

Gemeinsam auf der Suche nach Exzellenz



Von Michel D'Hooghe,
Vorsitzender der
Medizinischen
Kommission der UEFA

Häufig ist von der Weiterentwicklung im Elit Fussball und der damit einhergehenden Weiterentwicklung der Rolle des Mannschaftsarztes die Rede. In den vergangenen Jahren hat dieses Thema an Bedeutung gewonnen, da sich die Behandlung von Spitzensportlern gewandelt hat – von der Allgemeinmedizin hin zur Sportmedizin und in jüngster Zeit zur sportartspezifischen Fussballmedizin. Für medizinische Betreuer von Fussballern muss das Ziel darin bestehen, auf alle denkbaren allgemeinmedizinischen Situationen, die in einem sportlichen Umfeld auftreten können, optimal vorbereitet zu sein. Zusätzlich müssen sie heutzutage jedoch auch mit den spezifischen im Fussball möglichen Situationen professionell umgehen können.

Die Festlegung von Standards für die Fussballmedizin ist natürlich leichter gesagt als getan bei einer so grossen sportmedizinischen Fachgemeinde wie die des europäischen Fussballs, wo nicht nur die Kulturen, sondern auch die medizinischen Rahmenbedingungen ganz unterschiedlich sein können. Aus diesem Grund war es für mich und meine Kollegen von der Medizinischen Kommission der UEFA eine besondere Freude, die Verwirklichung der bis dato bedeutendsten medizinischen Fortbildungsinitiative der UEFA miterleben zu dürfen. Es handelt sich um ein Projekt, das Massstäbe setzen wird, in dem Fachwissen vermittelt und empfehlenswerte Vorgehensweisen europaweit ausgetauscht werden: Das UEFA-Fortbildungsprogramm für Fussballärzte begann im Februar im Rahmen eines Workshops in Wien. Die Ärzte der europäischen Verbände lernen in den Seminaren nicht nur in fachlicher Hinsicht dazu, sondern werden auch angeleitet, wie sie das neu erworbene Wissen innerhalb ihres Verbands weitergeben können. In einem ersten nationalen Kurs in Schottland wurden die Inhalte des Fortbildungsprogramms bereits erfolgreich einem breit gefächerten einheimischen Publikum vermittelt.

Nähere Informationen zu diesem neuen Programm finden sich weiter hinten im Heft; wir wollen es deshalb an dieser Stelle bei einem ersten Hinweis belassen. Nichtsdestotrotz stellt diese Initiative in den Augen der Medizinischen Kommission einen wichtigen Fortschritt dar. Die Rolle des Mannschaftsarztes wandelt sich kontinuierlich und wird immer anspruchsvoller. Die wichtigste Voraussetzung ist daher ein fundiertes Fachwissen. Allerdings sind im modernen Fussball noch andere Qualitäten notwendig. Der medizinische Bestreuerstab muss voll in das „Team hinter dem Team“ eingebunden sein und in Bereichen wie der Ausrüstung der Spieler, der Trainingsbelastung, dem Aufwärmtraining sowie der Ausarbeitung von Ernährungsplänen und der Förderung eines gesunden Lebensstils einen aktiven Beitrag leisten.

Das bedeutet, dass der Teamarzt auch Management- und Koordinierungsaufgaben übernehmen muss. Er muss Ansprechpartner für die Spieler und alleiniges Bindeglied zwischen dem medizinischen Stab und den sportlich Verantwortlichen sein. Daneben muss er die richtige Balance finden zwischen der Vertraulichkeit, die er den Spielern als seinen Patienten gewährleisten muss, und der Verantwortung und Loyalität, die er dem Klub schuldet. Dies ist nicht immer einfach und der Mannschaftsarzt von heute muss neben kommunikativen Fähigkeiten auch einen ausgeprägten Sinn für Respekt besitzen und sich ganz in den Dienst der Sache stellen.

In der Praxis besteht eine der wichtigsten Aufgaben des Teamarztes darin, Kontakte zu Spezialisten zu knüpfen. Dabei geht es nicht nur um Orthopädie, Pharmakologie, Kardiologie usw., sondern auch um traditionell nicht in seinem Verantwortungsbereich liegende Gebiete wie Psychologie, Sport- und Ernährungswissenschaften. Im UEFA-Fortbildungsprogramm für Fussballärzte werden all diese Themen behandelt. Sein Zweck ist nichts weniger als die gemeinsame Suche nach beruflicher Exzellenz in der grossen Familie der europäischen Mannschaftsarzte.

IN DIESER AUSGABE

UEFA-Fortbildungsprogramm
für Fussballärzte

2

Knorpelverletzungen im Fussball
und deren Behandlung

5

Sportpsychologische
Unterstützung im Fussball

9

UEFA·medicine matters

UEFA-Fortbildungsprogramm für Fußballärzte

Das Bild des Mannschaftsarztes im modernen Fussball hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt – vom früher üblichen „Teilzeit-Teamarzt“, der sich am Spieltag in die Dienste eines Klubs stellte, zum mittlerweile gängigen, hoch spezialisierten Vollzeitangestellten, der ein ganzes medizinisches Team managt.

Fussballärzte sind Fachleute für Sport- und inzwischen noch spezifischer Fussballmedizin, mit einzigartigen Kompetenzen hinsichtlich der Unterstützung einer modernen Fussballmannschaft und ihrer Spieler. Angesichts der Tatsache, dass Spieler heute für ihre Klubs wertvolles „Kapital“ darstellen und dass, wie die UEFA-Verletzungsstudie zeigt, zwischen Verletzungsfreiheit und Erfolg auf dem Spielfeld durchaus ein Zusammenhang besteht, ist die Bedeutung eines guten Mannschaftsarztes höher denn je.

Diese Weiterentwicklung der Rolle des Arztes im Fussball brachte die Medizinische Kommission der UEFA dazu, über Möglichkeiten nachzudenken, den europaweiten Austausch von Fachwissen und Erfahrung im Bereich der Fussballmedizin zu fördern. Aus dieser Überlegung heraus entstand das UEFA-Fortbildungsprogramm für Fußballärzte, ein dreiteiliger Weiterbildungskurs für Mediziner aus allen 53 Mitgliedsverbänden. Der erste Workshop fand Anfang 2012 statt.

Ziel des Programms ist es, vorhandene Erfahrung und Spezialisierungen von Mitgliedern der Medizinischen Kommission der UEFA und externen Fachleuten aus der UEFA-

Familie zu nutzen, um diesen Ärzten eine erstklassige, speziell auf Fussball ausgerichtete Weiterbildungsmöglichkeit zu bieten. Die teilnehmenden Mediziner können hochspezialisierte Kenntnisse erwerben und in Gruppen-Workshops ihre Ideen und Erfahrungen austauschen. Gleichzeitig sollen die wichtigsten Fähigkeiten eines modernen Arztes aufgezeigt werden. Letztendlich geht es darum, empfehlenswerte Vorgehensweisen zu vermitteln sowie zu gewährleisten, dass alle Ärzte, die bei UEFA-Wettbewerben im Einsatz stehen, über die notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse verfügen, um auf ihrem Gebiet einwandfreie Arbeit zu leisten.

Die Fortbildung setzt sich zusammen aus einer Kombination aus schriftlichen Lehrmaterialien, praktischen Workshops und E-Learning. Mit dieser Mischung soll gewährleistet werden, dass alle Kandidaten die für sie optimale Lehrmethode vorfinden. Die Workshops werden von ausgewiesenen Experten im Bereich der Fussballmedizin geleitet; beim E-Learning kommen Tools wie „Enriched Video“ (dabei kann der Nutzer ein Video anhalten und über einen Link direkt zu Unterlagen zu dem darin gerade besprochenen Thema gelangen) oder praktische Übungen, bei denen die Ärzte das im Workshop erworbene Wissen interaktiv testen können, zum Einsatz.

Der vielleicht wichtigste Aspekt des Programms ist jedoch die detaillierte Anleitung zur Weitervermittlung der neuen Kenntnisse im eigenen Land. Alle Kursmaterialien (Lehrbuch, Präsentationen und Bildmaterial) werden den Absolventen des Kurses zur Verfügung gestellt, damit sie sie übersetzen lassen und mit Blick auf die Verwendung in ihrem eigenen Verband abwandeln können. Die UEFA hofft, dass die Nationalverbände dadurch den Kenntnisstand bei allen in den nationalen Ligen und im Verband beschäftigten Mediziner verbessern können.

Um sicherzustellen, dass auch bei solchen nationalen Kursen die Qualität gewahrt bleibt, müssen die Teilnehmer der UEFA-Workshops sowohl praktische als auch schriftliche Prüfungen absolvieren. Nur wer ein fundiertes Wissen nachweisen kann, erhält die Erlaubnis, selbst entsprechende Kurse auf nationaler Ebene abzuhalten. Zudem werden die nationalen Kurse von UEFA-Experten geprüft. Die UEFA hofft, durch dieses Angebot an all ihre Mitgliedsverbände

Eine der praktischen Übungen anlässlich des UEFA-Fortbildungsworkshops für Fußballärzte in Wien.





Bei der Behandlung von Verletzungen kommt jeder Bewegung grosse Bedeutung zu. Entsprechend gilt es, jeden Handgriff minutiös vorzubereiten.

eine grosse Bandbreite an Experten zu schaffen, die an der Weitervermittlung von Fachwissen mitwirken können – womöglich auch in benachbarten Ländern, die dieselbe Sprache sprechen. So ist denkbar, dass Länder ihre Kurse zusammenlegen und auf diese Weise den Informations- und Ideenaustausch noch weiter vorantreiben.

Die Weitergabe der Spezialkenntnisse ist ein grundlegendes Element des Programms. Im Mittelpunkt steht die Idee, den Nutzen über den Teilnehmerkreis der Workshops hinaus zu erweitern. Dabei kann die gesamte Fussballfamilie eines Landes – Klubs, Trainer, Schiedsrichter und alle anderen Interessenträger – einbezogen werden. Die UEFA gibt den Verbänden zu diesem Zweck drei Instrumente an die Hand: Fachbücher, 40 bis 50 ausgebildete Experten, die jederzeit zur Beratung herangezogen werden können, sowie eine ausführliche Online-Plattform mit unzähligen Artikeln für interaktives E-Learning. Die betreffenden Ärzte werden so ausdrücklich ermutigt, das erworbene Wissen so effizient wie möglich im eigenen Land zu verbreiten.

Das Programm umfasst fünf Hauptbereiche. Die drei grossen Themen sind die Notfallbehandlung von Spielern, Verletzungsprävention sowie Therapie und Rehabilitation. Daneben werden auch die Aufgaben und Verantwortungsbereiche von Mannschaftsärzten sowie die Dopingprävention abgedeckt.

Rolle und Verantwortlichkeiten des Fussballarztes

Die Teilnehmer erhalten einen Überblick über die nach Auffassung der Medizinischen Kommission der UEFA wichtigsten Kenntnisse und Kompetenzen, die der Fussballarzt

von heute braucht. Praktizierende und zurückgetretene Mannschaftsärzte aus der Medizinischen Kommission, die zusammen über 200 Länderspieleinsätze vorweisen können, berichten aus ihrem eigenen Erfahrungsschatz, geben Beispiele und Ratschläge. Behandelt werden Themen wie der Umgang mit dem medizinischen Stab, das Verhältnis zwischen Klub und Nationalmannschaft, die Erstellung und Umsetzung von Behandlungsplänen, die Planung von grossen Turnieren sowie medizinrechtliche Fragestellungen.

Notfallbehandlung von Spielern

In diesem Modul erlernen die Teilnehmer fortschrittliche Techniken für die Behandlung schwerer, lebensbedrohlicher Verletzungen auf dem Spielfeld, darunter Atemblockaden, Läsionen der Halswirbelsäule, Herzstillstand, Traumata sowie Wissenswertes über Schmerz- und Wundbehandlung. Dabei geht es darum, anstelle von komplexen, selten benötigten Methoden grundlegende Kenntnisse zu vermitteln. Die Mediziner besprechen und analysieren echte Fälle aus dem Spitzenfussball und absolvieren einen schriftlichen Test sowie praktische Szenarien, bei denen sie einen medizinischen Einsatz auf dem Spielfeld unter realistischen Bedingungen durchführen müssen. Nur wer beide Prüfungen besteht, erhält die Erlaubnis, diesen Kursteil im eigenen Land zu unterrichten.

Verletzungsprävention

Hier erhalten die Teilnehmer exklusive Einsichten in die praktischen Ergebnisse und Erkenntnisse der UEFA-Verletzungsstudie, einer der grössten und langfristigen Sportverletzungsstudien weltweit, und erfahren, wie man

Risiken erkennt und die Verletzungsinzidenz bei seinen Spielern minimiert.

Therapie und Rehabilitation

Unter diesem Programmpunkt werden die Teilnehmer über die für eine wirksame Therapie und Rehabilitation bei Fussballverletzungen wichtigen Faktoren informiert und lernen die effektivsten Behandlungsprogramme kennen, mit denen verletzungsbedingte Absenzen so kurz wie möglich gehalten werden können.

Antidoping

Bezüglich Antidoping-Massnahmen werden wichtige Einzelheiten zur Rolle des Mannschaftsarztes sowie zum Testverfahren, zu den Informationen zum Aufenthaltsort



Teilnehmer des ersten Workshops in Wien hören aufmerksam einem der Fachvorträge zu.

und zu Medizinischen Ausnahmegenehmigungen vermittelt. Besonderer Wert wird auf die Frage gelegt, wie der Arzt Spielern helfen kann, versehentliche Verstöße gegen die Dopingbestimmungen zu vermeiden.

Der erste Workshop des UEFA-Fortbildungsprogramms für Fussballärzte fand vom 20. bis 24. Februar in Wien statt. An den Unterrichtseinheiten wirkten Mitglieder der Medizinischen Kommission der UEFA aus Schottland, Dänemark, der Türkei, Belgien, Italien und England sowie Erste-Hilfe-Spezialisten aus Schottland und Deutschland mit. 50 der 53 UEFA-Mitgliedsverbände waren bei dieser ersten Veranstaltung vertreten. Der Unterricht fand in zwei Gruppen à 25 Personen statt, um einen optimalen Austausch zu ermöglichen – ein Ziel, das zweifelsohne erreicht wurde.

Trotz oder vielleicht gerade wegen der unterschiedlichen Hintergründe und Erfahrungen brachten sich die Ärzte engagiert in den Kurs ein. So teilten erfahrene Trainer europäischer Spitzenmannschaften wie Portugal, Russland, Irland oder den Niederlanden ihr Know-how bereitwillig mit jüngeren Kollegen, die noch am Anfang ihrer Karriere im internationalen Fussball stehen. Selbst die Profiliertesten unter den Medizinern überzeugte das Konzept des Kurses und die Idee, das erworbene Wissen innerhalb der Nationalverbände weiterzugeben. Die Pilotveranstaltung hat gezeigt, dass die Gemeinschaft der Fussballärzte in Europa gewillt ist, die Arbeit der UEFA zu unterstützen.

Der Auftakt-Workshop bestand aus den beiden Modulen „Rolle und Verantwortlichkeiten des Fussballarztes“ sowie „Notfallbehandlung von Spielern.“ Zu ersterem Thema, bei dem ein Überblick über die Schlüsselkompetenzen eines guten Arztes gegeben wurde, meinte Kursleiter Ian Beasley, seines Zeichens Mitglied der Medizinischen Kommission der UEFA und Arzt der englischen Nationalmannschaft: *„Ich kam 1987 zum Fussball; seitdem hat sich viel verändert. Die Ärzte sollten als Vermittler zwischen Spielern und Trainern einerseits und medizinischen Daten, Physiotherapeuten usw. andererseits wirken. Wie man das in der Praxis am besten anstellt, ist eine spannende Frage. Es war sehr nützlich, von den unterschiedlichen Erfahrungen der einzelnen Ärzte zu hören und gemeinsam herauszuarbeiten, welche Facetten unserer Arbeit die entscheidenden sind.“*

Angesichts der Risiken, die mit der Vermittlung von Techniken für lebensrettende Massnahmen verbunden sind, wurde das zweitgenannte Modul von Notfallmedizinern und -chirurgen von SportPromote, einer schottischen Organisation für Erste-Hilfe-Ausbildung, die dem Glasgow Royal College of Surgeons angeschlossen ist, durchgeführt. Der Leiter dieses Moduls, Jonny Gordon, wollte vor allem die Einfachheit der gezeigten Handgriffe betont wissen: *„Wir tun hier ganz simple Dinge. Wir lehren keine fortgeschrittenen Operationstechniken. Es geht hier um die ersten, kritischen Minuten. Bei einem Herzstillstand gerät der Arzt unter Druck, oder vielleicht sogar in Panik. Das ist eine verständliche Reaktion, denn die meisten dieser Mediziner sind im Alltag nicht in einem Krankenhaus tätig. Was wir vermitteln wollen, sind einfache Techniken, die die Ärzte auch in einer Stresssituation abrufen können.“*

Insgesamt stellte der Kurs einen Erfolg und damit einen erfolgreichen Auftakt für das Programm als Ganzes dar. Die Kandidaten werden den ersten Teil des Kurses abschliessen können, sobald im April 2012 die E-Learning-Module freigeschaltet werden. Danach kann mit der Weitergabe der Kursinhalte begonnen werden. Ein erstes Seminar hat der Schottische Fussballverband bereits im März 2012 im Hampden Park abgehalten.

Die UEFA erhofft sich von diesem Projekt nichts weniger als eine Revolution in der medizinischen Weiterbildung im europäischen Fussball. Im Februar 2013 wird der zweite Workshop unter Leitung von Jan Ekstrand, Mitglied der Medizinischen Kommission und Leiter der UEFA-Verletzungsstudiengruppe, folgen, bei dem das Thema Verletzungsprävention im Mittelpunkt stehen wird. Die weltgrösste Spitzensport-Studie wird dabei sicherlich eine wichtige Diskussionsgrundlage liefern.

Der Vorsitzende der Medizinischen Kommission, Michel D'Hooghe, meinte zum Abschluss: *„Ich bin sehr stolz, dass diese Initiative der Medizinischen Kommission nunmehr erste Früchte trägt. Wir stehen erst am Anfang eines hoffentlich langjährigen und erfolgsgelächerten Prozesses, der die europäische Fussballfamilie im gemeinsamen Streben nach Exzellenz einen soll. Es liegt nun in der Verantwortung der Ärzte sicherzustellen, dass das Wissen nicht auf Einzelne beschränkt bleibt und dass irgendwann in der Zukunft fussballmedizinisches Fachwissen ein selbstverständlicher Teil der Kultur des europäischen Fussballs sein wird.“* ●

Knorpelverletzungen im Fussball und deren Behandlung

Von Prof. Dr. Mehmet S. Binnet, Dr. Mehmet Armangil, Dr. Kerem Basarir, Medizinische Fakultät der Universität Ankara

Wie alle Profisportler erhoffen sich auch Fussballer nach Beendigung ihrer aktiven sportlichen Laufbahn ein Leben ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Wird der Bewegungsapparat angemessen behandelt und auch mithilfe des medizinischen Fachpersonals entsprechend versorgt, sind eine erfüllte sportliche Laufbahn sowie eine beschwerdefreie Zeit nach dem Sport möglich. Nach dem Rückzug aus dem aktiven Sport muss auch verstärkt auf Herzprobleme, Diabetes, Übergewicht oder degenerative Gelenkerkrankungen geachtet werden. Dazu empfiehlt sich eine regelmässige Überprüfung des allgemeinen Gesundheitszustandes, wogegen Probleme des Bewegungsapparates separat dazu ausgewertet werden sollten. Dies lässt sich auf einfache Art und Weise erreichen, indem allgemeine Vorsorgeuntersuchungen in das individuelle Fitnessprogramm der Ex-Fussballer eingebunden werden.

Viele Fussballer beenden ihre Karriere mit überlasteten Gelenken, auch wenn sie bis dato keine gravierenden Verletzungen zu verzeichnen hatten. Schon Mikrotraumen des Knorpelgewebes können zum Beispiel zu frühzeitig auftretender degenerativer Arthrose führen, was Schmerzen und Funktionseinschränkungen im Alltag nach sich zieht. Die Hauptfunktion des Knorpels besteht darin, durch das Herabsetzen der Reibung im Gelenk einen schmerzfreien, funktionsgerechten Bewegungsradius zu ermöglichen. Gesundes Knorpelgewebe ist die Basis für eine verletzungsfreie Karriere, bei der die Sportler von ihrem Körper erwarten, dass er auch unter extremer Belastung und Extrembewegungen seine optimale Leistungsfähigkeit behält. Trotzdem kommt es natürlich auch zu Unfällen, wobei besonders ein unerwartetes Trauma aufgrund von Scherkräften oder anderen Einwirkungen Knorpelschäden nach sich ziehen kann. Am häufigsten ist dabei das Knie betroffen, denn es ist das grösste Gelenk des Körpers und gerade bei Fussballern besonders anfällig für Verletzungen. Ob es zum Auftreten von Kniearthrose bei Sportlern kommt, ist von der Häufigkeit, der Intensität und dem Grad der sportlichen Aktivität abhängig; bei Fussballspielern geht man von 19-29 % Betroffenen aus, im Vergleich zu 14-20 % bei Langstreckenläufern oder 31 % bei Gewichthebern. In einer von Kujala et al. durchgeführten Studie wurde nachgewiesen, dass das Risiko einer Kniearthrose bei männlichen Spitzensportlern, die bereits Knieverletzungen erlitten haben, auf das Fünffache ansteigt.

Sekundäre Arthrose im Kniegelenk entwickelt sich bei Fussballern früher als bei anderen Betroffenen in der allgemeinen Bevölkerung. Die Ursachen dafür liegen in Band- und Meniskusschäden. Auch bei Fussballern häufig

auftretende Verletzungen wie Meniskusrisse und Rupturen des vorderen Kreuzbandes führen laut mehrerer Studien zu einer höheren Entstehungsrate dieser Erkrankung. Besonders bei Profisportlern, die sich wegen Bänderrissen oder Meniskusschäden chirurgischen Eingriffen unterzogen haben, besteht das Risiko einer frühzeitig auftretenden Arthrose. Das Alter, in dem sekundäre Arthrose entsteht, liegt häufig niedriger als bei der primären Arthrose; Letztere tritt in der Altersgruppe von 45-64 Jahren zu 25-30 % und ab 65 Jahren zu 85 % auf. Primäre und sekundäre Arthrose gelten als knorpelzerstörende und degenerative Erkrankungen.

Es deutet alles darauf hin, dass Fussballer eine starke Muskulatur benötigen, um Knorpeldefekte zu vermeiden.

Die Schmerzen im Knie können durch Kälteauflagen gelindert werden.



Das Muskelsystem fungiert als dynamischer Halt bei extremer Gelenkbelastung. Schwache Muskulatur führt zu massiven Verletzungen und verstärkt die Folgen durch Mikrotraumen des Gelenkknorpels. Ein negativer Aspekt bei Knorpelverletzungen ist deren progressive Pathologie aufgrund der besonderen Eigenschaften des 2-4 mm dicken Knorpelgewebes, denn dieses enthält weder Blutgefässe noch Nerven oder Lymphgefässe. Dadurch kommt es bei Verletzungen nur zu einer verzögerten oder unvollständigen Heilung.

Neben der fehlenden Blutversorgung und Wundheilungsförderung durch die Vorläuferzellen im Blut verfügen die Knorpelzellen selbst auch nur über begrenzte Möglichkeiten zur Vermehrung und Regeneration. Knorpelverletzungen heilen durch ein Ersatzgewebe, den sogenannten Faserknorpel. Dieser ist auf biomechanischer Ebene jedoch dem ursprünglichen hyalinen Knorpel unterlegen, da er dessen Funktionen wie Stossdämpfung und Reibungsminderung nur bedingt übernehmen kann. Ein gestörtes Gleichgewicht in den Gelenken führt in Abhängigkeit vom Schweregrad und der Lokalisation der Verletzung zu Schmerzen bei körperlicher Betätigung und einer Bewegungseinschränkung. Diese Symptome können die sportliche Leistung beeinträchtigen oder zu Beschwerden im Alltag führen.

Eine beeinträchtigte Knorpelfunktion führt zu erhöhter Beanspruchung der benachbarten Bereiche sowie zu weiteren Gelenkschäden. Für alle sportlichen Aktivitäten ist ein vollständiges und schmerzfreies Bewegungsausmass auf allen Belastungsstufen unerlässlich. Eine nicht verheilende Knorpelverletzung zieht Symptome nach sich, die sich

in der Regel im Laufe der Zeit verschlechtern und zu frühzeitig auftretender Osteoarthrose führen, einem signifikanten Problem in der Fussballmedizin. Die Behandlung dieser Erkrankung sollte realistisch und im Einklang mit den Erwartungen der ehemaligen Fussballer in Sachen Lebensstil erfolgen. In den meisten Fällen sind nicht-chirurgische Behandlungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens zweckmässig. Um eine Überlastung von Knie und Knöchel zu vermeiden, sollte übergewichtigen Ex-Fussballern auch zur Gewichtsreduktion geraten werden. Dieses scheinbar leicht zu erreichende Ziel erfordert tatsächlich jedoch in einigen Fällen beträchtliche Anstrengungen und sollte daher Teil eines umfassenden Programms mit täglichen Aktivitäten zum Schutz der Gelenke vor extremer Belastung sein.

Da es immer mehr Spieler mit Osteoarthrose gibt, gewinnt die Prävention von Knorpelverletzungen während der aktiven Karriere der Sportler und beim Übergang nach Beendigung der sportlichen Laufbahn an Bedeutung. Es gibt drei Hauptrisikofaktoren, die durch präventive Massnahmen kontrolliert werden können:

1. übermässige Belastung des Bewegungsapparates;
2. hoher Body-Mass-Index;
3. vorausgegangene Knieverletzungen.

Laut Hochberg kann das Auftreten von Osteoarthrose im Knie um 15-30 % reduziert werden, wenn man Hocken, Knien und das Tragen schwerer Lasten vermeidet. Die Forschungsgruppe der Osteoarthritis Research Society empfiehlt zur Prävention von Osteoarthrose nachdrücklich eine strenge Gewichtskontrolle und geht davon aus, dass ein Body-Mass-Index

Eine erste richtige Behandlung auf dem Spielfeld kann Komplikationen vorbeugen.



von bzw. unter 25 kg/m² das Auftreten von Osteoarthritis in der Bevölkerung um 27-53 % senken würde. Wie bereits erwähnt sind Meniskusrisse und Bandrupturen grosse Risikofaktoren für diese Erkrankung. In jüngster Zeit haben Präventionsprogramme gegen Sportverletzungen, besonders Verletzungen des vorderen Kreuzbandes, vielversprechende Ergebnisse gezeigt. In norwegischen Studien wurde nachgewiesen, dass durch den Einsatz neuromuskulärer Trainingsprogramme Verletzungen des vorderen Kreuzbandes vermieden werden konnten. Nach dem Ausscheiden aus dem Profisport können mässige bis leichte körperliche Betätigung und Gewichtskontrolle zur Vermeidung von Osteoarthritis beitragen.

Die wichtigste Schutzmassnahme ist die Wiederherstellung der Muskelkraft. Durch gut durchdachte Trainingsprogramme mit isometrischen Übungen können die dynamische Muskelkraft und das Muskelgleichgewicht wieder hergestellt sowie ein aktiver Beitrag zur allgemeinen Gesundheit geleistet werden. Einfache Übungen mit mässig schweren Gewichten spielen bei diesen Programmen eine grosse Rolle. Selbst 30-minütige Einheiten mit Beweglichkeitsübungen mit gewichtheberischen Elementen können zur Vermeidung von Problemen im Alltag beitragen.

Treten Schmerzen in Knie und Knöchel plötzlich auf, können diese durch Kälteauflagen gelindert werden. Durch diese Form der Kryotherapie können entzündliche Schwellungen reduziert und Schmerzen gelindert werden. Die einfachste und am weitesten verbreitete Form der Kälteanwendung ist Eis oder ein mit Eiswasser getränktes Tuch. Der direkte Kontakt zwischen Eis und Haut über einen längeren Zeitraum sollte aufgrund der Gefahr von

Kälteverbrennungen vermieden werden. Kälteanwendungen erfolgen in der Regel über 4-6 Sitzungen von jeweils 15-20 Minuten Länge pro Stunde. Nach Abklingen des Ödems und/oder der Schwellung sollte die Kälteanwendung beendet werden. Bei anhaltenden Beschwerden besteht

der nächste Behandlungsschritt

in Physiotherapie und Medikamentengabe. Zur Bestimmung der Idealdosis und -kombination ist die Konsultation eines Facharztes sinnvoll.

Heutzutage gibt es verschiedene Möglichkeiten, das Ausmass von Knorpelschäden zu beurteilen. Neben der klinischen Untersuchung werden häufig auch Röntgenbilder, Computertomographieaufnahmen und insbesondere Magnetresonanztomographieuntersuchungen für die Diagnostik eingesetzt. Wurde die Diagnose anhand der bildgebenden Verfahren gesichert, werden andere wichtige Faktoren wie Alter und Aktivitätsgrad für die Entscheidung über die Behandlung mit herangezogen. Bei älteren Patienten stehen dabei hauptsächlich die Knorpelglättung mittels Arthroskopie (Debridement), Tibiakopf-Osteotomie und Arthroplastik (totalendoprothetische oder unikompartimentelle Versorgung) als Behandlungsoptionen zur Wahl.

Die technischen, biologischen und wissenschaftlichen Fortschritte der letzten Jahrzehnte eröffnen bessere Behandlungsmöglichkeiten für diese Art von Verletzungen. Eine einfache, effektive und allgemein anerkannte Methode zur Behandlung von Knorpelschäden wurde jedoch bisher noch nicht entdeckt.

Die herkömmlichen Therapien basieren auf dem Prinzip, dass die Stammzellen im peripheren Blut den Heilungsprozess im geschädigten Bereich fördern können. Da das Gelenkknorpelgewebe keine Blutgefässe enthält, kommt es bei Knorpeldefekten, die nicht über den subchondralen Knochen hinausreichen, nicht zu Blutungen. Deshalb erweisen sich Behandlungen, die mit Einblutungen arbeiten, besonders bei kleinen Schäden mit einer maximalen Grösse von 2-3 cm² als vorteilhaft. Man setzt sie fast ausschliesslich auf minimalinvasive Weise im Rahmen von Arthroscopien ein. Bei solchen kleineren Knorpelverletzungen treten nach alltäglichen Aktivitäten in der Regel Schmerzen in den Gelenken auf.

Liegt gleichzeitig ein Meniskusriss vor, kann dies die Symptome verschlimmern. Meniskusrisse bei älteren Patienten unterscheiden sich von denen während einer aktiven sportlichen Laufbahn. Die Elastizität und Haltbarkeit des Meniskusgewebes nimmt mit dem Alter ab, und so können bereits kleinere Krafteinwirkungen zur Ruptur dieses Gewebes führen. Meniskusdefekte können durch einen auf Abtasten empfindlich reagierenden Gelenkspalt, ein Klickgeräusch bei Flexions-Extensions-Bewegungen sowie durch speziell für Rupturen entwickelte klinische Tests diagnostiziert werden. Bei dieser Patientengruppe kann ein arthroskopisches Debridement sowohl für die Meniskusentfernung als auch für die Beurteilung des Knorpelgewebes sinnvoll sein, da dieses bei Patienten mit Meniskusrupturen häufig geschädigt ist. Bei diesem Eingriff werden die mechanischen Barrieren für die Gelenkbewegung geglättet, was in der Regel zu einer Erleichterung für den Patienten führt und die Notwendigkeit einer Gelenkarthroplastik unter Umständen auch bei Gelenkarthrose im fortgeschrittenen Stadium noch hinauszögern kann.

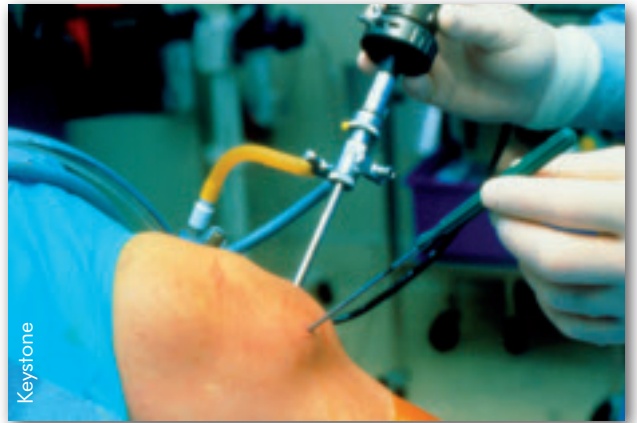
Bei subchondralen Bohrungen wird der subchondrale Knochen mit einem Draht angebohrt. Dies ermöglicht eine Verbindung zwischen dem geschädigten Bereich und dem Knochenmark und Blut. Bei der Mikrofrakturtechnik werden kleine Frakturen am subchondralen Knochen gesetzt, um die Frakturheilung zu stimulieren und somit die Heilung



des Knorpelgewebes zu fördern. Beide Methoden liefern eine begrenzte Heilungsreaktion und führen zur Bildung von Faserknorpel mit seinen minderwertigen Eigenschaften. Dieses Gewebe kann die Erwartungen von Profi- oder Freizeitsportlern oder selbst aktiven jungen Erwachsenen häufig nicht erfüllen.

Eine weitere Behandlungsoption bei Knorpeldefekten ist die Tibiakopf-Osteotomie (High Tibial Osteotomy, HTO). Dieses Verfahren wird in der Regel bei Patienten mittleren Alters bevorzugt und ist bei Fehlstellungen einzelner Gliedmassen, die zu unikompartimenteller Degeneration führen, angezeigt. Bei bestimmten Patienten ist dies wahrscheinlich die beste Methode zur Korrektur einer veränderten Belastungsübertragung. Eine Kniearthroskopie ermöglicht gleichzeitig die Behandlung von Meniskus-schäden und die Entfernung freier Gelenkkörper, zwei Begleiterkrankungen, die bei dieser Patientengruppe häufig vorhanden sind. Liegen grosse chondrale Läsionen vor, wird häufig eine Mosaikplastik mithilfe von körpereigenen osteochondralen Transplantaten durchgeführt, was sich in der Praxis bewährt hat.

Neue, innovative Behandlungsmethoden bei Knorpelverletzungen in der orthopädischen Chirurgie sind autologe Chondrozytenimplantate und die Transplantation von mesenchymalen Stammzellen. Bei den autologen Chondrozytenimplantaten wird mittels eines arthroskopischen Eingriffs Knorpelgewebe entnommen; anschliessend werden die Chondrozyten in Kulturen vermehrt und schliesslich per direkter Injektion oder per Matrixgerüst in einem weiteren Eingriff implantiert. Mesenchymale Stammzellen (MSC) verfügen über eine hohe Vermehrungsfähigkeit sowie Multipotenzialität, darunter auch die Fähigkeit zur chondrogenen Differenzierung. Es wurden zu dieser Methode bisher eine Reihe von Tierstudien durchgeführt,



Arthroskopie des Kniegelenks: Chirurg bei der Arbeit

aber der Einsatz von MSC für die Behandlung von Knorpeldefekten befindet sich noch im Frühstadium der Entwicklung, sodass weitere klinische Studien notwendig sind. Diese beiden Behandlungsmöglichkeiten gelten als richtungsweisend für die Zukunft und geben Profifussballern Anlass zur Hoffnung.

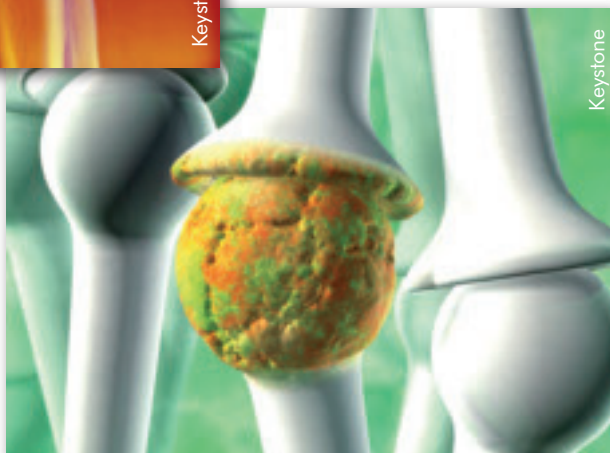
Eine weitere Behandlungsoption bei Kniearthrose ist die Kniearthroplastik. Bei diesem Verfahren werden die arthrotischen Teile des Kniegelenks entfernt und durch prothetische Implantate ersetzt. Vor der Operation muss darüber entschieden werden, ob eine totalendoprotetische oder eine unikompartimentelle Versorgung erfolgen soll. Zu den Faktoren, welche diese Entscheidung beeinflussen, zählen das Alter des Patienten (insbesondere in der Altersgruppe ab 60 Jahren), der Schmerzgrad im Alltag sowie die weitere Einschränkung der Aktivitäten im Vergleich zum vorherigen Ist-Zustand. Das Alter ist dabei der ausschlaggebende Faktor. Die Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, dass sie nach einer totalendoprotetischen Versorgung ihre Aktivitäten einschränken müssen, um die Lebensdauer ihrer Arthroplastik zu erhöhen. So sollte Brustschwimmen vermieden werden, da dabei eine hohe Drehkraftbelastung der Kniegelenke entsteht. Möchte der Patient Tennis spielen, so sollte er sich auf Doppel beschränken. Beim Golfspielen können kurze Schritte zur Vermeidung einer Überlastung des Knies beitragen. Bei jeder körperlichen Betätigung gilt es, eine Überbeanspruchung des Gelenks zu vermeiden. Dabei die ideale Balance zwischen kniegelenksgerechter Ausübung und dem Spass am Sport zu finden – darin liegt die wahre Herausforderung.

Knorpeldefekte bei Sportlern führen zu grossen Funktionseinschränkungen für die Betroffenen und treten bei Fussballern häufig auf. Bei der Behandlungsplanung sollten die Erwartungen des ehemaligen Spielers berücksichtigt und die Therapie darauf ausgerichtet werden, wobei das Behandlungsziel die uneingeschränkte Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens sein sollte. Der Patient sollte ermuntert werden, neue Hobbys und Interessen zu finden, bei denen eine exzessive Beanspruchung des Kniegelenks vermieden wird. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf Präventionsmassnahmen und deren Umsetzung. Das für die Behandlung verantwortliche medizinische Team muss den Unterschied zwischen einem Patienten mit geringer Belastung und einem ehemaligen Spitzensportler berücksichtigen. ●



Röntgenaufnahme einer Osteoarthritis

Illustration einer Osteoarthritis



Sportpsychologische Unterstützung im Fussball

Von Prof. W. Stewart Hillis, Professor für kardiovaskuläre und Bewegungsmedizin

Das Konzept des „Teams hinter dem Team“ bei Klub- und Nationalmannschaften fördert die Anbindung des medizinischen Stabs an den Trainerstab und die Zusammenarbeit zwischen beiden Gruppen. Beide arbeiten nach bestem Wissen und Gewissen an der Vorbereitung und dem Wohlergehen der Spieler, um im Hinblick auf bestmögliche Ergebnisse das Optimum aus jedem Einzelnen sowie der Mannschaft herauszuholen.

Die physische Vorbereitung der Spieler hat sich dank medizinischer Betreuung, der Einbindung und Weiterentwicklung von ernährungswissenschaftlicher Beratung und Flüssigkeitsbilanz sowie sportwissenschaftlichen Erkenntnissen verbessert. Der Umgang mit akuten Verletzungen stellt angesichts des stetig zunehmenden Spieltempos nach wie vor eine Herausforderung dar, doch bildgebende Verfahren und neue Behandlungsmethoden haben es ermöglicht, individuell zugeschnittene Rehabilitationsprogramme zu entwickeln. Bei Klubmannschaften besteht täglicher Kontakt mit den Spielern, es entstehen persönliche Beziehungen. Die einzelnen Charaktere und ihr Umgang mit Verletzungen sind bekannt und Arzt, Physiotherapeut, Spieler und Trainer können sich stets gegenseitig auf dem Laufenden halten. Allgemein kann verletzten Spielern geholfen werden, indem man sich ihre Sorgen anhört, beruhigend auf sie einwirkt und ihnen frühzeitig anspruchsvolle, aber erreichbare Ziele setzt. Unterstützend wirken können zudem die Entwicklung von Strategien gegen Rückschläge oder unrealistische Erwartungen, das Aufzeigen von Behandlungserfolgen in Schriftform und eine positive Kommunikation gegenüber dem Trainer, der sich vermutlich eher für fitte als für verletzte Spieler interessieren wird und deshalb gezielt auf die Fortschritte des fraglichen Spielers hingewiesen werden sollte. Auch Hinweise auf Reha-Einrichtungen und ein entsprechendes Dienstleistungsangebot können hilfreich sein. Spieler, die mit ihren Leistungen hadern, können Mechanismen entwickeln, damit umzugehen. Wichtig ist auch die Kooperation mit dem Arzt und Unterstützung für den Fall, dass ein Fussballer aus medizinischen Gründen wie Verletzung oder Überbelastung oder wegen mangelnder Leistung nicht aufgestellt wird. Betreuung und Kontakt müssen auf regelmässiger Basis erfolgen.

Die medizinische Betreuung von Nationalspielern birgt unterschiedliche Herausforderungen. Zunächst sollten Spieler, die in die Nationalelf berufen werden, auf bestehende Verletzungen hin untersucht werden. Im Fall einer Verletzung ist zu entscheiden, ob der Spieler zu seinem Klub zurückkehrt oder ob er beim Nationalteam behandelt wird. Eine frühzeitige Diagnose anhand von bildgebenden Verfahren erleichtert die Wahl der richtigen Behandlung und ist für alle Beteiligten von Vorteil. Positiv ist zu bewerten, dass die Spieler von ihren Vereinen für die Nationalmannschaft abgestellt werden und dass der medizinische Stab des Nationalteams die medizinische Abteilung des Klubs über den gesundheitlichen Zustand des Spielers auf dem Laufenden hält. Für gewöhnlich kommen die Spieler

Spitzenspieler bestreiten über 60 Ernstkämpfe pro Saison.



hoch motiviert zur Nationalelf, was durch Erwartungshaltung und positive Kommentare vonseiten der Familie, der Freunde und der Vereinstrainer noch verstärkt wird. Allerdings kann die Einstellung des Spielers leiden, wenn er die Notwendigkeit eines Freundschaftsspiels in einer ohnehin sehr geschäftigen nationalen und europäischen Klubwettbewerbssaison hinterfragt. Dabei kann Druck seitens des Vereinstrainers bezüglich des Risikos, sich in einem Nicht-Pflichtspiel zu verletzen, eine Rolle spielen, da eine solche Verletzung einen Spieler in der Folge unter Umständen seinen Stammplatz im Klub kosten könnte.

Psychologische Betreuung von Sportlern

Im Lichte dieser Überlegungen müssen körperliche Untersuchungen und klinische Behandlungen durch einen ganzheitlichen Ansatz ergänzt werden, zu dem auch die psychologische Betreuung gehört.

Wenngleich die Sportpsychologie bisher überwiegend im Zusammenhang mit Individualsportlern eingesetzt wurde, spielt sie auch bei der Betreuung von Mannschaftssportlern eine wichtige Rolle. Im Fussball übernehmen diese zumeist Motivationstrainer mit unterschiedlichen Qualifikationen und beruflichen Hintergründen.

Zur Vorbereitung von Sportlern gehören psychologische Faktoren wie Konzentration und Zielstrebigkeit, mentales Durchspielen des Wettbewerbs, Routinehandlungen vor dem Einsatz, Stressbewältigungsrituale und der Umgang

mit Erfolg, Niederlage und Verletzung. Die Anwendung dieser Techniken im Einzelfall kann je nach Sportart sehr unterschiedlich ausfallen, ebenso wie die Unterstützung durch Trainer oder medizinisches Personal während des Wettkampfs. Hier einige Beispiele:

- In der Leichtathletik findet man Individualsportler, für die die eigene Leistungsfähigkeit am Wettkampftag entscheidend ist. Ihre Vorbereitung und Leistung hängt allein von ihnen selbst ab. Zudem können sie sich zumeist auch Ratschläge und Unterstützung von ihrem Trainer holen.
- Im Spitzentennis, beispielsweise in einem Davis-Cup-Einzel, kann der Trainer den Spieler zwischen den Punkten anfeuern und coachen. Der Spieler kann seine eigenen Rituale entwickeln, z.B. den Ball vor dem Service mehrfach aufspringen lassen oder die Zeit zwischen den Aufschlägen verzögern oder verkürzen. Im Doppel sprechen die Spieler die Art des Aufschlags verbal oder nonverbal untereinander ab; nach einem gewonnenen Punkt klatschen sie sich häufig ab. Zwischen den Punkten sind Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme sowie die Absprache mit dem Trainer zum Aufbau des Selbstbewusstseins möglich.
- Beim Golf können Visualisierungstechniken bei der Ausführung eines Schlags, insbesondere beim Putten, helfen. Der Spieler konzentriert sich auf den Schlag, stellt sich die Flugbahn bzw. den Laufweg des Balls und den Moment des Einlochens vor.

Für den Zusammenhalt in der Mannschaft ist es wichtig, dass alle Spieler an Aktivitäten wie dem Aufwärmen teilnehmen.



Auch in bestimmten Mannschaftssportarten ist es aufgrund des Spielmodus leicht, die Spieler aufzubauen, wie folgende Beispiele belegen:

- Im Cricket ist zwischen zwei Wüfren oder nach einem Wicket Zeit für Diskussionen oder Ratschlüge des Kapitäns an den Bowler und andere Spieler. Die Schlagleute können sich zwischen zwei Schlagversuchen absprechen oder abklatschen.
- Im American Football können sich die beiden Mannschaftsteile – Offense und Defense – zwischen zwei Spielzügen gegenseitig ermutigen. Da das Spiel durch häufige Unterbrechungen und Spielerwechsel charakterisiert ist, können Spieler während des Spiels gut aufgebaut werden und haben auch dann gute Chancen, eingewechselt zu werden, wenn sie nicht in der Startaufstellung stehen.

Die allgemeinen Prinzipien und Grundlagen der Sportpsychologie lassen sich sowohl in Klub- als auch in Nationalmannschaften anwenden. Bestimmte Mitglieder des „Teams hinter dem Team“ können auf die einzelnen Spieler eingehen.

Zu den für den Fussball wichtigsten mentalen Qualitäten gehört eine langfristige Konzentrationsfähigkeit, bei der die Fokussierung vor, während und nach dem Spiel aufrecht erhalten werden kann. Manche Fussballer bestreiten bis zu 60 Pflichtspiele pro Saison – dem gegenüber stehen vier oder fünf Wettkämpfe im selben Zeitraum für einen Leichtathleten.

Stammspieler können Selbstbewusstsein aufbauen, das in schwierigen Situationen das Durchhaltevermögen begünstigt. Gleichzeitig sind sie in der Lage, positiven Einfluss auf die Gesamtmannschaftsleistung zu nehmen, indem sie Begeisterungsfähigkeit, Verantwortungsgefühl und Optimismus ausstrahlen.

Psychologie im Nationalmannschaftsfussball

Eine Berufung in die Nationalmannschaft bringt infolge steigender Ansprüche seitens des Spielers selbst und der Öffentlichkeit eine ganze Reihe neuer potenzieller Probleme mit sich. Nachwuchshoffnungen werden häufig ins Nationalteam berufen, um sie Länderspielatmosphäre schnuppern zu lassen; gleichzeitig wissen sie, dass die Chancen auf einen Einsatz gering sind. Ihnen dürfte für den Moment die Berufung allein schon genügen. Dagegen haben erfahrene Spieler, die zur Stammelf ihres Klubs gehören, ganz andere Erwartungen. Stammspieler sind für gewöhnlich selbstsicher, sodass sie für ihren Verein optimale Leistungen erbringen können. Werden sie in die nationale Auswahl berufen, kommen neue Herausforderungen und andere mentale Schwierigkeiten hinzu. Jeder Spitzenspieler glaubt insgeheim, dass er der Beste auf seiner Position ist – sonst hielte er dem Druck des modernen Fussballs nicht

stand. Jeder hat seine ganz eigene Vorbereitungsmethode. Doch die individuelle Vorbereitung kann als Zeitverschwendung wahrgenommen werden, wenn der Spieler nicht zum Einsatz kommt. Daraus ergibt sich eine Phase der Unsicherheit im Vorfeld des Spiels, die als „die drei schlimmsten



Nationalmannschaftsaufgebote können insbesondere bei Verletzungen zu Konflikten führen.

Stunden“ bezeichnet werden können. Am besten lässt sich dies anhand einer Skizzierung des Szenarios rund um ein Länderspiel, inklusive Vorbereitung, darstellen.

Der Tag des Länderspiels naht. Die Vorfreude auf das Spiel ist im ganzen Land spürbar. Eintrittskarten sind kaum noch zu bekommen; oft ist die Begegnung ausverkauft. Ticketanfragen von Verwandten, alten Freunden und Bekannten von Spielern, Trainern und sonstigem Verbandspersonal häufen sich. Auf einen Freund oder einen Familienangehörigen, der bei so einem wichtigen Spiel mit von der Partie ist, kann man schliesslich nur stolz sein.

In sportlicher Hinsicht ist die Stimmung in der Mannschaft für gewöhnlich gut. Das Training läuft problemlos, die Konzentration ist höher als üblich, da Spieler, die sich sonst als Gegner gegenüberstehen, nun ein Team bilden und die für sie neue Situation geniessen. Im Training muss der Trainer seine Startelf zusammenbauen. Passiert dies sehr früh in der Vorbereitungswoche, kann es den Spielern Hinweise auf die Wahrscheinlichkeit eines Einsatzes von Beginn an geben, insbesondere wenn das Muster der Trainingseinheiten sich wiederholt. Dabei kann es passieren, dass sich ein Spieler als Reaktion auf die gefühlte Ablehnung zurückzieht oder ein aggressives Verhalten an den Tag legt.

Eine etwaige Nichtberücksichtigung für den Kader kann also zu Nervosität oder Ärger führen, die sich gegen den Trainer und seinen Stab richten. Dies kann sich in negativen Gedanken und Groll während des Aufenthalts bei der Nationalmannschaft äussern, aber es kann auch die Einstellung des Spielers nach seiner Rückkehr in den Klub

beeinträchtigen. Kommt der Spieler bei der Nationalelf gar nicht zum Zug, könnte sich die Überzeugung breitmachen, dass er die Länderspielwoche besser als Pause mit reduziertem Trainingsaufwand bei seinem Verein und Zeit für die Familie hätte nutzen können.

Die Spieler erfahren spätestens am Vortag des Spiels die Startaufstellung, da ihre jeweilige Rolle innerhalb des Teams bestimmt werden muss. Ein Kader besteht jedoch aus 26 Spielern – in der Regel drei Torhüter und 23 Feldspieler. Elf davon stehen in der Startformation, sieben sitzen auf der Ersatzbank, doch acht werden das Spiel von der Tribüne aus beobachten und keine aktive Rolle spielen. Im Idealfall sollten sie ihre gute Laune behalten und die Mannschaft unterstützen; in der Realität ist es für diese Spieler jedoch oft schwierig, über die extreme Enttäuschung hinwegzukommen. Der Trainer muss genau darauf achten, wie er mit diesen Spielern umgeht und wie er sie über die Nichtberücksichtigung informiert. Dies kann unterschiedlich erfolgen – u.a. abhängig davon, inwieweit der Spieler das Konzept von der Mannschaft als „ein Team“ akzeptiert. Im Idealfall finden Vier-Augen-Gespräche zwischen Trainer und Spielern statt, in denen die Aufstellung erklärt wird und dem Spieler Zeit gegeben wird, sich mit der Situation abzufinden, um so eine Vorwegnahme der „drei schlimmsten Stunden“ zu vermeiden. Gleichwohl ist dies im Vorfeld eines Spiels nicht immer möglich.

Die Ersatzspieler werden teilweise erst bei der letzten Mannschaftssitzung vor dem Spiel bekanntgegeben. Oft ist bei dieser Zusammenkunft kein medizinischer Betreuer anwesend. Das medizinische Team weiss folglich nicht, wer als Ersatzspieler ausgewählt wurde und kann den nicht berücksichtigten Spieler nicht gezielt den Rücken stärken. Bisweilen werden die Ersatzspieler sogar erst in der Umkleidekabine benannt.

Das Hauptaugenmerk des medizinischen Stabs liegt auf den aufgestellten Spielern. Es sollte jedoch auch

überlegt werden, wie die anderen Mannschaftsmitglieder betreut werden können. Zwar mangelt es vielfach an persönlichem Kontakt, da das medizinische Team damit beschäftigt ist, die Ausrüstung für das Spiel vorzubereiten; dennoch sollte es möglich sein, an einfache Massnahmen wie die folgenden zu denken:

- Nicht aufgestellte Spieler sollten bis zum Aufwärmen in der Kabine dabei sein.
- Werden nummerierte Trinkflaschen verwendet, sollten die Flaschen der nicht aufgestellten Spieler diskret entfernt werden, damit sie nicht achtlos herumliegen und so die Tatsache der Nichtberücksichtigung noch betonen.
- Es sollte sichergestellt werden, dass die Spieler zu ihren Sitzplätzen auf der Tribüne geleitet werden und nach dem Spiel problemlos in die Umkleidekabine gelangen können. Nach Möglichkeit sollten sie neben den nicht am Spielfeldrand eingesetzten medizinischen Betreuern sitzen, um das Wir-Gefühl zu stärken.

Abschliessend lässt sich sagen, dass das medizinische „Team hinter dem Team“ keinen direkten Einfluss auf das Spielergebnis hat, welches massgeblich von der Taktik des Trainers und der Leistung der Spieler abhängt. Doch mit guter Vorbereitung und Weitsicht kann es dazu beitragen, das Selbstvertrauen sowie das physische und psychische Wohlbefinden der gesamten Mannschaft aufrecht zu erhalten. ●

Redaktion

Marc Vouillamoz, Graham Turner, Mike Earl

Herstellung

André Vieli, Dominique Maurer

Layout, Druck

CO Créations, Artgraphic Cavin SA

Der Dialog ist ein Schlüsselement für die Beziehung zwischen Trainer und Spieler.

