlung am Spielfeldrand zu nehmen. Beispielsweise indem auf eine Fortführung des Wettkampfs mit einer Verletzung gedrängt wird. Dies kann unter anderem aus finanziellem Interesse, Prestigegründen oder der Angst vor einem Positionsverlust auf Seiten aller Beteiligten geschehen (siehe Grafik 1).
- Eingeschränkte medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Wettkampfspezifische Reglements der Weltantidopingagentur (WADA) sind zu berücksichtigen und schließen die Gabe bestimmter Medikamente aus.

Figure 1. Stakeholders in Players' Health



Grafik 1 Umfeld eines NFL-Spieler (Cohen et al.2016).

Die Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht obliegt jedem medizinischen Angestellten. Die besonderen Umstände in der Sportmedizin ergeben sich durch verschiedene Aspekte. Zieht sich ein Sportler eine Verletzung zu, so erheben unterschiedliche Parteien ein

Interesse auf Informationen über diese. Der Sportler selbst bildet nur eine Interessenspartei, hinzu kommen im Bereich des Vereinssports die Mannschaftskollegen, der Trainer, der Manager, der Verband und letztendlich die Medien sowie die Fans als Öffentlichkeit. Die Herausforderung des Arztes besteht hierbei in dem Management der Gesundheitsinformationen (vgl. Raschka und Nitsche 2016). Im Vergleich zur üblichen Arzt-Patienten-Beziehung, stehen dem Arzt im professionellen Leistungssport somit eine Vielzahl von Interessenparteien gegenüber. Es gilt nun für den Arzt unter allen Umständen, wenn nicht vertraglich anders vereinbart, die sensiblen Informationen zu schützen. Es besteht dementsprechend auch eine besondere Herausforderung darin ein Vertrauensverhältnis zum Sportler herzustellen und aufrechtzuerhalten.

Neben den von Hollmann (2009) genannten Heraus- und besonderen Anforderungen, besteht eine weitere Besonderheit der ärztlichen Tätigkeit im Leistungssport darin, als ein Teil des umsatzstarken Sportmarktes zu agieren. Im Jahr 2013 besaß der Bundesligaverein FC Bayern München beispielsweise einen Lizenzspieleretat in Höhe von 140 Millionen Euro (goal.com). Durch den Einsatz entsprechend hoher finanzieller Ressourcen bestehen Druck und Erwartung, einen Sportler nach Verletzungen schnell wieder wettkampffähig zu therapieren.

Durch die Kombination der in diesem Kapitel angeführten Merkmale befindet sich der Mediziner im Leistungssport in einer außergewöhnlichen Position. Die Gefahr, aufgrund von außen kommenden Einflüssen „in der Welt des Sports“ (Hollmann 2009) nicht im besten Interesse des Patienten zu handeln, stellt eine besonders schwerwiegende Herausforderung dar. Diese These stützen Aussagen wie die des ehemaligen amerikanischen Footballprofispieler Kyle Turley in der Arte-Reportage „Druck, Doping, Depressionen – Spitzensportler packen aus“ aus dem Jahr 2014. Er stellt die Berufsethik seiner damals betreuenden Vereinsärzten in Frage: „Wir wurden weder aufgeklärt, noch hat man uns geraten uns auszuruhen. Ich wurde auf dem Spielfeld bewusstlos geschlagen und sie mussten mich mit Ammoniakkapseln aufwecken. Dann haben sie mich meiner Frau übergeben, obwohl ich nicht mal wusste wo ich war.“ (Arte 2014)⁹ Kyle Turley erhebt zudem den Vorwurf, dass sich „seit der Gründung der National Football League [...] in vielen Fällen gezeigt hat, dass die Ärzte nicht im Interesse der Spieler handeln.“ (ebd.)¹⁰. Fälle wie dieser entfachten in den USA in der Folge eine bis heute

⁹ Kyle Turley und 4.000 weitere ehemalige Footballspieler haben eine Klage auf Entschädigung gegen die NFL eingereicht, welche sich nach einem vom Gericht nicht anerkannten Vergleich über 765 Millionen Dollar zurzeit in Revision befindet (Süddeutsche).

¹⁰ In der NFL besteht die Besonderheit, dass ein Spieler, während seiner aktiven Karriere, sich keine zweite Meinung zu seinem Gesundheitszustand von einem Arzt holen darf, sowie laut Tarifvertrag kein Spieler einen anderen Angestellten seines Vereins verklagen darf.

andauernde Diskussion um den Umgang mit Verletzungen im US-amerikanischen Leistungssport (vgl. Hastings Center Special Report 2016).

2.5 Zwischenfazit

Es lässt sich festhalten, dass die Tätigkeit eines Arztes im Leistungssport durch viele Besonderheiten gekennzeichnet ist. Die Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport lässt sich von der „üblichen“ Arzt-Patienten-Beziehung differenzieren. Dies ergibt sich aus den Aufgabenfeldern, welche neben der Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen unter anderem aus der Leistungsdiagnostik, dem Einfluss auf die Trainingsplanung und -gestaltung, der Beratungstätigkeit bei beispielsweise Ernährungsfragen sowie insgesamt der Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Sportlers bestehen. Aus der somit intensiven und zielgerichteten Zusammenarbeit von Arzt und Patient kann eine enge oder auch persönliche Beziehung entstehen. Daraus kann sich wiederum eine Auswirkung auf die Entscheidungsobjektivität des Mediziners ergeben. Eine weitere Gefahr lässt sich insbesondere aus möglichen Interessen von beteiligten Parteien aus dem Umfeld des Sportlers oder auch der medialen Öffentlichkeit ableiten. Ein Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung durch Dritte, insbesondere im Bereich der Diagnostik, Behandlung und Betreuung, muss diskutiert, sowie die Frage gestellt werden, ob im Leistungssport eine Arzt-Patienten-Beziehung prinzipiell nur zwischen dem Arzt und dem Patienten besteht oder diese durch weitere Akteure ergänzt wird. In diesem Kontext kommt dem Arzt eine besondere Verantwortung gegenüber seinen Patienten zu – insbesondere die Beziehung zu diesen bildet aus medizin-ethischer Sicht ein hochsensibles und forschungsrelevantes Themenfeld.

3 State of the art - Ethische Konflikte in der Leistungssportmedizin

Im Folgenden soll ein Überblick des Forschungsstands auf internationaler und nationaler Ebene anhand von Veröffentlichungen der letzten zwei Jahrzehnte gegeben werden. Für die Literaturrecherche wurde das Portal PubMed sowie Fachzeitschriften und die Google Suchmaschine verwendet.¹¹

3.1 Internationale Arbeiten

Eine Zusammenfassung der internationalen Literatur liefert der 2012 von Greenfield und West in der Zeitschrift Sports Health erschienene Artikel *Ethical Issues in Sports Medicine: A Review*

¹¹ Für diesen State of the art wurden Arbeiten mit dem spätesten Veröffentlichungsdatum März 2019 berücksichtigt.

and Justification for Ethical Decision Making and Reasoning. Die Autoren befassen sich mit der Ethik der Sportmedizin, stellen die aus ihrer Sicht bestehenden ethischen Fragen im Forschungsfeld der Sportmedizin dar und versuchen Strategien sowie Vorschläge zur ethischen Entscheidungsfindung zu liefern, indem sie den aktuellen Forschungsstand betrachten und vorausgegangene Arbeiten einbeziehen. Da die Arbeit von Greenfield und West einen geeigneten theoretischen Einstieg und Ausgangspunkt für weitergehende Recherchen bietet, soll diese im Folgenden inhaltlich kurz dargestellt werden.

Greenfield und West sehen den Status des Sportlers als den einer Ware, welche gekauft, verkauft und gehandelt wird. Um jeden Sportler bildet sich ein Umfeld, welches sich aus verschiedenen Komponenten zusammensetzt. Diese Komponenten bestehen unter anderem aus der Mannschaft, dem Trainerstab, den Vereins-/Collegebesitzer sowie Vereinseigner/Collegepräsidenten. Zudem bilden die Fans, die eigenen Familien oder auch Politiker eine weitere Komponente. Mit steigender Professionalisierung entwickelt sich der Athlet zum Objekt des finanziellen Nutzens, wodurch sich das Umfeld z. B. durch Agenten, Sponsoren und Fernsehsender erweitern kann. Greenfield und West schlussfolgern hieraus, dass der Druck gute Leistung zu erbringen für den Athleten sehr hoch sei. Aus dieser erhöhten Leistungsbereitschaft resultiert vor allem in Vollkontaktsportarten wie American Football eine erhöhte Verletzungsquote, wodurch sich eine rasche Entwicklung der Sportmedizin ergab und das Konzept des Mannschaftsarztes entstand. Dieses führte dazu, dass Sportmediziner im professionellen Leistungssport einen festen Bestandteil darstellen und somit auch zum Umfeld des Athleten gezählt werden müssen.

Aus den beschriebenen Umständen ergeben sich für Greenfield und West potentielle ethische Konflikte, welche sie anhand der Fragen: Wann kann ein Sportler nach einer Verletzung wieder eingesetzt werden? Wer ist an dieser Entscheidung beteiligt? thematisieren. Sie verweisen auf eine Arbeit von Dunn et al., welche eine Veränderung des einstmals bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnisses, mit dem Wohlbefinden des Patienten als oberstes Ziel, zu einem Arzt-Patienten-Mannschafts-Verhältnis feststellt. Greenfield und West ziehen hieraus den Schluss, dass die Mediziner selbst durch unterschiedliche Ansprüche aller Beteiligten unter Druck stehen, einen Athleten wieder als spielfähig auszuweisen, selbst dann, wenn dieser es noch nicht ist. Aus diesem Druck kann ein potentieller ethischer Konflikt zwischen dem Arzt und Athleten sowie zwischen dem Arzt und der Mannschaftsführung entstehen. In Konflikt stehen hier die ethischen Grundsätze der Patientenautonomie und Vertraulichkeit. Die Autoren bemängeln ein Fehlen deutlicher ethischer Leitlinien.

Sie verweisen auf eine vorausgegangene Arbeit von Swisher et al., in der typische ethische Fragen herausgearbeitet wurden, mit denen die Trainer von professionellen Leistungssportlern konfrontiert werden. Als Ergebnis wurden verschiedene Themenfelder konstruiert, bestehend aus interdisziplinären Konflikten, Fehlkommunikation bezüglich der eigenen Aufgaben, Interessenskonflikten zwischen den unterschiedlichen Beteiligten sowie dem Konflikt, im besten Interesse des Athleten zu handeln und dem Druck den Athleten nach einer Verletzung wieder schnellstmöglich einzusetzen.

Eine weitere Arbeit auf die Greenfield und West zurückgreifen ist eine Untersuchung von Anderson und Gerrard. Diese stellt die Ergebnisse einer in Neuseeland durchgeführten Befragung von 18 Sportmedizinern vor, durch die ethische Fragestellungen im Leistungssport auf Seiten der medizinischen Betreuung identifiziert werden sollten. In einem Spannungsfeld stehend, sahen die befragten Mediziner die Vertraulichkeit und Privatsphäre der Sportler. Dieses kann aus den Interessen anderer Beteiligter an dem Sportler sowie der eigenen Verantwortung und Beziehung zum Athleten entstehen. Sie sahen hierbei insbesondere die Vertraulichkeit und den Schutz von Gesundheitsinformationen der Athleten vor den Medien als eine Herausforderung für die Mediziner an. Auch bei dieser Untersuchung wurde herausgearbeitet, dass durch den Druck, einen Spieler wieder schnell einsatzfähig zu therapieren, ein Konflikt mit der eigenen Verantwortung und Fürsorge gegenüber dem Patienten entstehen kann.

Des Weiteren führen die Greenfield und West die aus dem Jahr 1998 stammende Veröffentlichung von Polsky zum Verhältnis des Managements zum Mannschaftsarzt an. In dieser berichtet Polsky, dass das Management erheblichen Druck auf die Ärzte ausübt um einen Athleten schnellstmöglich spielfähig zu therapieren. Handelt der Arzt nicht im Interesse des Managements, so wird er von seinen Aufgaben entbunden und durch einen anderen ersetzt. Laut Polsky wird gleichzeitig vom Athleten selbst Druck auf den Arzt ausgeübt, weil dieser während seiner Verletzungszeit mit finanziellen Einbußen rechnen muss. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen McKenna et al. 2002 in Großbritannien, wo sie anhand von Interviews mit Physiotherapeuten herausfanden, dass Athleten während einer Verletzungspause häufig unter starker mentaler Belastung stehen und eine nicht ideale Rehabilitationsbehandlung in Kauf nehmen, um möglichst schnell spielfähig zu werden. Polsky berichtet zudem, dass Sportmediziner sich aus zwei Gründen selbst unter Druck setzen. Erstens sehen sie sich als einen Teil der Mannschaft und fühlen sich verantwortlich dafür, durch Gesundheit der Spieler zum Erfolg der Mannschaft beizutragen. Zweitens will der Arzt seine eigene Position sichern, wodurch ein Umsetzen der Managementanweisungen erfolgt. Er sichert dadurch den eigenen

Status, den die Betreuung einer professionellen Mannschaft oder eines professionellen Sportlers mit sich bringt.

Greenfield und West weisen darauf hin, dass dem Sportmediziner eine einzigartige und außergewöhnliche Rolle zukommt, die durch Interessenkonflikte gekennzeichnet ist. Insbesondere die ethischen Prinzipien der Autonomie, Vertraulichkeit und informed consent können in Konflikt mit der sportmedizinischen Tätigkeit im professionellen Leistungssport stehen.¹² Die Autoren stellen die Frage, welches Recht beispielsweise das Teammanagement auf Informationen zum Gesundheitsstatus der Sportler hat und kommen zu der These, dass die Mannschaft zweifelsohne einen Einfluss auf die medizinische Behandlung eines verletzten Athleten besitzt. Sie stützen ihre Behauptung auf eine Arbeit von Dunn et al. von 2007, in der die Autoren die medizinische Behandlung bei bestimmten Meniskusrissen von Leistungssportlern beschreiben. Bei dieser Verletzung bestehen zwei Behandlungsmöglichkeiten, zum einen die Reparatur, zum anderen die Entfernung des betroffenen Meniskus. Das bessere Langzeitergebnis bringt die Reparatur, welche jedoch eine längere Rehabilitation und somit für den Athleten eine längere Verletzungspause mit sich bringt. In dieser Situation steht dem Arzt eine besondere Rolle zu. Entscheidet sich der Athlet zu einer Behandlung, die langfristig ein schlechteres Ergebnis mit sich bringt, so muss sich der Mediziner laut Dunn et al. vor Augen führen, dass eine Behandlung nicht durchgeführt werden sollte, wenn diese nicht dem evidenz-basierten Standard der Verletzungsbehandlung entspricht. Zudem besteht eine ethische Verpflichtung des Arztes, die eigenen medizinischen Entscheidungen objektiv und professionell zu beurteilen. Als einen Grund dafür, dass sich Ärzte gegen die Standardtherapie und für eine weniger evidenz-basierte Methode entscheiden, sehen sie eine Beeinflussung durch Trainer, Manager und Spieleragenten.

Greenfield und West geben zum Ende ihrer Arbeit Vorschläge zur Verbesserung der Entscheidungsfindung unter Einbezug ethischer Ansichten. Sie schlagen vor, dass das Thema Ethik im Bereich der Sportmedizin fest verankert wird. Bei ihrer Recherche konnten sie keine Informationen über Ethik bei den einzelnen Verbänden finden und befürworten eine spezielle Ausbildung der Ärzte in Ethik, die die herrschenden ethischen Probleme einbezieht. Zudem fordern sie eindeutige Regeln und Leitlinien für die Beziehung zwischen Arzt und Athleten. Die Anstellung eines Arztes und eines Athleten beim gleichen Arbeitgeber führt aus ihrer Sicht automatisch zu ethischen Interessenskonflikten. Die Einführung eines Ethikcodes würde aus der Sicht der Autoren zu einem professionellerem Verhalten beitragen und den Medizinern

¹² Eine ähnliche Ansicht vertritt auch Devitt in seinem Artikel „Fundamental Ethical Principles in Sports Medicine“ aus dem Jahr 2016.

helfen, die eigene Verpflichtung gegenüber den Athleten oder weiteren Beteiligten besser zu definieren.

Ergänzend zu den Ausführungen von Greenfield und West bieten insbesondere die Arbeiten von Dijkstra et al. „Managing the health of the elite athlete: a new integrated performance health management and coaching model“ aus dem Jahr 2014, von Malcom und Scott „Practical responses to confidentiality dilemmas in elite sport medicine“ aus dem Jahr 2013, von Anderson und Gerrard „Ethical issues concerning New Zealand sports doctors“ aus dem Jahr 2003, von Testoni et al. „Sports Medicine and Ethics“ von 2013 sowie von Dunn et al. „Ethics in Sports Medicine“ aus dem Jahr 2007 einen guten ergänzenden Einblick in die Thematik und werden deswegen hier kurz dargestellt.

Die Arbeit von Dijkstra et al. (2014) beschreibt ein Modell, bestehend aus wissenschaftlicher und medizinischer Unterstützung in Trainings- und Wettkampfphasen für professionelle Leistungssportler. Entwickelt wurde dieses im Zusammenhang mit den Olympischen Spielen 2012 in London. Es dient als Orientierungshilfe für die Einstufung des Gesundheitszustandes eines Sportlers und zielt dahinauf ab, schwerwiegend verletzte von leicht verletzten sowie von gesunden Sportlern zu unterscheiden. Mit Hilfe dieser Einstufung soll das optimale Trainings- und Wettkampfpensum des betreuten Sportlers festgelegt werden können. Die Autoren stellen zudem die Aufgaben und Anforderungen der Mediziner zur Diskussion, indem sie fragen, ob es die Aufgabe des Sportmediziners sei, die Gesundheit zu schützen und Fürsorge gegenüber dem Patienten zu haben oder ob es in erster Linie darum gehen müsse, den Athleten zu informieren und ihm einen Rahmen zu bieten, damit dieser die beste Entscheidung treffen kann, wenn nötig auch gegen seine Gesundheit.

Dijkstra et al. (2014) stellen die aus ihrer Sicht bestehenden aktuellen Herausforderungen der Sportmediziner mit einhergehenden Lösungsvorschlägen dar. Als eine Herausforderung sehen sie, bezogen auf die speziellen Anforderungen der Athleten, die Qualifikation der Mediziner. Insbesondere die Verantwortung als alleiniger Entscheidungsträger wird als Herausforderung angesehen. So plädieren die Autoren dafür, nur Mediziner mit Leistungssportlern zusammenarbeiten zu lassen, die speziell geschult sind und empfehlen einen medizinischen Stab aus mehreren Physiotherapeuten und Medizinerinnen zusammenzustellen. Eine weitere Herausforderung sehen sie im Anstellungsverhältnis des Mediziners. Diese seien Angestellte der Vereine oder Verbände, wodurch Einbußen der Entscheidungsobjektivität entstünden. Zur Vermeidung dieses Konfliktes schlagen Dijkstra et al. eine eindeutige Definition der Rolle des Arztes vor (vgl. hierzu auch Caplan et al. 2016). Des Weiteren sehen Dijkstra et al. eine Herausforderung in der Schweigepflicht des Arztes, welche durch Regeln festgelegt werden muss.

Ein möglicher Konflikt entstehe zudem durch das Ausschließen des betreuenden Arztes bei Entscheidungen bezüglich der Behandlung des Athleten, wenn diese von Trainern, Managern oder anderen Ärzten bestimmt wird. Die Autoren halten hierfür eine genaue Vertragsregelung für die richtige Lösung. Diese sollte das Recht des Athleten auf eine freie Arztwahl beinhalten. Eine Problematik sehen Dijkstra et al. auch in dem Überstimmen des Arztes, bezogen auf die Einsatzfähigkeit des Athleten, durch den Trainer. Zur Vermeidung dieser Situation stellen klare Richtlinien eine Lösung aus Sicht der Autoren dar, die die alleinige Entscheidungsmöglichkeit und -gewalt auf Seiten der Mediziner sehen.

Das von Dijkstra et al. entwickelte Stufenmodell diente während der Vorbereitung der Olympischen Spielen 2009-2012 der Unterteilung der Athleten unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustandes in verschiedene Gruppen. In Trainingsphasen kam ein 5-Stufen- und in Wettkampfphasen ein 3-Stufenmodell zur Anwendung. Die Abstufung des Gesundheitszustandes wurde nach dem Ampelfarbsystem vorgenommen, wobei es jeweils zwei grüne und zwei gelbe Gruppen sowie eine rote Gruppe gab. Jeder Gruppe wurde ein bestimmter Gesundheitsstatus zugewiesen, es erfolgt eine Unterteilung in:

- Gruppe 1 (grün): gesund
- Gruppe 2 (grün): asymptomatisch chronisch erkrankt, unter Kontrolle (Bsp.: Asthmaerkrankung)
- Gruppe 3 (gelb): symptomatisch erkrankt, in vollem Training (Bsp.: Z.n. Meniskektomie)
- Gruppe 4 (gelb): symptomatisch erkrankt, mit modifiziertem Training (Bsp.: Z.n. Stressfraktur)
- Gruppe 5 (rot): symptomatisch erkrankt, ohne Training (Bsp.: Lungenentzündung mit Fieber).

Zusätzlich wurden jeder Gruppe ein Verletzungsrisiko und ein Risiko für Leistungseinbußen zugewiesen. Diese dienten einerseits als Beurteilung dafür, inwiefern die langfristige Gesundheit eines Sportlers durch ein Training oder die Teilnahme an einem Wettkampf Schaden nehmen könnte, andererseits für die Einschätzung, wie wahrscheinlich eine optimale Leistung des Sportlers sein würde.

Im Rahmen einer Wettkampfperiode fand anstelle des 5-Stufenmodells ein 3-Stufenmodell Anwendung, wobei lediglich eine Unterteilung zwischen grün – gesund, gelb – leicht erkrankt und rot – schwer erkrankt stattfand.

Eine weitere interessante Untersuchung wurde 2008 von Malcom und Scott durchgeführt. Sie führten in Großbritannien eine Fragebogenuntersuchung mit nachfolgenden Interviews an

Sportmedizinern des Britischen Olympischen Komitees sowie Physiotherapeuten über ethische Schwierigkeiten in der professionellen Sportmedizin durch. Dabei fanden sie heraus, dass 75% der betreuenden Ärzte neben ihrer Approbation und fachlichen Ausbildung zusätzlich eine Qualifikation im Bereich der Sportmedizin besaßen. Als Ergebnis der Untersuchung zeigte sich, dass die Befragten einen ethischen Konflikt in der Vertraulichkeit von Informationen im Arzt-Patienten-Verhältnis sehen. Dieser könne entstehen, wenn ein Athlet von Beschwerden und Verletzungen berichtet oder ein Arzt von diesen über andere Wege erfährt und gleichzeitig Dritte einen Anspruch auf diese erheben. Die Informationen und das Wissen des Arztes unterliegen der Schweigepflicht und dürfen selbstverständlich nicht weitergegeben werden. Auch AM Tucker identifiziert in seinem 2016 erschienenen Artikel „Conflicts of Interest in Sports Medicine“ die Vertraulichkeit als eine große ethische Herausforderung für Sportmediziner gegenüber seinem Athleten und dem Team.

„Ethical issues concerning New Zealand sports doctors“ ist eine Veröffentlichung aus dem Jahr 2002 von Anderson und Gerrard. Für diese untersuchten die Autoren anhand eines Fragebogens potenzielle ethische Konflikte, in welche Sportmediziner bei ihrer Arbeit geraten können. Das befragte Kollektiv bestand aus 45 neuseeländischen Ärzten, von denen 18 im Laufe ihrer Tätigkeit bereits im Leistungssport Mannschaften und Einzelathleten betreuten. Anhand dieser Befragung arbeiteten die Autoren interessante Ergebnisse heraus. Die Befragten identifizierten als ethische Herausforderung im Umgang mit Leistungssportlern unter anderem die Themenfelder Vertrauen und Privatsphäre. Diese beinhalteten unter anderem den Umgang mit sensiblen Informationen, wie zum Beispiel Schwangerschaften, Infektionen oder Medikamenteneinnahmen. Ebenso wurde ein zu früher Wiedereinstieg eines verletzten Sportlers, beispielsweise auf Druck von Trainer, Management oder des Spielers selbst, als möglicher ethischer Konflikt angegeben. Als weitere Herausforderung zeigten sich die eigene Verpflichtung gegenüber dem Athleten, Trainer und der Mannschaft sowie das eigene Verhältnis zu den unterschiedlichen Parteien. Der Einsatz von Analgetika zur Gewährleistung einer adäquaten Behandlung eines Athleten bildet ein weiteres identifiziertes Konfliktfeld und kann durch besondere Umstände, wie einer unter Zeitdruck stattfindenden Behandlung am Spielfeldrand, verschärft werden. Weitere Konflikte können nach den Autoren im Bereich der fachlichen Ausbildung der Ärzte entstehen. Diesen steht in ihrer Tätigkeit ein umfangreiches Aufgabenfeld im Leistungssport gegenüber, welches besondere Fähigkeiten zur Bewältigung verlangt. Eine Medizinerin gab an, dass die Geschlechter unterschiedlich wahrgenommen werden. Laut ihrer Aussage werden von Frauen automatisch physiotherapeutische Fähigkeiten erwartet und ihre eigentlichen Fähigkeiten gelegentlich nicht wahrgenommen.

Die Autoren sehen einen zentralen Unterschied im Vergleich zwischen einem Arzt-Patienten-Verhältnis im Leistungssport und einem normalen Arzt-Patienten-Verhältnis. Während dieses bei einem Nicht-Sportmediziner lediglich aus dem Arzt und seinem Patienten besteht, kann im Leistungssport eine Beeinflussung durch verschiedene äußere Komponenten stattfinden. Die Hälfte der befragten Mediziner stand zur Behandlung der Sportler in einem Vertragsverhältnis mit einem Verein oder den zugehörigen Sportverbänden. Dieser Umstand kann dazu führen, dass die ursprünglichen Vorstellungen von Vertrauen und unabhängiger Beratung des Sportlers anders interpretiert werden und durchaus einen Einfluss auf die Urteilsfähigkeit und Therapieentscheidungen eines Arztes haben.

Testoni et al veröffentlichten 2013 mit „Sports Medicine and Ethics“ eine Literaturarbeit im American Journal of Bioethics, welche ihren Schwerpunkt auf das Zusammentragen von Interessenskonflikten bei der Arbeit von Sportmedizinern mit Leistungssportlern aus vorausgegangenen Untersuchungen setzt. Sie zeigen in ihrer Arbeit auf, welche Handlungsmodelle zueinander im Konflikt stehen. Hierbei betrachten sie unter anderem das Handeln des Sportmediziners im Interesse des Vereins oder des Spielers als einen Konfliktbereich. Des Weiteren besteht eine Herausforderung für den Arzt in den Entscheidungen, Gesundheitsinformationen zu schützen oder weiterzugeben sowie zum Schutz eines Patienten in der Entscheidungsfindung paternalistisch oder im informed consent zu handeln. Einen wichtigen Konflikt bildet auch die Entscheidung, einen angeschlagenen Spieler zurück auf das Spielfeld zu lassen oder aus dem Spiel zu nehmen. Testoni et al. stellen die Frage, welches Recht ein Sportler hat, Risiken einzugehen und wie viel Autonomie dementsprechend dem Patienten zusteht. Diesbezüglich verweisen die Autoren auf fehlende universell akzeptierte ethische Leitlinien. Zudem bemängeln sie, dass einige Organisationen, wie beispielsweise die FIMS, ihre eigenen Richtlinien besitzen, diese jedoch sehr allgemein und weitgefasst seien und den Mediziner nicht in einer Weise helfen können, wie es möglich und notwendig wäre. Ähnliche Überlegungen sind bei MJ Silka im 2017 erschienenen Paper „Return to play in the athlete with cardiac disease: who decides and what is the protocol?“ zu finden. Hier beziehen sich diese allerdings speziell auf den Umgang mit Athleten bei bestehenden Herzkrankheiten.

Der im Jahr 2007 im Team Physician's Corner von Dunn et al. erschienene Artikel „Ethics in Sports Medicine“ befasst sich ebenfalls mit den Herausforderungen, welche den Sportmedizinern bei der Zusammenarbeit mit Leistungssportlern begegnen. Die Autoren weisen zunächst auf die Entwicklung der zunehmenden Bedeutung des Sportmediziners in der Kultur des Leistungssports hin und sehen seine Aufgaben in der Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Verhinderung von Verletzungen des Sportlers. Es bestehen nach Dunn et al.

einzigartige Herausforderungen für den Sportmediziner, da die ursprünglichen ethischen Normen wie Patientenautonomie und Vertrauen nicht eins zu eins ausgeübt werden können. Weitere Herausforderungen sehen sie in der Umsetzung des informed consent, dem Einfluss Dritter, Medikamentenverwendung und der technischen Weiterentwicklung. Die Autoren berichten von einem Wandel des ursprünglich aus zwei Komponenten bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnisses zwischen Arzt und Patient, zu einem drei Komponenten Arzt-Patienten-Mannschafts-Verhältnis. Bei diesem können dann die Prioritäten der Mannschaft mit denen des einzelnen Athleten in Konflikt stehen. Aus dem Wandel der Arzt-Patient-Beziehung resultiert eine Veränderung der Anwendbarkeit der ursprünglichen ethischen Normen, welche gleichzeitig mit fehlenden ethischen Leitlinien die Arbeit der Sportmediziner unvergleichbar macht. Sie sehen die Rolle des Sportmediziners zweigeteilt: einerseits in die eines Anwalt des Patienten, andererseits in die eines Lehrers – im Rahmen des informed consent erhält der Spieler die Fähigkeiten, die bestehenden Risiken seiner Entscheidung, beispielsweise mit einer Verletzung an einem Wettkampf teilnehmen zu wollen, selbst einzuschätzen.

Die bereits in Kapitel 2.4 angesprochene Diskussion um den Umgang mit Verletzungen im US-amerikanischen Leistungssport hat in der Folge insgesamt zu weiteren Betrachtungen der ethischen Konfliktthematik geführt. Die Diskussion ist, wie beispielsweise im Hastings Center Special Report (2016), häufig auf den American Football in der National Football League (NFL) bezogen. Hierbei wurden keine gänzlich neuen Überlegungen angestellt, sondern insbesondere die Themen Interessenskonflikt der Sportmediziner bei der Behandlung von Athleten (vgl. Cohen et al. 2016 und McKinney 2016), die Beziehung der Sportmediziner zum Athleten (Rothstein 2016 und Duvernay-Tardif 2016), die Umsetzung der ethischen Grundprinzipien (Cohen et al. 2016) sowie die Schweigepflicht (ebd.) aufgegriffen.

3.2 Nationale Arbeiten

Nachdem vorausgehend eine Zusammenfassung von relevanten internationalen Forschungsarbeiten erfolgte, sollen in diesem Kapitel relevante Forschungsarbeiten auf nationaler Ebene betrachtet werden.

Die Literaturrecherche ergab, dass die Betrachtung von ethischen Konflikten des Arzt-Patienten-Verhältnisses im professionellen Leistungssport auf nationaler Ebene bisher wenig Beachtung fand. Der Forschungsbereich *Doping* ist auf die Themengebiete Sportmedizin und Ethik bezogen, das am Häufigsten betrachtete Thema.

1999 veröffentlichte Dr. Jürgen Michael Steinacker in der Zeitschrift für Sportmedizin das Editorial „Ethik, Sport und Sportmedizin“. Er lädt hierin zu einer Diskussion über die

Werteentwicklung im Sport ein und bereitet den Vorschlag, eigene Ethikkommissionen aus Sportmedizinern zu bilden. Er erhoffte sich dadurch, die Beachtung und Diskussion von individuellen und allgemeinen ethischen Problemen voranzutreiben. Steinacker beruft sich in seinen Ausführungen auf bekannte Konflikte in der Arbeit von Sportmedizinern wie:

- den Einfluss auf die Therapie eines Sportlers durch Dritte
- die Verantwortung der Ärzte, bei einer Überlastung des Sportlers auf das Trainings- oder Wettkampfspektrum einzuwirken
- der Weitergabe von vertraulichen Informationen an Trainer, Manager oder weitere Personen.

Ein weiteres, in der Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin 2007, veröffentlichtes Editorial von Holger Gabriel greift die Thematik fast zehn Jahre später erneut auf. So kann in der Arbeit „Ethik und Sportmedizin“ eine scheinbare Weiterentwicklung der Debatte erkannt werden. Er berichtet, dass „Für die Sportmedizin [...] das ethische Prinzip „Menschenwürde“ zur unterschriftsreifen Norm geworden“ (Gabriel 2007) sei. „Als Voraussetzung für die Lizenzvergabe mussten alle Leiter der sportmedizinischen Untersuchungszentren eine Erklärung mit dem Wortlaut unterschreiben: „Die Würde und die gesundheitliche Integrität jeder Sportlerin und Sportler ist das Fundament für einen fairen sportlichen Wettbewerb. Jede Manipulation, insbesondere durch Doping, verletzt diese Würde und damit die ethischen Grundlagen des Sports.““ (ebd.). Gabriel weist darauf hin, dass „die universitäre Sportmedizin, seit längerem eine Chance verpasst“ (ebd.) habe mitzubestimmen, was als „moralisch akzeptabel und gesellschaftsfähig“ (ebd.) zu betrachten sei und nun von anderen Instanzen „fremdbestimmt“ (ebd.) werde. Konfliktpotenzial bei der ärztlichen Tätigkeit in der Sportmedizin sieht er in den vier Prinzipien der Ethik. Zudem macht Gabriel einen Diskussionsbedarf bezüglich „Handlungsthesen zum praktischen sportärztlichen Handeln im Umgang mit Doping auf wissenschaftlicher Ebene“ (ebd.) aus und weist auf die gesellschaftliche Verantwortung der Sportmedizin zur „Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung“ (ebd.) hin. Er sieht den Bedarf einer „Ausschreibung eines Forschungsschwerpunkts „Medizinethik in der Sportmedizin““ (ebd.) durch das Bundesinstitut für Sportwissenschaft, um der Sportmedizin „fundierte medizinethische Arbeiten“ (ebd.) zur Verfügung zu stellen.

Birnbacher veröffentlichte 2013 in der Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin die Arbeit „Doping und ärztliche Ethik“. Der Autor verweist im Zusammenhang mit dem Doping eines Sportlers auf einen Rollenkonflikt des Sportmediziners. Dieser bestünde einerseits aus dem „Arztethos“, demzufolge er „sich primär als Heiler und Behandler verstehe und der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des Sportlers Priorität gibt“ (Birnbacher 2013),

andererseits „sich von Seiten der Wünsche des Sportlers, der Erwartungen von Publikum, Verbänden, Sponsoren und Managern beträchtlichem Druck ausgesetzt“ (Birnbacher 2013) sieht. Einen weiteren Grund des Rollenkonflikts sieht Birnbacher im Eigeninteresse des Arztes am Erfolg des Sportlers, welcher auch dem Arzt „Befriedigung und Ansehen“ (ebd.) verschaffe. Ebenso sei eine „persönliche Abhängigkeit vom Sportler und die damit einhergehende Bereitschaft, arztethische Prinzipien zugunsten des Erfolges hintanzustellen.“ (ebd.) problematisch. In dieser Abhängigkeit sieht Birnbacher die Begründung „Therapeutika zu Dopingzwecken“ (ebd.) einzusetzen sowie „Diagnosen zu fälschen“ (ebd.). Abschließend bemängelt er die Vorbereitung und Ausbildung von Ärzten zum Umgang mit den bestehenden Rollenkonflikten sowie Dopingfällen.

Es muss zum aktuellen Zeitpunkt noch einmal deutlich festgehalten werden, dass in der nationalen Forschung bisher nur eine äußerst geringe Auseinandersetzung mit der Thematik „Ethik und Sportmedizin“ stattfindet. Insbesondere in Bezug auf Arbeiten, die sich unabhängig vom Thema Doping mit dem Bereich beschäftigen, besteht eine eindeutige Forschungslücke. Auch international ist die Anzahl an Arbeiten, die sich mit der Thematik der ethischen Konflikte in der Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport befassen sehr übersichtlich. Es besteht somit sowohl auf internationaler, aber insbesondere auf nationaler Ebene eine Forschungslücke. Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, diese zumindest teilweise zu schließen und eine weitere Diskussion dieses relevanten Themas zu fördern.

3.3 Bestehende Codes, Leitlinien und Richtlinien

Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten vorhandenen Codes, Leitlinien und Richtlinien für den relevanten Forschungsbereich dieser Arbeit dargestellt. Zunächst erfolgt eine kurze Unterscheidung der Begrifflichkeiten.

Nach der Bundesärztekammer stellen Richtlinien „abstrakte Handlungsanweisungen“ (Bundesärztekammer-Online), auf „gesetzliche[r] Grundlage“ (ebd.), dar.

Leitlinien sind laut Bundesärztekammer „Handlungsempfehlungen nach einer bestimmten Methodik“ (ebd.). Diese dienen der „Entscheidungsfindung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen“ (ebd.).

Bei der Betrachtung des Begriffes Code im Bereich des Sports kommt einem als erstes der vielleicht bekannteste in den Sinn. Dieses ist der Welt Anti-Doping Code (WADC) der Welt Anti-Doping Agentur (WADA) und bildet das „weltweit gültige und sportübergreifende Anti-Doping-Regelwerk“ (nada.de).

Es kann dementsprechend festgehalten werden, dass sich Richtlinien, Leitlinien und Codes unter anderem durch die Umsetzungspflicht voneinander unterscheiden. Gibt es eine rechtliche Grundlage und Verpflichtung, beispielsweise eine Behandlung oder Therapie durchzuführen, so ist die Konsequenz des Nicht-Befolgens eine andere, als wenn einer Handlungsempfehlung nicht nachgekommen wird. Noch deutlicher abzugrenzen ist hiervon ein Code, welcher als Regelwerk eines bestimmten Bereiches gilt. Hier gibt es wie beim WADC eine Institution, die dieses Regelwerk erstellt und umsetzt. Bei Nichtbefolgen kann die Institution unabhängig von zivil- oder strafrechtlicher Verfolgung gegebenenfalls Sanktionen aussprechen und in ihrem Ermessen wie die WADA entscheiden.

Bei der Literaturrecherche zeigte sich, dass sich besonders auf nationaler Ebene keine leicht zugänglichen Hinweise zum Thema Sportmedizin und Ethik finden. Diese fehlen gänzlich sowohl auf den Online-Informationsportalen der großen Sportverbände wie beispielsweise des DOSB oder des DFB, als auch bei der DGSP.

Da auf nationaler Ebene spezielle Empfehlungen, Codes, Leitlinien oder Richtlinien für die Sportmedizin fehlen, lohnt sich ein Blick auf die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer Deutschlands. Dieser unterliegt jeder deutsche Mediziner, weshalb von einer Anwendung auch in der speziellen Welt der Sportmedizin ausgegangen werden kann. Die Präambel: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meines Patienten ist oberstes Gebot meines Handelns“ stellt direkt den Patienten, auf den professionellen Leistungssport angewandt: den Athleten, in den Mittelpunkt des ärztlichen Tuns.

§2(2) der Berufsordnung besagt: „Ärzte haben ihr Handeln am Wohl des Patienten auszurichten. Insbesondere dürfen Sie nicht das Interesse Dritter über das Wohl der Patienten stellen“. Dies ist ein klares Statement zum Einfluss Dritter auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Der Mediziner soll im Sinne des Athleten handeln und darf sich bei der Behandlung beispielsweise nicht durch das Interesse eines Trainers, Agenten oder auch Managers leiten lassen.

Den Umgang zum Einfluss von Dritten auf ärztliche Entscheidungen beinhaltet §2(4) der Berufsordnung: „Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.“. Ein Trainer kann somit nicht über die Therapie eines Athleten entscheiden. Dieses obliegt einzig dem behandelnden Arzt.

Einen weiteren interessanten Bestandteil der Berufsordnung bildet §7(1) welcher besagt: „Jede medizinische Behandlung hat unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens, und der Rechte der Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patienten, empfohlene Maßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.“. Jeder Athlet soll dementsprechend

die Möglichkeit besitzen, sich aus freiem Willen für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden. Der Mediziner sollte diesen nicht zu einer Entscheidung drängen und die Entscheidung des Patienten respektieren. Weitere Hinweise zum Handeln bei ethischen Konflikten sind auf nationaler Ebene nicht zu finden.

Bei der Literaturrecherche auf internationaler Ebene wurden die im folgenden Abschnitt dargestellten Codes und Leitlinien recherchiert. Insgesamt stellte sich die Recherche jedoch als sehr schwer und wenig ergiebig dar.

Im Jahr 1981 veröffentlichte der Weltärztebund in der Lissaboner Deklaration „Grundsätze für die Gesundheitsfürsorge in der Sportmedizin“. Diese sind auch in der aktuelleren Version aus dem Jahr 1999 zu finden. Für die vorliegende Arbeit wird insbesondere Punkt sieben der „Grundsätze für die Gesundheitsfürsorge in der Sportmedizin“ als besonders relevant betrachtet:

„Bei sportlichen Wettkämpfen oder professionellen sportlichen Veranstaltungen hat der Arzt die Pflicht zu entscheiden, ob der Sportler aus ärztlicher Sicht fit ist, um auf der Sportstätte bleiben oder wieder an den Spielen teilnehmen zu können. Diese Entscheidung kann nicht an andere Personen oder Berufsgruppen delegiert werden. In Abwesenheit des Arztes haben sich diese Personen strikt an die von ihm gegebenen Anweisungen zu halten; dabei haben Gesundheit und Sicherheit des Sportlers immer Vorrang vor dem Ausgang des Wettkampfs.“

Der Wettkampfarzt erhält hierdurch große Handlungsmacht, aber auch Verantwortung bezüglich der Entscheidungsgewalt, einen verletzten Sportler an einen Wettkampf teilnehmen zu lassen oder auszuschließen. Ausführlichere Hinweise bezüglich der Umsetzung fehlen.

Die umfangreichste Veröffentlichung eines Code of Ethics wurde durch der Weltverband für Sportmedizin (FIMS) herausgegeben.

Ohne die Ergebnisse dieser Arbeit im Detail vorweg nehmen zu wollen, sei erwähnt, dass keiner der Befragten angab diesen Code of Ethics zu kennen.

Aufgrund der Relevanz des FIMS-Codes wird dieser folgend im Detail betrachtet und ist im Original im Anhang dieser Arbeit einsehbar.

Der FIMS-Code wurde von einer Arbeitsgruppe um Per A.F.H. Renström erarbeitet und setzt sich aus verschiedenen Codes of Ethics aus beispielsweise Schweden, Australien, Neuseeland, den Niederlanden, den USA und des Internationalen Olympischen Komitees zusammen. Er besteht aus insgesamt 13 Punkten, von denen acht speziell die Rolle des Arztes behandeln (vgl. FIMS).

Punkt eins „Medical ethics in general“ (FIMS) besagt, dass die gleichen ethischen Prinzipien eines Mediziners auch für einen Sportmediziner gelten. Dieses schließe die Themen ein:

- die Gesundheit des Athleten besitzt die höchste Priorität
- Nicht-schaden
- durch die eigene Autorität niemals das Recht des Athleten eine eigene Entscheidung zu treffen einzuschränken (vgl. ebd.).

Der zweite Themenkomplex „Ethics in Sports Medicine“ befasst sich mit den Besonderheiten in der Sportmedizin:

- betreute Athleten sind generell gesunde Personen
- eine Verletzung habe einen direkten Einfluss auf die Ausübung der beruflichen Tätigkeit
- Entscheidungen sollten nach moralischen Grundsätzen getroffen und nicht nur nach legal und illegal bewertet werden (vgl. ebd.).

Die speziellen ethischen Anforderungen behandelt der dritte Themenkomplex:

- Athlet steht im Mittelpunkt des Handelns
- Grundprinzip Respekt vor der Autonomie des Patienten sei essentiell
- Profit darf keinen Einfluss auf das ärztliche Handeln haben (vgl. ebd.).

Themenkomplex vier befasst sich mit der Beziehung zwischen dem Arzt und dem Athleten:

- Religion, Nationalität, politische oder soziale Einstellung dürfen keinen Einfluss auf die Betreuung haben
- Basis bilde Respekt und Vertrauen sowie ein Handeln, welches immer im besten Sinne des Athleten ist
- Privatsphäre des Athleten muss geschützt und Informationen dürfen nicht ungezielt verbreitet werden
- Aufklärung über Behandlungsmethoden, Medikamenteneinsatz und mögliche Folgen müssen dem Athleten verständlich erläutert werden und dürfen nur mit seiner Zustimmung erfolgen
- Athleten soll zudem das Recht einen weiteren Arzt zu konsultieren, eingeräumt werden (vgl. ebd.).

In Themenbereich fünf wird näher auf die Aufgaben des Arztes beim Training eingegangen:

- es wird die Möglichkeit zugestanden, sich gegen das Training eines Athleten auszusprechen, wenn dieses in Konflikt mit dessen mentaler oder physischer Gesundheit steht (vgl. ebd.).

Den Umgang mit verletzten Athleten thematisiert Punkt acht:

- Arzt ist der Entscheidungsträger über die Fortführung oder den Abbruch eines Trainings oder Wettkampfes
- Entscheidung darf nicht vom aktuellen Spielstand des Wettbewerbs oder der Meinung einer Dritten Partei beeinflusst werden
- es sollen lediglich die möglichen Risiken und Konsequenzen für die Gesundheit des Athleten berücksichtigt werden (vgl. FIMS).

Ergänzend zu Punkt acht wird in Komplex neun eine Rehabilitation nach wissenschaftlichem Maßstab empfohlen (vgl. ebd).

In Punkt zehn wird eine Zusammenarbeit mit weiteren Medizinerinnen empfohlen (vgl. ebd).

Den letzten Bereich bildet die Beziehung zu Offiziellen sowie Vereinen und weiteren Parteien: Er beinhaltet den expliziten Hinweis, dass es bei einer Sportveranstaltung einzig in der Verantwortung des Sportmediziners liegt, festzustellen, wann ein verletzter Sportler teilnimmt oder zu einem Ereignis oder Spiel zurückkehren kann. Eine Entscheidung für die Gesundheit und Sicherheit des Athleten habe höchste Priorität und dürfe durch das Ergebnis des Wettbewerbs nicht beeinflusst werden. Kein Dritter darf Einfluss auf diese Entscheidungen nehmen. Zudem erfolgt ein Hinweis, dass keine Informationen über einen Athleten ohne Zustimmung des Athleten an Dritte weitergegeben werden dürfen (vgl. ebd).

Es zeigt sich, dass durch den Code des FIMS ein Grundbaustein an ethischen Handlungsweisen im Sport bereits durch die Arbeitsgruppe um Per A.F.H. Renström erarbeitet wurde. Dieser beinhaltet grundsätzliche Regeln im Umgang bei der Betreuung von Sportlern. Es fehlen jedoch spezifische Handlungsstrategien für beispielsweise die Bewertung von Verletzungen und dem Return-to-play.

3.4 Zwischenfazit State of the art

Bei der Betrachtung des aktuellen Forschungsstandes zeigt sich, dass auf internationaler Ebene bereits beginnende Betrachtungen zu herrschenden ethischen Konflikten im Arzt-Patienten-Verhältnis im professionellen Leistungssport existieren. Im Mittelpunkt der Forschung auf nationaler Ebene steht jedoch das Themengebiet Doping. Der Betrachtung von möglichen ethischen Konflikten außerhalb des Dopings kommt wenig bis keine Aufmerksamkeit zu. Die spezifische Fragestellung des ethischen Konfliktes zwischen dem Patientenwohl gegenüber den Anforderungen des Arztes, bezogen auf die Pflichten und der Verantwortung des Mediziners gegenüber seinen Patienten im professionellen Leistungssport, stellt dementsprechend eine klare Forschungslücke dar. Eine empirische Untersuchung an Sportmedizinerinnen existiert in

dieser Art bisher nicht. Es gibt zudem keine Untersuchung zur Verbreitung und zum Bekanntheitsgrad der bestehenden Codes. Die Wahrnehmung und der Umgang mit diesen ethischen Konflikten, insbesondere ob hierbei auf die bestehenden Codes zurückgegriffen wird, ist nicht erforscht. Um die eindeutig bestehende Forschungslücke zu schließen, hat diese Arbeit genau dieses getan. Es wird davon ausgegangen, dass der professionelle Leistungssport in Deutschland ähnliche Strukturen wie der internationale professionelle Leistungssport, beispielsweise in den USA, Großbritannien oder Neuseeland aufweist und sich auch in seinen ärztlichen Anforderungen nicht wesentlich unterscheidet. Potentielle Konflikte im Arzt-Patienten-Verhältnis zwischen Sportmediziner und Leistungssportler stellen auch in Deutschland eine relevante Thematik dar. Diesen soll sich diese Arbeit widmen und einen ersten Anstoß zur Erstellung und Anwendung von ethischen Codes und Handlungsempfehlungen bieten. Insbesondere der zuvor erörterte Code der FIMS kann als ein Grundgerüst zur Entscheidungsfindung bei ethischen Konflikten gesehen werden.

4 Methoden

In Kapitel vier sollen zunächst die Gründe für die Methodenwahl erörtert sowie anschließend der konstruierte Fragebogen dargestellt werden. Der zur Erhebung verwendete Fragebogen befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Nach Abschluss der Literaturrecherche wurde sich aufgrund der geringen Menge vorhandener Daten dazu entschlossen, eine Befragung von Sportmediziner*innen als Grundlagenenerhebung durchzuführen. Diese Datenerhebung soll dazu beitragen einen Überblick für eine bessere Beurteilung der Ist-Situation in Bezug auf die Wahrnehmung, das Vorhandensein sowie die Bewältigung von ethischen Konflikten in der Sportmedizin zu schaffen. Hierzu wurde als Instrument ein fünfseitiger Fragebogen neu konstruiert. Die Erstellung des Fragebogens erfolgte nach intensiver Literaturrecherche, nach allgemein anerkanntem wissenschaftlichem Standard und fußt auf üblichen Methoden der Fragebogenkonstruktion wie beispielsweise bei Döring und Bortz 2016 beschrieben. Aus der Literaturrecherche heraus konnten vier für die Befragung als besonders relevant erscheinende Themenkomplexe erarbeitet werden. Diese vier Themenkomplexe bestehen aus *Arbeitssituation*, *Verantwortung und Ethik*, *Potentielle Konflikte* sowie *Schweigepflicht und Aufklärung*. Jeder Themenkomplex beinhaltet eine Reihe von Fragen anhand derer eine detaillierte Gewinnung von Daten ermöglicht werden soll.

Als Fragenform fanden sowohl geschlossene als auch halboffene und offene Fragen Anwendung. So wurde auf geschlossene Fragen mit der Möglichkeit der Ja-Nein-Antwort (wie beispielsweise in Frage 9 nach dem Wunsch von mehr ethischen Hinweisen), aber auch auf den

Einsatz einer zumeist vier- bis fünf-stufigen Likert-Skala (wie in Frage 16 oder 22) zurückgegriffen. Halboffene Fragen bezogen sich, wie in Frage 7 oder Frage 21, in der Regel auf die zuvor beantwortete geschlossene Frage und diente dazu, eine ausführlichere Antwort zu erhalten (vgl. Döring und Bortz 2016). Durch den Einsatz von offenen Fragen, wie beispielsweise Frage 6 zu den potentiellen ethischen Herausforderungen, sollte es den Befragten ermöglicht werden, ihre eigene Ansicht und Meinung auf die Situation darzustellen (vgl. Kuckartz et al. 2010).

Die einzelnen Themenkomplexe sind in nachfolgenden Abbildungen schematisch dargestellt. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang einsehbar.

Themenkomplex I Arbeitssituation

| Arbeitssituation |
|---------------------------------------|
| Anstellungsverhältnis |
| Eigene Ausbildung/Qualifikation |
| Betreuungsverhältnis zu den Sportlern |
| Anzahl der Athleten |
| Dauer der Betreuung |
| Betreute Sportarten |

Abbildung 1 Themenkomplex I: Arbeitssituation.

Die Erhebung der Arbeitssituation stellt den wichtigen ersten Schritt der Datenerhebung dar. Der erste Themenkomplex beinhaltet insgesamt die Fragen 1 bis 4. Die Erhebung der Arbeitssituation dient der Darstellung der Studienpopulation. Dieses wird durch Fragen bezüglich des Anstellungsverhältnisses im Rahmen der sportmedizinischen Tätigkeit (Frage 1), der Qualifikation der Befragten (Frage 2), der Beschreibung des Betreuungsverhältnisses der professionellen Leistungssportler (Frage 3), der Anzahl der betreuten Athleten, der Dauer der Betreuung sowie durch die Angabe der betreuten Sportarten (Frage 4) erreicht.

Themenkomplex II Verantwortung und Ethik

| Verantwortung und Ethik |
|---|
| Verantwortungsgefühl gegenüber verschiedenen Parteien |
| Potentielle ethische Konflikte |
| Bekannte Leitlinien/Richtlinien |
| Wunsch nach ethischen Hinweisen, Leit- oder Richtlinien |

Abbildung 2 Themenkomplex II: Verantwortung und Ethik.

Der zweite Themenkomplex besteht aus den Fragen 5 bis 9. Diese dienen zur Erhebung detaillierterer Einblicke in den Bereich der Verantwortung und Ethik. So erfragt Frage 5, gegenüber welchen Parteien sich der Befragte als medizinischer Betreuer verantwortlich fühlt. Durch Frage 6 bestand die Möglichkeit offen ausführen, wo der Befragte potentielle ethische Herausforderungen für die Arzt-Patienten-Beziehung im Spitzensport sieht. Diese Frage stellt zudem die Legitimation der Untersuchung dar. Die Fragen 7, 8 und 9 beziehen sich auf die Kenntnis von ethischen Leitlinien/Richtlinien in der Sportmedizin sowie den Sinn und dem Wunsch nach diesen.

Themenkomplex III Potentielle Konflikte

| Potentielle Konflikte |
|--|
| Gesundheit und Leistungsanforderungen des Athleten |
| Schutz des Athleten vor Leistungsanforderungen |
| Infragestellung medizinischer Entscheidungen durch Dritte |
| Interessenskonflikte mit anderen Parteien |
| Druck zur Behandlung/Beurteilung von Athleten durch Dritte |

Abbildung 3 Themenkomplex III: Potentielle Konflikte.

Der Themenkomplex III beinhaltet insbesondere die aus der Literaturrecherche identifizierten potentiellen Konfliktthemen, welche durch die Fragen 10 bis 19 speziell erfragt werden sollten. Hierbei zielt die Befragung insbesondere auf die Gesundheit des Athleten in Bezug auf die Leistungsanforderung sowie mögliche Interessenskonflikte gegenüber den verschiedenen Parteien ab. Ein potentieller Druck auf den Arzt bei der Behandlung oder Beurteilung eines Sportlers durch Dritte wird mit Hilfe der Fragen 16 und 19 erfragt.

Themenkomplex IV Schweigepflicht und Aufklärung

| Schweigepflicht und Aufklärung |
|--------------------------------|
| Konflikt mit Schweigepflicht |
| Stellenwert von Aufklärung |
| Unvollständige Aufklärung |

Abbildung 4 Themenkomplex IV: Schweigepflicht und Aufklärung.

Der vierte abgefragte Themenkomplex stützt sich wie der vorangegangene auf die in der Literaturrecherche identifizierten potentiellen Konfliktthemen und beinhaltet die Themen Schweigepflicht und Aufklärung. Die Fragen 20 und 21 erfassen mögliche Konflikte mit der ärztlichen Schweigepflicht, welche anhand einer halboffenen Frage spezieller erläutert werden

konnten. Die Aufklärung der Athleten und insbesondere ihre Vollständigkeit sowie Gründe nicht vollständig aufzuklären werden durch die Fragen 22 bis 25 erörtert.

Zum Abschluss des Fragebogens bestand die Möglichkeit, persönliche Angaben zum Alter sowie zum Geschlecht zur Vervollständigung der Daten zu machen.

Die einzelnen Items wurden interdisziplinär diskutiert und im Hinblick auf ihren statistischen Einsatz abgestimmt. Eine Pre-Testung fand an ausgewählten Sportmedizinern im Vorfeld an die endgültige Fertigstellung des Fragebogens statt.

Die vorliegende Untersuchung erhielt die Zustimmung der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Aktenzeichen D503/14).

Zum Erreichen einer möglichst hohen Response Rate wurden verschiedene Möglichkeiten zur Teilnahme an der Befragung angeboten. Einerseits wurde der Fragebogen auf dem Portal SoSciSurvey nach einer vorab versendeten E-Mail-Einladung über einen Zeitraum von insgesamt 12 Wochen für die Beantwortung zur Verfügung gestellt. Hierbei wurde auf eine im Internet frei zugängliche Liste der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin mit empfohlenen Sportmedizinern zurückgegriffen. Diese insgesamt 350 Personen wurden per E-Mail angeschrieben. Außerdem konnte im Rahmen der Jahrestagung Sportmedizin im Spitzensport vom DOSB (mit ca. 250 Teilnehmern) und der Jahrestagung der BasketDocs (mit ca. 30 Teilnehmern) der Fragebogen ausgefüllt und abgegeben werden. Andererseits bestand für die Teilnehmenden auch die Möglichkeit der postalischen Zusendung auf Institutskosten. Durch die verschiedenen Erhebungen kam es bei den Befragten zu möglichen Überschneidungen, sodass die Gesamtpopulation der Befragten auf ca. 500 geschätzt wird. Die Speicherung der erhobenen Daten wurde auf den Servern des Portals SoSciSurvey für den Zeitraum der Datenerhebung nach zum damaligen Zeitpunkt gültigen Datenschutzbestimmungen gespeichert.

Mit jedem Fragebogen erhielt der Teilnehmer ein Anschreiben, welches notwendige Informationen über die durchführende Institution, das Ziel der Befragung, die Teilnahmebedingungen, dem Umgang mit den persönlichen Daten sowie mögliche Ansprechpartner und Adressen bei Rückfragen beinhaltete. Auch diese Dokumente befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

Für die Auswahl einer geeigneten Population wurde ebenfalls auf die gängige Methodik zurückgegriffen und unterschiedliche Kriterien festgelegt (vgl. Döring und Bortz 2016). Das Ziel bestand darin eine Population zu finden, die ein Mindestmaß an Homogenität aufweist. Hierzu musste zunächst die berufliche Qualifikation festgelegt werden. Da bei der medizinischen Betreuung von Sportlern verschiedene Parteien wie Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseure, etc. beteiligt sind, musste hier zunächst ein Kriterium festgelegt werden.

Da das Interesse dieser Arbeit sich auf die Arzt-Patienten-Beziehung bezieht, ist der Abschluss eines Humanmedizinstudiums und die damit verbundene aktuelle oder stattgehabte ärztliche Tätigkeit eines der Einschlusskriterien. Hiermit soll nicht die Möglichkeit ausgeschlossen werden, dass ähnliche ethische Konflikte auch zwischen den weiteren Parteien und dem Sportler bestehen können, jedoch sind diese nicht Gegenstand dieser Arbeit – könnten jedoch im Rahmen weiterer Forschungen gezielt betrachtet werden. Als weiteres Kriterium erfolgte die Unterscheidung der ärztlichen Betreuung eines professionellen Leistungssportlers zu einem Breitensportler. Daher wurde gezielt auf die DGSP-Liste der empfohlenen Sportmediziner zurückgegriffen sowie im Anschreiben explizit auf dieses Kriterium hingewiesen. Es wurde keine Unterscheidung bei der Dauer der Tätigkeit, der Anzahl der betreuten Athleten, der betreuten Sportarten sowie der weiteren beruflichen Zusatzqualifikation gemacht. Diese Punkte wurden jedoch, wie bereits beschrieben, im Rahmen des Themenkomplexes I erfragt. Mittels der ausgiebigen Literaturrecherche sowie der daraus erfolgten Konstruktion eines Fragebogens, wurde somit eine Möglichkeit geschaffen, eine Grundlagenerhebung zu ethischen Konflikten in der Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport durchzuführen. Die Auswertung der Daten erfolgte anhand des Programms Microsoft Excel. Die Statistiken sind rein deskriptiv.

5 Ergebnisse

Bevor auf die Ergebnisse der themenbezogenen Fragen eingegangen wird, soll zunächst die befragte Population anhand ihrer Angaben beschrieben werden.¹³

Die Ergebnisse ergeben sich aus 136 Fragebögen, welche auf Tagungen, über den postalischen Weg oder über die Onlineplattform eingereicht wurden. Bei insgesamt 500 Befragten ergibt sich eine Rücklaufquote von 27%. Im Hinblick auf das behandelte Thema mit hochsensiblen Forschungsfragen, wird diese Response Rate durchaus positiv gewertet. Bezogen auf alle in Deutschland tätigen Sportmediziner stellt die Population natürlich dennoch nur einen kleinen Teil der Gesamtpopulation dar. Dies ist bei der Betrachtung und in Bezug auf eine Verallgemeinerung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Zunächst fällt auf, dass die Sportmedizin im professionellen Leistungssport ein von Männern dominiertes Feld bildet. 84% der ausgefüllten Fragebögen wurden von Ärzten ausgefüllt, lediglich 15% von Ärztinnen.¹⁴

¹³ Sämtliche Daten der Erhebung sind in tabellarischer Form im Anhang einsehbar.

¹⁴ Dieses Bild spiegelt sich in noch stärkerem Maße in der deutschen Fußball- und Handball-Bundesliga, auf den Vereinshomepages führt keiner eine Frau unter seinen Vereinsmedizinern auf.

| Geschlecht | Anzahl | Prozent |
|--------------|--------|---------|
| weiblich | 20 | 15% |
| männlich | 114 | 84% |
| keine Angabe | 2 | 1% |
| Gesamt | 136 | 100% |

Tabelle 1 Geschlechtsangaben Population.

Insgesamt gaben die 136 Teilnehmer der Befragung 13 verschiedene Facharztausbildungen an. Am häufigsten erfolgte die Benennung der Gebiete Orthopädie, Allgemeinmedizin, Unfallchirurgie sowie Innere Medizin. Die detaillierte Auflistung ist der Abbildung 5 zu entnehmen.

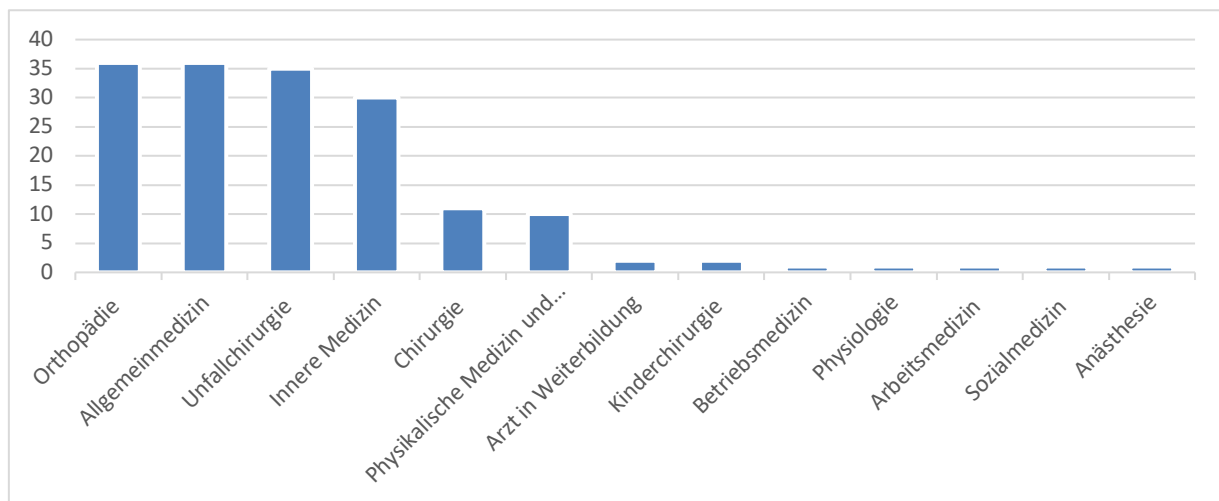


Abbildung 5 Angabe der Facharztausbildungen der Befragten (Frage 2).

Zudem gaben die Befragten an, eine Vielzahl unterschiedlicher Zusatzbezeichnungen zu ihrer ärztlichen Tätigkeit zu haben. Am häufigsten genannt wurden unter anderem D-Arzt, M-Arzt, Sportmedizin. Eine detaillierte Auflistung der genannten Zusatzbezeichnungen ist der Tabelle 2 zu entnehmen.

| | | | | |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|---------------------|
| D-Arzt | M-Arzt | Sportmedizin | H-Arzt | Ernährungsmedizin |
| Naturheilverfahren | Chirotherapie | Akupunktur | Manuelle Medizin | Notfallmedizin |
| Sportwissenschaft | Schmerztherapie | Manualtherapie | Haltungs- /Bewegungsdiagnostik und Therapie | Biologische Medizin |
| Osteopathie | spez. orthopädische Chirurgie | Rettungsmedizin | Intensivmedizin | Homöopathie, |
| Dipl. Sportlehrer | Flugarzt | Kinder und Jugendsportmedizin | Suchtmedizin | Psychotherapie |

Tabelle 2 Zusatzbezeichnungen der Befragten (Frage 2).

Bei der Frage nach dem Betreuungsverhältnis gaben die Befragten an, in unterschiedlichen Aufgabenfeldern tätig zu sein. Diese beinhalten die Tätigkeit als Mannschaftsarzt, Wettbewerbsbetreuung, individuelle Betreuung, Klinik und Reha, Kaderuntersuchungen, Leistungsdiagnostik, Kooperationsarzt Olympiastützpunkt, Verbandsarzt, Vertrauensarzt und Vereinsarzt.

Bei der Frage nach den zu betreuenden Sportarten wurden am häufigsten Ballsportarten wie Fußball, Handball und Basketball mit 116 genannt. Als nächstes folgten Wassersportarten mit 34 Nennungen und Leichtathletik und Ausdauersport wie Radfahren und Triathlon mit jeweils 31 Nennungen. Die Betreuung von Wintersportarten wurden von 27 Befragten angegeben sowie weitere Ballsportarten wie Tischtennis, Tennis und Football von 21 der Befragten. 20 Befragte betreuten Sportler in Kampfsportarten, sieben Befragte gaben an, im Behindertensport tätig zu sein, 40 in sonstigen nicht genannten Sportarten.

Von den Befragten gaben 48 Personen an, als niedergelassener Mediziner tätig zu sein. 39 sind als Vereinsärzte, 6 als Verbandsärzte angestellt. Die Auswahlmöglichkeit „im Krankenhaus tätiger Arzt“ wurde von 38 Befragten angegeben. Bei weiteren 24 Ärzten besteht ein anderes nicht näher beschriebenes Anstellungsverhältnis (siehe Abbildung 6).

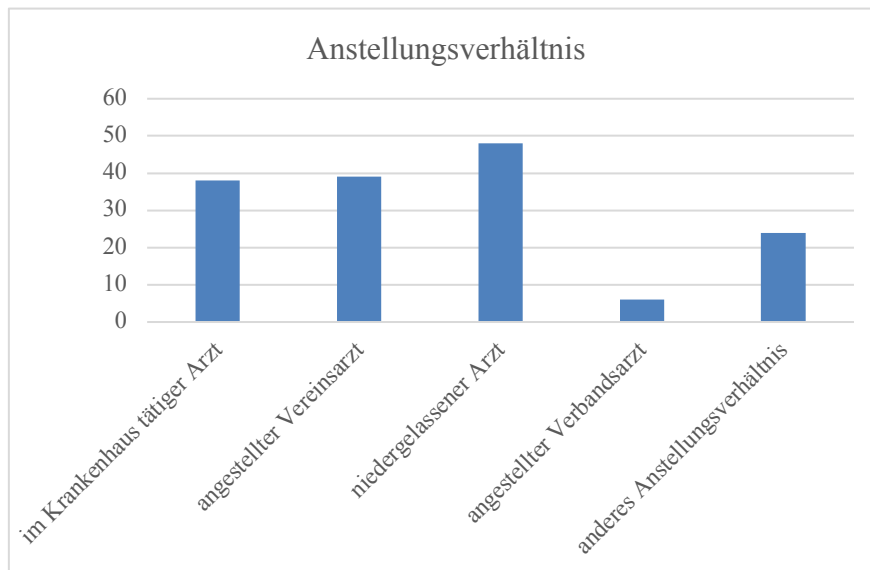


Abbildung 6 Anstellungsverhältnis der Befragten in absoluten Zahlen (Frage 3).

Bei der Angabe zur Berufserfahrung fällt auf, dass über 85% der Befragten mehr als fünf Jahre in ihrem Bereich tätig sind. 41% sogar länger als 15 Jahre (siehe Abbildung 7).

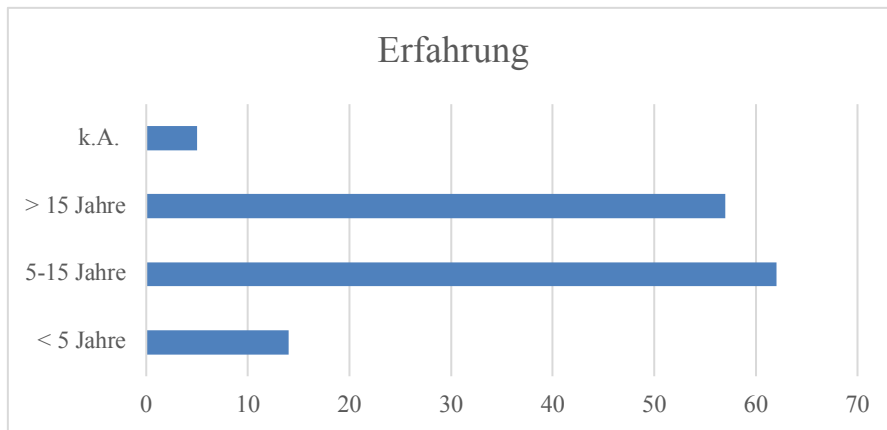


Abbildung 7 Berufserfahrung der Befragten in absoluten Zahlen (Frage 4).

Der folgende Abschnitt dient der Darstellung der Ergebnisse der Fragenkomplexe II – IV. Diese erfolgt in der Regel als prozentuale Angabe.

Bei einem sensiblen Forschungsthema wie dem Arzt-Patienten-Verhältnis, muss bei der Auswertung der gegebenen Antworten bedacht werden, dass einzelne Angaben aufgrund von sozialer Erwünschtheit anders ausfallen können.

Den Einstieg in die spezifischeren Themenkomplexe bildete die Frage zur Kenntnis von Leitlinien/Richtlinien zum ethischen Handeln in der Sportmedizin. Anhand der Eingangsfrage sollte geprüft werden, inwieweit den Befragten die in Kapitel 3.3 beschriebenen Richtlinien/Leitlinien bekannt sind. 71% der Befragten gaben an, dass ihnen keine Richtlinien oder Leitlinien bekannt seien. Dem gegenüber stehen 29%, denen welche bekannt seien. An diese Teilnehmer richtete sich anschließend die Frage, welche Richtlinien/Leitlinien ihnen bekannt seien. Hierauf wurden auf das Forschungsthema bezogen vereinzelt die ärztliche Berufsordnung sowie der hippokratische Eid genannt. Am häufigsten wurde hierbei der Antidoping-Code erwähnt.

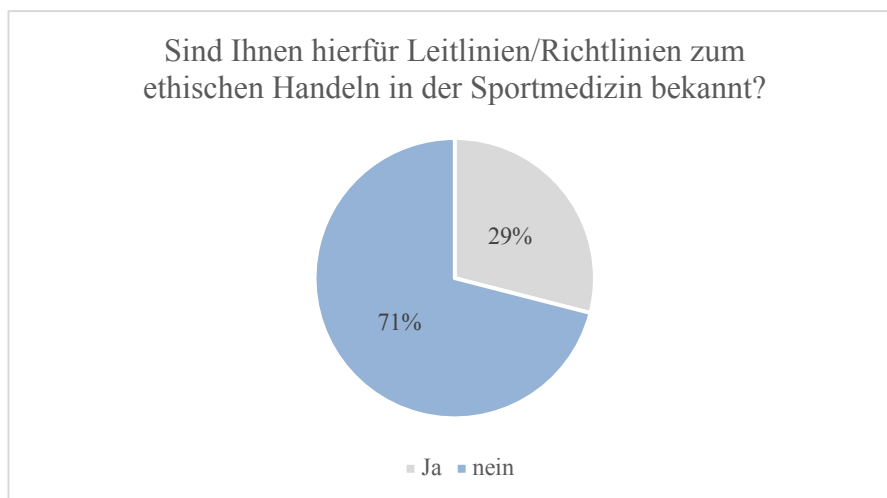


Abbildung 8 Kenntnisse zu Leitlinien/Richtlinien zum ethischen Handeln (Frage 7).

An die Gesamtpopulation schloss sich die Frage nach dem Wunsch nach mehr ethischen Hinweisen, Leit- oder Richtlinien zum ethischen Handeln in der Sportmedizin an. Dieses wünschen sich 64% der teilnehmenden Ärzte, 35% beantworteten die Frage mit Nein und halten dieses für nicht notwendig (siehe Abbildung 9).

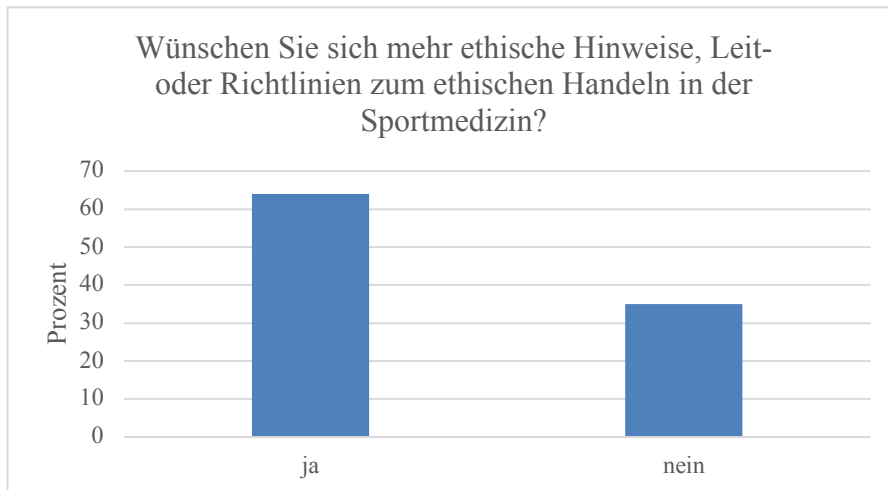


Abbildung 9 Wunsch nach Leitlinien (Frage 9).

Die Fragen sieben bis neun bildeten den Themenkomplex II und sollten einen Überblick geben, welche Kenntnisse und Einstellungen grundsätzlich im Bereich der ethischen Thematik in der Sportmedizin bestehen und gegenüberstehen.

Es ist bereits an dieser Stelle festzuhalten, dass dem Großteil der approbierten Ärzte keine Richtlinien oder Leitlinien zu ihrer Tätigkeit als Sportmediziner bekannt sind. Die Mehrheit jedoch positiv gegenüber diesen eingestellt ist und sich diese wünscht. Anhand dieser Antworten ist schon zu Beginn die besondere Relevanz des Forschungsvorhabens festzustellen. Es folgt der tiefere Einstieg in die Thematik mittels Fragen des Themenkomplexes III. Anhand dieses Themenkomplexes sollen die bereits aus der Literaturrecherche und Fallberichten ausgearbeiteten möglichen ethische Konflikte in der Arzt-Patienten-Beziehung auf das Vorhandensein in der Praxis überprüft werden.

Den Auftakt bildet die Frage nach dem Auftreten von Situationen, in denen ein Konflikt bestand zwischen der Gesundheit des zu betreuenden Athleten und den Leistungsanforderungen, denen der Athlet ausgesetzt war. 93% der befragten Ärzte gaben an, solch eine Situation innerhalb ihrer Betreuung erlebt zu haben. Lediglich 7% gaben an, noch nie eine Situation erlebt zu haben, in der dieser Konflikt bestand (siehe Abbildung 10).

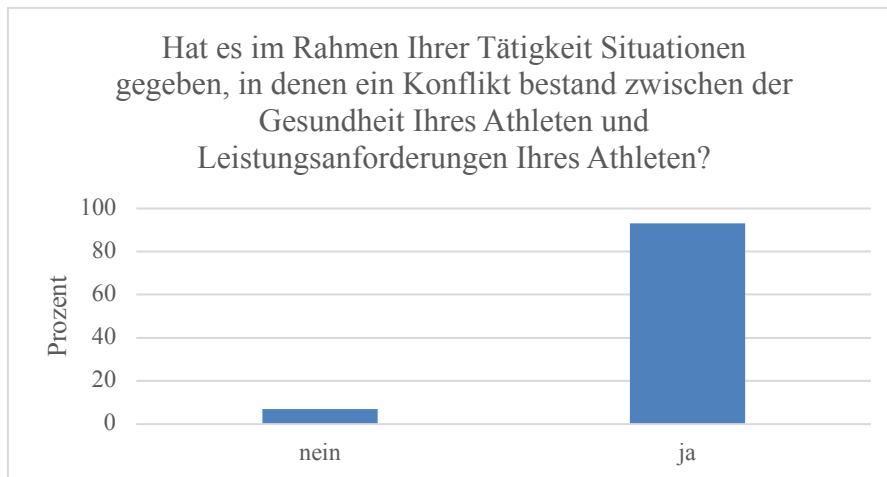


Abbildung 10 Konflikt zwischen Gesundheit und Leistungsanforderungen des Athleten (Frage 10).

Genauer aufgeschlüsselt zeigt sich, dass 44% den Konflikt Gesundheit vs. Leistungsanforderung gelegentlich wahrnehmen, 21% regelmäßig und 5% häufig.

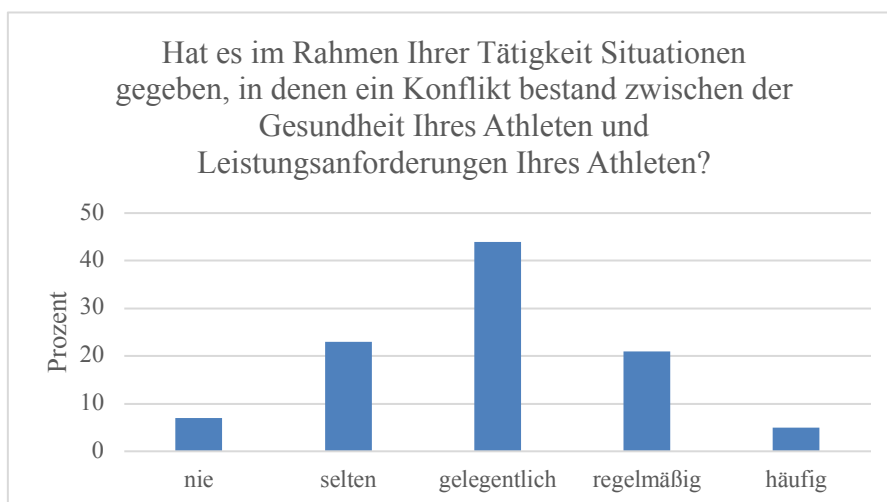


Abbildung 11 Konflikt zwischen Gesundheit und Leistungsanforderungen des Athleten (Frage 10).

Ähnlich eindeutig fällt die Beantwortung der Frage nach dem Schutz vor einem Schaden der Gesundheit des Athleten aus. 91% der Befragten mussten dies bereits innerhalb ihrer Tätigkeit tun, bei 7% sei diese Situation noch nicht vorgekommen (siehe Abbildung 12).

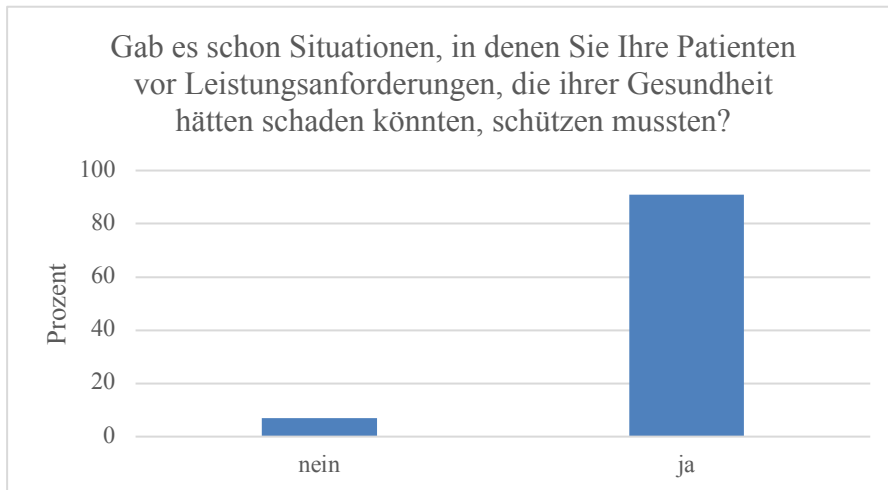


Abbildung 12 Schutz vor Schaden (Frage 12).

Nach der Häufigkeit betrachtet gaben 35% an, dass dieses selten der Fall sei, 44% wählten „gelegentlich“. Immerhin 7% erleben regelmäßig diese Situation und 5% gaben „häufig“ als Antwortmöglichkeit an.

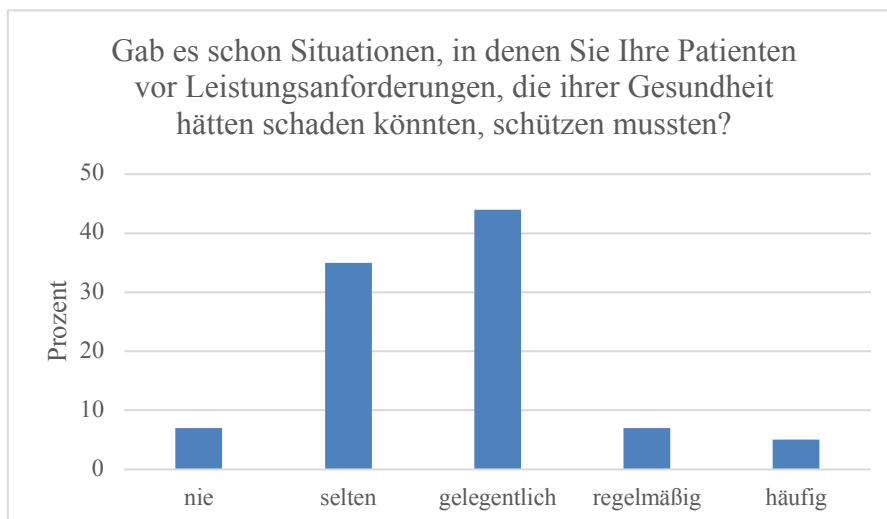


Abbildung 13 Schutz vor Schaden (Frage 12).

Bei der Angabe nach Gründen weshalb der Schutz des Athleten erfolgen musste, gaben 100 Befragte an, dass dieses aufgrund der Durchführung eines Wettkampfes trotz einer vorhandenen Verletzung oder einer Return-to-play Entscheidungen nach einer Verletzung der Fall war. Fünf Befragte gaben an, dass langfristige gesundheitliche Schäden absehbar waren, drei gaben an, dass es sich um Doping handelte.

Die anschließende Frage zielte auf die Expertise der Ärzte ab und ob die von ihnen als Entscheidungsträger und Experten getroffenen Bewertungs- und Behandlungsentscheidungen von anderen in Frage gestellt wurden. Hierbei sollte geprüft werden, ob beispielsweise Trainer,

Manager, Eltern oder andere Dritte die Einschätzung des speziell ausgebildeten Arztes anzweifeln. 71% gaben an, dass dieses während ihrer Tätigkeit bereits vorgekommen sei. Bei 29% seien Entscheidungen noch nie in Frage gestellt worden (siehe Abbildung 14).



Abbildung 14 Infragestellung der Behandlungsentscheidung (Frage 13).

Abbildung 15 liefert hierzu eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse. 44% gaben an, ihre Behandlungsentscheidung sei selten in Frage gestellt worden, 4% empfanden, dass dieses regelmäßig der Fall sei.

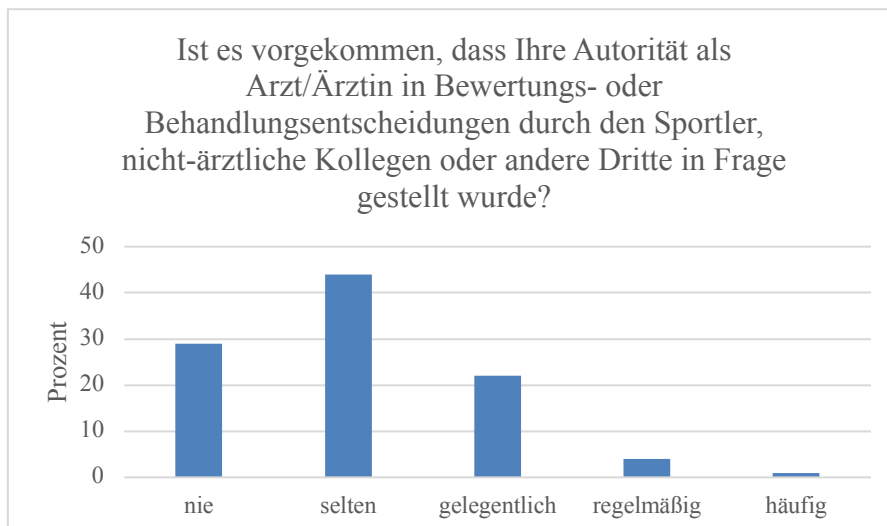


Abbildung 15 Infragestellung der Behandlungsentscheidung (Frage 13).

Durch Frage 14 bestand die Möglichkeit für die Befragten anzugeben, von wem die ärztlichen Handlungsempfehlungen in Frage gestellt wurden. Hierbei war eine Mehrfachantwort möglich. Am häufigsten wurden hier die Trainer genannt, insgesamt 37 Angaben wurden hierzu gemacht. Es folgten am zweithäufigsten die Sportler selbst mit 20 Nennungen. Weitere

Angaben wurden zu dem Management, Ärzten, Eltern, Physiotherapeuten sowie Funktionären gemacht. Die absoluten Zahlen sind der Abbildung 16 zu entnehmen.

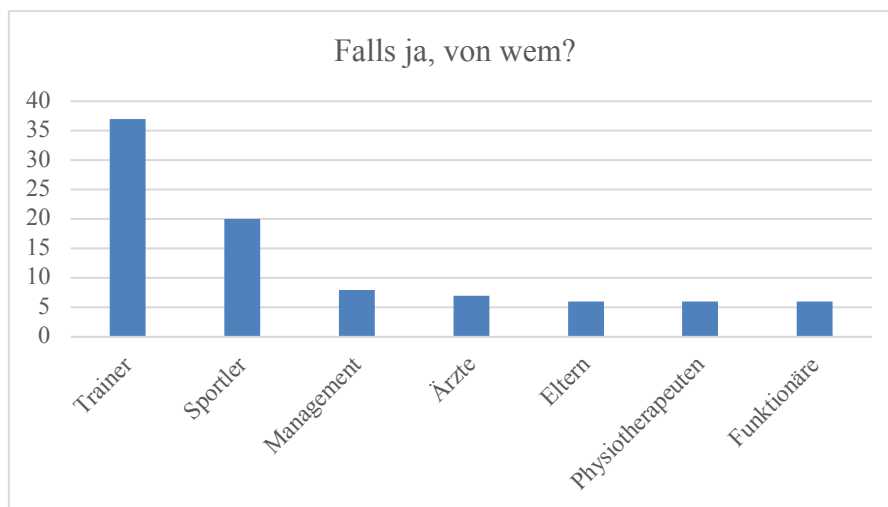


Abbildung 16 Infragestellung der Behandlungsentscheidung (Frage 14).

Mit der Erfassung eines möglichen Interessenskonflikts bei der Betreuung des Sportlers befasst sich Frage 15. Bei dieser gaben 51% an, schon einmal einen Interessenskonflikt mit dem Sportler selbst gehabt zu haben, noch häufiger, nämlich 61%, befanden sich laut ihrer Auswahl bereits in einem Konflikt mit dem Trainerstab, immerhin noch 30% mit dem Management. Die Vereins-/Verbandsführung wählten 24%, des Weiteren bestand bei 18% ein Interessenskonflikt mit anderen Medizinern und bei 17% mit dem persönlichen Umfeld des Athleten. Geringer, jedoch trotzdem vorhanden, sind Interessenskonflikte mit Agenten (6%), Mannschaftskollegen (10%), Fans/Öffentlichkeit (5%) und anderem medizinischen Personal (10%).

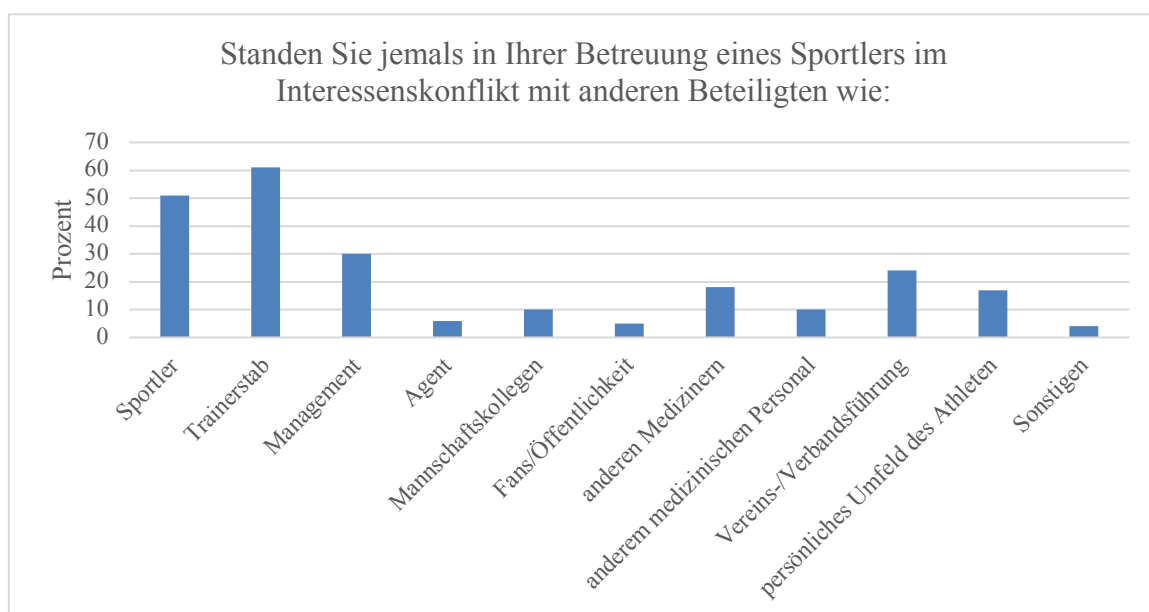


Abbildung 17 Bestehen von Interessenskonflikten (Frage 15).

Auch hier wird die besondere Relevanz der Forschung deutlich. Wie bereits in Kapitel 2 vermutet, zeigt sich die Arzt-Patienten-Beziehung anhand der Interessenskonflikte in all ihrer Besonderheit.

Umso interessanter ist die Auswertung der Frage danach, ob bei der Behandlung oder Beurteilung eines Sportlers schon einmal Druck auf die Befragten ausgeübt wurde. Hierbei geht es unter anderem um Return-to-play-Entscheidungen oder die Wahl von therapeutischen Maßnahmen. Die Frage bejahten 53% bei 47% Verneinungen. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass über die Hälfte der Ärzte ihre Entscheidung schon einmal nicht frei im Sinne einer notwendigen medizinischen Maßnahme oder im Sinne der Gesundheit des Athleten treffen konnte. Ein Schluss darauf, ob sich die Befragten durch den Druck tatsächlich beeinflussen ließen, kann jedoch nicht gezogen werden (siehe Abbildung 18).

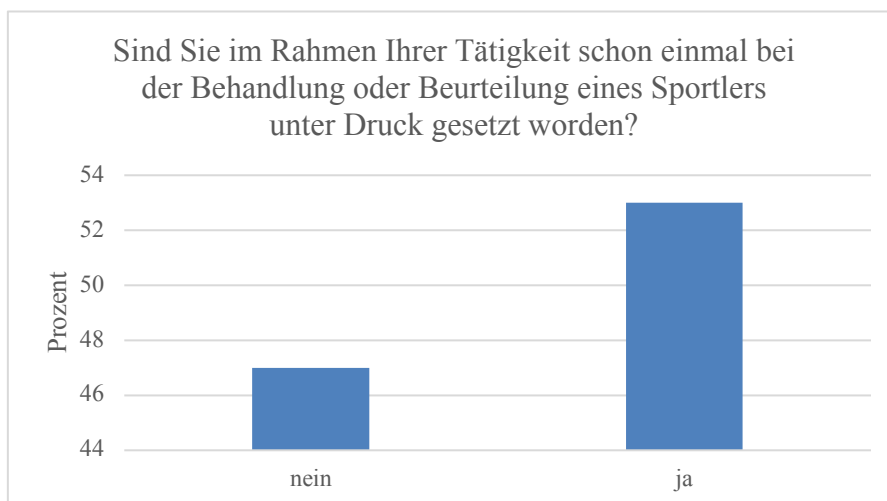


Abbildung 18 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 16).

Genauer betrachtet gaben 15% an, regelmäßig unter Druck gesetzt worden zu sein, 11% gelegentlich und 40% selten. Die anschließende Frage richtete sich an die 53%, die die vorausgegangene Frage bejahten und diente zur Feststellung, welche Beteiligten Druck ausübten. Hierbei wurde am häufigsten der Trainerstab sowie folgend der Sportler, das Management und die Verein-/Verbandführung genannt. Es bleibt hierbei zu berücksichtigen, dass die soziale Erwünschtheit einen großen Einfluss auf die Beantwortung dieser Frage gehabt haben kann (siehe Abbildung 19).

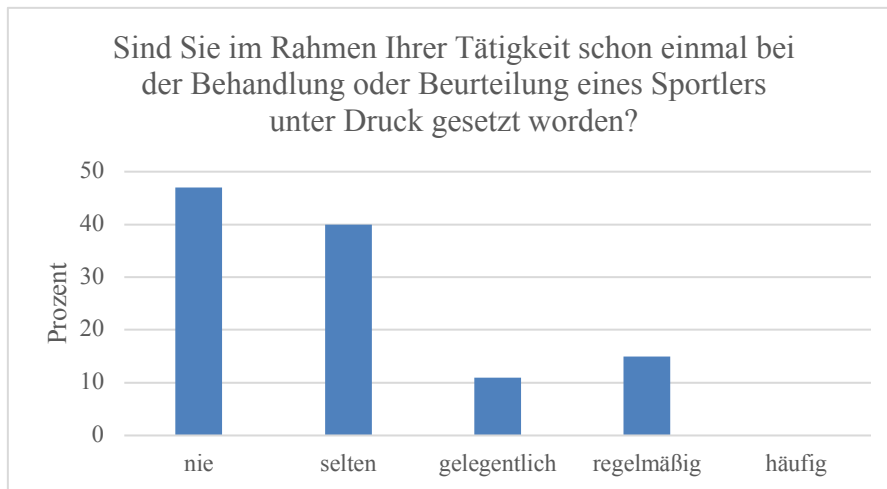


Abbildung 19 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 16).

Frage 17 schließt an die vorausgegangenen Fragen an und gab den Befragten die Möglichkeit anzugeben, von wem sie sich unter Druck gesetzt fühlten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 20 einsehbar. Es fällt hierbei auf, dass 37% angaben, dass der Trainerstab hierfür verantwortlich war. Mit 27% folgen die Sportler selbst und 15 % das Management.

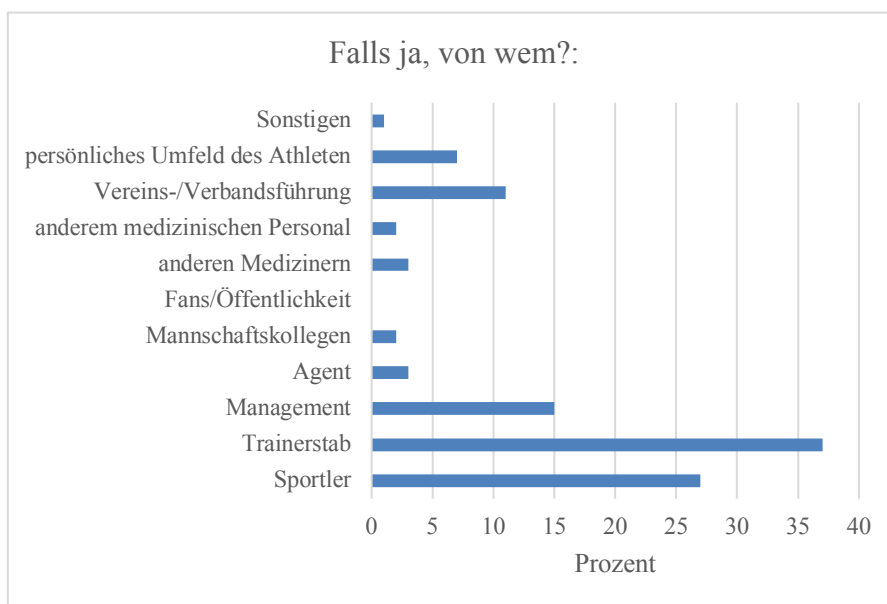


Abbildung 20 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 17).

Anknüpfend an die vorausgegangene Frage folgte die Frage nach den Gründen dieser Personen. Diese wurde von 60 Befragten beantwortet. Die häufigste Nennung (19) war der Erfolgsdruck des Sportlers oder der Mannschaft. Eine detaillierte Ergebnisdarstellung bietet Abbildung 21.

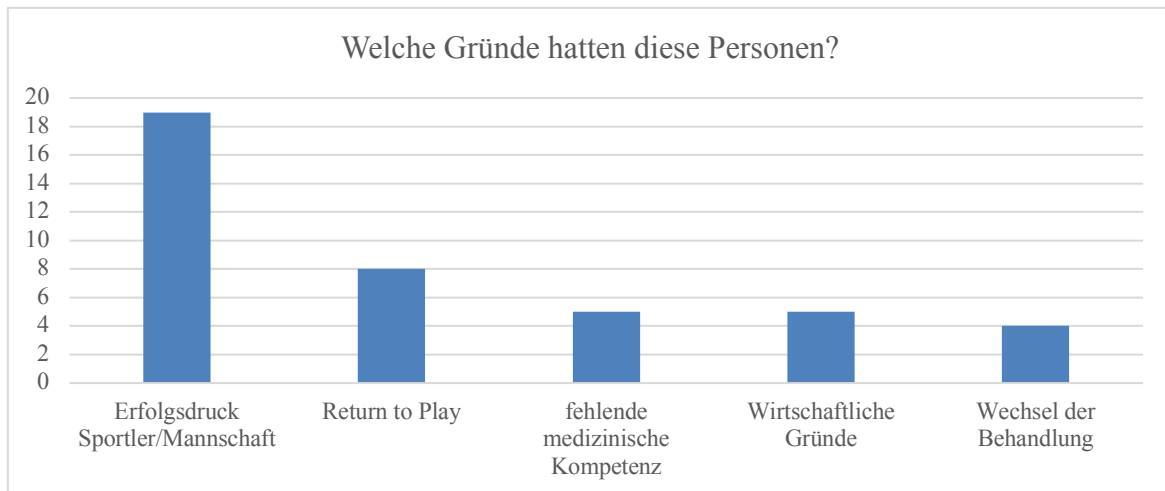


Abbildung 21 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 18) in absoluten Zahlen.

Zudem stachen 3 Freitextangaben besonders hervor:

„Trainer akzeptieren häufig verordnete Trainingspausen nicht. Kollegen formulierten bei verordneten Trainingspausen die Sorge, es könnte dem Ruf der Klinik schaden, wenn man Spitzensportler eine (medizinisch indizierte!) Trainingspause verordnet...“

„Wollten, dass die Gegner nicht ordnungsgemäß behandelt wurden. Beim Eishockey betreut man als Arzt aus Kostengründen in der Regel auch die gegnerische Mannschaft.“

„Vereinsvertreter, der Schonung seiner Spieler in Nationalmannschaft erreichen wollte“

Es folgte die letzte Frage des Themenkomplexes III, ob die Teilnehmer es bei Kollegen erlebt hätten, dass diese schon einmal unter Druck gesetzt worden seien. Hier findet eine Verschiebung im Vergleich zur Selbstwahrnehmung statt. Diese Verschiebung stellt ein Paradebeispiel für die Beeinflussung einer Antwort aufgrund von sozialer Erwünschtheit dar. Es gaben 70% an, dass ihnen dieses aufgefallen sei, 27% verneinten dieses. Eine Rechtsverschiebung der Häufigkeitsangaben ist ebenfalls in der genaueren Differenzierung zu finden. „Regelmäßig“ gaben 20% an, „gelegentlich“ 34% und 26% „selten“ (siehe Abbildung 23).

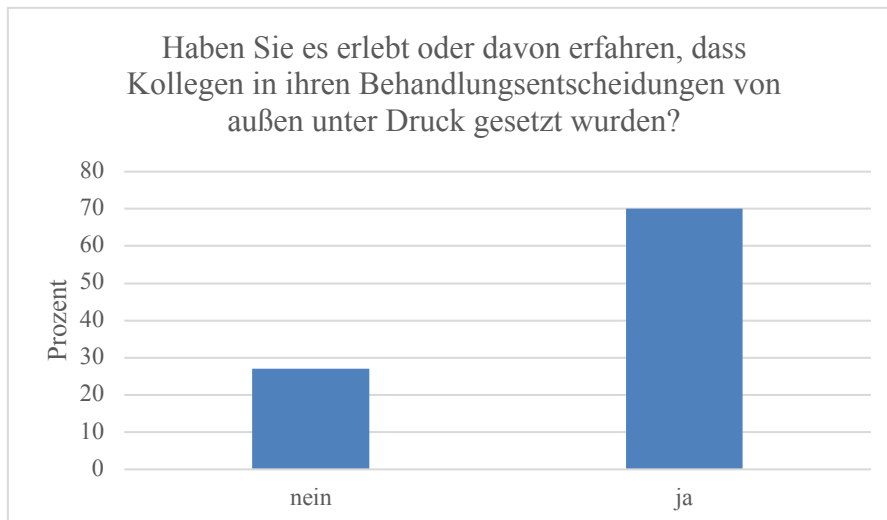


Abbildung 22 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 19).

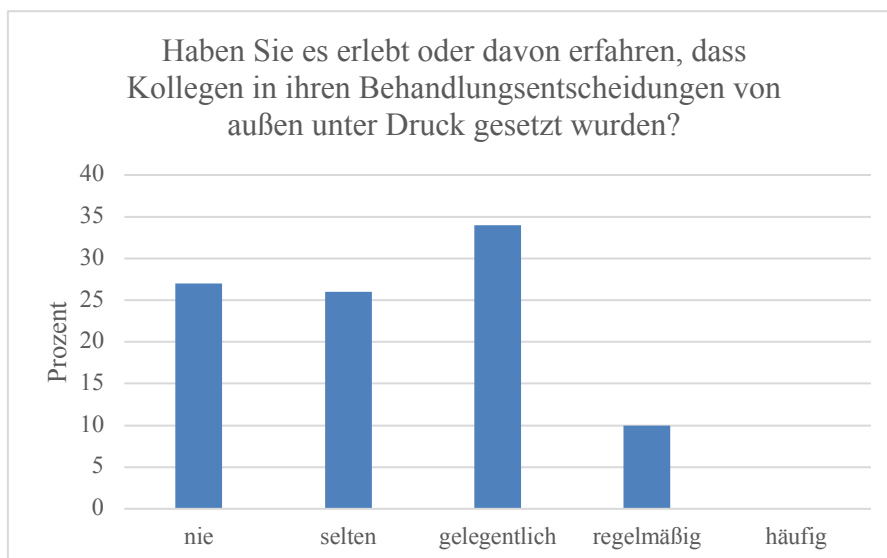


Abbildung 23 Unter Druck gesetzt bei Sportlerbeurteilung (Frage 19).

Fragenkomplex IV sollte zum Abschluss des Fragebogens die Themenbereiche ärztliche Schweigepflicht und Aufklärung erfragen. Hierbei erfolgte die Eröffnung mit der Frage nach dem Vorhandensein eines Konfliktes der ärztlichen Schweigepflicht in der sportmedizinischen Tätigkeit. Einen Konflikt mit der ärztlichen Schweigepflicht hatten bereits 54%, 46% gaben an, in diesen noch nicht geraten zu sein. Ein detaillierterer Blick zeigt, dass 51% diesen selten bis gelegentlich erlebten.

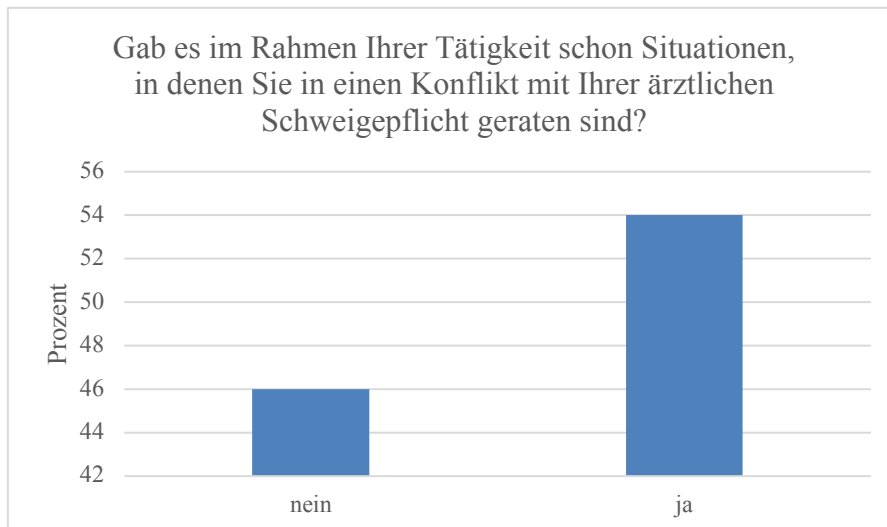


Abbildung 24 Konflikt mit Schweigepflicht (Frage 20).

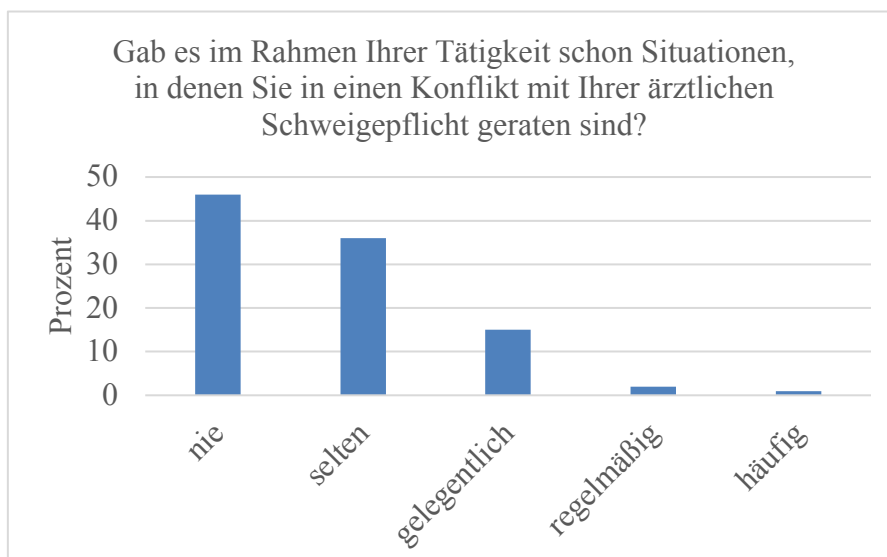


Abbildung 25 Konflikt mit Schweigepflicht (Frage 20).

67 Befragte gaben bei der Frage nach den Gründen für einen Konflikt mit der ärztlichen Schweigepflicht eine Antwort. Hierbei ging es bei 34 Befragten um die Diagnoseweitergabe und Therapieplanung, bei 31 um Anfragen Dritter/Pressedruck zum Gesundheitszustand eines Athleten und bei 3 Befragten um den Themenbereich Doping.

Der abschließende Themenbereich des Fragekomplex IV betraf die Aufklärung von Behandlungen. 42 % der Ärzte gaben an, ihren Patienten schon einmal unvollständig aufgeklärt zu haben. Dieses kam bei 28% zwar nur selten vor, immerhin 2% gaben an dieses häufig zu tun. Dabei ging es bei 18% um eine unvollständige Aufklärung bezüglich der alternativen Behandlungsmethoden, bei 17% um den Umgang mit Gesundheitsinformationen, bei 14% um die Folgen einer zu frühen Wiederaufnahme der sportlichen Tätigkeit, bei 13% um mögliche

Langzeitfolgen einer Behandlungsmethode sowie bei 11% um eine unerwünschte Wirkung von Behandlungsmethoden und bei 6% um die Einnahme von Schmerzmedikamenten.

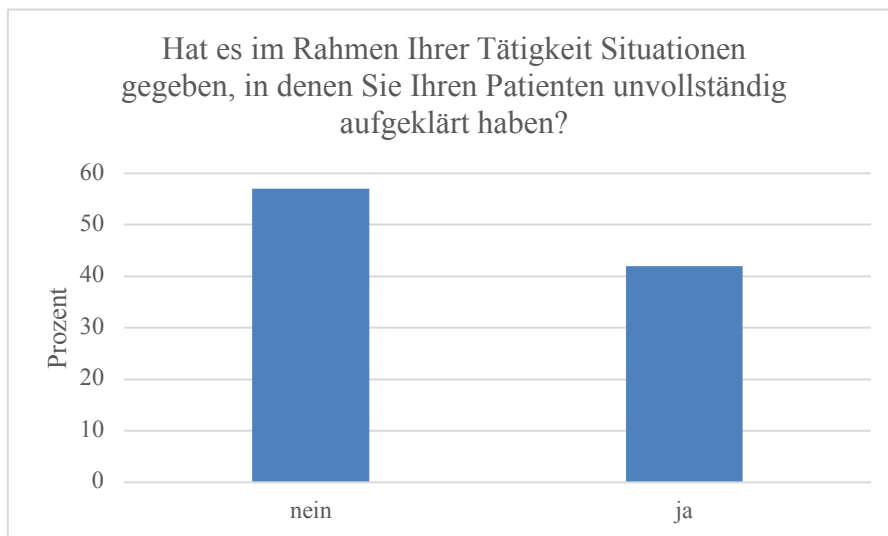


Abbildung 26 Unvollständige Aufklärung (Frage 23).

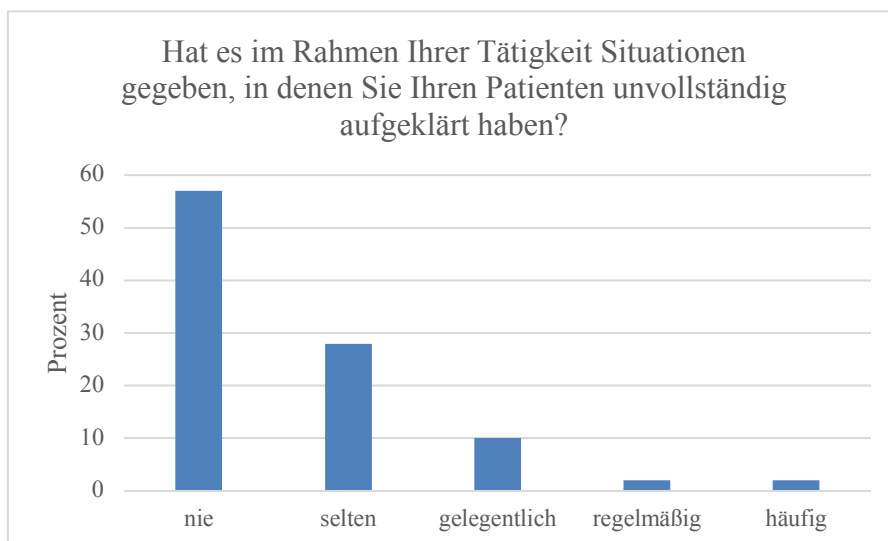


Abbildung 27 Unvollständige Aufklärung (Frage 23).

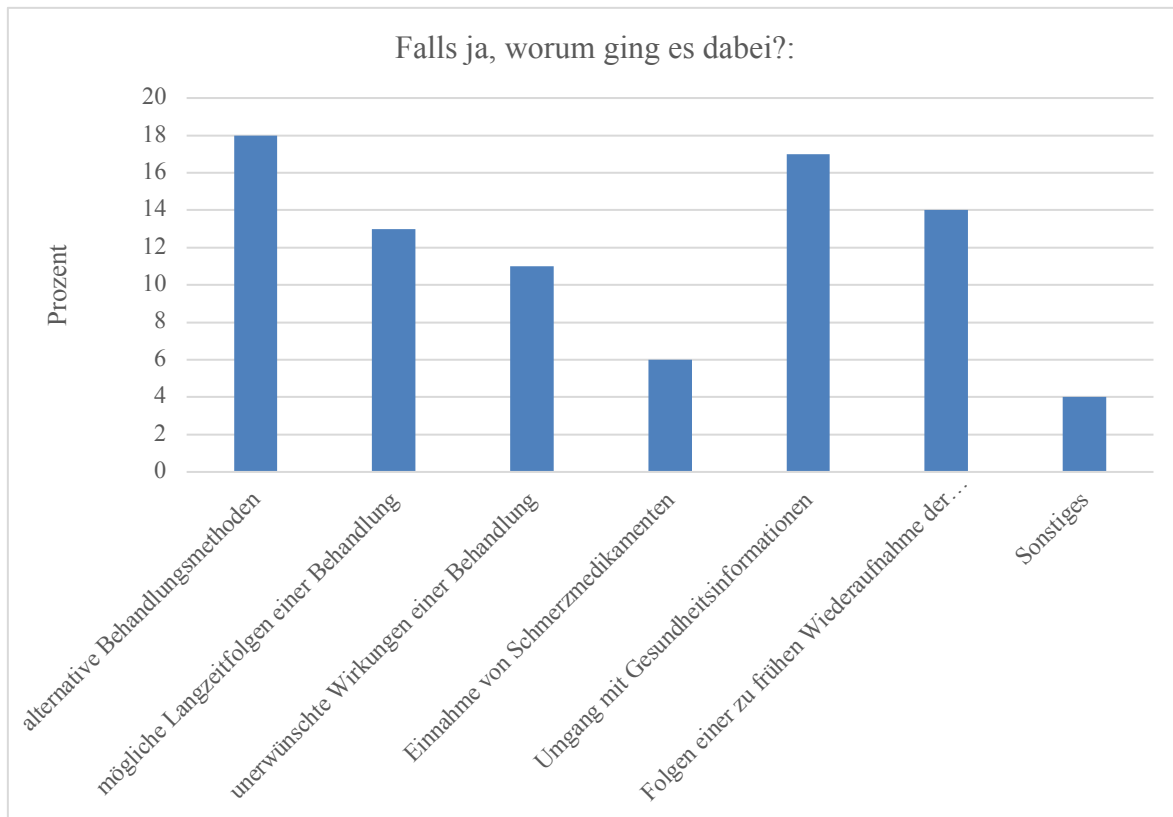


Abbildung 28 Unvollständige Aufklärung (Frage 24).

Die Frage nach den Gründen nicht richtig aufzuklären wurde von 51 Ärzten beantwortet. Hierbei machten 27 Befragte einen Zeitmangel verantwortlich. 10 gaben an, dass Athleten nicht aufgeklärt werden wollten. Vier gaben an, es versäumt zu haben und zwei, dass der Athlet intellektuell einer Aufklärung nicht folgen konnte.

Auch hier stachen im Freitext Aussagen heraus, welche deshalb im Folgenden aufgeführt sind:

„Es lag eine eindeutige OP-Indikation vor, alternative Methoden hätten dem Athleten nur eine Illusion und falsche Hoffnung vorgegaukelt.“

„Angst vor Vertrauensverlust.“

„Mental für Athleten ungünstig oder ungünstiger Zeitpunkt“

„Sportler haben meist sehr kurzfristigen Horizont und verdrängen langfristige Folgen, nehmen viel Risiko in Kauf.“

6 Diskussion

In den vorausgegangenen Kapiteln konnten mögliche ethische Konflikte in der Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport identifiziert werden. Die in der Einleitung gestellt Frage: *Welche ethischen Konflikte in der Arzt-Patienten-Beziehung lassen sich aus ärztlicher Sicht im deutschen professionellen Leistungssport identifizieren?* konnte somit hinreichend beantwortet werden. Dabei wurden eindeutig vorhandene ethische Konflikte in der Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport identifiziert. Die zuvor bestehende Forschungslücke wurde somit geschlossen. Eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zeigt eindeutig die große Bedeutung der stattgefundenen Betrachtung:

- 93% der befragten Ärzte mussten die Gesundheit Ihres Athleten schon einmal vor der Leistungsanforderung schützen
- 71% gaben an, dass ihre Entscheidungen durch Dritte in Frage gestellt wurden
- 61% gaben an, schon einmal im Interessenskonflikt mit dem Trainer gestanden zu haben
- 53% gaben an, bei ihren Behandlungsentscheidungen schon einmal unter Druck gesetzt worden zu sein.
- 54% seien bereits mit der Schweigepflicht in Konflikt geraten
- 42% gaben an, bereits unvollständig aufgeklärt zu haben
- 71% gaben an keine ethischen Richt- oder Leitlinien zu kennen
- 64% gaben an sich mehr Richt- oder Leitlinien zu wünschen.

Die Ergebnisse bestätigen die theoretischen Überlegungen, die in den Kapiteln zwei und drei dargestellt wurden. Insbesondere Interessenskonflikte, Schweigepflicht und Entscheidungsgewalt sind wiederkehrend diskutierte Themen wie beispielsweise in den Arbeiten von Greenfield und West (2012), Dijkstra et al. (2014) und Caplan et al. (2016). Die erhobenen Daten dieser Arbeit illustrieren sehr deutlich, dass die Sportmediziner die Konflikte sehr deutlich wahrnehmen. Die theoretischen Überlegungen können mit eindrucksvollen Zahlen gestützt werden. Hierbei kann festgehalten werden, dass es eindeutig zu unethischem Verhalten innerhalb der Population kommt. Die erhobenen Ergebnisse stellen die subjektive Wahrnehmung der befragten Mediziner dar, dieses jedoch in beeindruckender Art und Weise. Die vorhandenen Codes wie der der FIMS bringen offensichtlich nichts. Sie sind weder bei den Sportmedizinern bekannt, noch finden sie in der alltäglichen Tätigkeit mit dem Leistungssportler Anwendung. Die vorliegende Forschungsarbeit bildet die erste empirische Arbeit an deutschen Sportärzten dieser Art und zeigt, dass die befragten Mediziner klare ethische Konflikte bei der Betreuung von Leistungssportlern sehen. Es besteht insbesondere durch das Nicht-Bekanntsein vorhandener Codes in Verbindung mit den herrschenden ethischen

Konflikten ein ernsthaftes Problem. Die aktuell vorhandenen Codes schaffen es ganz offensichtlich nicht, in der alltäglichen Anwendung als Hilfestellung zu fungieren. Eine große Mehrheit gab an, keine ethischen Leit-/Richtlinien im Leistungssport zu kennen. Die Sportmediziner scheinen gezwungen, sich unethisch zu verhalten und dies teilweise in einem rechtlich relevanten Rahmen. Die Schweigepflicht stellt ein hohes Gut in der Medizin dar. Dass mehr als die Hälfte der Befragten in Bezug auf die Wahrung der Schweigepflicht angaben, in Konflikt zu geraten, zeigt auf, wie problematisch die alltägliche sportmedizinische Tätigkeit im Spitzensport ist. Wenn mehr als ein Drittel angibt, bereits unvollständig aufgeklärt zu haben, ist dies als offenbar gängiger Verstoß gegen ethische Prinzipien zu werten.

Es zeigt sich ganz eindeutig, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung im Leistungssport hinreichend von der eines Arztes zu einem „normalen“ Patienten unterscheidet. Explizit ist hier auch das Gefühl der Einflussnahme Dritter Parteien zu nennen. Die Mehrheit der befragten Ärzte gab an, dass ihre Entscheidungen bereits durch Dritte in Frage gestellt wurden, mehr als die Hälfte fühlte sich bei Behandlungsentscheidungen schon einmal unter Druck gesetzt. Dies kann beispielsweise medizinisch strittige Return-to-play Entscheidung des Sportmediziners zur Folge haben, wie sie in dieser Arbeit ausführlich beschrieben wurden (vgl. auch Caplan et al.). Bei der kritischen Betrachtung der vorgelegten Studie muss angemerkt werden, dass im Verhältnis zu der Anzahl der in Deutschland im professionellen Leistungssport tätigen Mediziner eine Studienpopulation von 136 lediglich einen kleinen Ausschnitt darstellt. Zudem sind ethische Themen in der Medizin immer ein heikler Themenbereich, so dass es dazu führen kann, dass ein Befragter nicht der Wahrheit entsprechend seine Antworten tätigt, sondern die soziale Erwünschtheit einen großen Einfluss hierauf nehmen kann. Auf dieses Studiendesign übertragen wird vermutet, dass die Ergebnisse noch eindeutiger ausfallen könnten. Das Interesse am Thema und die Bereitschaft, an der Umfrage trotz des hochsensiblen ethischen Themas teilzunehmen, wurde von dem Autor jedoch als ausgesprochen hoch wahrgenommen. Dies zeigt, mit welcher Dringlichkeit sich die Sportmediziner im Leistungssport mit der Thematik auseinandersetzen wollen. Es gilt nun, dringend Lösungsansätze zu finden und diese insbesondere mit politischer Unterstützung umzusetzen. Dementsprechend gilt es zu diskutieren, wie es in Zukunft gelingen kann, den Mediziner bei der Bewältigung der identifizierten ethischen Konflikte zu helfen bzw. bereits präventiv ethische Konflikte abzuwenden.

Das Ziel entsprechender Maßnahmen muss sein, dem Arzt eine medizinische Entscheidungsgewalt ohne äußere Einflüsse zu ermöglichen und einen Athleten unabhängig beraten zu können. Insbesondere ohne eine negative Auswirkung auf die eigene berufliche Position. Es

gilt, den Mediziner durch ein allgemeingültiges Regelwerk zu schützen. Mögliche Maßnahmen werden als Ausblick im Folgenden anhand eines 5-Stufenplanes vorgestellt. Zur Erstellung des Stufenplans werden hier unter anderem die Überlegungen von Dijkstra et al. (2014) als Ausgangspunkt herangezogen. Die Autoren halten eine spezielle Ausbildung für im Leistungssport tätige Mediziner für notwendig. Zudem empfehlen sie, in einem medizinischen Team zu arbeiten.

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhobenen Ergebnisse zeigen, dass die große Mehrheit der Befragten die Fortbildung zum Sportmediziner absolviert hat. Diese ist jedoch nicht verpflichtend. Die fehlende Verpflichtung muss als starkes Versäumnis und verpasste Chance gesehen werden. Bei einer Pflichtfortbildung besteht die Möglichkeit, die Mediziner vorab für die bestehenden ethischen Konflikte im Leistungssport zu sensibilisieren und Lösungsmuster aufzuzeigen.

Stufe 1: Verpflichtende Fortbildung mit fundierten Pflichtmodulen zum Thema Ethik¹⁵ bevor eine medizinische Betreuung im Leistungssport übernommen wird.

Stufe 2: Überarbeitung und Verbreitung des FIMS Codes für jede Sportart.

Innerhalb dieser verpflichtenden Fortbildung bestünde die wichtige Möglichkeit, über den FIMS Code zu informieren. Dies könnte einen Schlüssel zur Verbesserung der Ist-Situation darstellen. Die stetige Aktualisierung und Anpassung des Codes ist unabdingbar für eine feste Verankerung im Bereich der Sportmedizin – mindestens als Handlungsempfehlung, besser als Richt- oder Leitlinie. Mit der Einführung von Richt-/Leitlinien bestünde die Möglichkeit, eine einheitliche Vorgehensweise beziehungsweise Entscheidungsgrundlage bei immer wiederkehrenden Konflikten zu schaffen. Dadurch würde ein Handlungsgerüst erschaffen, das Entscheidungen unabhängig(er) vom Arzt und eine Begrenzung von Einflussmöglichkeiten durch Dritte ermöglichen würde. Dass dies eine absolute Notwendigkeit darstellt, konnte durch die Befragung erhoben werden.

Stufe 3: Arzt-Athleten-Codex

Es wird zudem als sinnvoll erachtet, einen Codex für die Beziehung zwischen Arzt und Athleten zu erarbeiten. Im Rahmen eines solchen Codex bestünde die Möglichkeit, gegenseitige Verpflichtungen besser zu definieren. Dem Mediziner würde, ebenso wie dem Sportler, Sicherheit bezüglich der Rollenverteilung in der Beziehung gegeben werden und könnte so vor falschen Erwartungshaltungen auf beiden Seiten schützen. Gemeinsam mit den empfohlenen Richt-/Leitlinien entstünde somit eine hohe Chance auf reproduzierbare Entscheidungen –

¹⁵ Aktuell beschränkt sich die Thematik *Ethik in der Sportmedizin* auf eine Unterrichtseinheit (45 Minuten) im Curriculum der Sportmedizinerfortbildung in Deutschland.

beispielsweise bei der Behandlung der Sportler, dem Umgang mit Wettkampfentscheidungen sowie beim Umgang mit der Schweigepflicht. Es bestünde somit die Möglichkeit, zentrale ethische Konflikte zu entschärfen. Der Mediziner muss als Fachmann und unbeeinflusst durch dritte Parteien die Entscheidungsgewalt in Medizinfragen innehaben. Diese darf nicht der Trainer, das Management oder der Agent übernehmen, sondern muss – verbunden mit dem Aufzeigen sämtlicher Risiken und Möglichkeiten im Rahmen des informed consent – beim Arzt und dem betroffenen Athleten liegen. Die Notwendigkeit einer eindeutigeren Definition der Rolle des Arztes zur Vermeidung von Einbußen der Entscheidungsobjektivität ist auch eine zentrale Forderung bei Dijkstra et al. und Caplan et al. (vgl. Dijkstra et al. 2014 und Caplan et al. 2016). Ziel ist es, hierdurch den Arzt bzw. das medizinische Team als alleinigen Entscheidungsträger bei medizinischen Entscheidungen zu stärken.

Stufe 4: Möglichst umfassender Transfer des Ampelsystems von Dijkstra et al. auf verschiedene Sportarten.

Das in der Literaturbetrachtung dargestellte 3-5 stufige Ampelsystem von Dijkstra et al. bietet eine hervorragende Grundlage für eine einheitliche Beurteilung von verletzten Sportlern. Insbesondere die Beurteilung des Return-to-play bei Erkrankungen oder Verletzungen kann hiermit vereinheitlicht/objektiviert werden (vgl. Dijkstra et al. 2014). Eine sportartspezifische wissenschaftliche Überarbeitung durch die Sportmedizin und Sportwissenschaft bildet die notwendige Voraussetzung für einen Transfer dieses Ampelsystems auf möglichst viele Sportarten. Die sich somit eröffnende Chance besteht in der Möglichkeit, Entscheidungen mit mehr Transparenz und erhöhter Reliabilität zu treffen.

Stufe 5: Einführung von übergeordneten und unabhängigen Wettkampfarzten

In dem obligatorischen Einsatz eines übergeordneten Arztes (Wettkampfarzt), sowohl bei großen Wettkämpfen wie den Olympischen Spielen als auch beim Fußball-Bundesliga-Spiel, wird eine große Chance zu objektiveren Entscheidungen gesehen. Wie im Rahmen dieser Arbeit dargestellt, müssen Entscheidungen mitunter während eines Wettkampfes am Spielfeldrand unter erheblichem Zeitdruck getroffen werden (vgl. McNamee 2014). In solch einer Situation lastet auf dem angestellten Vereinsarzt erheblicher Druck. Dieser wird, wie in der Befragung erhoben, durch Dritte zusätzlich verstärkt. Hierdurch besteht die Gefahr, keine von außen unbeeinflusste Entscheidung zu treffen. Ein Wettkampfarzt könnte in diesem Zusammenhang eine von allen Teilnehmern anerkannte und an keinen Verein/Verband gebundene übergeordnete Instanz bilden. Dementsprechend wäre ein Gegenwirken zur anfangs zitierten Aussage von Caplan et al. 2016 „Relying on doctors who are in any way beholden to a league, a team, an owner, or an union simply creates conflicts.“ möglich.

Neben einer Ausarbeitung dieser im Überblick dargestellten Maßnahmen kann ein weiterführender Schritt zur Fortsetzung der Forschungsthematik in der Befragung von aktuellen und ehemaligen professionellen Leistungssportlern liegen. Hierbei können die subjektiven Eindrücke der Sportler erfragt und somit die Sichtweise der Athleten erfasst werden. Es scheint hier insbesondere interessant, wie die Sportler die Beziehung zu ihren behandelnden Ärzten wahrnehmen und ob bzw. wo in ihrer Wahrnehmung ethische Konflikte bestehen.

7 Zusammenfassung

Diese Dissertation befasst sich mit den ethischen Konflikten in der Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport. Hierzu wurde mittels eines selbstentwickelten Fragebogens eine Erhebung an insgesamt 500 Sportmedizinern des DOSB durchgeführt. Das Ziel bestand darin herauszufinden, ob ethische Konflikte im realen Alltag des Sportmediziners existieren und ob diese von tätigen Sportmedizinern wahrgenommen werden. Die Fragestellung lautet:

Welche ethischen Konflikte in der Arzt-Patienten-Beziehung lassen sich aus ärztlicher Sicht im deutschen professionellen Leistungssport identifizieren?

Zunächst konnten die Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung im Leistungssport herausgearbeitet werden. Hierbei zeigte sich, dass eine Verlagerung der Behandlung von der Arztpraxis oder dem Krankenhaus an den Wettkampfort stattfindet und insbesondere Zeitdruck bei der Entscheidungsfindung während eines laufenden Spiels oder Wettkampfes herrscht. Zudem besteht ein großes Interesse Dritter an einem Einfluss auf dieses.

In der Literaturrecherche zeigte sich, dass insbesondere auf nationaler Ebene eine Auseinandersetzung mit der Thematik bisher noch nicht stattgefunden hat. Auf internationaler Ebene existiert wenig Literatur, wobei insbesondere die Arbeit von Greenfield und West einen sehr guten Überblick über vorhandene Literatur bietet. Zudem sei die Arbeit von Dijkstra et al. aus dem Jahr 2014 zu nennen, bei dem ein Stufensystem für den Wiedereinstieg in den Wettkampf für verletzte Sportler vorgestellt wird.

Im Rahmen der Recherche konnten bereits existierende ethische Codes herausgearbeitet werden, wobei insbesondere der Code der FIMS den ausführlichsten darstellt.

Der Fragebogen wurde im Rahmen von DOSB Jahrestagungen sowie über eine Internetplattform über eine DGSP Mailliste an die Sportmediziner verteilt. 136 Fragebögen wurden

ausgefüllt, was einer Rücklaufquote von 27% entspricht. Hierbei wurden neben der Arbeitssituation der Befragten insbesondere die Themenbereiche Verantwortung und Ethik, Potentielle Konflikte sowie Schweigepflicht und Aufklärung abgefragt.

Dabei zeigte sich sehr deutlich, dass die Sportmediziner ethische Konflikte sehr deutlich wahrnehmen. Die theoretischen Überlegungen können mit eindrucksvollen Zahlen gestützt werden. Hierbei kann festgehalten werden, dass es eindeutig zu unethischem Verhalten innerhalb der Population kommt:

- 93% der befragten Ärzte mussten die Gesundheit Ihres Athleten vor der Leistungsanforderung schon einmal schützen
- 71% gaben an, dass ihre Entscheidungen durch Dritte in Frage gestellt wurden
- 61% gaben an schon einmal im Interessenskonflikt mit dem Trainer gestanden zu haben
- 53% gaben an bei Ihren Behandlungsentscheidungen schon einmal unter Druck gesetzt worden zu sein
- 54% seien bereits mit der Schweigepflicht in Konflikt geraten
- 42% gaben an, bereits unvollständig aufgeklärt zu haben
- 71% gaben an keine ethischen Richt- oder Leitlinien zu kennen
- 64% gaben an sich mehr Richt- oder Leitlinien zu wünschen.

Insbesondere der Wunsch nach Richt- bzw. Leitlinien macht deutlich, dass Handlungsbedarf diesbezüglich besteht. Die 29% der Befragten, die angaben Leitlinien zu kennen, bezogen sich hierbei hauptsächlich auf den Antidoping Code oder auf die ärztliche Berufsordnung.

Als Schlussfolgerung dieser Ergebnisse sollte über die Umsetzung eines 5-Stufenplanes nachgedacht werden:

Stufe 1: Verpflichtende Fortbildung mit fundierten Pflichtmodulen zum Thema Ethik bevor eine medizinische Betreuung im Leistungssport übernommen wird.

Stufe 2: Überarbeitung und Verbreitung des FIMS Codes für jede Sportart.

Stufe 3: Arzt-Athleten-Codex

Stufe 4: Möglichst umfassender Transfer des Ampelsystem von Dijkstra et al. auf verschiedene Sportarten.

Stufe 5: Einführung von übergeordneten und unabhängigen Wettkampfarzten.

Eine sinnvolle Ergänzung scheint im Verlauf der Forschung eine Befragung der Leistungssportler zur gleichen Thematik zu sein.

Quellenverzeichnis

Ahonen, Jarmo et al.– Sportmedizin und Trainingslehre – Stuttgart 2003.

Deter, Hans-Christian – Die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin – Göttingen 2010.

Dickhuth, H.-H. et al. - Sportmedizin für Ärzte – Lehrbuch auf Grundlage des Weiterbildungssystems der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) – Köln 2007.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen - Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften – Berlin Heidelberg 2016.

Hollmann, Wildor; Strüder, Keiko K. – Sportmedizin – Grundlagen für die körperliche Aktivität, Training und Präventionsmedizin – Stuttgart 2009.

Kuckarzt, U. et al. – Statistik – Eine verständliche Einführung – Wiesbaden 2010.

Meyer, Tim et al. – Sportmedizin im Fußball – Aachen 2014.

McNamee, Mike – Sport, Medicine, Ethics – Oxon 2014.

Murray, Thomas H. – Good Sports – Why our Game matters – and how Doping undermines them – Oxford 2018.

Raschka, Christoph & Nitsche, Lutz – Praktische Sportmedizin – Stuttgart 2016.

Schöne-Seifert, Bettina – Grundlagen der Medizinethik – Stuttgart 2007.

Weisser, Burkhard; Kunert, Christian – Rücken Vital – Präventives Rückentraining – Schorndorf 2012.

Paper

Anderson und Gerrard „Ethical issues concerning New Zealand sports doctors“, J Med Ethics 2005;31:88–92.

Birnbacher, Dieter Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin „Doping und ärztliche Ethik“ 2013. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 2013; 64:73-76.

Buyx, Alena – Können, sollen, müssen? Public Health-Politik und libertärer Paternalismus. Ethik in der Medizin 21(3): 221-34.

Caplan, AL et al. „Players’ Doctors: The Roles Should Be Very Clear“ 2016. Nov.-Dec. 2016/Hastings Center Report: 25-27.

Cohen, IG et al. „A Proposal to Address NFL Club Doctors’ Conflicts of Interest and to Promote Player Trust“, 2016. Nov.-Dec. 2016/Hastings Center Report: 2-24.

Devitt, BM „Fundamental Ethical Principles in Sports Medicine“ 2016 Apr;35(2):195-204.

Dijkstra et al. „Managing the health of the elite athlete: a new integrated performance health management and coaching model“, 2014. Br J Sports Med 2014;48:523–531.

Dunn et al. „Ethics in Sports Medicine“ 2007 Am J Sports Med. 2007 May;35(5):840-4.

Duvernay-Tardif, Laurent „Health Care for NFL Players: Upholding Physician Standards and Enhancing the Doctor-Patient Relationship.“ 2016. Hastings Cent Rep. 2016 Nov;46 Suppl 2:S31-S32.

Gabriel, Holger, Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin „Ethik und Sportmedizin“, 2007 S381-2.

Greenfield und West - Sports Health (Artikel) *Ethical Issues in Sports Medicine: A Review and Justification for Ethical Decision Making and Reasoning*. 2012 Sports Health. 2012 Nov;4(6):475-9.

Hastings Center Special Report „The Football Players Health – The Role of Club Doctors“. 2016. Nov.-Dec. 2016/Hastings Center Report.

Malcom und Scott „Practical responses to confidentiality dilemmas in elite sport medicine“, 2013 [Br J Sports Med](#). 2014 Oct;48(19):1410-3.

McKinney, Ross „Being Right Isn't Always Enough: NFL Culture and Team Physicians' Conflict of Interest“ 2016. Nov.-Dec. 2016/Hastings Center Report: 33-34.

Rothstein, MA, „Preventing Conflicts of Interest of NFL Team Physicians“ 2016. Nov.-Dec. 2016/Hastings Center Report: 35-37.

Silka, MJ, Cardiol Young „Return to play in the athlete with cardiac disease: who decides and what is the protocol?, 2017 Jan;27(S1):S110-S114.

Steinacker, Jürgen Michael, Zeitschrift für Sportmedizin „Ethik, Sport und Sportmedizin“, 1999.

Testoni et al. „Sports Medicine and Ethics“ 2013 Am J Bioeth. 2013;13(10):4-12.

Tucker, AM „Conflicts of Interest in Sports Medicine“. 2016 Apr;35(2):217-26.

Online-Quellen

https://www.bisp.de/SharedDocs/Downloads/Publikationen/Athletenbroschüren/LSHT_Schae del_Hirn_Trauma_Sport.pdf?__blob=publicationFile&v=1

<http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/>

http://www.deutschlandfunk.de/loesung-im-sinne-des-handballs.1346.de.html?dram:article_id=237307

<http://www.fr.de/sport/holger-glandorf-erschuettertes-vertrauen-a-832235>

<http://www.goal.com/de/news/827/bundesliga/2013/07/19/4127984/bundesliga-etats-fc-bayern-thront-borussia-dortmund-klotzt>

<https://www.nada.de/recht/anti-doping-regelwerke/der-welt-anti-doping-code-wadc/>

<http://www.spiegel.de/sport/fussball/bundesliga-fc-bayern-muenchen-verzeichnet-erneut-rekordgewinn-a-1180215.html>

<http://www.spiegel.de/sport/sonst/handball-holger-glandorf-einigt-sich-mit-arzt-auf-vergleich-a-882658.html>

<https://www.sueddeutsche.de/sport/entschaedigungszahlungen-im-american-football-freigekauft-fuer-millionen-dollar-1.1759181>

<https://www.sueddeutsche.de/news/sport/olympia-mehr-geld-fuer-olympia-gold-sporthilfe-hebt-praemie-an-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-140203-99-01756>

http://www.vbg.de/SharedDocs/Medien-Center/DE/Broschuere/Branchen/Sport/VBG-Sportreport%202018.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Multimedia-Quellen

Arte-Reportage „Druck, Doping, Depressionen – Spitzensportler packen aus“ – 2014.

WDR; Sendungsskript sport inside – Beitrag: Gehirnerschütterungen – 2013.

Anhang - Fragebogen



Kontakt und Ansprechpartner:
Prof. Dr. med. Alena Buyx, M.A.phil., FRSA
Patrik Thorhauer-Sawitzki, M.A.

Geschäftsbereich Medizinethik
Institut für Experimentelle Medizin
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 28
Tel: 0431-5973123
Email: patrik.thorhauer-sawitzki@iem.uni-kiel.de;
medizinethik@iem.uni-kiel.de

In Kooperation mit:
Prof. Dr. med. Burkhard Weisser
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Institut für Sportwissenschaft
Sportmedizin
Olshausenstr. 40
24118 Kiel

Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport

– eine wissenschaftliche Untersuchung der medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel –

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

durch Ihre Arbeit im Bereich des professionellen Leistungssports sind Sie ein Teil einer besonderen medizinischen Disziplin, der Sportmedizin. Im Umgang mit Spitzenportlern erleben Sie in Ihrem Arbeitsalltag viele außergewöhnliche Situationen; das Arzt-Patientenverhältnis in der Sportmedizin unterscheidet sich teilweise deutlich von der Arzt-Patienten-Beziehung in anderen medizinischen Bereichen. Dennoch gibt es zum Arzt-Patientenverhältnis im Leistungssport bisher nur wenig Forschung.

Die Universität Kiel ist daran interessiert zu erfahren, wie Sie den Umgang mit Patienten im Rahmen Ihrer praktischen Tätigkeit erleben; wie Sie die besondere Arzt-Patienten-Beziehung im Leistungssport einschätzen; und wo Sie gegebenenfalls Herausforderungen für die medizinische Arbeit sehen. Wir haben

zu diesen Themen einen Fragebogen zusammengestellt und erhoffen uns wichtige Erkenntnisse für Forschung und medizinische Praxis.

Der Fragebogen setzt sich aus Fragen mit Freitext-Antwortmöglichkeiten sowie Fragen mit Kästchen zum Ankreuzen zur Beantwortung zusammen. Die Beantwortung des Fragebogens wird etwa 10-15 Minuten in Anspruch nehmen. Mit Ihren Antworten tragen Sie dazu bei, die Arzt-Patienten-Beziehung im professionellen Leistungssport zu erforschen. Gewonnene Erkenntnisse sollen in die zukünftige Praxis einfließen und diese ggf. verbessern.

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es für Sie persönlich am besten zutrifft. Nur Ihr subjektives Empfinden zählt; es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie während der Bearbeitung nicht lange, sondern geben Sie bitte jeweils die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Bitte versuchen Sie, jede Frage zu beantworten und keine auszulassen.

Für alle Fragen zu dieser Studie stehen Ihnen die oben genannten Ansprechpartner zur Verfügung. Die Teilnahme an dieser Studie ist selbstverständlich freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen Ihr Einverständnis zur Teilnahme zurückziehen.

Informationen zum Umgang mit den gewonnenen Daten

Alle Ihre Angaben unterliegen streng dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht, sind also für Unbefugte nicht zugänglich. Gewonnene Daten werden streng vertraulich behandelt und nur verschlüsselt ausgewertet und publiziert. Die verschlüsselte Auswertung und Publikation dient rein wissenschaftlichem Interesse. Die Daten werden im Geschäftsbereich Medizinethik gespeichert; Zugriff hat nur das wissenschaftliche Personal, das am Projekt direkt beteiligt ist. Nach der Auswertung und eventuellen Publikation werden die Daten drei Jahre aufbewahrt und danach vernichtet.

Sollten Sie bereits einen Fragebogen ausgefüllt haben, ist eine erneute Abgabe nicht erforderlich.

Wir freuen uns über Ihre Mitarbeit!

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten zurück an

Geschäftsbereich Medizinethik
Institut für Experimentelle Medizin
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 28
24105 Kiel

Wir bitten Sie um Verständnis, dass aus Gründen der besseren Lesbarkeit zumeist ausschließlich die männliche Form verwendet wird.

IHRE ARBEITSSITUATION

1. Bitte nennen Sie kurz Anstellungsverhältnis im Rahmen Ihrer sportmedizinischen Tätigkeit.
(Mehrfachantworten möglich)

☐ im Krankenhaus tätiger Arzt

☐ niedergelassener Arzt

☐ angestellter Vereinsarzt

☐ angestellter Verbandsarzt

☐ anderes Anstellungsverhältnis, nämlich _____

2. Bitte nennen Sie Ihre Facharztbezeichnung. Haben Sie eine spezielle Ausbildung für den Bereich der Sportmedizin?

3. Bitte beschreiben Sie kurz: In welchem ärztlichen und/oder anderem Betreuungsverhältnis stehen Sie zu den professionellen Sportlern?

4. Wie viele Athleten betreuen Sie regelmäßig und seit wann, in welchen Sportarten?

Athleten: _____ Seit: _____

Sportarten: _____

VERANTWORTUNG UND ETHIK

5. Gegenüber welchen Parteien fühlen Sie sich in Ihrer Position als medizinischer Betreuer von Athleten verantwortlich? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sportler | <input type="checkbox"/> Management | <input type="checkbox"/> Agent |
| <input type="checkbox"/> Trainerstab | <input type="checkbox"/> Mannschaftskollegen | <input type="checkbox"/> Fans/Öffentlichkeit |
| <input type="checkbox"/> anderen Medizinern | <input type="checkbox"/> anderem medizinischen Personal | |
| <input type="checkbox"/> Vereinsführung/Verbandführung | <input type="checkbox"/> persönliches Umfeld des Athleten, nämlich _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigen, nämlich _____ | | |

6. Wo sehen Sie potentielle ethische Herausforderungen für die Arzt-Patienten-Beziehung in der ärztlichen Betreuung von Spitzensportlern?

7. Sind Ihnen hierfür Leitlinien/Richtlinien zum ethischen Handeln in der Sportmedizin bekannt?

- ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

8. Wenn ja, als wie sinnvoll erachten Sie diese?

- ☐ gar nicht ☐ wenig ☐ sehr ☐ unverzichtbar

9. Wünschen Sie sich mehr ethische Hinweise, Leit- oder Richtlinien zum ethischen Handeln in der Sportmedizin?

- ☐ ja ☐ nein

POTENTIELLE KONFLIKTE

10. Hat es im Rahmen Ihrer Tätigkeit Situationen gegeben, in denen ein Konflikt bestand zwischen der Gesundheit Ihres Athleten und Leistungsanforderungen Ihres Athleten?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ häufig

11. Falls ja, bitte beschreiben Sie diese Situation/en kurz

12. Gab es schon Situationen, in denen Sie Ihre Patienten vor Leistungsanforderungen, die ihrer Gesundheit hätten schaden könnten, schützen mussten?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ häufig

13. Ist es vorgekommen, dass Ihre Autorität als Arzt/Ärztin in Bewertungs- oder Behandlungsentscheidungen durch den Sportler, nicht-ärztliche Kollegen oder andere Dritte in Frage gestellt wurde?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ häufig

14. Falls ja, von wem und in welchem Zusammenhang?

15. Standen Sie jemals in Ihrer Betreuung eines Sportlers im Interessenskonflikt mit anderen Beteiligten wie: (Mehrfachantworten möglich)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sportler | <input type="checkbox"/> Management | <input type="checkbox"/> Agent |
| <input type="checkbox"/> Trainerstab | <input type="checkbox"/> Mannschaftskollegen | <input type="checkbox"/> Fans/Öffentlichkeit |
| <input type="checkbox"/> anderen Medizinern | <input type="checkbox"/> anderem medizinischen Personal | |
| <input type="checkbox"/> Vereinsführung/Verbandführung | <input type="checkbox"/> persönliches Umfeld des Athleten, nämlich _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstigen, nämlich _____ | | |

16. Sind Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit schon einmal bei der Behandlung oder Beurteilung eines Sportlers unter Druck gesetzt worden?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ häufig

17. Falls ja, von wem? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Sportler ☐ Management ☐ Agent
☐ Trainerstab ☐ Mannschaftskollegen ☐ Fans/Öffentlichkeit
☐ anderen Medizinern ☐ anderem medizinischen Personal
☐ Vereinsführung/Verbandführung ☐ persönliches Umfeld des Athleten, nämlich _____
☐ Sonstigen, nämlich _____

18. Welche Gründe hatten diese Personen?

19. Haben Sie es erlebt oder davon erfahren, dass Kollegen in ihren Behandlungsentscheidungen von außen unter Druck gesetzt wurden?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ häufig

SCHWEIGEPFLICHT und AUFKLÄRUNG

20. Gab es im Rahmen Ihrer Tätigkeit schon Situationen, in denen Sie in einen Konflikt mit Ihrer ärztlichen Schweigepflicht geraten sind?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ häufig

21. Worum ging es dabei?

22. Welchen Stellenwert nehmen Ihrer Meinung nach die umfangreiche Aufklärung und das Aufzeigen von alternativen Behandlungsmethoden ein?

☐ unwichtig ☐ eher unwichtig ☐ wichtig ☐ sehr wichtig

23. Hat es im Rahmen Ihrer Tätigkeit Situationen gegeben, in denen Sie Ihren Patienten unvollständig aufgeklärt haben?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ häufig

24. Falls ja, worum ging es dabei?

☐ alternative Behandlungsmethoden ☐ Einnahme von Schmerzmedikamenten

☐ mögliche Langzeitfolgen einer Behandlung ☐ Umgang mit Gesundheitsinformationen

☐ unerwünschte Wirkungen einer Behandlung

☐ Folgen einer zu frühen Wiederaufnahme der sportlichen Tätigkeit

☐ Sonstiges, nämlich _____

25. Falls, ja, was waren die Gründe, nicht vollständig aufzuklären?

26. Bitte nennen Sie uns abschließend Ihr Alter und Geschlecht

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: ☐ weiblich

☐ männlich

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

sport inside Sendemanuskript

Beitrag: Gehirnerschütterungen

Autor: Matthias Wolf

Redaktion: Reiner Lefebber

Länge: 9.04 min

| Bilder | Text |
|--|--|
| Foto Ustorf wird vom Eis geführt. Mit Ranfahrt auf Ustorf. | 00.02 6. Dezember 2011 im Berliner Eisstadion. Stefan Ustorf wird verletzt vom Eis geführt. |
| Extrem langsame Zeitlupe mit Highlightspot und Zoom auf Ustorf | Ein Frontalcheck hat ihn außer Gefecht gesetzt. Erfasst nur von einer Amateurkamera. |
| Ustorf wird auf Eis behandelt. | Eine Verletzung mit weit reichenden Folgen, bis heute: |
| O-Ton Stefan Ustorf | 00.17 Meine Probleme sind: ich bin immer noch extrem lichtempfindlich, lärmempfindlich, ich habe Konzentrationsschwächen, ich kann bis jetzt immer noch nicht trainieren, ich kriege starke Kopfschmerzen bei irgendeiner Art physischer Anstrengung und ich habe erhebliche Schlafprobleme, ich habe Probleme mit den Augen meine Augen funktionieren nicht mehr so wie ich mir das vorstelle. Die arbeiten nicht mehr zusammen. |
| Bilder von Ustorf beim Eishockeyspiel | 00.46 Stefan Ustorf war 20 Jahre lang Eishockey-Profi. Nationalmannschaftskapitän. Über 1200 Spiele in der deutschen und in der nordamerikanischen Liga. Jede Menge Gehirnerschütterungen – und dann zwei innerhalb weniger Tage. |
| O-Ton Stefan Ustorf im Hotelzimmer | 01.03 Neun Tage davor im Spiel gegen Krefeld habe ich einen Check bekommen , den ich nicht ernst genommen hab, bei dem ich mir aber eine Gehirnerschütterung zugezogen habe, die ich einfach nicht behandelt lassen habe, weil ich sie nicht erkannt habe, weil ich erst jetzt im Nachhinein durch Nachforschungen, durch Videostudien erkannt habe, das dabei auch eine Gehirnerschütterung zustande gekommen ist. Dann habe ich gegen Hannover den zweiten Check |

| | |
|--|--|
| | bekommen, die zweite Gehirnerschütterung und dadurch ist eben dieses „Second Impact Syndrom“ zustande gekommen, was alles so viel schlimmer macht. |
| Wiederholung des Checks in Krefeld | 01.42 Die letzte Gehirnerschütterung von Stefan Ustorf war mindestens eine zu viel. Sie beendete seine Karriere. |
| Ustorf vor der Webseite „stop concussion“ | 01.47 Heute spricht er offen über sein Leiden. Das hat er in den USA gelernt. Denn dort sind Langzeitfolgen von Gehirnerschütterungen bei Sportlern kein Tabu-Thema mehr. Stefan Ustorf will die US-Initiative „stop concussions“ auch nach Deutschland bringen. Die Botschaft lautet: Jede Gehirnerschütterung muss ausgeheilt werden. |
| O-Ton Ustorf Vor Computer | 02.08 Vielleicht nicht was das Erkennen der Gehirnerschütterung angeht aber was die Therapie der Verletzung angeht sind wir Lichtjahre entfernt von Amerika. |
| | SCHWARZBLENDE |
| Wissenschaftlerin mit Gehirn | 02.15 Die amerikanische Gehirnforscherin Ann McKee hat schon vor Jahren bewiesen, welche Folgen ständige Gehirnerschütterungen und nicht ausreichende Genesungszeiten haben: Massive Veränderungen im Gedächtniszentrum und eine stark erhöhte Demenzrate bei amerikanischen Ex-Footballprofis. |
| O-Ton McKee | 02.34 Die Indizien waren außergewöhnlich. Ich bekam das Gehirn eines 45-Jährigen, der zehn Jahre Profifootballer war und vorher im College gespielt hatte. Als ich mir sein Gehirn angeschaut habe, fand ich enorme Abnormitäten. Das war nicht das Gehirn eines 45-Jährigen. Solche Veränderungen hatte ich noch nie gesehen. Es musste einen Zusammenhang zwischen den Footballspiel und der Schläge geben, die dieser Mann abbekommen hat.“ |
| | SCHWARZBLENDE |
| Klein und Gänsslen (mit Gehirn und Studie) | 03.03 |

| | |
|---|--|
| | <p>Mit dem Fall Ustorf ist das Thema auch im deutschen Eishockey angekommen. Wolfgang Klein und Axel Gänsslen sind die Mannschaftsärzte des EHC Wolfsburg. Sie haben die Medical Task Force der DEL ins Leben gerufen. Im deutschen Eishockey hat damit der Kampf gegen Spätfolgen durch Gehirnerschütterungen begonnen.</p> |
| Checks im Eishockey | <p>03.26 Denn jede Gehirnerschütterung wird zur Grenzerfahrung für die Sportler – und die Ärzte. Der Sport wird immer schneller, die Schwere der Kopf-Verletzungen nimmt zu – trotz der Schutzhelme, die nur bedingt Schutz bieten.</p> |
| <p>O-Ton Klein</p> <p>Inserts Szenen Spieler wird vom Eis geführt</p> | <p>03.45 im OFF, 3.48 im ON</p> <p>Es ist immer wieder so, dass die Spieler dann runterkommen und desorientiert sind praktisch nicht mal richtig auf den Beinen stehen können und dann sollen man als Arzt entscheiden: Ja kann der wieder spielen? Und dafür gab es eigentlich keine objektiven Kriterien. / Das war eine Situation die letztendlich schlecht für die Spieler war schlecht für die Mannschaft, schlecht für die Ärzte und wo wir gesagt haben da möchten wir eine standardisierte Untersuchungstechnik die auch von oben, d.h. von der DEL abgesegnet worden ist, dass sich alle daran halten.</p> |
| Untersuchung mit Furchner | <p>04.18 Damit ist die DEL Vorreiter in Deutschland. Spieler wie der Wolfsburger Sebastian Furchner müssen sich seit 2012 bereits vor der Saison untersuchen lassen. Beim Scat-Test etwa wird das Erinnerungsvermögen geprüft.</p> <p>04.32 – 04.42 <i>Frei stehen: Zahlenreihen abfragen „6, 2, 9, 7...“</i></p> <p>04.33 Getestet werden auch koordinative Fähigkeiten. Das Ergebnis: je mehr Gehirnerschütterungen die Spieler hatten, desto schlechter schneiden sie ab. Während der Saison werden die Ergebnisse immer wieder überprüft, vor allem nach Kopfverletzungen.</p> |
| Schnelltest / Szene mit Furchner beim Spiel | <p>04.58 Spieler wie Sebastian Furchner fühlen sich jetzt sicherer. In den Spielen wird bei einem Verdacht auf eine Gehirnerschütterung sofort ein Schnelltest durchgeführt.</p> |

| | |
|---|--|
| | Auch Furchner hat bereits Gehirnerschütterungen erlitten. Jetzt kann er sie in Ruhe ausheilen lassen. Das war nicht immer so. |
| O-Ton Furchner | 05.20 im OFF, 5.24 im ON Die Trainer haben da natürlich auch ne Rolle gespielt, die haben gesagt: stell dich nicht so an. Und als Spieler ist es auch so dass man immer wieder zurück aufs Eis will und sagt: geht schon geht schon. Weil man die Schäden die später kommen vielleicht gar nicht kannte. |
| | SCHWARZBLENDE |
| Zusammenstöße Fußball | 05.36 Im Profi-Fußball geht es ebenfalls hart zur Sache. Doch obwohl die Fifa an der Entwicklung der Scat-Tests beteiligt war, sind standardisierte Untersuchungen nirgendwo Pflicht und die Folgen von erkannten und nicht erkannten Gehirnerschütterungen kaum ein Thema. Für Eishockey-Mediziner nicht nachvollziehbar. |
| | |
| Dr. Klein | 06.00 im OFF, 06.03 im ON Auch wenn die Geschwindigkeit auf dem Eis höher ist so muss ich sagen, die Zusammenstoßkraft, der Impact wenn zwei Spieler bei einem Kopfball zusammenstoßen, die muss einfach ähnlich hoch sein. Und da läuft es mir schon kalt den Rücken runter wenn ich dann sehe , dass ein Spieler der auch sichtbar benommen gewesen ist auf dem Fußballfeld, dann kurz rausgenommen wird aber dann wieder aufs Feld geht und weiterspielt, also ich denke dass es da schon sinnvoll wäre auch eine entsprechende standardisierte Untersuchung an der Bande. Also am Spielfeldrand durchzuführen, zum Schutz der Spieler. |
| Kopfverbände / Draxler geht raus mit Gehirnerschütterungen/ noch mehr Zusammenstöße Fußball | 06.36 Aus der Bundesliga gibt es viele Szenen wie diese: nach dem blutigen Zusammenstoß wird ein Kopfverband angelegt – und weiter geht es. |

| | |
|---|---|
| | <p>Bilder wie diese aus dem Spiel Kasachstan gegen Deutschland sind eher die Ausnahme. Nationalspieler Julian Draxler veranlasst selbst seine Auswechslung. Und tatsächlich wird später eine schwere Gehirnerschütterung fest gestellt.</p> <p>Wie lax der Umgang bisweilen mit solchen Verletzungen auch in der Bundesliga oft ist, zeigen die sport inside Recherchen.</p> <p>Die DFL hält sich für nicht zuständig. Die medizinische Kommission des DFB lässt uns wissen, man habe das Thema auf der Agenda. Bei der nächsten Sitzung.</p> |
| Koerte mit Sportler / Untersuchungsbilder | <p>07.15</p> <p>Die deutsche Ärztin Inga Katharina Koerte glaubt nachweisen zu können, das allein schon Kopfbälle das Gehirn schädigen.</p> <p>Als sie die Bundesligavereine um Mithilfe bat, stieß sie oft auf Ablehnung. Das Thema werde gerne totgeschwiegen im Fußball, sagt sie.</p> <p>Ein Profiklub ließ sie schließlich seine Juniorenfußballer untersuchen. Die glaubten, noch keine Gehirnerschütterung gehabt zu haben. Aber:</p> |
| O-Ton Dr. Katharina Koerte | <p>07.38</p> <p>Die Veränderungen, die wir gesehen haben bei Fußballspielern ähneln nicht nur denen die man kennt von Patienten nach einem Schädelhirntrauma z.B. nach einem Autounfall, sondern sie ähneln auch den Veränderungen die man kennt bei anderen Kontaktsportarten, z.B. bei Spielern von American Football oder Eishockey - und von diesen Spielern weiß man dass sie langfristig Symptome entwickeln können, wie eben Gedächtnisstörungen, Konzentrationsschwäche, Aufmerksamkeitsstörungen.</p> |
| Frauenfußball | <p>08.09</p> <p>Dabei gibt es alarmierende Zahlen, auch aus den USA: Dort werden im Frauenfußball bereits die zweitmeisten Gehirnerschütterungen registriert - gleich nach Football. Und doppelt so viele wie beim Eishockey.</p> |
| Ustorf im Hotelzimmer | <p>08.23</p> <p>Deshalb glaubt der ehemalige Eishockeyprofi Stefan Ustorf, dass im Fußball erst jemand seine Erfahrungen machen muss, bevor gehandelt wird.</p> |

| | |
|---------------------|---|
| O-Ton Ustorf | <p>08.33</p> <p>Wäre das ganze hier nem Fussballer vor mir passiert, glauben sie mir würden wir viel mehr öffentlicher und sehr viel mehr über dieses Thema sprechen als wir es im Augenblick tun. Es ist leider immer so, es muss vorher was schlechtes passieren bevor man die nötigen Schritte trifft und so wird's im Fußball wahrscheinlich kommen, ich hoffe das es nicht so kommt aber ich glaube so weit wird's kommen, weil es eigentlich gar nicht anders kommen kann.</p> |
|---------------------|---|

Code of Ethics (FIMS)

1. Medical ethics in general

The same ethical principles that apply to the practice of medicine shall apply to sports medicine. The main duties of a physician include:

Always make the health of the athlete a priority. Never do harm.

Never impose your authority in a way that impinges on the individual right of the athlete to make his/her own decisions (1).

2. Ethics in Sports Medicine

Physicians who care for athletes of all ages have an ethical obligation to understand the specific physical, mental and emotional demands of physical activity, exercise and sports training.

A different relationship exists between sports medicine practitioners, their employers, official sports organization, professional colleagues and the athletes (2). In sports medicine there is also a link between the pathologic concern and specific recreational and professional activity. An athletic injury has a direct and immediate impact on the participation in this activity that may have psychological and financial implications. The most obvious difference between sports medicine and other aspects of medicine is that the athletes treated are generally healthy.

Ethics in sports medicine should also be distinguished from law as it relates to sport. One refers to morality the other to a set of enforceable social rules (2). Although it is desirable that the law be grounded in moral principles and that matters of moral importance should be given legal backing in many instances, not everything that is illegal is immoral and similarly not every immoral behavior is against the law. Thus when speaking of ethics in sports medicine, one is not concerned with etiquette or law, but with basic morality.

3. Special Ethical Issues in Sports Medicine

The physician's duty to the athlete must be his/her first concern and contractual and other responsibilities are of secondary importance. A medical decision must be taken honestly and conscientiously.

A basic ethical principle in health care is that of respect for autonomy. An essential component of autonomy is knowledge. Failure to obtain informed consent is to undermine the athlete's autonomy. Similarly, failure to give them necessary information violates the right of the athlete to make autonomous choices. Truthfulness is important in health care ethics. The overriding ethical concern is to provide information to the best of one's ability that is necessary for the patient to decide and act autonomously.

The highest respect will always be maintained for human life and well-being. A mere motive of profit shall never be permitted to be an influence in conducting sports medicine practice or functions (3).

4. The Athlete-Physician Relationship

The physician shall not allow consideration of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between his/her duty and the athlete.

The basis of the relationship between the physician and the athlete should be that of absolute confidence and mutual respect. The athlete can expect a physician to exercise professional skill at all times. Advice given and action taken should always be in the athlete's best interest.

The athlete's right to privacy must be protected.

The regulations regarding medical records in health care and medicine shall also be applied in the field of sports medicine. The sports medicine physician should maintain a complete and accurate record of the patient.

In view of the strong public and media interest in the health of athletes, the physician should decide with the athlete what information can be released for public distribution (1).

When serving as a team physician, the sports medicine physician assumes the responsibility to athletes as well as team administrators and coaches. It is essential that each athlete is informed of that responsibility and authorizes disclosure of otherwise confidential medical information, but solely to the specific responsible persons and for the expressed purpose of determining the fitness of the athlete for participation (4).

The sports medicine physician will inform the athlete about the treatment, the use of medication and the possible consequences in an understandable way and proceed to request his or her permission for the treatment.

The team physician will explain to the individual athlete that he or she is free to consult another physician.

5. Training and Competition

Sports medicine physicians should oppose training and practices and competition rules as they may jeopardize the health of the athlete. In general, the physician shall obtain knowledge of the specific and mental demands made of athletes when they participate in sport activities. Relevant aspects in these respect include expertise, effectiveness and efficiency, and safety (5).

If the athletes concerned are children or growing individuals, the physician must take into consideration the special risks that the sport in questions may represent to persons who have not yet reached physical or psychological maturity. When the sports participant is a growing individual, the sports physician must ensure that the training and competition are appropriate for the state of growth and development (4). The physician shall contribute to the spreading of information or the special conditions that pertain to young people training and competing. It is vital that this information also reaches the young athletes, parents, guardians, and trainers (1).

6. Education

Sports medicine physicians should participate in continuing education courses to improve and maintain the knowledge and skills that will allow them to provide optimal advice and care to their patient athletes (6). Knowledge should be shared with colleagues in the field.

7. Health Promotion

Sports medicine physicians are obligated to educate people of all ages about the health benefits of physical activity and exercise.

8. Injuries and Athletes

It is the responsibility of the sports medicine physician to determine whether the injured athletes should continue training or participate in competition. The outcome of the competition or the coaches should not influence the decision, but solely the possible risks and consequences to the health of the athlete.

If the physician considers that a certain sport entails major risks he should try to eliminate the risk by exerting pressure on the athletes as well as on the relevant decision makers.

Injury prevention should receive the highest priority.

9. Therapeutic Exercise

When supported by scientific research, a detailed exercise prescription should be part of the therapeutic plan for an athlete recovering from injury or disease.

10. Relationship with Other Professionals

The sports medicine physician should work in collaboration with professionals of other disciplines. The sports medicine physician should cooperate with physical therapists, podiatrists, psychologists, sport scientists including biochemist, biomechanics, physiologists, and others. The sports medicine physician has the final responsibility for the health and well-being of the athlete and should therefore coordinate the respective roles of these professionals and those of appropriate medical specialists in the prevention, treatment and rehabilitation of disease and injury. The concept of interdisciplinary team work is fundamental to the practice of sports medicine.

A sports medicine physician should refrain from publicly criticizing fellow professionals who are involved in the treatment of athletes.

A sports medicine physician should behave in relation to his colleagues and coworkers as he would like them to behave towards him.

When a sports medicine physician recognizes that the athlete's problems are beyond his level of expertise, it beholds him to advise the athlete of other persons with the necessary expertise and refer the athlete to such appropriate persons for assistance.

11. Relation to Officials, Clubs, etc.

At a sport venue, it is the responsibility of the sports medicine physician to determine when an injured athlete can participate in or return to an event or game. The physician should not delegate this decision. In all cases, priority must be given to the athlete's health and safety. The outcome of the competition must never influence such decisions.

To enable the sports medicine physician to undertake this ethical obligation the sports medicine physician must insist on professional autonomy and responsibility for all medical decisions concerning the health, safety and legitimate interest of the athlete. No third party should influence these decisions (3).

No information about an athlete may be given to a third party without the consent of the athlete.

12. Doping (see FIMS Position Statement)

The sports medicine physician should oppose and in practice refrain from using methods to improve performance artificially such as those prohibited by the IOC (4).

The physicians have forcefully opposed the use of methods that are not in accordance with medical ethics or scientifically proven experience. Thus, it is contrary to medical ethics to condone doping in any form. Neither may the physician in anyway mask pain in order to enable the athlete's return to practicing the sport if there is any risk of aggravating the injury (1).

13. Research

Research should be conducted following the ethical principles accepted for research in animals and human subjects. Research should never be conducted in a manner which may injure athletes or jeopardize their athletic performance.

(Zuletzt abgerufen 13.09.19)

XXV

Facharztbescheinigung: *haben sie eine spezielle Ausbildung für den Bereich der Sportmedizin? (01)*

Chirurg, Orthopäde, Unfallchirurg, ohne abgeschlossene WB Sportmedizin
Orthopäde, Sportmedizin (ohne inner Medizin, Leistungsdagnostik, sportmed. Institut Sportklinik BW Weandorf)

Orthopäde, Sportmedizin/Arzt
Chirurg, Sportmedizin/Leistungssportmediziner, Chiropraktiker
Orthopäde, Unfallchirurg, Sportmedizin
Orthopäde, Unfallchirurg, Sportmedizin
Orthopäde, Sportmediziner
Allgemeinmediziner, Sportmedizin
Orthopäde und Unfallchirurg, Sportmedizin
Arzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbescheinigung
FA i, Orthopädie u. Unfallchirurgie, Weiterbildung Sportmedizin, D-Arztin
Allgemeinmediziner, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
Innere Medizin, Sportmedizin
Innere Medizin, Sportmedizin
Innere und Allgemeinmediziner
FA Chirurgie/ Unfallchirurgie, WB Sportmedizin, Manuelle Medizin
FA i, Sportmedizin, ZA Sportmedizin/Chirotherapie
Allgemeinmediziner, Sportmedizin
Innere und Allgemeinmediziner/ Zusatzbescheinigung Sportmedizin
Allgemeinmediziner, Sportmedizin, Chirotherapie, Betriebsmedizin
Kardiologie, Sportmedizin, Zertifikat für Laktatdiagnostik
FA für Allgemeinmedizin, Sportmedizin, Notfallmedizin, Nahrungsergänzung
FA Allgemeinmediziner, Facharzt Innere Medizin, Sportmedizin
FA Allgemeinmediziner, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
Innere Medizin/Kardiologie
Allgemeinmediziner/ Sportmedizin
FA i, Sportmedizin, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
FA i, Orthopäde und Unfallchirurgie, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
FA i, Orthopäde und Unfallchirurgie, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
Innere Medizin, Kardiologie, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
FA Orthopäde, Unfallchirurgie und Chirurgie, Sportmedizin
Kardiologie/Sportmedizin
Innere Medizin/Sportmedizin
Sportmedizin
FA i, Orthopäde und Unfallchirurgie, Zusatzbescheinigung Sportmedizin, Chirotherapie, Homöopathie
FA i, Orthopäde und Unfallchirurgie, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
Allgemeinmediziner, Sportmedizin
Innere, Sportmedizin, Zahnärztliche, Internistische
Allgemeinmediziner
Allgemeinmediziner, Chiropraktiker, Physiotherapie, Internistische
FA i, Allgemeinmediziner, Sportmedizin, Chirotherapie, Akupunktur/ Biologische Medizin, Haltungsbewegungstherapie
Orthopäde und Unfallchirurgie, Sportmedizin
Orthopäde und Unfallchirurgie, Sportmedizin, Manuelle Therapie
Allgemeinmediziner, Physiotherapie, Sportmedizin
FA i, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
Innere Medizin, Sportmedizin
Innere Medizin, Sportmedizin
Kardiologie, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
FA für Allgemeinmedizin, ZA Sportmedizin
Allgemeinmediziner, Zusatz Sportmedizin
Allgemeinmediziner, Sportmedizin
Allgemeinmediziner
Orthopäde, Sportmediziner, Chiropraktiker, Physikalische Therapie, Rehab. Wissen
Orthopäde, Neurologist, Sportmediziner
FA i, Orthopäde und Unfallchirurgie, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
Chirurgie, Orthopäde/Unfallchirurgie
Orthopäde/Unfallchirurgie/FA, MA-zz, Sportmedizin
Innere Medizin, Kardiologie
FA innerer Medizin und Allgemeinmediziner, Manuelle Therapie/Chirotherapie
Orthopäde, Unfallchirurgie, Sportmed. D-Arzt
Orthopäde, Sportmedizin
FA Allgemeinmediziner, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
Innere Medizin/Sportmedizin
FA i, Sportmedizin, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
Chirurgie, Unfallchirurgie, Sportmedizin
Orthopäde/Unfallchirurgie, Sportmedizin
Rehabmed, Sportmedizin
FA Orthopäde, Zusatzbescheinigung Sportmedizin
FA Orthopäde, FA Rehabmed
FA Orthopäde, FA Rehabmed

| | | | | | | |
|-----|----|----|----|-----|-----|--|
| 72 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie |
| 73 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Chirurgie |
| 74 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Chirotherapie |
| 75 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | FA Orthopädie und Unfallchirurgie, Zusatzbezeichnung Sportmedizin |
| 76 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | innere, Sportmedizin, Gastroenterologie, Intensivmedizin |
| 77 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | FA Orthopädie und Unfallchirurgie, Zusatzbezeichnung Sportmedizin, Schmerztherapie, spez orthopädische Chirurgie |
| 78 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | innere Sportmedizin, Ernährungsmed., Sportwissenschaft |
| 79 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | FA Orthopädie, Sportmedizin |
| 80 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Hausarzt, Internis, Sportarzt |
| 81 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Sportmedizin |
| 82 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Unfallchirurgie, Sportmedizin |
| 83 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | FA Allgemeinmed., Sportmedizin |
| 84 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | Allgemeinmed., Sportmedizin, Sportwissenschaft |
| 85 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | FA Allgemeinmed., Sportmedizin, Chirotherapie, Osteopathie, Akupunktur |
| 86 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Sportmedizin, Unfallchirurgie, Chirotherapie, Akupunktur |
| 87 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Sportmedizin |
| 88 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | FA Orthopädie, FA Kieferheil, Dipl. Sportlehrer |
| 89 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | FA Kieferheil, Sportarzt |
| 90 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | innere Sportmedizin |
| 91 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Allgemeinmed., sportmed |
| 92 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Unfallchirurgie, Sportmedizin |
| 93 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | FA für Sportmedizin |
| 94 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Sportmedizin, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin |
| 95 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie Unfallchirurgie FA, Sportmedizin |
| 96 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Allgemeinmed., Sportmed |
| 97 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Sportmed |
| 98 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Allgemeinmed., Sportmedizin, Sportwissenschaft |
| 99 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Allgemeinmed., Sportmedizin, Osteopathie, Ernährungsmedizin |
| 100 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Unfallchirurgie Orthopädie FA |
| 101 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| 102 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin, Sportwissenschaft |
| 103 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Sportmedizin |
| 104 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | innere, Sportmedizin, Gastroenterologie, Intensivmedizin |
| 105 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | Chirurgie, Proktologie, Sportmedizin |
| 106 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Unfallchirurgie, Orthopädie |
| 107 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Arzt in Weiterbildung zum Allgemeinmed. |
| 108 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Kinderchirurgie, Kinder und Jugend Sportmedizin Prof für Kinder und Jugendsportmedizin |
| 109 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie und Unfallchirurgie Sport, Chiro, Akupunktur |
| 110 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Allgemeinmed., Sportmedizin |
| 111 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | FA für Sportmedizin |
| 112 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | FA für Sportmedizin, Unfallchirurgie, Orthopädie, Sportmedizin |
| 113 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | FA für Sportmedizin |
| 114 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | FA Chirurgie viscerale Chirurgie, Sportmedizin, Chirotherapie |
| 115 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | FA innerkeimmedizin Sportmedizin, Notfallmedizin, Fliegerarzt |
| 116 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | innere, Sport und Notfallmedizin, Fliegerarzt |
| 117 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Unfallchirurgie, Sportmedizin |
| 118 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Allgemeinmed., Sportmed., physikalische Therapie |
| 119 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Physikalische Kieferheil |
| 120 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | innere, Sportmedizin |
| 121 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | FA Kiefer und Phys. |
| 122 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Unfallchirurgie, Sportmedizin |
| 123 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie Unfallchirurgie, Sportmedizin, Manuelle Therapie, DAF Fußchirurgie |
| 124 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Allgemeinmed., Sportmedizin, Suchtmedizin, Notfallmedizin, Psychotherapie, Dipl-Sportlehrer |
| 125 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | Kinder und Jugendmedizin |
| 126 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Internis, Sportmedizin |
| 127 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Kinder und Jugendmedizin |
| 128 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie Unfallchirurgie, Sportmedizin |
| 129 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Kardiologie, Angiologie, Sportmedizin |
| 130 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Unfallchirurgie, Sportmedizin |
| 131 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Unfallchirurgie, Sportmedizin |
| 132 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Internis, Sportmed. |
| 133 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Ästhetische Sportmedizin |
| 134 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Ästhetische Sportmedizin |
| 135 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Unfallchirurgie |
| 136 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | Orthopädie, Unfallchirurgie, Sportmedizin |
| | | | | | | |
| 98 | 38 | 97 | 88 | 130 | 112 | |
| 0 | 0 | 0 | 48 | 6 | 24 | |
| | | | | | | |

Interview-Nummer (fortlaufend im Krankheits- angestellter V niedergelassen angestellter V anderer Ärzte andersverhältnis, nämlich (offene Eingabe) Facharztbezeichnung Haben Sie eine spezielle Ausbildung für den Bereich der Sportmedizin? (01)

Seit

[illegible]

| persönliches Umfeld des Athleten, nämlich (offene Eingabe) | 5 | nämlich | 5 | Sonstiges, nB | 5 |
|--|---|---------|---|---------------|---|
| Partner | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| Familie Eltern | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| Eltern | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| Eltern bei Kindern/Jugendlichen | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| Familie | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| Physioch | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| Angehörige Eltern | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| Eltern Brüder, Eltern | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |
| | 1 | 1 | 1 | | |

| | |
|---|--|
| <p>Bei Akzeptanz der Patienten Selbstbestimmung, Ablehnung empfohlener Maßnahmen</p> <p>Medizinische Notwendigkeit vs. Wunsch der Athleten nach Training/Wettkampf</p> <p>Verlauf: Akzeptanz vs. Verzicht</p> <p>Startverzicht, Medientruck, Beraterdruck</p> <p>Interessenkonflikt des Sportlers zwischen Leistung und Gesundheit</p> <p>Schutz der langfristigen Gesundheit, Selbstschutzreflex der Athleten unterstützen</p> | <p>Siegeswille gegen langfristige Gesundheit</p> <p>Ethische Aspekte spielen immer eine Rolle</p> <p>Grundsatz: Gesundheit vor Sieg</p> <p>Sportler hat finanzielles Interesse, Trainer will bestes Team, Arzt hat Bedenken wegen Einsatz, Rechtler (un)günstigen öffentliche Einschuldigungen vs. Schweigepflicht</p> <p>Ärztliche Behandlung immer eine Gradwanderung, Vertrauen zwischen Arzt-Patient</p> <p>ökonomische Aspekte des Sportlers, Managern, Vereinen, ärztliche Schweigepflicht, Interessenkonflikt Sportler-Verein-Arzt</p> <p>Startverzicht, Schweigepflicht gegenüber dritten</p> <p>Weitergabe von medizinischen Details, Sporttauglichkeitstestsungen nrb. Bei Minderjährigen</p> <p>Hochstet Leistungsfähigkeit über den Sporttreiben ohne zu schaden</p> <p>Verantwortung des Sportlers, des Trainers, des Arztes, des Vereins, des Verbands, des Kampfrichters</p> <p>Ärzt-Patienten-Beziehung im Falle gesundheitlicher Probleme, die Wettkampfteilnahme gefährden können</p> <p>Sport und Commerce, Leistungsanspruch und medizinische Gebotenheiten</p> <p>In der Entscheidung akute oder chronische Schäden für den Sportler in der Zukunft zu vermeiden</p> <p>Presse und Trainer, Schweigepflicht</p> <p>Bo der Ärzte + BkK, Leitlinien legen bereits minimalstandards fest</p> <p>Wille des Sportlers trotz neg. Empfehlung weiterzumachen und Druck durch Trainer, Verband zum weitermachen</p> <p>Leistungssport</p> <p>Kommerzielle Leistung</p> <p>Sparrumfeld Gesundheit Erfolg</p> <p>Trainer Spieler, Spieler Manager</p> <p>Kommerzialisierung, funktionale</p> <p>Transparenz Anti Doping, Schweigepflicht, Zielliche Probleme</p> <p>return to play, Eigenwohl vs. Mannschaftswohl</p> <p>verantworten und gewissenhaft zu verhandeln ohne einen eventuellen Schaden zuzufügen Z.B. Cortisonfreie Behandlung</p> <p>Verantwortung des Sportlers, des Trainers, des Arztes, des Vereins, des Verbands, des Kampfrichters</p> <p>Kommerzielle Leistung, Schweigepflicht, Persönlichkeitsrechte</p> <p>Schutz der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Spieler, Trainer, Eltern</p> <p>Abwägung Gesundheitserhalt vs. Leistungserhalt vor allem in Wettkampfsituationen</p> <p>keine anderen als im Betreuungsverhältnis von allen Parteien</p> <p>Wunsch nach Leistungssteigerung des Sportlers/Trainers, Notwendigkeit des Fitmachens vor Wettkämpfen</p> <p>Spannungsfeld kurzfristiger Erfolg langfristige Gesundheitsaspekte</p> <p>Vertrauen</p> <p>Beide Sportler-Trainer-Arzt, Wenn wird man gerecht</p> <p>Leistungsdruck</p> <p>Verantworten von Leistungsdenken und Athletengesundheit</p> |
| <p>Anwendung nicht evidenz-basierter Behandlungen, Behandlungen im unmittelbaren Wettkampfsituationen</p> <p>Return to play, Informationen an Verein oder Verband</p> <p>Forderung nach schnelleren Erfolgen wie von den Medien berichtet werden</p> <p>Verlangen nach unmittelbarer Leistungssteigerung</p> <p>Druck durch Trainerstab zur Ausstellung eines Sportgesundheitszeugnisses kann zu fehlerischen Entscheidungen führen</p> <p>Belastungs- vs. Belastbarkeit, vermindern und erhöhen im Gesamtgefüge Athlet - soziale Umfeld</p> <p>Heilungsprozess gegeben allen Versuchen eines frühen Wettkampfbegins komplett zu beenden</p> <p>Einsatz von Medikamenten, Therapien, Diagnostik (Menge, Zeitpunkt, Bedarf, Sinn), übermäßige, stetig zunehmende Erwartungen an junge Spieler</p> <p>Schweigepflicht</p> | <p>Interessen Management Trainer versus objektivermed. Fakten</p> <p>met. oder med. Behandlung zum Erreichen einer langfristigen Sportfähigkeit des Sportlers</p> <p>Steuerung der Heilverfahren im Hinblick auf Ansprüche der Athlet, Anforderungen Sponsoren, Verein, Trainer, u.a.</p> <p>Wohl des Patienten vs. Wohl des Vereins, Ausfallszeit vs. langfristige Folgen</p> <p>Erwartungen an die Profisportler</p> <p>Abwägung bei Entscheidung über Therapie</p> <p>Verantwortung des Sportlers, des Trainers, des Arztes, des Vereins, des Verbands, des Kampfrichters</p> <p>met. oder med. Behandlung zum Erreichen einer langfristigen Sportfähigkeit des Sportlers entgegen</p> <p>Return to play, so ja nein</p> |
| <p>CSB-Physio Verband, YBG</p> | |

potenzielle ethische Herausforderungen für direkt-Patienten-Behandlung in der ärztlichen Betreuung von Spitzensportlern? [01]

[illegible]

| | |
|--|--|
| Start trotz Verletzung | |
| Reaktivieren von Verletzung oder DV, Trainingsbelastung | |
| Reparatur von Verletzung, z.B. Wundheilung, Wundmanagement, Wundheilungsmanagement | |
| Reparatur von Verletzung, z.B. Wundheilung, Wundmanagement, Wundheilungsmanagement | |
| Krankheit, Verletzung Start | |
| Verletzung mit Risiko der Verschlechterung e Wettkampf, Trainerteilnehmer | |
| akuter Infekt und Startwunsch, Schutzfunktion des Arztes | |
| Trainer setzt Sportler trotz Startverbot ein | |
| Sportverbot bei Infektion, trotzdem vom Trainer mitgenommen, nach Schultex und Reposition gegen Rat weitergefochten | |
| nicht hinter Abfert nimmt an Wettkampf teil | |
| Infekt fraglich ausgeheilt | |
| jeder Trainingsaufbau wegen einer Erkrankung wiegt schwer, Leistungsanforderungen | |
| Einsatz vom kollektiver 16-jähriger Volleyballern gegen ärztlichen Rat mit Empörung des Trainers/Mannagers | |
| Start trotz Krankheit/Verletzung | |
| Verschlechterung Verletzung und Erkrankung durch Fortsetzung Leistungssport | |
| Erhaltung und Druckausgleich, Flugfähigkeit, Fieber, Erkrankung und Ausfall, Flugunfähigkeit und Flugicherheit | |
| Hochleistungsinfekt, Abschlus von HNO-Bereich | |
| Infekt und Sport Diskussion mit Trainer | |
| akute Verletzung und Start bei WM EM, Olympie, Erkrankungen des Bewegungsapparats in der Jugend, Wiedereintritt in den Spitzensport ohne wissenschaftliche Daten, Return to play nach Verletzungen | |
| Verletzungen Wiedereinsatz, Verletzung OP/konservative Behandlung (wenn länger) | |
| Hoher Druck durch den Wunsch des Trainers oder Athleten | |
| Verletzung, Rekonvaleszenzphase, Erfahrungen, hoher Sportfähigkeit | |
| Verletzung, Rekonvaleszenzphase, Erfahrungen, hoher Sportfähigkeit | |
| akute Verletzung kurz vor Wettkampf, Wettkampffähigkeit nicht gegeben | |
| WM EM Endspiele mit Wunsch des Spielers zu spielen | |
| Verletzte Spieler müssen eigentlich spielen, auf Geld angewiesene Spieler | |
| Kontinuität Gesundheit, Wettkampffähigkeit, Druck der Öffentlichkeit | |
| Entscheidung bezüglich Teilnahme an EM/WM | |
| Musikale Überlastung beim Wettkampf, richtige Therapie, Belastungsspaure, durchgeführte Therapie NSA+ Muskelinfiltration | |
| Trainings und Wettkampffähigkeit der Athleten bei Verletzungen und Erkrankungen | |
| Start bei Wettkämpfen bei akuter Erkrankung | |
| Muskelverletzung bei ausstehendem Wettkampf, eidererung mit Athlet, Trainer, Physio | |
| Wettkampffähigkeit und Wettkampf | |
| WM/OS Verletzung | |
| eindeutiger Infekt und unbedingter Startwunsch | |
| Trainingspaure vs Wiedereintritt in Krankheitsituationen, Gewichtsmachen in Gewichtsportarten | |
| Return to play Decision, Anforderung nicht sinnvoller Diagnostik, Behandlungen | |
| Spieler soll und will spielen, med aber nicht sinnvoll | |
| Forderung nach Injektionstherapie | |
| akute Verletzung | |
| Abschlus mit dem Fachverband | |
| Einsatz von Spieler mit unklarer Synkope unter Belastung in der Vergangenheit, nicht nützige Befunde zu verschleiern | |
| Belastung vs. Belastbarkeit | |
| bei Empfehlungen den Sport temporär zu pausieren Noncompliance des Athleten | |
| Interviews, Teilnahmen wahr und Untersuchung/Festung | |
| Krankheit vor Saisonbeginn | |
| Belastungsspaure, Belastbarkeit | |
| Frage des Zeitpunkts zum Return to play | |
| nichtbeurteilung von viralen Infektionsanheiten | |
| Verletzung, Pause, zu früher Spielbeginn | |
| Athlet wollte gegen ärztlichen Rat spielen | |
| Einsatz eines kranken Spielers | |
| spricht nicht (dann) sich spielen am | |
| Sportler, Belastbarkeit, Belastbarkeit | |
| Sportler, Belastbarkeit, Belastbarkeit | |
| Sportler, Belastbarkeit, Belastbarkeit | |
| Profisportler in Verletzungssituation, Meisterschaft | |

Fall 1a: Bitte beschreiben Sie diese Situation kurz. [0,1]

[illegible]

Wohin ist es von vorn und in welchem Zusammenhang? [61]

Sportler haben eine besondere Verantwortung. Sportler wird von mir dann im Zusammenhang eine Zweiteilung unterteilt von (neuen Trainern), Bundesländern, Bundesländern

Trainerteam und Sportler in Fragen von langwierigen Verletzungen

Trainer bei Frage von Überlastung im Training
Verletzung des Körpers bei einem jungen Spieler (Sportunfall), welcher von den Eltern und Teamkameraden zu mehrfachen Operationen anmerkt wurde, obwohl ich ihm bei auch fehlenden Potential für außergewöhnliche sportliche Leistungen) zur Aufgabe des Spießes in der Prok. rief.
Sportler, Managerien

Durch Sportler oder Trainer wegen der fehlenden Bereitschaft, intensiv medienintensiv zu therapieren

Von Bundestrainern, die nur den Blick für Medaillen hatten und die medizinisch notwendigen Entscheidungen daher missachtet haben
nicht Erfüllung und Diskussion konnte dies regelmäßig behoben werden

Trainer blieben Diskussion über Länge der Verletzungsdauer

Trainer/Funktionsträger nicht, wenn der Arzt einen Sportler vorübergehend aus dem Verkehr zieht

Starke Verbote ausgesprochen, wurde angewendet

Sportler mit "Hinterer-Diagnose", Sportler, die durch Physiotherapeuten oder "Osteopathen" durch alternative Krankheitsmodelle verunsichert wurden, Stichwort Beinlängendifferenz/Beckenring-Dysfunktion.

Bei fehlender Unbedenklichkeit, Besuch bei ärztlichem Kollegen bis gewünschtes Attribut erfolge

Spielerinteresse und Unterstützung der Folgeschäden

Vorstandsmittel bestand - vergänglich - auf Einsatz

Vorstandsmittel von Physiotherapeuten

Unbedenklichkeit von Physiotherapeuten

Spernung von Sportler wegen Herzmuskel, wurde von Sportler in Frage gestellt.

bei von mir ausgesprochenen Sportpausen/verboten bei Erkrankung

Z.B. ich lehne eine Cortisoninfiltration einer Sehne ab und erkläre den Athleten für nicht wettkampftauglich. Der unzufriedene Athlet lässt sich von einem anderen Arzt fixieren. Oder ich rate dem Athleten aufgrund einer Gelenkerkrankung diese Sportart aufzugeben und stattdessen eine andere zu betreiben. Der Athlet ignoriert meine Empfehlung

unterstützen
Trainer, Ärzte, Drittmittelgeber, auch mal Sportler

Bei Versuch Trainingsinhalte zu verändern um prophylaktisch auf Kreuzbänderverletzungen einzuwirken.
Startplatzierung nach Erkrankung

Trainer - return to play, concussion

Trainer verlangt zu spielen, ich als Arzt habe das abgelehnt

Trainer

entsprechend 1. - Kollegen, Trainer oder Verein

in Hinsicht der empfohlenen Sportpause

einmal von einem Stützpunkt, Trainer

Sportler, der glaubt seinen Körper besser zu kennen; Trainer die Ratschläge für Mediamerit geben

ehemals verbreitete inzwischen verbotene Methoden der Flüssigkeitsaufnahme von Seiten älterer deutscher Trainer aus dem Bereich der Neuen Bundesländer

z.B. schwere Auflagerung zur Schwere der Erkrankung bzw. der Auswirkungen

Vom Verband, haben im Internet bessere med. Optionen gefunden, vom Sponsoren, haben ärztliche Kollegen gefunden mit weniger Skrupel

Trainer

Spieler nicht sich 2. Meinung, Trainer wünscht weitere Erläuterungen

bei Jugendlichen die Eltern; bei Erwachsenen Trainer oder Mitspieler

Trainer, Physios

unterstellte Behandlungsfehler

zu langer Ausheilungszeit (Athlet und Trainer)

meist Kollegen die Wünsche der Trainer/Physio. Nachgeben und meine geäußerten Entscheidungen unterhalten unsich selbst zu profilieren; Trainer, die über geöffneten/ausgesprochenen Spätkrankheit der Sportler trotzdem trainieren lassen bzw. zum Start lassen
Athlet, Trainer

Trainer, Interessenskonflikt Gesundheit, Interessenserhalt Manager

Arzte, Physio-
nicht ärztliche Mitarbeiter, pseudowissenschaftlich gebildete Personen, Eltern, Betreuer
engagierte Eltern
Sportler, Trainer
Kollegen, 2. Meinung

Sport und Einsatzfähigkeit akut/nach Verletzungen
Beeinträchtigung im Flug
vom Trainer weil Sportverbot für Athleten ausgesprochen

Handeln gegen den Wunsch, Dauer der Rekonvaleszenz zu lange

Ignorieren einer konstanten positiven Abkürzungsempfehlung von Trainern und Patienten
umfeld, Trainings, Sportler, Eltern
Verstärkung, Spieler nicht schnell genug fit
durch Kollegen
Return to Play Entscheidungen (Eltern, Spieler, Trainer übermotviert)
Normierung zur EM/WM mit Eltern und Vereinst Trainern

Trainer, Eltern

Trainer

Vorbereitung OS Versuch gesundheitliche Probleme der Verdägensangst zuordnen
 Startverbot bei Infekt und notwendiger Ab-Triage
 Entscheidung Pro Trainingspause in Infektuation
 andere Kollegengez. Weiterer Sporttauglichkeit (Laufen mit BS)
 von Personen die Sportwissenschaftler sind in die med. Betreuung übernehmen
 bei med. hystericen Reaktion nachverlorenem Weltkampf
 back to play

Einforderung der Krankenunterlagen wurde nicht beachtet

ehrer von Trainern in Mannschaftssportarten dann, wenn ärztliche Entscheidung trotz Aufklärung und Gespräch nicht auf Verständnis traf beim empfehlen von Wettkampfpausen

Trainer, Management bei Höhepunkten
Trainer/Management zu Dauer der Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungsvorhersage; geht nicht besser, schneller

Trainer, Management
op oder konservatives Vorgehen

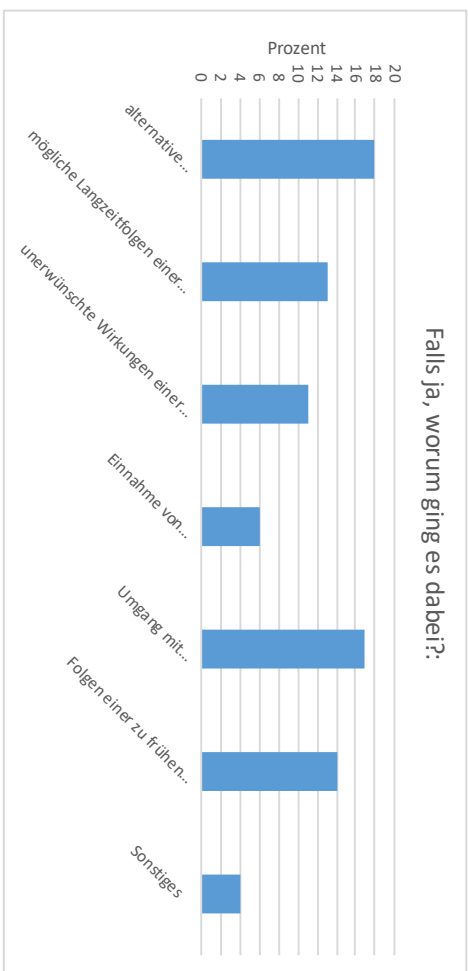
Ablehnung einer Sportausübung wurde in Frage gestellt
Trainer/Manament + Spieler
Sportler im Wettbewerb, Mannschaftsarzt-Kollege bei Frage nach dem Therapiekonzept

Falls ja, von wem und in welchem Zusammenhang?: [01]

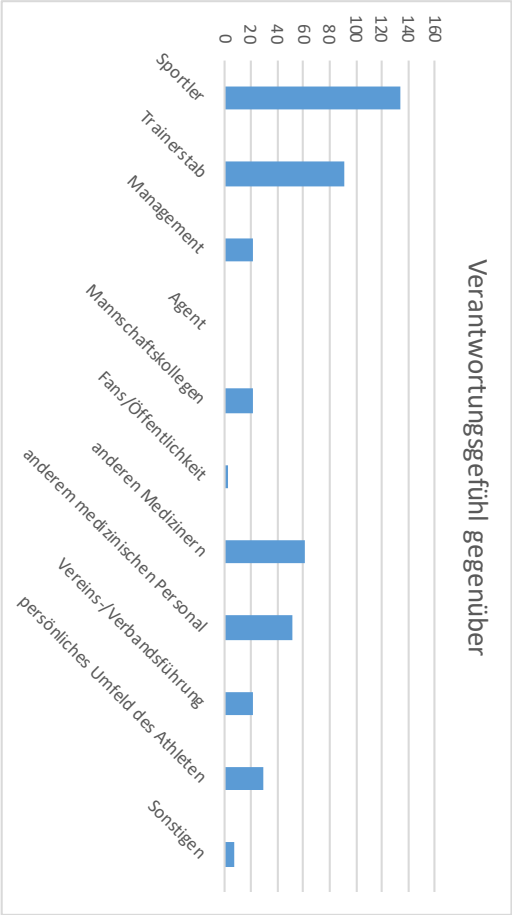
[illegible]

[illegible]

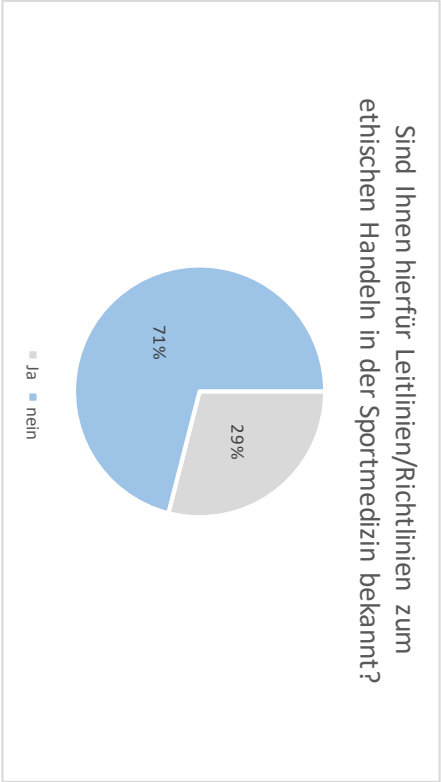
| Falls ja, worum ging es dabei?: | | |
|---------------------------------|----|----|
| alternative Be... | 25 | 18 |
| mögliche Lang... | 18 | 13 |
| unerwünschte | 15 | 11 |
| Einnahme von | 9 | 6 |
| Umgang mit G | 23 | 17 |
| Folgen einer z | 19 | 14 |
| Sonstiges | 5 | 4 |
| Prozent | | |



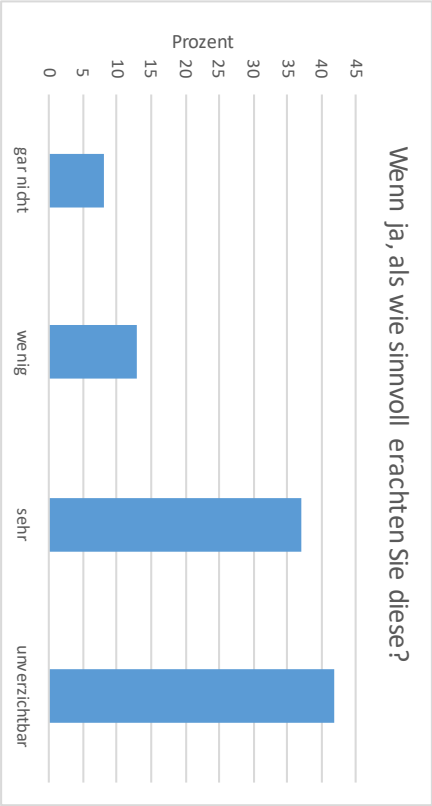
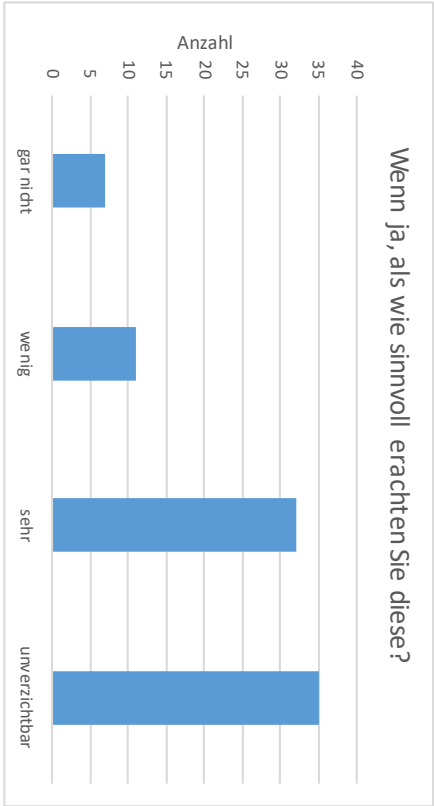
| Verantwortungsgefühl gegenüber | |
|--------------------------------|-----|
| Sportler | 134 |
| Trainerstab | 92 |
| Management | 22 |
| Agent | 0 |
| Mannschaftsk | 22 |
| Fans/Öffentlic | 3 |
| anderen Medi | 61 |
| anderem med | 51 |
| Vereins-/Verb | 22 |
| persönliches l | 30 |
| Sonstigen | 8 |



| Sind Ihnen hierfür Leitlinien/Richtlinien zum ethischen Handeln in der Sportmedizin bekannt? | | | |
|--|----|----|--|
| Ja | 39 | 29 | |
| nein | 96 | 71 | |
| k.A. | 1 | | |

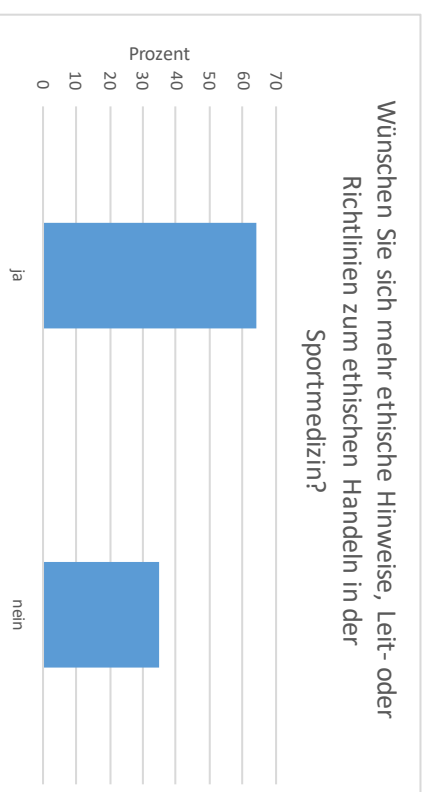


| Wenn ja, als wie sinnvoll erachten Sie diese? | | | |
|---|---------|---------|--|
| | absolut | prozent | |
| gar nicht | 7 | 8 | |
| wenig | 11 | 13 | |
| sehr | 32 | 37 | |
| unverzichtbar | 35 | 42 | |
| k.A. | 51 | | |



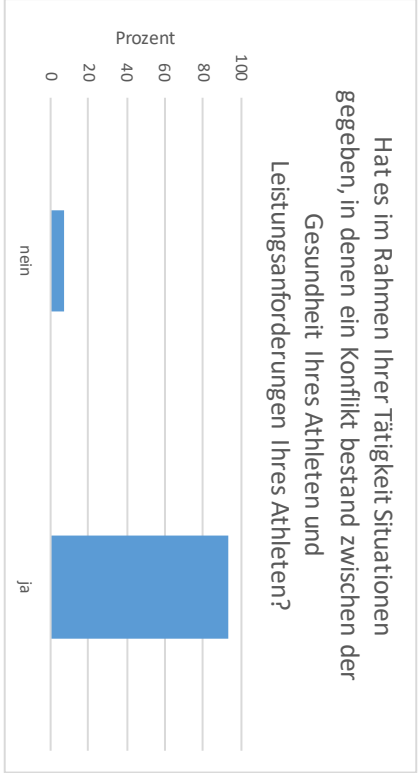
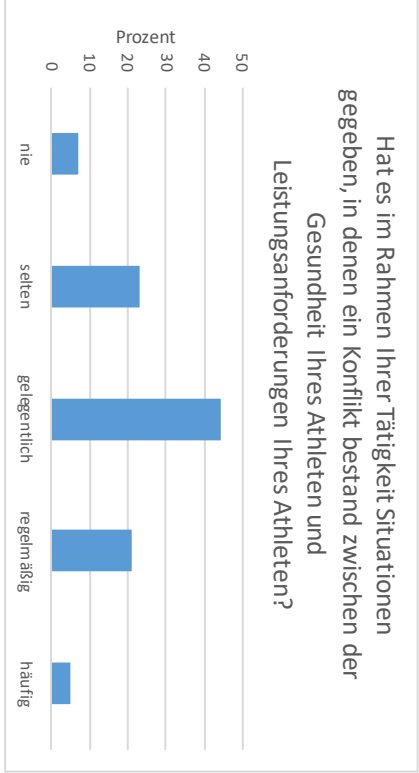
Wünschen Sie sich mehr ethische Hinweise, Leit- oder Richtlinien zum ethischen Handeln in der Sportmedizin?

| | | |
|------|---------|----|
| ja | 87 | 64 |
| nein | 47 | 35 |
| k.A. | 2 | 1 |
| | Prozent | |

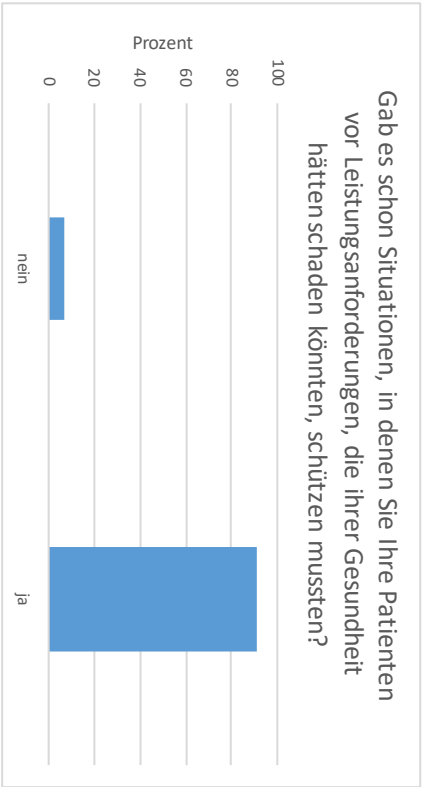
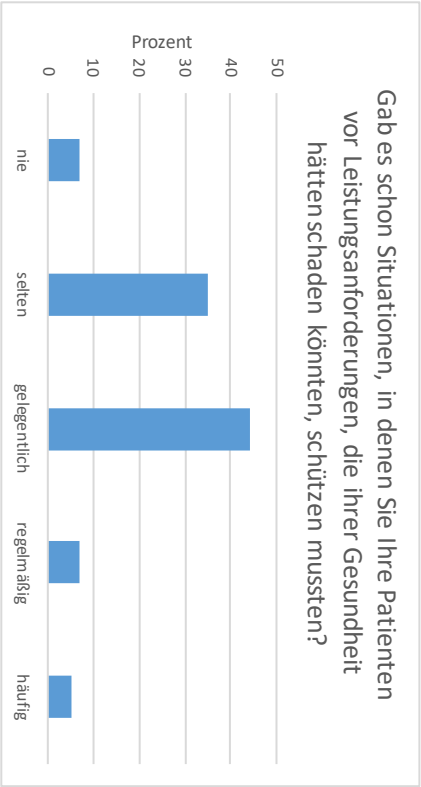


Hat es im Rahmen Ihrer Tätigkeit Situationen gegeben, in denen ein Konflikt bestand zwischen der Gesundheit Ihres Athleten und Leistungsanforderungen Ihres Athleten?

| | | |
|--------------|-----|----|
| nie | 9 | 7 |
| selten | 31 | 23 |
| gelegentlich | 60 | 44 |
| regelmäßig | 29 | 21 |
| häufig | 7 | 5 |
| Prozent | | |
| nein | 9 | 7 |
| ja | 127 | 93 |



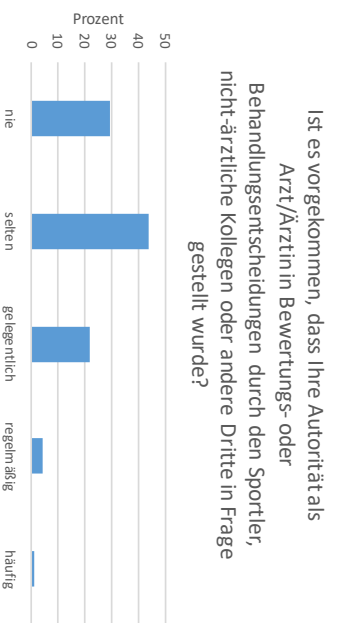
| Gab es schon Situationen, in denen Sie Ihre Patienten vor Leistungsanforderungen, die ihrer Gesundheit hätten schaden könnten, schützen mussten? | | | |
|--|-----|----|---------|
| nie | 10 | 7 | |
| selten | 47 | 35 | |
| gelegentlich | 60 | 44 | |
| regelmäßig | 10 | 7 | |
| häufig | 7 | 5 | |
| k.A. | 2 | 98 | Prozent |
| nein | 10 | 7 | |
| ja | 124 | 91 | |



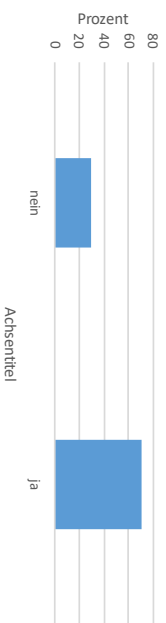
Ist es vorgekommen, dass Ihre Autorität als Arzt/Ärztin in Bewertungs- oder Behandlungsentscheidungen durch den Sportler, nicht-ärztliche Kollegen oder andere Dritte in Frage gestellt wurde?

| | | |
|--------------|-----|-----|
| nie | 39 | 29 |
| selten | 60 | 44 |
| gelegentlich | 30 | 22 |
| regelmäßig | 5 | 4 |
| häufig | 2 | 1 |
| | 100 | 100 |

| | | |
|------|----|----|
| nein | 39 | 29 |
| ja | 97 | 71 |

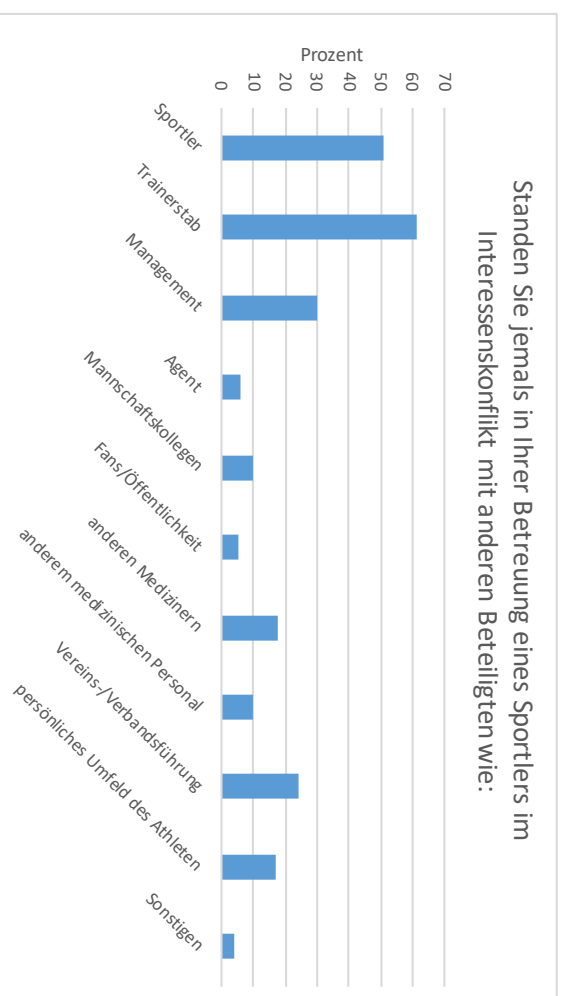


Ist es vorgekommen, dass Ihre Autorität als Arzt/Ärztin in Bewertungs- oder Behandlungsentscheidungen durch den Sportler, nicht-ärztliche Kollegen oder andere Dritte in Frage gestellt wurde?



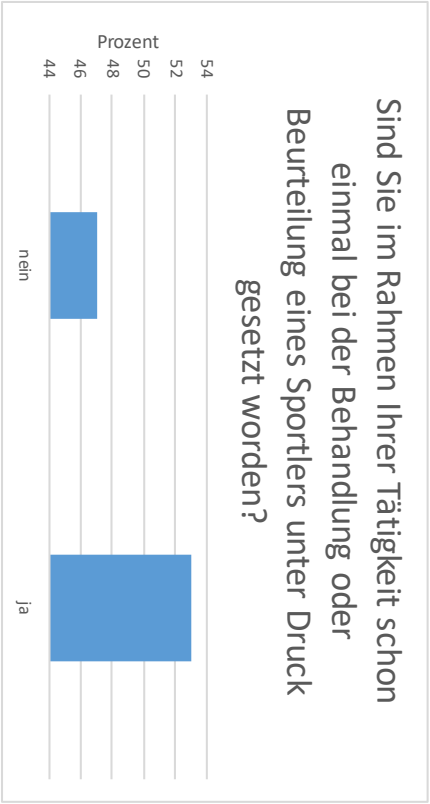
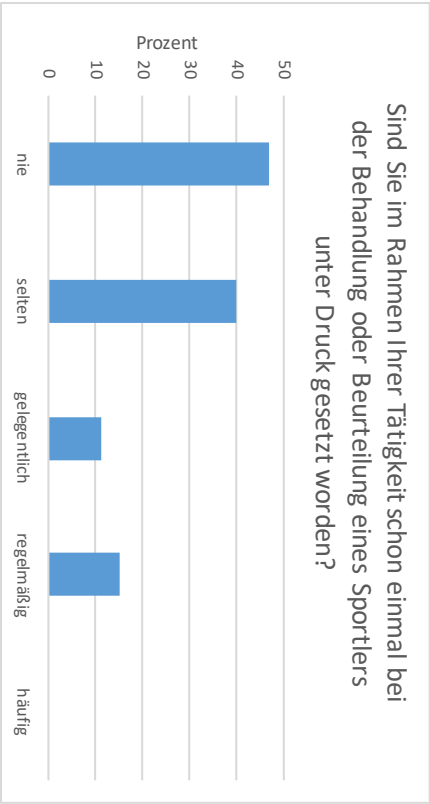
Standen Sie jemals in Ihrer Betreuung eines Sportlers im Interessenskonflikt mit anderen Beteiligten wie:

| | | |
|----------------|-----|---------|
| Sportler | 69 | 51 |
| Trainerstab | 83 | 61 |
| Management | 41 | 30 |
| Agent | 8 | 6 |
| Mannschaftsk | 14 | 10 |
| Fans/Öffentlic | 7 | 5 |
| anderen Medi | 25 | 18 |
| anderen med | 14 | 10 |
| Vereins-/Verb: | 32 | 24 |
| persönliches l | 23 | 17 |
| Sonstigen | 5 | 4 |
| | 136 | Prozent |

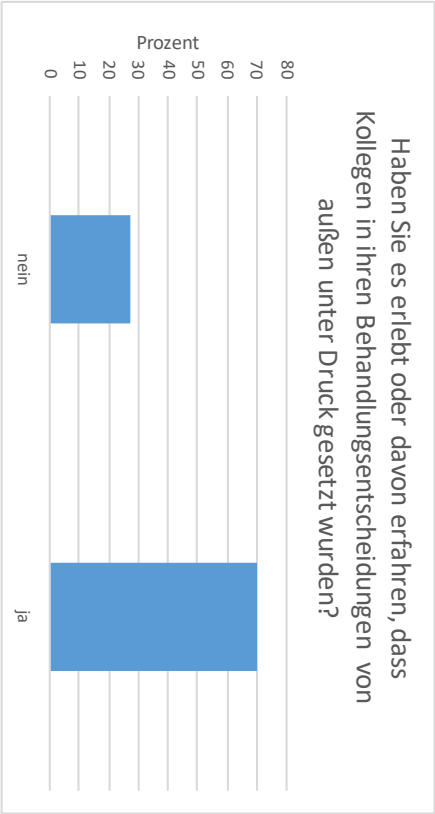
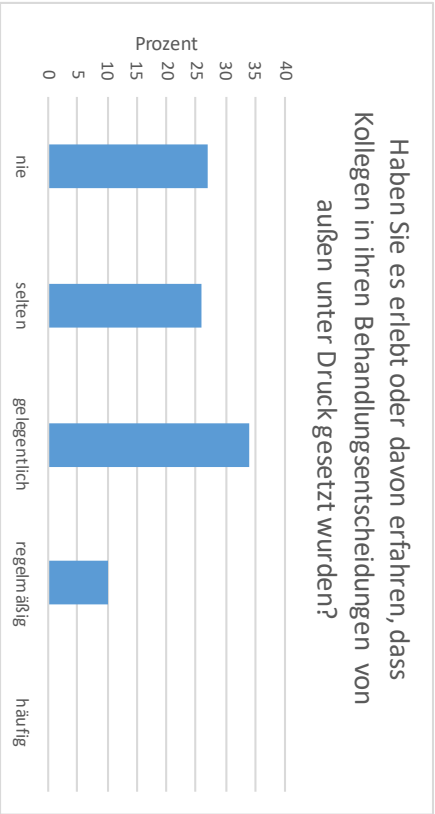


| Sind Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit schon einmal bei der Behandlung oder Beurteilung eines Sportlers unter Druck gesetzt worden ? | | | |
|--|---------|----|--|
| nie | 64 | 47 | |
| selten | 55 | 40 | |
| gelegentlich | 15 | 11 | |
| regelmäßig | 2 | 15 | |
| häufig | 0 | 0 | |
| | Prozent | | |

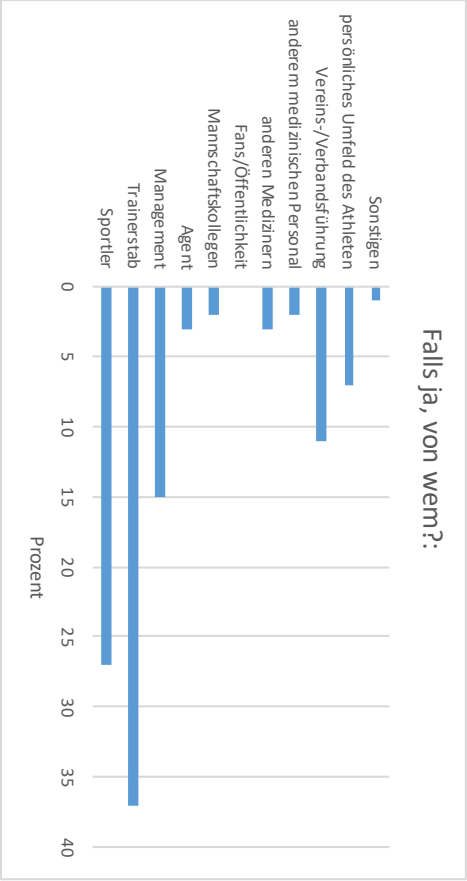
| | | |
|------|----|----|
| nein | 64 | 47 |
| ja | 72 | 53 |



| Haben Sie es erlebt oder davon erfahren, dass Kollegen in ihren Behandlungsentscheidungen von außen unter Druck gesetzt wurden? | | | |
|---|----|----|--|
| nie | 37 | 27 | |
| selten | 36 | 26 | |
| gelegentlich | 46 | 34 | |
| regelmäßig | 13 | 10 | |
| häufig | 0 | 0 | |
| k.A. | 4 | | |
| nein | 37 | 27 | |
| ja | 95 | 70 | |



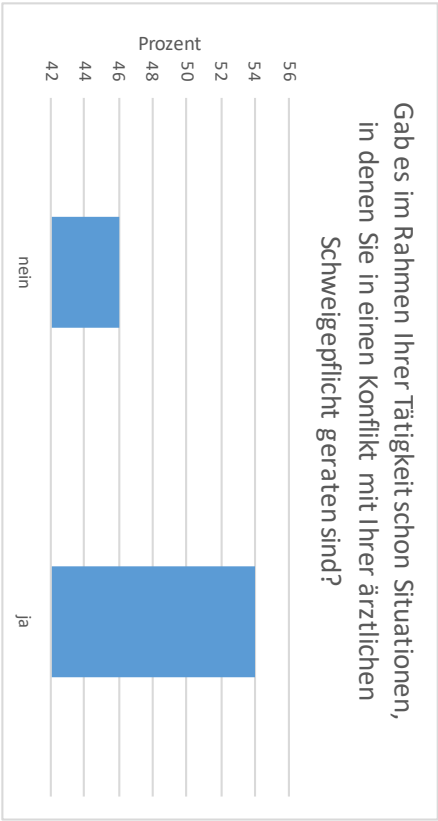
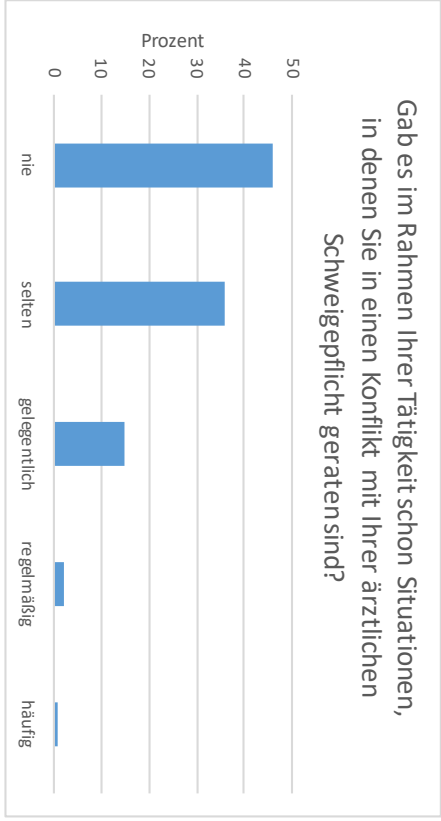
| Falls ja, von wem?: | | |
|---------------------|----|----|
| Sportler | 37 | 27 |
| Trainerstab | 50 | 37 |
| Management | 20 | 15 |
| Agent | 4 | 3 |
| Mannschaftsk | 3 | 2 |
| Fans/Öffentlic | 0 | 0 |
| anderen Medi | 4 | 3 |
| anderem med | 3 | 2 |
| Vereins-/Verb | 15 | 11 |
| persönliches l | 10 | 7 |
| Sonstigen | 1 | 1 |
| Prozent | | |



Gab es im Rahmen Ihrer Tätigkeit schon Situationen, in denen Sie in einen Konflikt mit Ihrer ärztlichen Schweigepflicht geraten sind?

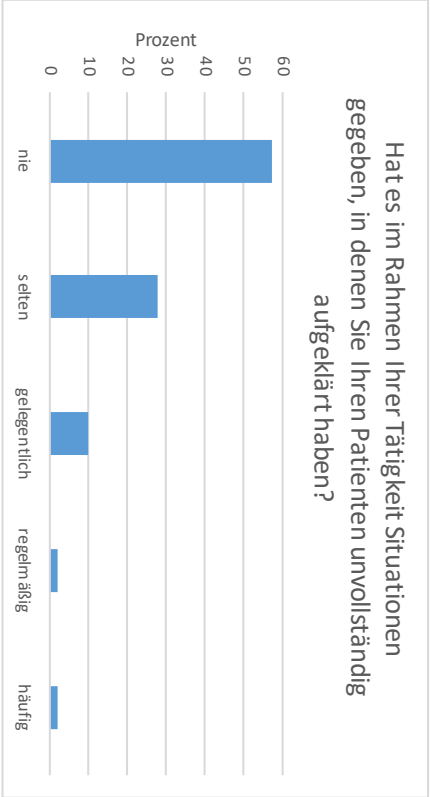
| | | |
|--------------|----|----|
| nie | 62 | 46 |
| selten | 49 | 36 |
| gelegentlich | 21 | 15 |
| regelmäßig | 3 | 2 |
| häufig | 1 | 1 |

| | | |
|------|----|----|
| nein | 62 | 46 |
| ja | 74 | 54 |



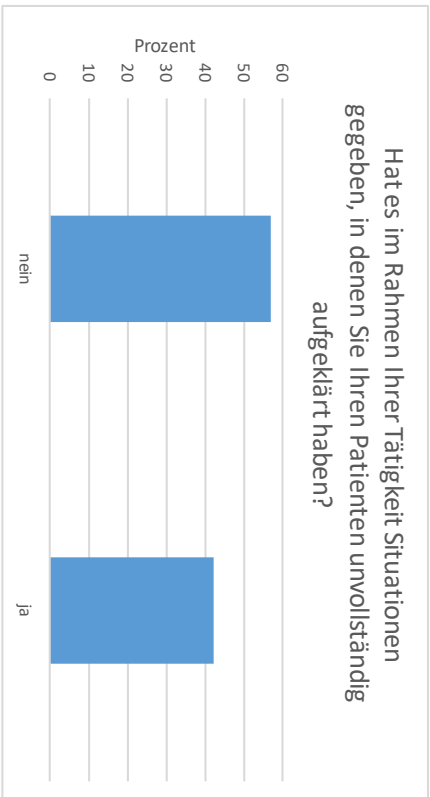
Hat es im Rahmen Ihrer Tätigkeit Situationen gegeben, in denen Sie Ihren Patienten unvollständig aufgeklärt haben?

| | | |
|--------------|----|----|
| nie | 77 | 57 |
| selten | 38 | 28 |
| gelegentlich | 13 | 10 |
| regelmäßig | 3 | 2 |
| häufig | 3 | 2 |
| k. A. | 2 | |

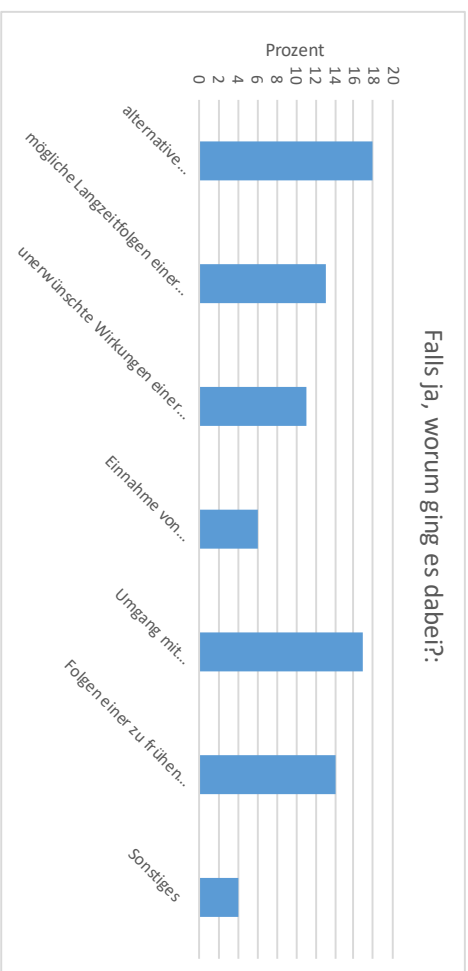


| | | |
|------|----|----|
| nein | 77 | 57 |
| ja | 57 | 42 |

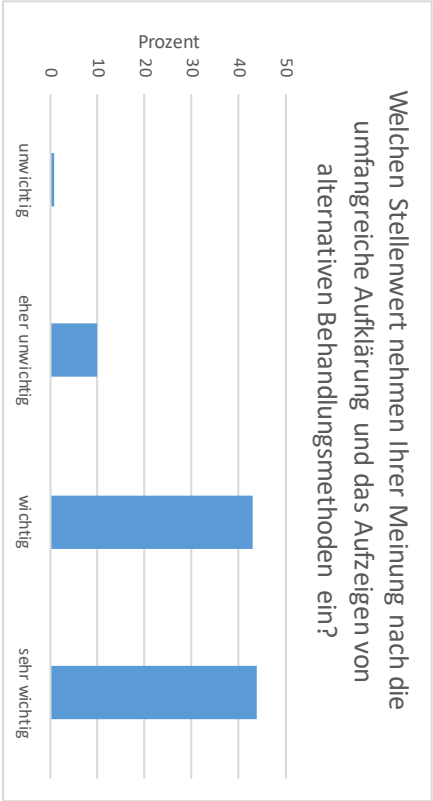
Hat es im Rahmen Ihrer Tätigkeit Situationen gegeben, in denen Sie Ihren Patienten unvollständig aufgeklärt haben?



| Falls ja, worum ging es dabei?: | | |
|---------------------------------|----|----|
| alternative Be... | 25 | 18 |
| mögliche Lang... | 18 | 13 |
| unerwünschte... | 15 | 11 |
| Einnahme vor... | 9 | 6 |
| Umgang mit G... | 23 | 17 |
| Folgen einer z... | 19 | 14 |
| Sonstiges | 5 | 4 |
| Prozent | | |



| Welchen Stellenwert nehmen Ihrer Meinung nach die umfangreiche Aufklärung und das Aufzeigen von alternativen Behandlungsmethoden ein? | | | |
|---|----|----|--|
| unwichtig | 2 | 1 | |
| eher unwichtig | 14 | 10 | |
| wichtig | 59 | 43 | |
| sehr wichtig | 60 | 44 | |
| k.A. | 1 | | |





UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Sportmedizin und Ethik

Arzt-Patienten-Verhältnis in Sportmedizin und Leistungssport Fallbeispiele und ethische Reflexion

Prof. Dr. med. Alena Buyx, Patrik Thorhauer-Sawitzki M.A., Medizinethik
Prof. Dr. med. Burkhardt Weisser, Sportmedizin
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Der ‚spektakuläre‘ Fall: A



- Petra Madjic, slovenische Ski-Langläuferin, damals 30
- Vancouver 2010: Sturz beim Aufwärmen zum Klassiksprint
- Vier Rippenfrakturen und Pneumothorax
- Dennoch Start in der Qualifikation
- Bronzemedaille

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin



Der ‚spektakuläre‘ Fall: A

- ‚hero story‘: Sieg des Willens über den Körper, heroische Leistungsbereitschaft?
Und/Oder
- Medizinisch unverantwortliche Entscheidung?

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin



Der ‚spektakuläre‘ Fall: A

- Fragen (unter Zeitdruck):
 - Wie viel Risiko um welcher Ziele akzeptabel?
 - Wer übernimmt Entscheidung?
 - Ist Athletin entscheidungsfähig?
 - Was ist Rolle des Arztes? Verboten, drängen, überzeugen, raushalten?
 - Wer hat Verantwortung für evtl. Schäden?

➔ Medizinisch-**ethische** Fragen

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Der ‚alltägliche‘ Fall: B

- Patientinnen A. und B., 22/25J., Seglerinnen auf nationalem Spitzenniveau, Stagnation
- Neuer, zusätzlicher Trainer: seither vermehrtes Drängen auf multiple Blutabnahmen, lange Listen von Laborwertbestimmungen (u.a. PSA), kaum/keine medizinische Indikation, problematische Ernährungsempfehlungen

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Der ‚alltägliche‘ Fall: B

- Ethische Aspekte
 - Kompetenzkonflikt Arzt/Trainer, Druck
 - Blutabnahmen und Analysen machen?
 - Selbstbestimmung der Patientinnen vs. Ärztliche Fürsorge
 - Wie weit geht ärztliche Verantwortung zur Aufklärung? Sanktionen?
- Gespräch mit Trainer; ‚Mittelweg‘: Beratung ja, nicht-indizierte Blutabnahmen nein

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Der ‚alltägliche‘ Fall: C

- Segler, 24, Z.n. infektiöser Mononukleose, noch vergrößerte Milz, Entzündungs- und Leberwerte, subjektiv und serologisch gesund
- Drängen (Athlet und Segelpartner) auf Wiedereinstieg in Leistungstraining und entsprechende ärztliche Empfehlung
- Zu früher Wiedereinstieg – UW post-infektiöses fatigue syndrome

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Der ‚alltägliche‘ Fall: C

- Ethische Aspekte:
 - Konflikt zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge
 - Wie weit geht Pflicht zur Aufklärung?
 - Verantwortung für Konsequenzen?
 - Bedeutung von Vertrauen
- Wie würden Sie vorgehen?

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Unterschiede APV Sportmedizin/,klassische' Medizin

- Ethisch relevante Besonderheiten des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Leistungssportmedizin:
 - Ausgewählte, extrem leistungsfähige, 'übergesunde' Patientengruppe
 - Neben Vorsorge, Leidensminderung und Krankheitslinderung weiteres Ziel der Leistungsoptimierung

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Unterschiede APV Sportmedizin/,klassische' Medizin

- Interesse an Athleten-Gesundheit durch andere Professionen und Medien
 - Einflüsse auf APV von außen
 - Herausforderungen für Schweigepflicht
- Eventuelle Interessenkonflikte: Arzt
Anwalt des Patienten vs. Arzt Angestellter bei Verein/Team/Verband etc.

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Unterschiede APV Sportmedizin/,klassische‘ Medizin

- Druck durch Athleten und Dritte
 - Verfrühter Wiedereinstieg, kontroverse und verbotene Maßnahmen/Doping
- Kommerzielle Aspekte
- ...

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Ethik und Leistungssportmedizin

- ➔ Zielkonflikte: Was ist das Wohl des Patienten?
- ➔ Konflikt Selbstbestimmung vs. Fürsorge
- ➔ Rollen- und Verantwortungskonflikte
- ➔ ...



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Empirische Fragebogen-Untersuchung, CAU Kiel

C | A | U Christian-Albrechts-Universität zu Kiel Medizinische Fakultät

C | A | U Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Institut für Sportwissenschaft

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen mit der unterschriebenen Einverständniserklärung (gegratenes Blatt) zurück an:

Geschäftsbereich Medizinische
Institut für Experimentelle Medizin
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Amrum-Hafen Str. 3, Haus 28
24105 Kiel

Vielen Dank.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass aus Gründen der besseren Lesbarkeit zumeist ausschließlich die männliche Form verwendet wird.

IHRE ARBEITSSITUATION

1. Bitte nennen Sie kurz Ihr Anstellungsverhältnis im Rahmen Ihrer sportmedizinischen Tätigkeit.
(Mehrfachbeurteilung möglich)

☐ in Krankenhaus tätiger Arzt ☐ niedergelassener Arzt
☐ angestellter Vereinsarzt ☐ angestellter Verbandarzt
☐ anderes Anstellungsverhältnis, nämlich _____

2. Bitte nennen Sie Ihre Facharztbezeichnung. Haben Sie eine spezielle Ausbildung für den Bereich der Sportmedizin?

3. Bitte beschreiben Sie kurz, in welchem ärztlichen und/oder anderem Betreuungsverhältnis stehen Sie zu den professionellen Sportlern?

Wissen schafft G

Institut für Experimentelle Medizin

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit – und für
Ihre ausgefüllten Fragebögen!**

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Sportmedizin und Ethik

Ethische Fragestellungen bei der Behandlung von Hochleistungssportlern



Prof. Dr. med. Alena Buyx
Patrik Thorhauer-Sawitzki M.A.
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin



Der ‚spektakuläre‘ Fall: A

- Petra Madjic, slovenische Ski-Langläuferin, damals 30
- Vancouver 2010: Sturz beim Aufwärmen zum Klassiksprint
- Vier Rippenfrakturen und Pneumothorax
- Dennoch Start in der Qualifikation
- Bronzemedaille

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin



Der ‚spektakuläre‘ Fall: A

- ‚hero story‘: Sieg des Willens über den Körper, heroische Leistungsbereitschaft?
Und/Oder
- Medizinisch unverantwortliche Entscheidung?

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin



Der ‚spektakuläre‘ Fall: A

- Fragen (unter Zeitdruck):
 - Wie viel Risiko um welcher Ziele akzeptabel?
 - Wer übernimmt Entscheidung?
 - Ist Athletin entscheidungsfähig?
 - Was ist Rolle des Arztes? Verbieten, drängen, überzeugen, raushalten?
 - Wer hat Verantwortung für evtl. Schäden?
- ➔ Medizinisch-**ethische** Fragen

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Der ‚alltägliche‘ Fall: B

- Patientinnen A. und B., 22/25J., Seglerinnen auf nationalem Spitzenniveau, Stagnation
- Neuer, zusätzlicher Trainer: seither vermehrtes Drängen auf multiple Blutabnahmen, lange Listen von Laborwertbestimmungen (u.a. PSA), kaum/keine medizinische Indikation, problematische Ernährungsempfehlungen

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Der ‚alltägliche‘ Fall: B

- Ethische Aspekte
 - Kompetenzkonflikt Arzt/Trainer, Druck
 - Blutabnahmen und Analysen machen?
 - Selbstbestimmung der Patientinnen vs. Ärztliche Fürsorge
 - Wie weit geht ärztliche Verantwortung zur Aufklärung? Sanktionen?
- Gespräch mit Trainer; ‚Mittelweg‘: Beratung ja, nicht-indizierte Blutabnahmen nein

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Der ‚alltägliche‘ Fall: C

- Segler, 24, Z.n. infektiöser Mononukleose, noch vergrößerte Milz, Entzündungs- und Leberwerte, subjektiv und serologisch gesund
- Drängen (Athlet und Segelpartner) auf Wiedereinstieg in Leistungstraining und entsprechende ärztliche Empfehlung
- Zu früher Wiedereinstieg – UW post-infektiöses fatigue syndrome

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Der ‚alltägliche‘ Fall: C

- Ethische Aspekte:
 - Konflikt zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge
 - Wie weit geht Pflicht zur Aufklärung?
 - Verantwortung für Konsequenzen?
 - Bedeutung von Vertrauen
- Wie würden Sie vorgehen?

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Unterschiede APV Sportmedizin/,klassische‘ Medizin

- Ethisch relevante Besonderheiten des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Leistungssportmedizin:
 - Ausgewählte, extrem leistungsfähige, ‚übergesunde‘ Patientengruppe
 - Neben Vorsorge, Leidensminderung und Krankheitslinderung weiteres Ziel: Leistungsoptimierung

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Unterschiede APV Sportmedizin/,klassische‘ Medizin

- Interesse an Athleten-Gesundheit durch andere Professionen und Medien
 - Einflüsse auf APV von außen
 - Herausforderungen für Schweigepflicht
- Eventuelle Interessenkonflikte: Arzt
Anwalt des Patienten vs. Arzt Angestellter
bei Verein/Team/Verband etc.

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Unterschiede APV Sportmedizin/,klassische' Medizin

- Druck durch Athleten und Dritte
 - Verfrühter Wiedereinstieg, kontroverse und verbotene Maßnahmen/Doping
- Kommerzielle Aspekte
- ...

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Ethik und Leistungssportmedizin

- ➔ Zielkonflikte: Was ist das Wohl des Patienten?
- ➔ Konflikt Selbstbestimmung vs. Fürsorge
- ➔ Rollen- und Verantwortungskonflikte
- ➔ ...



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

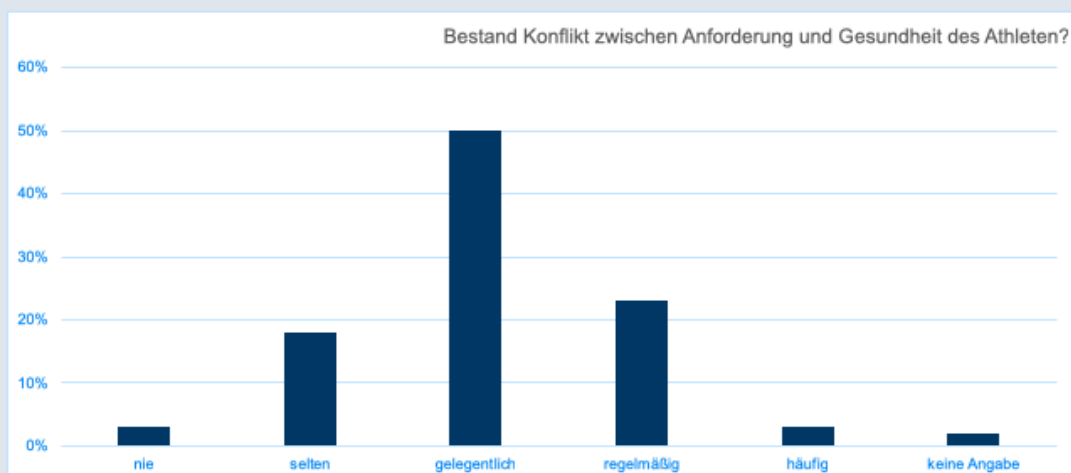
Empirische Befragungsstudie CAU Kiel

- Anonymer Fragebogen zu ethischen Aspekten im Arzt-Patienten-Verhältnis in der Leistungssportmedizin
- Vorauswertung!! (Befragung läuft noch)
- Limitationen: kleineres Sample, soziale Erwünschtheit, Selbstselektion
- Aber: erste interessante Trends

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

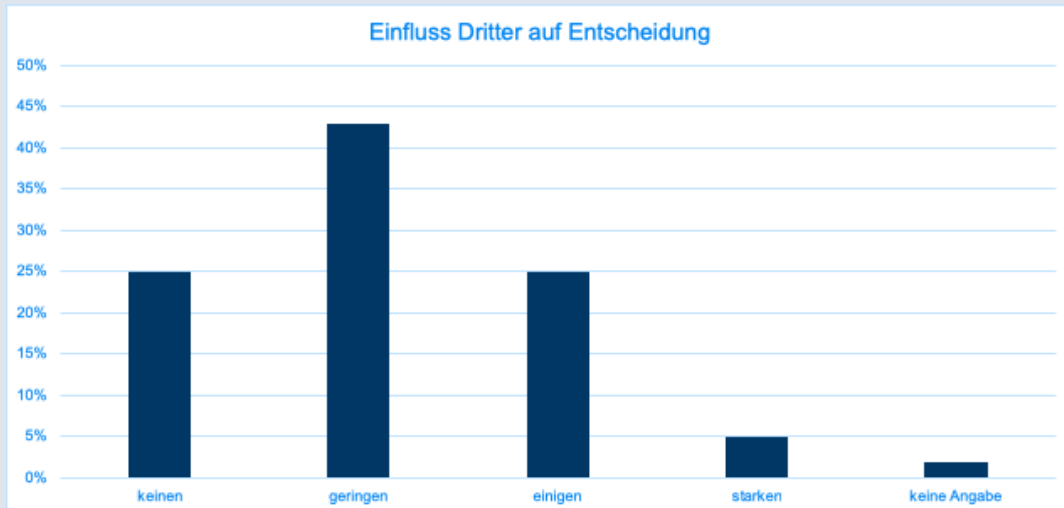
Erste Ergebnisse: Leistung vs. Gesundheit



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Erste Ergebnisse: Einfluss Dritter



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

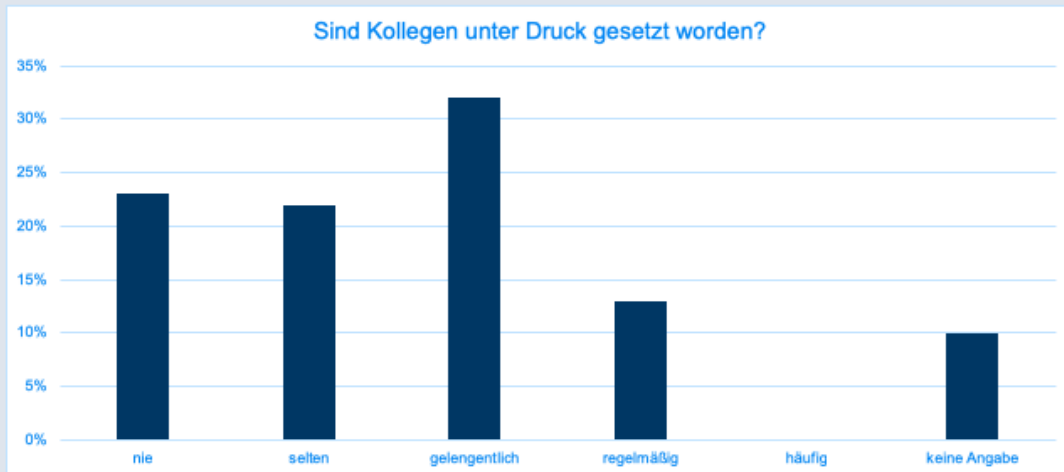
Erste Ergebnisse: Selbst unter Druck



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Erste Ergebnisse: Kollegen unter Druck



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Erste Ergebnisse: Kenntnis Leitlinien



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Erste Ergebnisse: Wunsch nach Leitlinien



Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Wissen schafft Gesundheit

Institut für Experimentelle Medizin

Danksagungen

Mein großer Dank gilt Prof. Alena Buyx für ihre Unterstützung bei der Planung und Umsetzung dieser Arbeit. Vielen Dank für die Förderung des Interesses an ethischen Fragen in der Sportmedizin, das Einbringen der großen fachlichen Kompetenz, die Hilfe und den persönlichen Einsatz in den letzten Jahren. Die gemeinsame Arbeit war für meinen Werdegang auf allen Ebenen sehr lehr- und ertragreich.

Einen großen Dank auch an Prof. Burkhard Weisser für die nun seit einem Jahrzehnt bestehende Unterstützung. Ohne ihn hätte ich nicht einmal von einem Zweitstudium der Medizin geträumt. Vielen Dank für die fachlichen sowie persönlichen Ratschläge, Gespräche und Hilfe während der verschiedenen Stationen meines bisherigen akademischen Lebenslaufs.

Ich möchte Prof. Flatau für die Hilfe bei der Erstellung des Fragebogens danken.

Dankeschön an den DOSB und die BasketDocs für die Möglichkeit die Befragung an den Jahrestagungen durchzuführen.

Meiner Frau Anika danke ich für alles – für ihren Ansporn, ihre Ermutigungen und Hilfe, aber insbesondere für ihre kritischen Anregungen und wertvollen Denkanstöße – ohne Dich hätte ich das alles nie gewagt. Vielen Dank, dass Du an meiner Seite bist.