

**Albert-Ludwigs Universität Freiburg**

**Institut für Sport und Sportwissenschaft**

---

Magisterarbeit

Zur Erlangung der Würde des Magister Artium der Wirtschafts- und  
Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät

***Sportpsychologische Beratung am  
Olympiastützpunkt Freiburg-Schwarzwald:  
Auf der Suche neuer Kriterien einer systematischen  
Qualitätssicherung in der Sportpsychologie***

**Maria del Mar Mena Aragon**

eingereicht bei:

Prof. Dr. Reinhard Fuchs  
Arbeitsbereich Sportpsychologie

August 2009

---

**„Im Sport ist 90% mental,  
der Rest ist Kopfsache.“**

**Robert Harting, Deutscher Meister im Diskuswerfen**

**Juli, 2009**

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	6
1.1 Problemstellung .....	6
2. Standortbestimmung der angewandten Sportpsychologie.....	9
2.1 Begriffsbestimmung .....	9
2.1.1 Sportpsychologie .....	9
2.1.2 Leistungssport .....	12
2.1.3 Angewandte Sportpsychologie.....	12
2.2 Abgrenzung zum Forschungsfeld .....	14
2.3 Hauptfeld: Betreuung im Hochleistungssport.....	14
2.4 Zwischenfazit .....	15
3. Ausbildung zum Sportpsychologen .....	16
3.1 Sportpsychologie: eigenständige Forschung zwischen zwei Mutterwissenschaften.....	16
3.1.1 Verschiedene Einteilungen sportpsychologischer Interventionen.....	19
3.1.2 Exkurs: relevante Kompetenzen im Berufsfeld Sportpsychologie: Ergebnisse einer Umfrage von Droste, A., Ehrlenspiel, F. & Grosche, C. ....	21
3.1.3 Sportwissenschaftliche Kompetenzen und Interventionsformen auf sportwissenschaftlicher Ebene .....	24
3.1.4 Psychologische Kompetenzen und Interventionsformen auf psychologischer Ebene.....	24
3.2 Fachliche Qualifikation in Deutschland.....	25
3.2.1 Einführung sportpsychologischer Master-Abschlüsse in Deutschland .....	25
3.2.2 Das Curriculum der asp/bdp .....	26
3.3 Zwischenfazit: Problematik der Ausbildung in Hinblick auf die Qualitätssicherung.....	27
4. Qualitätssicherung in der Sportpsychologie .....	28
4.1 Ursprünge des Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen .....	28
4.2 Das Modell nach Donabedian .....	29
4.2.1 Struktur .....	30
4.2.2 Prozess.....	30
4.2.3 Ergebnis.....	30
4.3 Versuche der Übertragung in die Sportpsychologie .....	31

---

4.3.1 Strukturqualität in der Sportpsychologie.....	31
4.3.2 Prozessqualität in der Sportpsychologie.....	32
4.3.3 Ergebnisqualität in der Sportpsychologie.....	33
4.4 Zwischenfazit .....	33
<b>5. Basisdokumentation der sportpsychologischen Beratungstätigkeit am Olympiastützpunkt Freiburg-Schwarzwald.....</b>	<b>35</b>
5.1 Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit .....	35
5.2 Fragestellung der Arbeit.....	36
5.3 Datenquelle: Protokolle der Sitzungen .....	37
5.4 Erstellung der Kategorien .....	38
5.5 Beschreibung der Stichprobe .....	44
<b>6. Ergebnisse.....</b>	<b>46</b>
6.1 Häufigkeiten .....	46
6.1.1 Beratungsanlässe, Diagnosen, Interventionsformen.....	46
6.1.2 Sportarten .....	47
6.1.3 Erstkontakt.....	47
6.1.4 Beendigung.....	48
6.2 Nennungen bei Kategorien mit Mehrfachantworten .....	49
6.2.1 Nennungen der Beratungsanlässe.....	49
6.2.2 Nennungen der klinischen Diagnosen.....	50
6.2.3 Nennung der Interventionsformen.....	50
6.3 Angaben zum Beratungsumfang .....	52
6.3.1 Behandlungsdauer .....	52
6.3.2 Anzahl der Sitzungen .....	52
6.4 Unterschiede zwischen diversen Gruppen .....	53
6.4.1 Unterschiede zwischen den Geschlechtern .....	54
6.4.1.1 Häufigkeiten von Beratungsanlässen .....	54
6.4.1.2 Anzahl von Beratungsanlässen.....	55
6.4.1.3 Häufigkeiten von Interventionsformen.....	55
6.4.1.4 Anzahl von Interventionsformen .....	56
6.4.1.5 Häufigkeiten klinischer Diagnosen .....	57
6.4.1.6 Anzahl klinischer Diagnosen.....	58

---

6.4.2 Unterschiede zwischen Altersklassen .....	59
6.4.2.1 Häufigkeiten von Beratungsanlässen .....	59
6.4.2.2 Anzahl von Beratungsanlässen.....	59
6.4.2.3 Häufigkeiten von Interventionsformen.....	60
6.4.2.4 Anzahl von Interventionsformen.....	61
6.4.2.5 Häufigkeiten klinischer Diagnosen .....	62
6.4.2.6 Anzahl klinischer Diagnosen.....	63
6.4.3 Unterschiede zwischen Individual- und Mannschaftssportlern .....	64
6.4.3.1 Häufigkeiten von Beratungsanlässen .....	64
6.4.3.2 Anzahl der Beratungsanlässe.....	64
6.4.3.3 Häufigkeiten der Interventionsformen .....	65
6.4.3.4 Anzahl der Interventionsformen.....	66
6.4.3.5 Häufigkeiten klinischer Diagnosen .....	67
6.4.3.4 Anzahl klinischer Diagnosen.....	68
7. Diskussion der Ergebnisse.....	69
7.1 Häufigkeiten der Sportarten .....	69
7.2 Häufigkeit des Verantwortlichen für den Erstkontakt .....	69
7.3 Nennungen der Beratungsanlässe .....	70
7.4 Nennungen der Interventionsformen .....	70
7.5 Behandlungsdauer .....	71
7.6 Unterschiede zwischen den Geschlechtern.....	72
7.7 Unterschiede zwischen den Altersklassen .....	73
7.8 Unterschiede zwischen Individual- und Mannschaftssportlern .....	74
8. Ausblick .....	75
Literatur .....	77

# **1. Einleitung**

Nach jahrelanger Bemühungen von Seiten des Bundesinstituts für Sportwissenschaft (BISp), des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) und der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie (asp), selbsternannten und in der Regel unqualifizierten Mental- oder Motivationstrainern den Handlungsspielraum im Spitzensport einzuschränken, wurde die Zentrale Koordination Sportpsychologie im Jahr 2002 ins Leben gerufen. Auch das Sportpsychologieportal des Bundesinstituts für Sportwissenschaft bietet seit einigen Jahren eine Datenbank qualifizierter Experten an, die nach einem psychologischen oder sportwissenschaftlichen Studienabschluss eine Fortbildung der asp absolviert haben. Obwohl damit weitestgehend die Qualifikation der Sportpsychologen gewährleistet werden kann, ist das Interventionsvermögen eines klinisch ausgebildeten Sportpsychologen unterschiedlich zu dem eines sportpsychologischen Beraters.

In der gängigen Praxis herrscht die Annahme, dass Sportpsychologen in der Regel wegen sport(art)spezifischen Problemen zu Hilfe gebeten werden, was die Bilanz der sportpsychologischen Betreuung der Spitzenverbände von 2003 bis 2008 zu belegen scheint. Diese nennt Wettkampfvorbereitung, Schulung der willentlichen Entspannungsfähigkeit und Regenerationsförderung sowie Trainerberatung als häufigste Arbeitsschwerpunkte der Betreuungsprojekte (vgl. Eberspächer et. al. 2009). Es ist dennoch denkbar, dass es eine Vielzahl Athleten gibt, die eine sportpsychologische Betreuung aufsuchen, da sie bestimmte psychische Störungssymptome aufweisen, die sie nicht nur in ihrem sozialen Umfeld, sondern auch in der Ausübung ihrer Sportart einschränkt. Dementsprechend herrscht eine gewisse Zwiespältigkeit, was die Kompetenzen eines in der Praxis tätigen Sportpsychologen betrifft.

## **1.1 Problemstellung**

In der Psychotherapie sowie in anderen ambulanten klinischen Versorgungseinrichtungen gibt es seit Jahrzehnten normierte Standards zur Gewährleistung der Qualitätssicherung. Das 1998 erarbeitete Instrument zur Qualitätssicherung Psy-BaDo soll dazu dienen, vergleichbare Strukturen der Dokumentation innerhalb der Psychotherapie zu entwickeln und somit dem Interesse der Patienten nachkommen, eine zeitgemäße, wirtschaftliche und wirksame Behandlung zu erhalten (vgl. Heuft & Senf, 1998). Da es innerhalb der angewandten

Sportpsychologie bis vor kurzem (Erstellung des BISp-Sportpsychologie-Portals) noch nicht einmal in der Ausbildung vergleichbare Richtlinien gab, die eine normierte Qualifikation gewährleisten konnte, entsteht daraus notgedrungen eine Unüberschaubarkeit der Kompetenzen der in der Praxis tätigen Sportpsychologen.

Es sollen in kurzen Zügen die Modelle zur Qualitätssicherung in der ambulanten Medizin und Psychotherapie skizziert werden, deren Grundlagen auf dem Konstrukt von Struktur, Prozess und Ergebnis von Donabedian (1978) beruhen. Da es in der angewandten Sportpsychologie noch kein ausgearbeitetes Modell zur Qualitätssicherung gibt, sollen die Übertragungsmöglichkeit sowie die Grenzen zur Sportpsychologie verdeutlicht werden. Donabedians Modell eines Qualitätsbegriffs für das Gesundheitswesen hat sich mittlerweile im gesamten Dienstleistungssektor durchgesetzt und ist damit prinzipiell auch auf die Sportpsychologie übertragbar (vgl. Eberspächer et. al. 2009). Ob und inwiefern diese Aussage zutreffend ist, soll ein Bestandteil des theoretischen Teils dieser Arbeit werden.

Um die sportpsychologische Arbeit im Spitzensport zu optimieren bedarf es systematischer Maßnahmen in den Bereichen Struktur und Prozess. Birrer und Seiler stellen 1999 ein Modell auf, dass durch genau solche Vorgehensweisen die Qualitätssicherung der angewandten Sportpsychologie in der Schweiz<sup>1</sup> gewährleisten soll (vgl. Birrer & Seiler, 1999). Dieses Modell stellt erstmals Richtlinien für eine solche systematische Qualitätssicherung. Diese werden nun auf die deutschen Spitzenverbände übertragen und exemplarisch am Olympiastützpunkt Freiburg-Schwarzwald dargestellt.

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand einer Basisdokumentation der sportpsychologischen Beratungstätigkeiten der Frage nach den häufigsten Störungen und den Ursachen für die Nachfrage einer sportpsychologischen Beratung nachzugehen. Daraus ließe sich nämlich ableiten, welche Kompetenzen in der Praxis erforderlich sind und das wiederum lässt zu, Rückschlüsse über Ausbildung und qualitätssichernde Richtlinien zu ziehen.

Der empirische Teil dieser Arbeit soll eine beschreibende Statistik aufstellen. Dabei werden von allen Klienten des am Olympiastützpunkt Freiburg-Schwarzwald tätigen Sportpsychologen u.a. demographische Daten wie Alter, Geschlecht, Sportart und Leistungsniveau erhoben (Kaderstatus usw.), sowie Variablen zur vorläufigen Diagnose (ICD-

---

<sup>1</sup> Da die Entwicklung und Etablierung der Sportpsychologie in der Schweiz einen anderen Verlauf genommen hat als in Deutschland, sind die dort auftretenden Probleme anderer Natur als in Deutschland.

10), Beratungsinhalt, Beratungsumfang, Art der Beendigung (regulär, frühzeitig), Grund der Beendigung und Art der Finanzierung (privat, OSP, Sportverband, Krankenkasse ). Mit all den erhobenen Daten soll eine Tabelle erstellt werden, die Auskunft über diverse Relationen und Häufigkeiten der diversen Merkmale gibt

Nachdem die beschreibende Statistik durchgeführt wurde, wird es möglich sein, die Häufigkeiten der aufgetretenen Diagnosen zu vergleichen. Die Ergebnisse dienen nicht nur den Patienten und deren Eltern, dem Olympiastützpunkt, dem sportpsychologischen Berater, den Sportverbänden und anderen Geldgebern, die Effektivität der Interventionen zu überprüfen, sondern werden auch Aussagen über die erforderlichen Kompetenzen eines Sportpsychologen ermöglichen. Diese Aussagen könnten dann deduktiv als Richtlinien einer neuen Qualitätssicherung dienen.



## **2. Standortbestimmung der angewandten Sportpsychologie**

Da die Sportpsychologie trotz ihres vergleichsweise jungen Bestehens eine enorme Bandbreite an Facetten und Forschungsschwerpunkten angenommen hat, die sich wiederum multipliziert, wenn man sie mit allen einzelnen Sportarten in Beziehung setzt, ist es verständlich, dass eine genauere Beschäftigung mit der Frage nach der Bestandsaufnahme alles sportpsychologischen Handelns den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Es soll weitestgehend auf die Darlegung der allgemeinen Fragestellungen, des theoretischen Rahmens und der Handlungsfelder der Sportpsychologie verzichtet werden, genau wie auf die doch unbestreitbar interessante Entwicklungsgeschichte der Sportpsychologie in Deutschland<sup>2</sup>. Es soll vielmehr das Teilgebiet skizziert werden, welches als grundlegendes Thema dieser Arbeit fungiert: die angewandte Sportpsychologie.

Um diese Abgrenzung der Sportpsychologie im Allgemeinen zum Handlungsfeld der angewandten Sportpsychologie verdeutlichen zu können, soll zunächst die Trennung zum sportpsychologischen Forschungsfeld dargelegt werden. Dafür müssen ist die Klärung einiger Begriffe notwendig. So wird anfangs eine Definition der Sportpsychologie und ihrer Grundaufgaben erfolgen, sowie eine für das Handlungsfeld des Leistungssports und für die angewandte Sportpsychologie. Anschließend folgt eine Aufteilung der angewandten Sportpsychologie in zwei Gruppen: die anwendungsorientierte Sportpsychologie im weiteren Sinne, die Handlungsfelder wie den Schul- und Freizeitsport, den Gesundheitssport und die Rehabilitation umfasst, und die Sportpsychologie im engeren Sinne, die sich mit dem Leistungssport beschäftigt. Der Schlussteil dieses Kapitels soll die Bedeutung dieser Definitionen im Kontext dieser Arbeit erläutern.

### **2.1 Begriffsbestimmung**

#### *2.1.1 Sportpsychologie*

Das Sportwissenschaftliche Lexikon definiert Sportpsychologie als den Versuch, menschliches Verhalten und Erleben im Praxisfeld Sport angemessen zu erfassen, es also nach

---

<sup>2</sup> Zur Vertiefung dieser Frage vgl. Alfermann & Stoll, 2005; Gabler, Nitsch & Singer 2000, 2001; Eberspächer 1993.

Konstanz und Veränderlichkeit zu beschreiben und wenn möglich zu messen, die Bedingungen von Konstanz und Veränderlichkeit des Erlebens und Verhaltens festzustellen und zu erklären sowie den künftigen Verlauf, soweit es geht, vorherzusagen und in ethisch vertretbarer Weise zu beeinflussen (vgl. Gabler 2003, S.530 f.). Nach Gabler, Nitsch & Singer (2001) beschäftigt sich die Sportpsychologie grundsätzlich mit den Fragen der Auswirkungen von Sport auf die Psyche, und von den Auswirkungen der Psyche auf den Sport, also das Verhalten und Erleben im Sport. Beide dieser Wechselwirkungen werden vor dem Hintergrund der *drei Grundaufgaben* der Sportpsychologie genauer betrachtet: die Forschung, die Lehre und die Praxis.

Die sportpsychologische Forschung ist in ihren Schwerpunkten sowohl grundlagen- als auch anwendungsorientiert. Sie beschäftigt sich in einem ersten Bezug mit der Entwicklung angemessener Methoden und Theorien, und in einem zweiten Bezug mit der wissenschaftlichen Fundierung der sportpsychologischen Tätigkeiten der Diagnostik und Intervention (vgl. Gabler et al. 2000, S. 26). Die Forschungsergebnisse werden in diversen Fachzeitschriften veröffentlicht und diskutiert und werden so den beiden anderen Grundaufgaben zugänglich gemacht (vgl. Alfermann & Stoll, 2005 S.18). Die sportpsychologische Lehre schöpft ihr Wissen also aus der Forschung und wird in erster Linie an universitären Einrichtungen vermittelt, im Rahmen psychologischer oder sportwissenschaftlicher Studiengänge, aber auch im Sinne von Weiter- und Fortbildungen für Trainer, Lehrer und Übungsleiter.

Die dritte Grundaufgabe der Sportpsychologie ist die Praxis. In ihr müssen die durch Forschung erworbenen und in der Lehre weitergegebenen wissenschaftlichen Erkenntnisse angewandt und gegebenenfalls modifiziert werden. Das hauptsächliche Anwendungsgebiet ist nach Alfermann & Stoll (2005) das Handlungsfeld des Leistungssports, obwohl der Schulsport, Freizeit- und Breitensport sowie der Gesundheitssport ebenfalls sportpsychologisches Wissen umsetzen.

Es ist ersichtlich, dass diese drei Grundaufgaben sich also nicht losgelöst voneinander betrachten lassen, sondern in einer konstanten Wechselwirkung zueinander stehen. Gabler et al. (2000) bestimmen auf Grundlage dieser drei Grundaufgaben der Sportpsychologie eine Reihe von wissenschaftlichen Aufgaben dieser Wissenschaft: die Theoriebildung, die Methodenentwicklung und die empirische Forschung.

Von Interesse für diese Arbeit sind jedoch eher weniger die psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Auswirkungen des sportbezogenen Handelns, sondern mehr die systematische Beeinflussung dieser Faktoren, um die Optimierung des sportbezogenen Handelns zu erreichen.

Es soll zu diesem Zweck nochmal aus der Definition des sportwissenschaftlichen Lexikons die Wichtigkeit der Ethik hervorgehoben werden. Sportpsychologische Interventionen geschehen in einem zwischenmenschlichen Kontext, bei dem es unabdingbar ist, auf allen Ebenen ethisch vorzugehen. Dies setzt eine Vielfalt an Kompetenzen bei dem betreuenden Sportpsychologen voraus, die im weiteren Verlauf näher erläutert werden sollen.

Konzentriert man sich nun auf die Grundaufgaben der Sportpsychologie, findet man bei Gabler (1986, S. 155 f.) folgende Bereiche:

- Information: Es sollte für alle Interessierten, seien es die Athleten, die Eltern, Trainer oder sonstiges immer die Möglichkeit bestehen, sich über die organisatorischen und personellen Möglichkeiten der psychologischen Hilfe bei den in der Praxis tätigen Sportpsychologen informieren zu können.
- Aus- und Fortbildung: Der Sportpsychologe sollte im Rahmen von Aus- und Fortbildungsprogrammen so wie bei anderen Veranstaltung psychologischen Hintergrundes die Aufgabe der Vermittlung von sportpsychologischen Inhalten übernehmen.
- Psychologisches Training: Zur Verbesserung der psychologischen Leistungs- und Handlungsvoraussetzungen der Athleten ist die Vermittlung psychologischer Trainingsmethoden und die kontrollierte Durchführung grundlegende Aufgabe der Sportpsychologie.
- Beratung: Der Sportpsychologe soll Athleten und Trainern helfen, konkrete eigene Probleme zu bewältigen. Diese Probleme können sowohl sportspezifischer als auch sozialer oder allgemeiner Natur sein.
- Betreuung: Wird die o.g. Beratung fortgesetzt, kann daraus eine Betreuung entstehen, die auf eine persönliche Vertrauensebene des Sportlers zum Psychologen beruht.
- Kooperative Forschung: In Kooperation mit Trainern und Athleten sollten konkrete Lösungen für wichtige praktische Probleme ohne wissenschaftliche Lösung gefunden werden.

Die oben erwähnten Aufgabenbereiche sind natürlich nicht nur für die Sportpsychologie im Sinne einer exklusiv für den Leistungssport verfügbaren Dienstleistung zu verstehen, sondern beinhalten auch andere Anwendungsfelder wie den Schulsport, den Breitensport oder den Rehabilitationssport.

### *2.1.2 Leistungssport*

Leistungssport wird im engeren Sinn dadurch definiert, dass ein Höchstmaß an persönlichem Einsatz (Zeit, Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft) notwendig ist, um den vorgegebenen absoluten Normen des Rekords und der Meisterschaft möglichst nahe zu kommen, beziehungsweise neue derartige Normen zu setzen (vgl. Haag 1987, S. 382). Diese Definition wird durch die Aussage ergänzt (vgl. Sportwissenschaftliches Lexikon 2003, S. 343), dass dies für den Akteur, der am Leistungssport teilnimmt bedeutet, dass er sein sportliches Handeln entweder am Ziel der Leistungssteigerung bis hin zum Rekord, am Sieg oder an einer Kombination aus beiden ausrichtet. Des Weiteren ist der äußere Rahmen des Leistungssports durch die Geltung des Konkurrenzprinzips und der Chancengleichheit sowie eines nach klaren Regeln funktionierenden Zugangs- und Durchführungsprinzips des Wettkampfs geprägt.

Es ist demnach ersichtlich, dass Leistungssport für den Athleten durch bestimmte systematische Handlungen definiert wird, die mit harter Arbeit verbunden sind, wie zum Beispiel andauerndes Training oder der Verzicht auf Genüsse wie Freizeit oder Alkohol. Es ist also von Handlungen die Rede, die einen hohen Grad an Disziplin und Entbehrung erfordern, und daher ist es nicht verwunderlich, dass diese eine bestimmte Unzufriedenheit oder Störungen in der Psyche und dem sozialen Umfeld des Athleten entstehen lassen, die sich wiederum negativ auf die hohen Anforderungen im Training und Wettkampf auswirken können. Um solche Erscheinungen, genauso wie sportartspezifische Probleme reduzieren zu können, ist eine sportpsychologische Beratung unabdingbar.

### *2.1.3 Angewandte Sportpsychologie*

Nachdem die Aufgaben der Sportpsychologie im Allgemeinen sowie das Handlungsfeld des Leistungssports dargestellt wurden, soll jetzt der Frage nachgegangen werden, was der angewandt arbeitende Sportpsychologe für Aufgaben hat und inwiefern die wissenschaftlichen Erkenntnisse ihn bei der Bewältigung dieser unterstützen können.

Sonnenschein (1986) beschreibt die Aufgabe des angewandt arbeitenden Sportpsychologen, sei es im Anwendungsfeld Leistungssport, Schulsport, Breiten- oder Freizeitsport als „[...]das Sporttreiben unter psychologischen Gesichtspunkten zu optimieren, sei es im Sinne des Leiters der Sportgruppe (Lehrer, Übungsleiter, Trainer) oder der Sporttreibenden (Schüler, Hobbysportler, Trainierende).“ (vgl. Sonnenschein 1986, S. 160).

Um dies ethisch vertretbar durchführen zu können, ist eine Nutzung psychologischer Forschungsmethoden und wissenschaftlicher Ergebnisse von Seiten des praktisch arbeitenden Sportpsychologen notwendig. Die Anwendung der sportpsychologischen Erkenntnisse grenzt sich vom reinen Forschungsfeld also dadurch ab, dass die Kenntnis des jeweiligen Bedingungsgefüges notwendig ist, um bei der Initiierung, Planung und Durchführung von Interventionsmaßnahmen ursachenorientiert vorzugehen (vgl. Sonnenschein, S. 165).

Um die Aufgabenstellung der anwendungsbezogenen Sportpsychologie verstehen zu können, definieren Gabler et. al. (2001b, S.16 f) das Handlungsfeld der Sportpsychologie als alle Felder der sportlichen Aktivität, und räumen dem Leistungssport kein Exklusivitätsrecht ein. Sportliche Aktivität wird in diesem Sinn zudem nicht nur als sportliche, sondern allgemein als sportbezogene Handlung definiert. Daraus werden vier Aufgaben für die Sportpsychologie in der Praxis erstellt:

- Optimierung der *Organisationsstrukturen und -abläufe im Sport einerseits und der Nutzerfreundlichkeit technischer Gegebenheiten* (z.B. Sportgeräte, Übungsstätten) *andererseits*
- Optimierung der *Beziehungen der Sporttreibenden zu ihrem sozialen Umfeld* (z.B. Mannschaftskameraden, Trainer, Medien, Familie)
- Optimierung der *Aufgabeanforderungen und Vermittlungsprozesse* in der sportbezogenen Ausbildung, im Training und im Rahmen von sportorientierten Fördermaßnahmen in der Prävention, Rehabilitation und Therapie
- Optimierung der *individuellen Handlungskompetenz* im Hinblick auf Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit (Widerstands- und Erholungsfähigkeit)

Anwendungsbezogene Sportpsychologie, wie sie im Rahmen dieser Arbeit behandelt werden soll, lässt den ersten und den dritten Punkt größtenteils außen vor. Von Interesse sind die Gebiete, in denen der Athlet im Vordergrund steht, also diejenigen, in welchen durch Beratung

oder Betreuung seine Leistungsoptimierung beeinflusst werden kann. Somit steht die Optimierung der individuellen Handlungskompetenz im Vordergrund.

## **2.2 Abgrenzung zum Forschungsfeld**

Es mag auf den ersten Blick verwunderlich erscheinen, wieso in diesem Teil der Arbeit so großen Wert auf die Abgrenzung von Forschung und Praxis in der Sportpsychologie gelegt wurde. Die Antwort ist simpel: in wenigen anderen Dienstleistungssektoren herrscht solch eine große Diskrepanz oder Undurchsichtigkeit zwischen dem an den Universitäten erworbenen, und dem im praktischen Feld umgesetzten Wissen. Eine genaue Betrachtung einschlägiger sportpsychologischer Aufsätze und Papers lässt immer wieder eine Forderung erkennen: die einer größeren Einbindung von Theorie in die Praxis (vgl. Anshel & Singer, 2006b). Die ständige Wiederholung dieser Forderung ist durch eine tatsächliche Diskrepanz zwischen dem Forschungsfeld und dem Handlungsfeld begründet. Da es in Deutschland momentan nur sehr wenige Sportpsychologen gibt, die tatsächlich mit sportpsychologischer Betreuung ihren Lebensunterhalt finanzieren können, findet man die meisten an den Universitäten wieder.

Gabler et al. (1993, S. 25) stellen fest, dass es unmöglich ist, weder in der Wissenschaft (Forschung) noch in der Praxis „anspruchsvolle und damit auch zeitintensive Aufgaben in dem jeweils anderen Bereich kontinuierlich „nebenher“ zu erfüllen“. Dies wird mit der Tatsache begründet, dass die Tätigkeit im Anwendungsfeld des Leistungssport einen kompletten Einsatz erfordert, und andererseits die forschungsorientierten Sportpsychologen an den Hochschulen zum einen inhaltlich andere Themenbereiche behandeln und zum anderen ebenfalls zeitlich ausgelastet sind.

## **2.3 Hauptfeld: Betreuung im Hochleistungssport**

Es wurde in den vorigen Absätzen verdeutlicht, dass die Handlungsfelder der angewandten Sportpsychologie ein großes Spektrum annehmen, die trotz einer unbestreitbar gleichwertigen Bedeutung sich in der Anwendung hauptsächlich auf die Betreuung des Leistungssports konzentrieren. Inwiefern sich diese Felder voneinander unterscheiden, sowie die Gründe für dieses Gefälle soll in diesem Unterpunkt kurz skizziert werden.

Das Anwendungsfeld des Schulsports beschäftigt sich primär mit der Frage nach einem

„Aufbau von Motivationen zur sportlichen Betätigung als ein überdauerndes, lebenslanges Interesse“ (vgl. Hahn, 1979, S. 25). Im Breiten- und Freizeitsport steht nicht der Leistungsgedanke im Vordergrund, sondern vielmehr die „Fragen der Motivation, der psychophysischen Belastung, der Auswahl spezieller Zielgruppen, der kompensatorischen Wirkungsweise sportlicher Tätigkeit, aber auch der persönlichkeitsstabilisierenden Funktion des Sports“ (vgl. Baumann, 1986, S. 17). Der Gesundheitssport, ein weiteres Teilgebiet der Sportpsychologie, versammelt die Teilaspekte Rehabilitation, Sporttherapie, Behindertensport u.a.. In diesen Gebieten konzentriert sich die Sportpsychologie auf die Anwendung von Verfahren zur „Prävention, Therapie und Rehabilitation bei körperlichen und geistigen Behinderungen“ (vgl. Eberspächer, 1993, S. 315).

Obwohl die Forschung sich diesen Anwendungsgebieten zunehmend hinwendet, so ist der Leistungssport immer noch das mit Abstand dominierende Handlungsfeld. Dieses lässt sich zum einen an dem großen Interesse der Öffentlichkeit begründen, sowie durch den Bedarf der Optimierung sportlicher Höchstleistung zu einem bestimmten Zeitpunkt (vgl. Eberspächer, 1993, S. 310). Der Begriff des Leistungssports wurde bereits erläutert, daraus erschließt sich, dass die Sportpsychologie im Leistungssport explizit auf die Optimierung der Leistung zu einem oder mehreren Kulminationspunkten ausgerichtet ist. Dass im Leistungssport mehr Mittel zur Verfügung stehen, um diese Sportler zu betreuen, als zum Beispiel im Schulsport ist selbstverständlich.

## **2.4 Zwischenfazit**

Es wurden nun die zentralen Begriffe der angewandten Sportpsychologie, des Leistungssports sowie der Unterschied zwischen der Forschung und der Anwendung dieser Wissenschaft erläutert. Es wurden die verschiedenen Aufgaben der Sportpsychologie aufgezeichnet, um in Bezug zur Praxis verstehen zu können, welche Kernaufgaben in der praktischen Anwendung diese Wissenschaft kennzeichnend sind. Das Verständnis dieser Begriffe und Strukturen ist Voraussetzung, um sich dem folgenden Kapitel zuwenden zu können, welches sich mit der wissenschaftlichen Verankerung der Sportpsychologie beschäftigt, um daraus auf die erforderlichen Kompetenzen für die Ausübung dieses Berufs überzugehen.

### **3. Ausbildung zum Sportpsychologen**

Dieses Kapitel soll zunächst den wissenschaftlichen Standort der Sportpsychologie innerhalb der zwei Mutterwissenschaften Sportwissenschaft und Psychologie und der Sportpraxis skizzieren, und die daraus für die Praxis der Forschung und Anwendung entstehenden Implikationen aufzeichnen. Ist dieses Spannungsfeld aufgezeichnet, ist es möglich der Frage nachzugehen, was für verschiedene Kompetenzen im Interventionsrepertoire eines Sportpsychologen vorhanden sein müssen, um sowohl den sportlichen als auch den psychologischen Anforderungen eines Klienten nachkommen zu können. Zu diesem Zweck sollen verschiedene Einteilungen und Definitionen sportpsychologischer Interventionen gegeben und dann der einen oder der anderen Mutterwissenschaft zugeordnet werden, um das Gefälle zwischen den Anforderungen im Hochleistungssport und den Ausbildungswegen zu analysieren.

Der darauffolgende Abschnitt soll einen Überblick über die in Deutschland möglichen Ausbildungen geben, um Sportpsychologe zu werden zu können und/oder sich als solcher bezeichnen zu dürfen. Es sollen zunächst die erforderlichen Kompetenzen umrissen werden, die dieses Berufsfeld erfordert um anschließend die Probleme zu verdeutlichen, die diese Ausbildungen mit sich bringen, indem der direkte Zusammenhang zwischen der Richtlinien der Ausbildung und eines Qualitätsmanagement aufgezeigt werden. Zuletzt werden diverse Ansätze zur Lösung dieses Problems gegeben, indem unter anderem dargestellt wird, wie in anderen Ländern mit dieser Problematik umgegangen wird. Abschließend wird in Anlehnung an Bull (1997) auf die Wichtigkeit der Einschätzung eigener Kompetenzen vor allem im Handlungsfeld des Leistungssports, aufmerksam gemacht werden.

#### **3.1 Sportpsychologie: eigenständige Forschung zwischen zwei Mutterwissenschaften**

Bevor auf die Ausbildung zum Sportpsychologen und die daraus entstehenden Problematik Bezug genommen werden kann, muss erst verdeutlicht werden, wo das Spannungsfeld in erster Linie besteht. Wie es der Name schon sagt, handelt es sich bei der Sportpsychologie



(noch) nicht um eine selbstständige Wissenschaft, sondern um eine interdisziplinäre Wissenschaft, die sich aus dem Wissen der Forschung der Psychologie und der Sportwissenschaft nährt.

Vanék (1979) gliedert die Sportpsychologie im System der psychologischen Wissenschaften in die angewandte und praktische Psychologie ein und innerhalb dieses Systems der Sportwissenschaften definiert er sie als eine spezialisierte wissenschaftliche Disziplin, die von ihrem Ansatz her versucht, die theoretischen, methodologischen und praktischen Probleme der Sporttätigkeit zu lösen (vgl. Vanék 1979).

Selten herrscht bei einer Fragestellung im Bereich der Sportpsychologie solch ein großer Konsens (vgl. Alfermann & Stoll 2005, S. 22) wie bei der Frage nach der wissenschaftlichen Verankerung dieses Faches. Heckhausen entwirft in seinem Beitrag von 1979 ein sogenanntes „magisches Dreieck“, dessen Eckpunkte von der Mutterdisziplin Sportpsychologie zum einen, von den anderen sportwissenschaftlichen Fachdisziplinen zum anderen, und von der sportpraktischen Fachöffentlichkeit ergänzend besetzt werden (vgl. Heckhausen 1979, S. 43; Willimczik 2006, S.11 in Alfermann & Stoll, 2005). Beckmann und Elbe (2008) ergänzen diesen triadischen Bezug, und definieren Sportpsychologie als

„ein wissenschaftliches Fach an der Schnittstelle von Psychologie, Sportwissenschaft und Medizin. Ihre Inhalte sind die Erforschung der psychologischen Grundlagen, der Abläufe im Sport und der Effekte des Sports, um daraus wissenschaftlich begründete Trainingsmaßnahmen zur Optimierung des Verhaltens im Sport ableiten zu können“ (S. 15).

In Anlehnung an Heckhausen entwerfen Gabler et.al. (2000) wiederum ein Triadisches Modell, welches sich in der aktuellen Literatur durchgesetzt hat ( siehe Abbildung 1). Berücksichtigt man den triadischen Bezug der Sportpsychologie zu der Sportwissenschaft, der Psychologie und der Sportpraxis (vgl. Gabler et.al. 2000, S. 25), so sieht man, dass die Sportpsychologie sozusagen als Bindeglied zwischen den zwei sogenannten Mutterwissenschaften fungiert. Sie beschäftigt sich in diesem Sinne nicht mit eigenständigen Fragestellungen, sondern orientiert sich sowohl an den psychologischen Grundlagen- und Anwendungsgebieten und an der psychologischen Methodik, als auch an den Erkenntnissen und Methoden der einzelnen Teilbereiche der Sportwissenschaft, (der Biomechanik, der Sportmedizin, der Sportpädagogik, der Sportsoziologie, der Sportökonomie usw.). Dabei

müssen aber abgesehen von den wissenschaftlichen Disziplinen auch die Anforderungen der Sportpraxis in die Forschung und Anwendung integriert werden.

Allerdings ist diese Interdisziplinarität sowohl für die wissenschaftssystematische Zuordnung der Sportpsychologie, genauso wie für die praktische Anwendung problematisch. Aus dieser Interdisziplinarität ergeben sich nämlich verschiedene Herangehensweisen an die Lösung eines potentiellen Problems, mit dem ein Athlet sich an einen Sportpsychologen wenden kann.

Es soll an dieser Stelle nicht auf die Problematik der sogenannten Feuerwehrfunktion der Sportpsychologie näher eingegangen werden, d.h. der sofortigen Lösung eines akuten Problems, wie es der Fall ist, wenn kurz vor dem Abstieg einer Mannschaft ein Sportpsychologe zu Hilfe gerufen wird, um diesen Abstieg zu vermeiden.

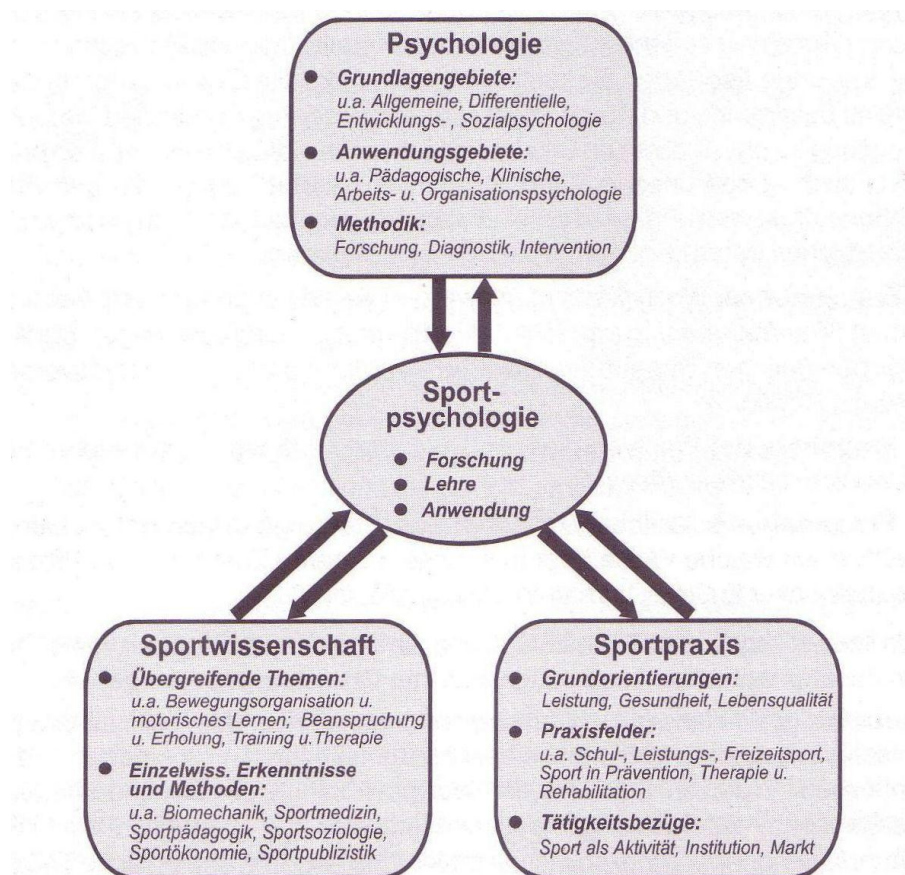


Abbildung 1.: triadischer Bezug der Sportpsychologie zu der Sportwissenschaft, der Psychologie und der Sportpraxis (vgl. Gabler et.al. 2000, S. 25)

Es ist selbstverständlich, dass nur eine langanhaltende, trainingsbegleitende sportpsychologische Beratung langfristig einem Sportler zu den für den Wettkampf notwendigen psychischen Strategien verhelfen kann. Obwohl die meisten Sportler glauben, dass ungefähr 50% der Leistung mit psychischen oder mentalen Faktoren zu tun hat, werden diese Fertigkeiten nicht annähernd so viel trainiert, wie es angemessen wäre (vgl. Beckmann & Elbe 2008). Der Akzeptanzgrad der Sportpsychologie hat sich immerhin in den letzten Jahren konstant verbessert, so dass das Stigma des „kranken Sportlers“ sich inzwischen verflüchtigt hat. Es bleibt aber weiterhin das Ziel, Bewusstsein für ein langfristiges, begleitendes psychologisches Training zu schaffen.

Es ist daher einleuchtend, dass ein angehender Sportpsychologe eine Vielfalt an Kompetenzen erbringen muss, um im anwendungsorientierten Feld wissenschaftlich und systematisch arbeiten zu können. Diese Aspekte sollen auf den folgenden Seiten erläutert werden.

### *3.1.1 Verschiedene Einteilungen sportpsychologischer Interventionen*

Kunath (1991, S. 7) unterteilt die Hauptaufgaben der Sportpsychologie im Leistungssport folgendermaßen:

*Tabelle .: Die Hauptaufgaben der Sportpsychologie im Leistungssport*

<b>Eignungsbeurteilung</b>	<b>Psychologisches Training</b>
Erarbeitung und Durchführung eines Programms zur Überprüfung psychischer Regulationskomponenten im Rahmen der komplexen Eignungswahl	Erarbeitung und Durchführung von psychologischen Trainingsprogrammen zur beschleunigten Herausbildung bzw. Vervollkommnung psychischer Regulationskomponenten
<b>Trainingssteuerung</b>	<b>Zustandsoptimierung</b>
Erarbeitung und Einsatz von Methoden zur Bewertung psychischer Komponenten im Trainingsprozess und Indikation psychischer Belastungseffekte	Optimierung zustandsregulierender Prozesse durch spezielle Aktivierungsprogramme bzw. psychoregulative Verfahren

Als die notwendigen Kompetenzen, die während eines sportwissenschaftlichen Studiums gewonnen werden und die relevant für die sportpsychologische Praxis sind, verstehen Anshel und Singer (2006a) hauptsächlich das Verständnis der mentalen Anforderungen einer bestimmten Sportart, genauso wie effektive lern- und leistungssteigernde Strategien.

Beckmann und Elbe (2008) unterteilen sportpsychologische Interventionen in Grundlagentraining, Fertigkeitstraining und Krisenintervention. Das Grundlagentraining (die erste Ebene) umfasst diverse aufeinander bauende Entspannungsübungen so wie Atemübungen, progressive Muskelentspannung, autogenes Training und Teambuildings-Maßnahmen. Das Training dieser Grundlagen bedarf keiner vorangehenden Diagnostik, da es Kompetenzen sind, über die jeder Sportler verfügen sollte (vgl. Beckmann & Elbe 2008, S. 20). Es ist also ersichtlich, dass für die Vermittlung des Grundlagentrainings keine besonderen klinisch-psychologischen oder diagnostischen Kenntnisse notwendig sind. Diese Ebene ist vergleichbar mit der ersten Interventionsebene nach Seiler (2009), dessen Aufgaben die Anwendung und Vermittlung einzelner sportpsychologischer Trainingsmethoden ist, mit der entsprechenden Qualifikation eines ausgebildeten Trainers, Sportlehrers oder „Mentaltrainers“.

Die zweite Ebene nach Beckmann und Elbe (2008) stellt das Fertigkeitstraining dar, das sich auf die Kernpunkte Zielsetzung, Selbstgesprächsregulation, Entwicklung des Bewegungsgefühls, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Aufmerksamkeitsregulation und Vorstellungsregulation konzentriert. Die Anwendung eines bestimmten Fertigkeitstrainings bedarf einer vorangehenden Diagnose, und ist somit nicht mehr allgemein einsetzbar sondern orientiert sich an den Schwächen und Stärken des einzelnen Sportlers. Es ist demnach ein höherer Erfahrungs- oder Kompetenzgrad erforderlich, als für die Implementierung des Grundlagentrainings. Diese Ebene nach Beckmann und Elbe lässt sich analog zu der zweiten Interventionsebene nach Seiler stellen: die psychologische Beratung, Betreuung und Schulung. Zu den Aufgaben dieser zweiten Ebene gehören die Schulung und Anweisung von Trainern und Athleten, individualisierte Programme, Beratung, Betreuung und Supervision (vgl. Seiler, 2009). Auch für Seiler ist das hierfür erforderliche Qualifikationsniveau höher als beim psychologischen Training. Hierfür ist schon die Mitgliedschaft als Psychologe beim FSP (Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen, in etwa analog zum bdp Bund Deutscher Sportpsychologen) im Zusammenhang mit der Spezialisierung in Sportpsychologie notwendig.

Zuletzt, und dies ist der wesentliche Punkt, steht bei Beckmann und Elbe (2009) auf einer letzten Ebene die Krisenintervention. Diese umfasst Aspekte wie die Rehabilitation nach Verletzungen, Misserfolgsverarbeitung, Psychotherapie, Karriereende und Konflikte innerhalb einer Mannschaft. Die Krisenintervention ist, anders als die beiden Ebenen davor, nicht systematisch und kontinuierlich, da der Zeitpunkt hierfür nicht planbar oder vorhersehbar ist (vgl. Beckmann & Elbe 2009, S. 103). Die Krisenintervention kann einerseits als Anlass für eine Kontaktaufnahme seitens des Trainers oder Athleten dienen, andererseits kann sich eine solche Intervention erst im Laufe einer Beratung herauskristallisieren. Problematisch an den Kriseninterventionen ist, dass sie nicht zwangsläufig aber trotzdem sehr häufig, ein Problemfeld anreißen, mit dem ein Sportpsychologe ohne klinisch-psychologischen Werdegang schnell überfordert sein kann. Dazu zählen Störungen wie Depressionen, Essstörungen, psychosomatische Störungen oder auch Persönlichkeitsstörungen. Diese Ebene deckt sich wieder mit der dritten Interventionsebene nach Seiler (2009), der diese als psychotherapeutische Beratung und Behandlung benennt, mit den Aufgaben der Therapie bei gravierenden Störungen wie z. B. Essstörungen oder temporäre funktionelle Paresen. Die Qualifikation für diese Ebene gleicht der Qualifikation für die zweite, erfordert jedoch zusätzlich eine Psychotherapieausbildung.

### *3.1.2 Exkurs: relevante Kompetenzen im Berufsfeld Sportpsychologie: Ergebnisse einer Umfrage von Droste, A., Ehrlenspiel, F. & Grosche, C.*

Es liegen bereits die ersten unveröffentlichten Ergebnisse einer Umfrage vor, die in Kooperation der Universität Innsbruck, der Technischen Universität München und der Universität Würzburg die ergiebigsten Kompetenzen für die in der Praxis tätigen Sportpsychologen erfragten. Es wurden 319 Personen angeschrieben, die über die Mitgliedschaft in der asp, die Expertendatenbank des BISp und über eine freie Google-Recherche mit den Schlagworten „Sportpsychologie/-e/-in“ erfasst wurden (Droste, Ehrlenspiel & Grosche, 2009).

Dafür wurden in Anlehnung an Raithel et al. (2007) Kompetenzen in den vier Kategorien *Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz* und *Persönlichkeitskompetenz* erfragt. Diese lassen sich nach Raithel et al. (2007, S. 40 f.) folgendermaßen charakterisieren:

1. **Fachkompetenz:** der Besitz des fachlichen Wissens und die situationsgerechte Umsetzung dessen, in dem man unter anderem zum fachlichen Engagement bereit sein muss. Dieses ist erforderlich für die Gestaltung, Steuerung, Untersuchung und Absicherung von Vorgängen, Prozessen und Abläufen.
2. **Sozialkompetenz:** die Wahrnehmung von Gedanken, Gefühlen und Einstellungen um sich situations- und personengerecht verständigen zu können, Akzeptanz und Verständnis haben und aufrecht erhalten, um zur Verständigung bereit sein zu können. Dieses ist erforderlich für Menschenführung, Kommunikation und Interaktion, Entwicklung von Wir-Gefühl sowie Persönlichkeitsentwicklung in Vorgängen, Prozessen und Abläufen.
3. **Methodenkompetenz:** zu Wissen, welcher Weg zu gehen ist, fähig sein, diesen Weg gehen zu können und bereit sein, diesen Weg zu gehen. Dieses ist erforderlich für Gestaltung, Steuerung, Untersuchung und Absicherung von Vorgängen, Prozessen und Abläufen.
4. **Persönlichkeitskompetenz:** Bewusstsein der eigenen Werte, des persönlichen Werdegangs, der eigenen Stärke, Schwäche und Ausstrahlung, seiner Rolle, sowie Bewusstsein der Gestaltungsfreiräume, Fehler, Erfolge, Kritik und Meinung seiner Mitarbeiter und diese zulassen zu können. Durch natürliches Bewusstsein seine geistigen Kräfte, individuelle Anlagen, Gemeinschaftssinn und Gestaltungsfreiräume entwickeln können. Anhand der eigenen Überzeugung, aufgrund eigener Initiative und kreativer Gestaltungskraft, zum Nutzen der Gemeinschaft und auf der Basis persönlicher Autorität handeln können. Zuletzt zur Selbstkritik, zur Vorbildfunktion, zur Verantwortung, zur offenen Kommunikation, zur Akzeptanz anderer fähig und bereit sein. Dieses ist erforderlich für die Entwicklung von Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz.

Relevant sind für diese Arbeit die Antworten in den Bereichen der Fachkompetenz und der Methodenkompetenz, da diese die Grundlagen der sportpsychologischen Aus- und Fortbildung sind. Im Folgenden werden die am häufigsten genannten offenen und geschlossenen Antworten der angeschriebenen Sportpsychologen genannt, um einen Einblick in das Berufsfeld gewinnen zu können.

### **Bereich der Fachkompetenzen:**

**Geschlossene Antworten:** Verbindung von Theorie, Diagnostik und Intervention, Motivation, kognitive und affektive Grundlagen von Verhalten, Kenntnisse im psychologischen Fertigkeitstraining und Entspannungsmethoden.

**Offene Antworten:** Spezifisches psychologisches und sportwissenschaftliches Wissen, psychologisches Fachwissen, Fachkompetenz/ theoretisches Hintergrundwissen (unspezifisch), sportwissenschaftliches Fachwissen, Wissen über Interventions-/therapeutische Maßnahmen, Kenntnisse über die jeweilige Sportart, Kenntnisse von Entspannungstechniken/Stressmanagement, Kenntnis im Setting Leistungssport/eigene Erfahrung, sportpsychologisches Fachwissen, Kenntnisse von mentalem Training und Kenntnisse von psychoregulativen Verfahren.

### **Bereich der Methodenkompetenzen:**

**Geschlossene Antworten:** Fähigkeit zur Anwendung von Problemlösungstechniken, Transfer von Strategien auf neue Situationen, Moderation, Präsentation, Umgang mit Computern und multimedialen Angeboten.

**Offene Antworten:** Diagnostische Kenntnisse, Kenntnisse im Umgang mit Methoden, Gesprächsführung/Interviewführung, Kompetenz im Umgang mit Medien, Beherrschung von Techniken, Moderationsfertigkeiten, zielorientiertes/lösungsorientiertes Arbeiten, Kenntnisse von Biofeedback, Kenntnisse im Umgang mit Beobachtungsmethoden, Grundkenntnisse der Versuchsplanung/Methodenlehre, Beratungskompetenz und Coaching-Kenntnisse

Da die oben genannten Kompetenzen an Aktualität und Anwendungsbezogenheit durch ihren praxisnahen Charakter nicht überboten werden können, werden diese Kompetenzen in den nächsten Punkten nun mit den Mutterwissenschaften Sportwissenschaft und Psychologie in Bezug gesetzt werden, um den Übergang zur Frage der Ausbildungsrichtlinien in Hinblick auf die Qualitätssicherung zu schaffen. Bei folgender Unterteilung werden die medienbezogenen Kompetenzen ausgeschlossen, da sie primär nicht durch ein sportwissenschaftliches oder psychologisches Studium erworben werden. Obwohl sich natürlich auch die Persönlichkeitsmerkmale eines Sportpsychologen positiv auf den Erfolg einer Beratungstätigkeit auswirken können (vgl. Lubker, Visek, Geer & Watson, 2008) und diese auch in letzter Zeit häufiger untersucht werden (vgl. z.B. Gould, May, Murphy & Tammen, 1991; Anshel & Singer, 2006a), werden die Sozial- und Persönlichkeitskompetenzen außen vor gelassen.

### *3.1.3 Sportwissenschaftliche Kompetenzen und Interventionsformen auf sportwissenschaftlicher Ebene*

Sortiert man aus den oben genannten Kompetenzen die primär durch ein sportwissenschaftliches Studium erworbenen Fach- und Methodenkompetenzen aus, ergibt sich folgendes Bild: das spezifische sportwissenschaftliche Wissen, die Kenntnisse über die jeweilige Sportart, die Kenntnis im Setting Leistungssport/ eigene Erfahrung sowie die Kenntnisse von mentalem Training und Kenntnisse von psychoregulativen Verfahren sind die am wichtigsten wahrgenommenen Kompetenzen eines Sportpsychologen.

Wenn man die Rangpositionen dieser Kategorien beachtet, so stimmen diese Ergebnisse mit denen von Lubker et al. (2008) überein, welche nach einer Befragung von Athleten und angewandt arbeitenden Sportpsychologen eine Rangliste der fünf wichtigsten Faktoren für eine effektive sportpsychologische Beratungstätigkeit erstellen konnten (positive zwischenmenschliche Eigenschaften, professioneller Status, sportlicher Hintergrund, Sportkultur und physische Eigenschaften). Bei der Befragung wurde an dritter Stelle sowohl von Athleten, als auch von den Sportpsychologen der sportliche Hintergrund angegeben. Dieser wurde definiert als „Erfahrung mit der zu betreuenden Sportart“, „Hintergrund im Leistungssport“ und „Wettkampferfahrung in der zu betreuenden Sportart“ (Lubker et al., 2008).

### *3.1.4 Psychologische Kompetenzen und Interventionsformen auf psychologischer Ebene*

Betrachtet man die Kompetenzen, die vor allem durch ein psychologisches Studium erworben werden, so findet man: psychologische Fertigkeitstraining und Entspannungsmethoden, Verbindung von Theorie, Diagnostik und Intervention, kognitive und affektive Grundlagen von Verhalten, Kenntnisse im psychologischen Fertigkeitstraining und Entspannungsmethoden, spezifisches psychologisches Wissen, psychologisches Fachwissen, Wissen über Interventions-/therapeutische Maßnahmen, diagnostische Kenntnisse, Gesprächsführung/Interviewführung, Kenntnisse im Umgang mit Beobachtungsmethoden, Grundkenntnisse der Versuchsplanung/ Methodenlehre, Beratungskompetenz und Coaching-Kenntnisse. Es wird auf den ersten Blick deutlich, dass allein von der Anzahl der Kompetenzen her diese im Gegensatz zu den sportwissenschaftlichen überwiegen. Die Untersuchungsergebnisse von Lubker et al. (2008) zeigen an zweiter Stelle der von Athleten und Sportpsychologen gewünschter Kompetenzen den „professionellen Status“. Dazu gehört



ein fortgeschrittener Hochschulabschluss und große Erfahrung mit sportlicher Leistungssteigerung. Per se sind diese Kompetenzen nicht auf ein psychologisches Studium zurückzuführen. Dennoch sind es gerade die Kenntnisse im Bereich der Diagnostik und Intervention, die es einem Sportpsychologen erlauben, die Problemansätze seiner Athleten zu identifizieren und durch die korrekte Interventionsform diese Leistungssteigerung zu ermöglichen. Es scheint also, dass sowohl von Seiten der Athleten als auch von Seiten der in der Praxis tätigen Sportpsychologen die Kompetenzen im psychologischen Bereich wichtiger sind, als diejenigen im sport(wissenschaft)lichen Bereich.

### **3.2 Fachliche Qualifikation in Deutschland**

Es gibt bis dato in Deutschland keine Vereinheitlichung in der Ausbildung zum Sportpsychologen. Im Rahmen des Psychologie-Diplomstudienganges ist die Sportpsychologie nur in Ausnahmefällen als gesondertes Lehr- oder Prüfungsfach einbezogen. Ebenso werden im Rahmen der sportwissenschaftlichen Studiengänge nur in einem sehr großen inhaltlichen und umfänglichen Unterschied sportpsychologische Veranstaltungen angeboten (vgl. Gabler, Nitsch & Singer 2001). Es sind jedoch diese zwei Studiengänge, die auf eine Fortbildung der asp/bdp vorbereiten können, weshalb es offensichtlich ist, dass es keine Einheit in dem erworbenen Fachwissen der Grundausbildung gibt. Diese Problematik soll in den nächsten Absätzen erläutert werden.

Da in den letzten Jahren an verschiedenen Hochschulen erste Master-Abschlüsse in der Sportpsychologie entstanden sind, werden diese kurz vorgestellt.

#### *3.2.1 Einführung sportpsychologischer Master-Abschlüsse in Deutschland*

Noch im Jahr 2001 sprechen Gabler et al. von der Notwendigkeit eines zu einem formalen Abschluss führenden Studienganges in Sportpsychologie. In den letzten Jahren sind drei Hochschulen dieser Forderung nachgekommen und bieten nun Abschlüsse eines Master-Studienganges in der Sportpsychologie an. Zum Wintersemester 2008/2009 führte die Hochschule Vechta, erstmalig in Deutschland einen fortbildenden und berufsbegleitenden Master-Studiengang Sportpsychologie ein, dessen Entstehung jedoch unter vielen Experten zu Kontroversen gesorgt hat (siehe asp-Tagungsbericht 2008). Zum Sommersemester 2008 wird der Master-Studiengang „Sportpsychologie“ an der Hochschule für Gesundheit und Sport in Berlin angeboten. Als dritte Hochschule kam die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

dazu, die zum Wintersemester 2008/2009 den Studiengang „Angewandte Sportpsychologie“ als erster nicht-konsekutiver, universitärer, sportpsychologischer Vollstudiengang in Deutschland mit Präsenzpflcht anbietet.

Der Abschluss dieser Master-Studiengänge ist jedoch noch nicht hinreichend, um als Sportpsychologe in der Praxis tätig sein zu dürfen, da der Bund deutscher Psychologen immer noch die Berufsbezeichnung *Sportpsychologe* exklusiv für den klinisch ausgebildeten Psychologen vorbehält.

### 3.2.2 Das Curriculum der asp/bdp

Das „Curriculum Fortbildung in Sportpsychologie“ des Berufsverbandes Deutscher Psychologen und Psychologinnen (bdp) sowie der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie (asp) leistet ebenso, anhand gewisser Fortbildungsmaßnahmen einen Beitrag dazu, die Richtlinien für die sportpsychologische Ausbildung zu normieren. Dieses Curriculum wird jedoch von Gabler et al. als unzureichend betrachtet, da die Festlegung eines minimalen Ausbildungsstandards allein noch keine Garantie für inhaltlich angemessene, auf die Besonderheiten des Sports zugeschnittene, ethisch verantwortliche und effiziente sportpsychologische Arbeit ist (vgl. Seiler2009).

Der letzte Fortschritt auf dem Weg, die Qualität praktisch-psychologischer Tätigkeiten zu sichern, war die Erstellung des Sportpsychologie-Portals des Bundesintituts für Sportwissenschaft (vgl. Internetportal Sportpsychologie). Diese Datenbank enthält eine Auflistung der qualifizierten SportpsychologInnen im deutschsprachigen Raum. Um in diese Datenbank aufgenommen zu werden, müssen folgende Kriterien erfüllt werden:

- **Akademische Ausbildung:** Sportwissenschaftlicher Hochschulabschluss und / oder psychologischer Hochschulabschluss
- **Referenzen:** Nachweis über Zusammenarbeit mit einem Bundessportfachverband, OSP oder sonstiger Sportinstitution im Spitzensport
- **Zusatzausbildung:** Sportpsychologie asp/bdp [asp-Curriculum] oder von der asp anerkannte sportpsychologische Ausbildungen. Nachweis über sportpsychologische Betreuungs-/Beratungstätigkeit im Spitzensport in den letzten vier Jahren
- **Gültigkeit:** Der Nachweis über aktuelle sportpsychologische Betreuungs- / Beratungstätigkeiten muss nach vier Jahren wieder erbracht werden.

Die Erstellung dieses Portals hat in hohem Maße dazu beigetragen unqualifizierten und unerfahrenen Mental-Trainern und ähnlichen den Zugang zum Leistungssport zu erschweren. Nichtsdestotrotz bleibt der Begriff *Sportpsychologe* weiterhin ungeschützt, und ist nicht unbedingt aussagekräftig über die Kompetenzen, über die der sich so Nennende verfügt.

Auf diesem Weg begegnet man erstmalig dem Konzept der Qualitätssicherung. Es ist, wie man sehen kann, allein schon wegen der Zertifizierung problematisch, von einem bestimmten Qualitätsstandard auszugehen. Es ist also notwendig, Richtlinien im Verlauf der Interventionen festzulegen. Mit dieser Problematik wird sich diese Arbeit im weiteren Verlauf beschäftigen.

### **3.3 Zwischenfazit: Problematik der Ausbildung in Hinblick auf die Qualitätssicherung**

Es wurde in diesem Kapitel das Spannungsfeld der Sportpsychologie zwischen den Mutterwissenschaften Psychologie und Sportwissenschaft dargestellt. Aus diesem Spannungsfeld ließen sich diverse Interventionsformen in der Sportpsychologie ableiten, sowie die für die Praxis erforderlichen Kompetenzen in Hinblick auf die beiden Mutterwissenschaften. Die Ausbildungsmöglichkeiten in Deutschland haben nun aufgezeigt, dass es analog zu den zwei Mutterwissenschaften zwei primäre Wege gibt, die den Einstieg in das Berufsfeld ermöglichen.

Es ist also nicht geklärt, wie man qualitätssichernd in der Sportpsychologie arbeiten kann, wenn ihre Ausüßer nicht zwangsläufig den selben Ausbildungsweg hinter sich haben, bei dem man durch Studienleistungen und Richtlinien den Erwerb bestimmter Kompetenzen garantieren könnte. Die Notwendigkeit von Qualitätsstandards ist, wie in allen anderen Dienstleistungssektoren, unumstritten. Es wurden bereits erste Versuche unternommen, Qualitätssicherung in der Sportpsychologie zu etablieren. Auf die Fragen, wie dabei vorgegangen wurde und was genau unter Qualitätssicherung zu verstehen ist, wird im nächsten Kapitel näher eingegangen werden.

## **4. Qualitätssicherung in der Sportpsychologie**

Modelle und Richtlinien zur Erfüllung gewisser Qualitätsstandards findet man heutzutage in den meisten Dienstleistungssektoren und daher natürlich auch im Gesundheitswesen. Gerade in der ambulanten sowie in der stationären Medizin und auch in der Psychotherapie gilt es spätestens nach dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988, welches qualitätssichernde Maßnahmen für alle Bereiche der Medizin fordert, gewisse Richtlinien einzuhalten, die dem Patienten eine zeitgemäße, wirksame und wirtschaftliche Behandlung garantieren sollen (vgl. Heuft & Senf 1998).

In der Psychotherapie, dem Sektor, der am ehesten mit der Sportpsychologie vergleichbar ist, werden seitdem verschiedene Instrumente zur Qualitätssicherung erarbeitet, unter anderem die Psy-BaDo (Psychotherapeutische Basisdokumentation) als Kernmodul einer Basis- und Ergebnisdokumentation. Diese Instrumente beruhen zum größten Teil auf dem Modell nach Donabedian. In den folgenden Absätzen sollen zunächst die Ursprünge des Qualitätsmanagements und die Grundzüge des Donabedianschen Modells skizziert werden, um anschließend die Versuche, diese auf die Sportpsychologie zu übertragen aufzuzeichnen sowie die daraus entstehenden Probleme.

### **4.1 Ursprünge des Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen**

Obwohl das Qualitätsmanagement im modernen Verständnis oft in einen industriellen Zusammenhang gebracht wird, gibt es seit den Anfängen des 20. Jahrhunderts Entwicklungen im medizinischen Sektor. Als Pioniere gelten Ernest Amory Codman und Avedis Donabedian (vgl. Graf & Jannsen 2008).

Der Bostoner Chirurg Codman begann aufgrund von Beobachtungen plötzlicher und unerklärlicher Todesfälle während chirurgischer Eingriffe den Verlauf jeder Operation genauestens zu dokumentieren. Er war davon überzeugt, dass jeder Patient anhand von standardisierten klinischen und demographischen Parametern charakterisiert werden müsse, um eine abschließende Beurteilung des Behandlungsergebnisses zu ermöglichen (Graf & Jannsen 2008, S.174). Er war darüber hinaus der Erste, der strukturiert die Ergebnisse und

mögliche Behandlungsfehler erfasste, analysierte und verglich und erstmalig 1918 einen Anforderungskatalog für medizinische Versorgungseinrichtungen erstellte, nach welchem eine qualitativ hochwertige Behandlung gewährleistet werden sollte. Man kann also behaupten, dass Codman die ersten Basisdokumentationen durchführte.

Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelte Avedis Donabedian anhand der in den vierziger Jahren für die Industrie und Unternehmen erstellten Konzepte des amerikanischen Statistikers William Edwards Deming (insbesondere des Qualitätszirkel „Plan-Do-Study-Act“) ein eigenes Konzept für die Definition von Qualität im Gesundheitswesen. Demnach definiert er Qualität als „[...] den Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist. [...] Ergebnisse bleiben im Großen und Ganzen die ultimative Beurteilungsebene für die Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung.“ (Donabedian 1966 in Graf & Janssen 2008, S. 175). Diese Definition ist weitestgehend richtig, jedoch für die Sportpsychologie problematisch. Die Gründe hierzu sollen im weiteren Verlauf dieser Arbeit dargestellt werden, bis dahin soll diese Definition übernommen werden. Da das Modell nach Donabedian quasi der Eckstein jedes modernen systematischen Qualitätsmanagements ist, soll dieses nun kurz erläutert werden.

## **4.2 Das Modell nach Donabedian**

Donabedian charakterisiert die Qualität des Gesundheitswesens als ein Produkt von Wissenschaft und Technologie sowie deren Anwendung in der Praxis. Diese erreichte Qualität kann anhand von sieben Attributen bewertet werden: Leistungsfähigkeit (*efficacy*), Wirksamkeit (*effectiveness*), Rentabilität (*efficiency*), Optimum (*optimality*), Akzeptanz (*acceptability*), Rechtmäßigkeit (*legitimacy*) und Gleichheit (*equity*). Einzeln oder in Kombination betrachtet, ermöglichen diese Faktoren die Beschreibung von Qualität und die Bewertung dieser in Abhängigkeit der Merkmalsausprägung. Um die Konzeptionalisierung der Qualität zu vervollständigen, teilte Donabedian die einzelnen Bereiche anhand ihrer Hauptcharakteristika in die drei Komponenten Strukturen, Prozesse und Ergebnisse ein. Diese Komponenten sollen nun erläutert werden.

#### *4.2.1 Struktur*

Unter Strukturen versteht man die organisatorischen Rahmenbedingungen, unter denen die Dienstleistungen erbracht werden; im Gesundheitswesen also der Rahmen, in dem die Versorgung und Behandlung der Patienten stattfindet. Teil davon sind also die notwendigen Fähigkeiten der Institution und deren Mitarbeiter, die Arbeitsbedingungen sowie die Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten der Dienstleistung durch den nachfragenden Kunden (vgl. Zollondz 2006 in Mayer, Kuhn, Hermann, Eberspächer 2009). Es wird im allgemeinen von einer positiven Korrelation zwischen der Strukturqualität, den Prozessen und den Ergebnissen ausgegangen (vgl. Graf & Janssen 2008).

#### *4.2.2 Prozess*

Als Prozess wird eine Folge von Handlungen genannt, die streng auf klar definierte Ziele ausgerichtet ist. Die Qualität des Prozesses wird als die Gesamtheit aller Aktivitäten, die im Verlauf der tatsächlichen Erstellung des Produkts vollzogen werden betrachtet. Wenn man diese nun auf den Dienstleistungssektor überträgt, bedeutet dies also die Art und Weise, wie die Aktivitäten der Patientenversorgung, die sich im wesentlichen durch den direkten Patientenbezug charakterisiert, erbracht wird. Eine hohe Prozessqualität wird im Idealfall mit einer hohen Ergebnisqualität korrelieren (vgl. Zollondz 2006 in Mayer, Kuhn, Hermann, Eberspächer 2009, Graf & Janssen 2008).

#### *4.2.3 Ergebnis*

Ergebnisqualität wird als die Differenz zwischen dem Eingangs- und Ausgangszustand bezeichnet. Darunter fallen sowohl erwünschte als auch unerwünschte Veränderungen nach Interventionen (vgl. Mayer, Kuhn, Hermann, Eberspächer 2009). Maßgebend dafür sind neben der Frage der Effektivität auch die Effizienz für die Ergebnisqualität. Effektivität kann man als die Anwendung der richtigen Maßnahmen verstehen, Effizienz als die richtige Anwendung von Maßnahmen. Diese Veränderungen sind der primäre Beurteilungsmaßstab für den Erfolg oder auch Misserfolg einer Intervention (vgl. Graf & Janssen, 2008). Die Ergebnisqualität ist jedoch nicht immer einfach zu erfassen, da unter Umständen sehr unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe zu berücksichtigen sind (vgl. Mayer, Kuhn, Hermann, Eberspächer 2009).

### **4.3 Versuche der Übertragung in die Sportpsychologie**

Es wurde bereits auf die verschiedenen Gründe hingewiesen, weshalb eine systematische Qualitätssicherung in der Sportpsychologie problematisch ist. Zum einen die Diskrepanz in der Ausbildung und den daraus entstehenden divergierenden Kompetenzen der freiberuflichen Sportpsychologen, und zum anderen die Unübersichtlichkeit der angewandten Verfahren und Interventionen. Nichtsdestotrotz ist die Sportpsychologie im Wesentlichen eine Dienstleistung und sollte somit prinzipiell auch durch das Modell nach Donabedian charakterisiert werden können.

#### *4.3.1 Strukturqualität in der Sportpsychologie*

Die Strukturqualität in der Sportpsychologie wird durch viele Faktoren beeinflusst. Die wirtschaftliche Situation ist ein direkter Faktor, der wiederum durch die Konkurrenz, die Wettbewerbsstruktur und das Einkommen modifiziert wird. Auch die Qualifikation des Beraters fällt unter die Strukturqualität und wird durch Faktoren wie Persönlichkeit, Motivation, Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung und Spezialisierung bestimmt. Einen direkten Einfluss auf die Strukturen der sportpsychologischen Betreuung haben weiterhin die technische und räumliche Ausstattung. Auch die Qualifikation der Mitarbeiter sowie die verschiedenen Kooperationsformen werden die Qualität der Mitarbeiter mitbestimmen und sich indirekt auf die Strukturqualität auswirken. Auch das Berufsrecht, das allgemeine Recht sowie die ethischen Standards der asp/bdp haben einen direkten Einfluss auf die Kontroll- und Sanktionsregelung und somit einen direkten Bezug auf die Strukturqualität (vgl. Birrer & Seiler, 2001).

Konkret bedeutet dies für die Entwicklung der Strukturqualität in Deutschland wesentliche Verbesserungen in 3 Punkten: die Beantragung sportpsychologischer Betreuung, die Ausbildung und Qualifizierung der Sportpsychologen und die Verfügbarkeit qualifizierter Sportpsychologen an Olympiastützpunkten.

„Durch die Initiierung der ZKS steht den Spitzenverbänden und Sportpsychologen ein kompetenter Partner bei der Beantragung von sportpsychologischen Betreuungsprojekten unterstützend und qualitätssichernd zur Seite. Die jährliche Beantragung der sportpsychologischen Betreuung über die ZKS (inhaltlich/formal) und über die Jahresplanung des Spitzenverbandes (finanziell/zuwendungsrechtlich) ist mittlerweile ein an nur wenige

Formalitäten gebundener und somit effektiver Vorgang. [...] Außerdem ermöglicht die Kooperation mit dem BISp die Förderung von Junioren-Nationalmannschaften sowie die Initiierung von sportpsychologischen Betreuungsprojekten mit wissenschaftlichem Hintergrund“ (vgl. Mayer, Kuhn, Hermann, Eberspächer, 2009, S. 20).

Für die Ausbildung und Qualifizierung der Sportpsychologen steht das Internet-Portal des BISp, welches eine Auflistung der qualifizierten Sportpsychologen enthält. Auf die Voraussetzungen, um in diese Datenbank aufgenommen zu werden wurde bereits hingewiesen.

Die über den DOSB/ZKS oder BISp organisierte sportpsychologische Betreuung der Spitzenverbände wird durch die Kooperation fast aller Olympiastützpunkte mit qualifizierten Sportpsychologen ergänzt, auch außerhalb der Lehrgangsmaßnahmen sportpsychologische Beratung wahrzunehmen (vgl. Mayer, Kuhn, Hermann, Eberspächer, 2009).

Die vorhandenen strukturellen Rahmenbedingungen für die sportpsychologische Betreuung der Spitzenverbände und Kaderathleten können auch im europäischen Vergleich als durchaus positiv bewertet werden. Dass diese jedoch noch optimiert werden können, steht außer Frage, da genau diese Optimierung der verbandsinternen Strukturen Voraussetzung ist, um auch die Prozess- und Ergebnisqualität zu gewährleisten (vgl. Mayer, Kuhn, Hermann, Eberspächer, 2009).

#### *4.3.2 Prozessqualität in der Sportpsychologie*

Entscheidend für die Prozessqualität sind die Interaktionen zwischen dem Berater, seinen Mitarbeitern und Kollegen, anderen Experten und natürlich dem Klienten, in diesem Falle also dem Athleten (vgl. Birrer & Seiler, 2001). Die Prozessqualität wird weitestgehend vom Klienten geprägt, und dieser wiederum durch das Machtverhältnis, die Kompetenz, die Vertrauensbeziehung, die Bereitschaft zur Mitarbeit und die Ergebniserwartung. Situationale Faktoren, sowie das Beratungsangebot, das Interventionskonzept und die Interventionsverfahren sind nach Birrer & Seiler (2001) die weiteren Faktoren, die einen direkten Einfluss auf die Prozessqualität haben. Es ist außerdem von großer Wichtigkeit, im Rahmen eines Qualitätsmanagements die Qualität des Prozesses fortlaufend zu überprüfen. Dies kann beispielsweise durch eine fortlaufende Feedback-Erhebung bei den Klienten gewährleistet werden.



### *4.3.3 Ergebnisqualität in der Sportpsychologie*

Die Qualität des Ergebnisses ist, wie schon bei der Erläuterung des Begriffes angesprochen, hinsichtlich der diversen Bewertungsmaßstäbe sehr schwer zu erfassen. Bei der Sportpsychologie bietet es sich an, die Ergebnisqualität anhand qualitativer und quantitativer Kriterien zu evaluieren. Qualitative Kriterien sind in dieser Hinsicht natürlich leichter zu evaluieren, da Trainer- und Athletenbefragungen, Berichte von Psychologen unter anderem viele Rückschlüsse über Erfolg und Zufriedenheit ermöglichen. Allerdings sind diese Berichte alle einer Subjektivität unterworfen, der man schwer entweichen kann. Auf einer anderen Seite ist es in unserem gegenwärtigen Verständnis unmöglich, quantitative Kriterien für den Erfolg einer sportpsychologischen Intervention zu erstellen. Es ist nämlich weder sinnvoll noch ethisch vertretbar, anhand von Medaillen oder Platzierungen diesen Erfolg zu messen. Andere Vorschläge für quantitative und somit auch objektive Kriterien gibt es noch nicht.

## **4.4 Zwischenfazit**

Das Modell nach Donabedian sowie die Versuche der Übertragung auf die Sportpsychologie hinterlassen den Eindruck, dass die Bewertung der Qualität linear verläuft. Demnach beeinflusst die Strukturqualität die Prozessqualität und diese dann die Qualität des Ergebnisses. Es ist jedoch wichtig, dass die während dem Prozess gewonnenen Rückschlüsse wiederum direkt auf den Prozess übertragen werden, um diesen noch vor Abschluss zu verbessern.

Es ist demnach ersichtlich, dass Qualitätssicherung weit mehr impliziert, als die Garantie gewisser Standards in der Ausbildung. Die Strukturqualität lässt sich wohl einfacher überprüfen als die Prozess- und Ergebnisqualität, die den Rahmen einer sportpsychologischen Beratung geben. Es scheint, als ob maßgebend für den Erfolg einer Intervention, das Ergebnis steht. Wie lässt sich dieses jedoch messen? Ist es als Erfolg anzusehen, wenn nach einer Intervention die Symptomatik zwar noch besteht, aber nicht mehr als störend empfunden wird? Oder ist es erfolgreich, wenn ein Sportpsychologe die Richtlinien der Prozessqualität missachtet, und der Klient nach Abschluss trotzdem zufrieden ist und eine Leistungssteigerung aufweist?

Es scheint naheliegend, die Fragen auf diese Antworten nicht in Theorien zu suchen, sondern in der Praxis. Es ist möglich, dass die Analyse der Beratungstätigkeiten eines angewandt

arbeitenden Sportpsychologen erlaubt, Rückschlüsse über den Prozess und das Ergebnis diverser Interventionen zu ziehen ermöglicht, aus denen sich deduktiv dann Richtlinien für die Allgemeinheit erstellen lassen.

Es folgt nun der zweite, empirische Teil dieser Arbeit, der die Grundlage für die Ausarbeitung dieser Überlegungen bringt.

## **5. Basisdokumentation der sportpsychologischen Beratungstätigkeit am Olympiastützpunkt Freiburg-Schwarzwald**

### **5.1 Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit**

Der Fokus der Arbeit hat sich bis hierhin darauf gerichtet, anhand der dargestellten Standortbestimmung der Forschung und Praxis der angewandten Sportpsychologie, die Vielzahl von Problemen und Störfaktoren aufzuzählen, mit denen man bei dem Versuch zu tun hat, die sportpsychologischen Beratungs- und Betreuungstätigkeiten im Handlungsgebiet des Leistungssport zu standardisieren. Der Versuch, die fachliche Kompetenz als Aspekt der Qualitätssicherung, und diese verbunden mit Anforderungen an eine Formalqualifikation (vgl. Seiler, Lobinger & Birrer, 2002, S. 57) zu standardisieren scheint in der Praxis auf verschiedenen Ebenen zu scheitern. Die Aufzeichnung dieser vielen Störfaktoren sollte verdeutlichen, dass eine andere Herangehensweise in dem Versuch notwendig ist, trotz aller Schwierigkeiten einen gewissen Standard garantieren zu können.

Es werden zwar in der Literatur immer häufiger Aufforderungen nach Transparenz erkennbar (vgl. z.B. Gould, May, Murphy & Tannen, 1991), die auch wahrscheinlich bis zu einem gewissen Grade gegenüber den Trainern, Geldgebern, Verwandten und Verbänden eingehalten wird, jedoch in seltenerem Fall gegenüber der Wissenschaft. Es ist nämlich sehr viel über die idealen Kompetenzen eines Sportpsychologen bekannt (vgl. z.B. Anshel & Singer, 2006a; Gould, May, Murphy & Tannen, 1991) aber über die täglichen Anforderungen in einem konkreten Fall erst viel weniger.

Da wir bereits gesehen haben, dass es sehr schwierig bis fast unmöglich ist, die Standards in der Ausbildung und den Kompetenzen so zu formulieren, dass sie Allgemeingültigkeit besitzen (obwohl dies immer ihr Anspruch ist), ist es die Anforderung dieser Arbeit, diesen Prozess umzukehren und nachzuforschen, was die Tätigkeiten eines im Handlungsfeld des Leistungssport aktiven Sportpsychologen über die sportpsychologische Praxis im Allgemeinen aussagen kann. Es soll überprüft werden, inwieweit es möglich ist, aus einem

konkreten Fall Erkenntnisse über die Formulierung der Kompetenzen gewonnen werden kann, nicht den Kompetenzen an sich. Einer der Ziele dieses zweiten Teiles der Arbeit ist im Sinne einer Evaluation der Betreuung der Klienten deskriptiv darzustellen, die in den letzten zwei Jahren Interesse an einer sportpsychologischen Beratung oder Betreuung geäußert haben. Es ist durchaus denkbar, dass die Evaluation der am Olympiastützpunkt Freiburg-Schwarzwald vollzogenen Interventionen es ermöglicht, Lücken in den bis dato bestehenden Erhebungsverfahren und Qualitätssichernden Maßnahmen aufzuzeigen, und so Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft geben zu können.

In diesem Zusammenhang ist es möglich die Zielsetzung dieser Arbeit zu formulieren: es sollen nicht nur Einblicke in die Schwerpunkte der Arbeit eines im Leistungssport tätigen Sportpsychologen, sondern anhand der vorliegenden Daten darüber hinaus Aussagen über die Mängel in der Qualitätssicherung gegeben werden, denen die Erhebung solcher Daten unterliegt. Es wird möglich sein, anhand dieser Lücken Richtlinien für die Datenerhebung vorzuschlagen, die dazu beitragen können, eine induktive Qualitätssicherung, also vom Einzelfall hin zum Allgemeinen vorzuschlagen.

## **5.2 Fragestellung der Arbeit**

Es soll ein Überblick gegeben werden, über die verschiedenen Häufigkeiten diverser Faktoren im sportpsychologischen Beratungskontext. So soll zum einen überprüft werden, ob es Zusammenhänge zwischen Faktoren wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Sportart, Behandlungsanlass usw. besteht.

Es wird im Rahmen der Diskussion über die psychologische/psychotherapeutische versus die sportwissenschaftliche Ausbildung zum Sportpsychologen der Frage nachgegangen, ob die vorkommenden Probleme eher einen psychopathologischen oder eine sportbezogenen Kontext haben. Es soll überprüft werden, ob Vertreter beider Ausbildungswege dasselbe Interventionsrepertoire besitzen würden, das in den bestimmten Fällen angewendet wurde, um den Anfragen ethisch und systematisch entgegenzukommen.

In Anlehnung an Anshel & Singer (2006b), sollen im Idealfall im Kontext einer sportpsychologischen Beratung oder Betreuung reliable und valide Maßnahmen getroffen

werden, die aber auch von dafür qualifizierten Sportpsychologen eingeführt werden sollten. Es wurden im Vorfeld bereits fünf Faktoren aufgezeigt, welche für die Bewertung der Effektivität einer Intervention an ihrer Kompatibilität vorgeschlagen werden. Zur Erinnerung werden diese nochmals aufgezählt.

- Erkennen der Bedürfnisse des Athleten
- situationale Faktoren und umweltbezogene Bedingungen
- die Validität und Reliabilität der angewandten Instrumente zur Messung der individuellen Bedürfnisse, Einschränkungen und psychologischer Konstrukte
- die Kompatibilität der Art der Ausführung der Dienstleistung zu den individuellen Bedürfnissen des Athleten und der Umgebung
- die persönlichen Merkmale und der Kommunikationsstil des Sportpsychologen

Auf einer ersten Ebene soll der Frage nachgegangen werden, ob es anhand der vorliegenden Daten möglich ist, auf Basis dieser Kriterien Aussagen über die Effektivität der erbrachten Dienstleistungen zu geben. Zu diesem Zweck sollen die letzten zwei Kriterien außen vor gelassen werden, da sie nicht nur im Rahmen einer qualitativen Untersuchung diese Kategorien zu subjektiv erscheinen, sondern dazu auch keine Informationen vorliegen.

Weiterführend soll auf einer zweiten Ebene

### **5.3 Datenquelle: Protokolle der Sitzungen**

Als Datengrundlage haben alle Dokumentationen, sowie die Sitzungs- und Gesprächsprotokolle des am Olympiastützpunkt Freiburg-Schwarzwald tätigen Sportpsychologen gedient. Diese wurden unter Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen bearbeitet, kategorisiert und anonymisiert.

(Ein jeder Psychotherapeut und beraterisch tätige Psychologe unterliegt neben der Schweigepflicht auch der Dokumentationspflicht. Grundsätzlich haben die Klienten ein Recht auf Einsicht in ihre (Kranken-) Akten, jedoch mit einer Ausnahme: In Gesprächsprotokolle gehen subjektive Einschätzungen des Beraters, bzw. Therapeuten ein. Für diese besteht kein Einsichtsrecht. Die Gesprächsprotokolle waren die Hauptdatenquelle dieser Erhebung.)

## 5.4 Erstellung der Kategorien

Aus den Dokumentationen und den Sitzungsprotokollen wurden folgende Informationen extrahiert und anonymisiert: Geschlecht, Alter zu Beratungsbeginn, Geburtsdatum, Individual- oder Mannschaftssport, Sportart, Kaderstatus Erstkontakt, Beratungsanlässe (1-4), Diagnosen (1-3), Interventionsformen (1-8), Finanzierung, Behandlungsdauer, Anzahl der Sitzungen, Art der Beendigung.

Die Variable „Sportart\_1“ oder die allgemeine Sportart beschreibt ob die Person eine Individualsportart, Mannschaftssportart oder Sportart mit einem Partner betrieben hat. Die Variable „Sportart\_2“ oder die spezifische Sportart beschreibt die genaue Sportart der Person. Vorgekommen sind die Sportarten *Mountainbike*, *Skispringen*, *Radsport*, *Leichtathletik*, *Ski alpin*, *Schwimmen*, *Rollkunstlauf*, *Tennis*, *Boxen*, *Tischtennis*, *Tanz (Boogie Woogie)*, *Motorsport* und *Fußball*. Es wurde der Begriff Leichtathletik als Oberbegriff für die auftretenden Sportarten Stabhochsprung, Hürdenlauf und Mittelstrecke gewählt und der Begriff Radsport als Oberbegriff für Rennrad usw. genommen. Mountainbike wurde auf Grund seiner Häufigkeit und den Unterschieden zu den anderen Radsportarten als eigene Kategorie belassen.

Des Weiteren wurde die Variable „Erstkontakt“ erhoben, mit den Kategorien *OSP*, *Trainer*, *Eltern*, *Selbst*, *Teammanager*, *Teamarzt*, *Arzt* und *sonstiges*. Sonstiges bedeutet die Kontaktaufnahme über ein anderes Familienmitglied außer den Elternteilen, Überweisung durch einen anderen Psychologen oder sonstige Personen.

Als weitere Variable wurde in vier Spalten der „Beratungsanlass“ erhoben. Dieser beinhaltet *Wettkampfangst*, *Sportverletzung*, *Trainings-Wettkampf Diskrepanz*, *Athlet-Trainer Interaktion*, *psychosomatische Symptome*, *Burn-out/Formtief-Prävention*, *Entwicklung persönlicher Ressourcen*, *Karriereplanung und Übergänge*, *Verbesserung technischer/taktischer Fertigkeiten*, *schwere körperliche Erkrankungen*, *Doping-Prävention*, *Ärger-Management* und *psychische Erkrankungen*. Es wurden vier Spalten für den Beratungsanlass zur Verfügung gestellt, da eine Mehrfachnennung möglich ist. Es besteht jedoch kein Ranking innerhalb der Spalten.

Die Variable „Diagnose“ stellt in drei Spalten die Möglichkeit zur Verfügung, bei diversen Fällen eine Diagnose nach dem ICD-10 zu geben. Das ist natürlich nicht bei allen Fällen der Fall, da viele keine klinische Störung, sondern eher sportartspezifische Störungen aufwiesen. Es soll jetzt ein tabellarischer Überblick über die diversen Diagnosen und die Symptome gegeben werden, basierend auf dem fünften Kapitel *Psychische und Verhaltensstörungen* der 10. Revidierte Version von 2006 der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information .

*Tabelle 2.: Aufzählung der diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung (im Sinne der ICD-10) der aufgetretenen klinischen Störungen*

Störung	ICD-10	Symptome
Depressive Episoden	F32	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedrückte Stimmung</li> <li>• Verminderung von Antrieb und Aktivität Fähigkeit zu Freude, Interesse, Appetit und Konzentration</li> <li>• Ausgeprägte Müdigkeit</li> <li>• Gestörter Schlaf</li> <li>• Beeinträchtigung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen</li> <li>• Schuldgefühle, Gedanken über eigene Wertlosigkeit</li> <li>• „somatische Symptome wie deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitsverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust</li> <li>•</li> </ul>
Angststörung allgemein	F40	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angstreaktionen anhand eindeutig definierter, eigentlich ungefährlicher Situationen</li> <li>• Meidung oder Ertragung mit Furcht dieser Situationen</li> <li>• Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl, häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden</li> </ul>
Soziale Phobie (spezifisch)/	F40.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwartungsangst bei der Vorstellung der phobischen Situation</li> <li>• Furcht vor prüfender Betrachtung durch</li> </ul>

Wettkampfangst		<p>andere Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriges Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik</li> <li>• Somatische Äußerungen: Erröten, Hände zittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen</li> </ul>
Zwangsstörung	F42.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen</li> <li>• Zwangsgedanken: Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen und quälen</li> <li>• Werden als willkürlich und abstoßend erlebt</li> <li>• Zwangshandlungen oder –rituale: ständig wiederholte Stereotypen</li> <li>• Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches und schädliches Ereignis</li> <li>• Erfolgsloser Widerstandsversuch trotz Bewusstsein über Sinnlosigkeit und Ineffektivität der Handlungen und Gedanken</li> <li>• Unterdrückung der Zwänge ist gekoppelt an Angst</li> </ul>
Persönlichkeitsstörung	F60	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, die nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder -krankheit oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen sind</li> <li>• Erfassen verschiedene Persönlichkeitsbereiche</li> <li>• Gehen oft mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher</li> <li>• Weitere Unterteilung in paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile, histrionische, anankastische, ängstliche und abhängige Persönlichkeitsstörungen</li> </ul>
Nichtorganische Schlafstörung	F51	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oft Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit</li> <li>• Emotionale Ursachen als primärer Faktor und nicht anderenorts klassifizierte körperliche Störungen</li> </ul>
Anorexia (Athletica):		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charakterisiert durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oft mit Psychopathologie verbunden,</li> <li>• Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades</li> <li>• Symptome: eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.</li> </ul>
Bulimie	F50.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiederholte Anfälle von Heißhunger</li> <li>• Übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts</li> <li>• Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln</li> </ul>
Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen:	F43	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akute Belastungsreaktion durch ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis oder</li> <li>• Eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft</li> <li>• Direkte Folge einer akuten schweren Belastung oder eines kontinuierlichen Traumas</li> <li>• Behinderung erfolgreicher Bewältigungsstrategien</li> <li>• Führung zu Problemen sozialer Funktionslosigkeit</li> </ul>
Sexuelle Funktionsstörungen:	F52	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhinderung der von der betroffenen Person gewünschte sexuelle Beziehung</li> <li>• Psychosomatische bedingt</li> </ul>
Missbrauch von nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen:	F55	<p>Missbrauch von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotrope Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen, z.B. Antidepressiva</li> <li>• Laxanzien</li> <li>• Analgetika, die ohne ärztliche Verordnung erworben werden können, z.B. Aspirin und Paracetamol</li> <li>• Versuch, dem Gebrauch der Substanz</li> </ul>

		<p>entgegenzusteuern oder ihn zu verbieten, stößt oft auf Widerstand</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Abhängigkeit bzw. Entzugssymptome trotz starkem Verlangen nach den Substanzen</li> </ul>
Aufmerksamkeits-Defizit Syndrom (ADS):	F90.0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeitsdefizit bei hyperaktivem Syndrom, Hyperaktivitätsstörung oder Störung mit Hyperaktivität</li> </ul>
Sportspezifische Leistungsstörung:		<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Blockaden“, Lustlosigkeit, Trainings-Wettkampf-Diskrepanz</li> </ul>

Die Variable „Interventionsform“ beinhaltet die Kategorien: *kognitive Verfahren, imaginative Verfahren/mentales Training, Entspannungsverfahren, Paartherapie, Familientherapie, Training sozialer Kompetenzen, Rollenspiele, Kommunikationstraining, Selbstinstruktions-training, Körperorientierte Verfahren, Schematherapie, Wettkampfsimulation, Psychoedukation, Zielsetzungstraining, sonstige Konfrontationsverfahren* und *sonstige operante Verfahren*. (*Rollenspiele, Kommunikationstraining* und *das Training der sozialen Kompetenzen* gehören zwar innerhalb der Verhaltenstherapie zu den operanten Verfahren, werden aber auf Grund ihrer Häufigkeiten gesondert genannt). Unter *Rollenspiele* versteht man ein therapeutisches Verfahren, bei denen der Patient (zusammen mit dem Therapeuten) im geschützten sozialen Rahmen der Therapie bestimmte Positionen einnimmt, um z.B. ein Telefongespräch mit dem Trainer einzuüben. *Kommunikationstraining* ist ein therapeutisches Verfahren, bei dem Kommunikationsfertigkeiten vermittelt werden, die für die spätere Problemlösung eingesetzt werden, und das *Training sozialer Kompetenzen* ermöglicht es einem Patienten seine zwischenmenschlichen Fähigkeiten zu erhöhen (vgl. Margraf, 1999).

Die Kategorie *sonstige operante Verfahren* beinhaltet andere Therapieformen, die durch Manipulation an der Konsequenz eines Verhaltens jegliches Verhalten verändert, ohne auf die Ursachen therapeutisch oder diagnostisch einzugehen (vgl. Margraf 2009, S. 670). Dazu gehören beispielsweise Selbst- und Fremdbelohnungsstrategien.

Die Kategorie *sonstige Konfrontationsverfahren* beinhaltet u.a. die wiederholte Konfrontation des Patienten mit unangemessen angstausslösenden Reizen, mit dem Ziel, eine dauerhafte Habituation der Angstreaktion zu erreichen (vgl. Margraf, 1999).

*Kognitive Verfahren* werden nach Margraf (1999, S. 587) definiert als

„[...]Verfahren, die den Einfluss von Kognitionen auf emotionales Befinden und Verhalten betonen, und deren Therapieziele deshalb auf die Veränderung von Gedanken, Erwartungen, Wahrnehmungsstile, Vorstellungen, Einstellungen, Überzeugungen und Schlussfolgerungen gerichtet sind, die psychische Probleme begünstigen.“

Die Kategorie *sonstige kognitive Verfahren* bezieht sich auf Interventionsformen, wie z.B. das Erstellen von Selbstbeobachtungsprotokollen. *Schematherapie* und *Selbstinstruktionstraining* gehören ebenfalls zu den kognitiven Verfahren, werden aber auch wegen ihrer Anwendungshäufigkeit gesondert genannt. Unter Schematherapie versteht man eine Therapieform, dessen erstes Ziel es ist, das psychische Gewahrsein eines Patienten über seine Schemata zu entwickeln, die wiederum als schädigende emotionale und kognitive Muster definiert werden, welche früh in der Entwicklungszeit entstehen und über das gesamte Leben erhalten bleiben (vgl. Young, Klosko, Weinhaar 2005, S.36 und 63). Das Selbstinstruktionstraining nach Meichenbaum ist eine durch veränderte Selbstinstruktionen des Patienten herbeigeführte Verhaltensänderung, basierend auf der Annahme, dass unangepasste und negative Gedanken in angemessenere Selbstgespräche verändert werden.(vgl. Margraf 2009, S.19). Die *Psychoedukation* ist ein Verfahren, welches „[...]durch strukturierte Informationsvermittlung positive Effekte [...] anstrebt.“ (vgl. Margraf 1999, S. 606). Konkret wurden z.B. des Öfteren sportpsychologische Modelle vermittelt und Zusammenhänge aufgezeigt. Z.B. der umgekehrt u-förmige Zusammenhang zwischen Leistung und Aktivierungsniveau .

Abschließend wurden noch die Variablen „Finanzierung“ mit den Möglichkeiten *privat, Eltern, OSP, Krankenkasse, Landessportverband, Verein/Club* und *gemischt* erhoben, ebenfalls die Anzahl der Sitzungen und die „Behandlungsdauer“ in Wochen, um die Frequenz der Sitzungen ermitteln zu können. Desweiteren wurde der „Kaderstatus“ der Klienten und die „Art der Beendigung“ mit den Unterscheidungen *laufend, regulär, irregulär/vorzeitig und keine Indikation* (nach einem Indikationsgespräch erhoben). Als *irregulär/vorzeitig* beendet wurden alle Beratungen/Therapien eingestuft, die aus mindestens einem der folgenden Gründe abgebrochen wurde:

1. Klient/Patient möchte den Beratungs-/Therapieprozess unterbrechen oder beenden, obwohl der Sportpsychologe/ Psychotherapeut eine Fortführung für indiziert gehalten hat
2. Die Finanzierung für eine Fortführung war nicht möglich, etwa weil nur ein gewisses Stundenkontingent bewilligt wurde

Diejenigen Fälle, bei denen nach einem Abklärungsgespräch nach Einschätzung des Sportpsychologen/ Psychotherapeuten ODER des Klienten keine Indikation, bzw. kein Bedarf bestand wurden in die Kategorie *keine Indikation* eingestuft.

## 5.5 Beschreibung der Stichprobe

Die Basis für die empirische Untersuchung bildet ad hoc Stichprobe von 45 in verschiedenen Sportarten aktiven Personen im Alter zwischen 10 und 46 Jahren. Diese stammen aus 13 verschiedenen Sportarten, die sowohl Mannschafts-, Individual- und Paarsportarten zugehören.

In Bezug auf die Verteilung der Geschlechter ist eine stärkere Beteiligung des männlichen Geschlechts mit 77,8% (35 Sportler) gegenüber dem weiblichen mit 22,2% (10 Sportlerinnen) festzustellen. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Erstkontaktes beträgt 21 Jahre, , wobei die älteste Person 46 Jahre und die jüngste 10 Jahre alt war.

Überwiegend sind die Profisportler mit einem Prozentanteil von 31,1% vertreten. Die Spitzenkader-Athleten stehen an zweiter Stelle mit einem Prozentanteil von 26,7%, gefolgt von den leistungsorientierten Hobbysportlern und den Nachwuchsathleten mit jeweils 15,6%. Athleten des Anschlusskaders bilden das Schlusslicht mit 11,1%.

Finanziert wurden 31,1% durch den OSP, 26,7% durch ihren Verein oder Club, 15,6% der Patienten hat die Intervention privat finanziert, 17,8% privat durch die Eltern. Jeweils 4,4% der Fälle wurde durch die Krankenkasse, oder aus einer Kombination finanziert.

Ein Überblick der Stichprobe wird in der folgenden Tabelle dargestellt:

*Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe nach Geschlecht, Kaderzugehörigkeit und Finanzierung*

N=45	M	SD	min	max
Alter in Jahren	21,1	6,09	10	46
Geschlecht	Häufigkeit		Prozent	
Männlich	35		78,8	
Weiblich	10		22,2	
Kaderzugehörigkeit				
Nachwuchs	7		15,6	
Anschluss	5		11,1	
A/B Kader	12		26,7	
Profi	14		31,1	
leistungsorientierter Hobbysportler	7		15,6	
Gesamt	45		100	
Finanzierung				
Privat	7		15,6	
Krankenkasse	2		4,4	
OSP	14		31,1	
Verein/Club	12		26,7	
gemischt	2		4,4	
Eltern	8		17,8	
Gesamt	45		100,0	

## 6. Ergebnisse

Es sollen zunächst alle Ergebnisse rein deskriptiv wiedergegeben werden und erst im folgenden Kapitel mögliche Erklärungs- und Interpretationsansätze geliefert werden.

### 6.1 Häufigkeiten

#### 6.1.1 Beratungsanlässe, Diagnosen, Interventionsformen

Aus dieser ersten Tabelle lässt sich entnehmen, dass über ein Drittel der Klienten mit zwei Beratungsanlässen eine sportpsychologische Beratung aufsuchte, 14% aus einem Anlass, 9% aus drei Anlässen und 6% aus vier verschiedenen. Aus dieser Tabelle geht jedoch nicht hervor, ob oder inwiefern die Beratungsanlässe den Klienten vor Beginn der Beratung ersichtlich waren, oder ob sich diese im Verlauf des Erstgesprächs oder der Beratung herauskristallisiert haben.

**Tabelle 4:** Häufigkeiten und Prozentwerte der Beratungsanlässe, Diagnosen und Interventionsformen aller Klienten  $N=45$

	<b>n</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>
<b>Beratungsanlässe</b>	1	14	31,1
	2	16	35,6
	3	9	20,0
	4	6	13,3
<b>Diagnosen</b>	0	29	64,4
	1	11	24,4
	2	3	6,7
	3	2	4,4
<b>Interventionen</b>	1	5	11,1
	2	11	24,4
	3	10	22,2
	4	13	28,9
	5	2	4,4
	6	2	4,4
	7	1	2,2
	8	1	2,2

Ungefähr ein Drittel aller Klienten wies eine Symptomatik auf, die den diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung (im Sinne der ICD-10) genügte. 40% aller Klienten erhielten **eine** klinische Diagnose, bei drei Klienten waren es **zwei** verschiedene und bei zwei Klienten **drei** verschiedenen Diagnosen. Bei 87% aller Klienten wurden vier oder weniger

verschiedenen Interventionsformen angewendet. Bei sechs Klienten wurden fünf oder mehr Interventionsformen im Laufe der Beratung angewendet, wobei bei jeweils einem Patient die Anwendung von sieben bzw. acht Interventionsformen nötig war.

### 6.1.2 Sportarten

Folgende Tabelle zeigt die Häufigkeiten der betreuten Sportarten auf. 29% (n=13) waren Fußballspieler. Bis auf ein Tanzpaar waren alle anderen Individualsportler (n= 30) aus elf verschiedenen Sportarten. Bis auf einen Fall wurden alle Fußballspieler im Rahmen einer Teambetreuung beraten. Von der 24-köpfigen Mannschaft haben zwölf sich für eine (freiwillige) sportpsychologische Beratung entschieden. Aus diesem Grund sollte die Häufigkeit der Sportart Fußball an den anderen Sportarten entsprechend relativiert werden.

**Tabelle 5:** Häufigkeit der Sportarten

	Häufigkeit	Prozent
Fußball	13	28,9
MTB	12	26,7
Skispringen	1	2,2
Radsport	1	2,2
Ski alpin	2	4,4
Schwimmen	1	2,2
Tennis	4	8,9
Boxen	1	2,2
Rollkunstlauf	2	4,4
Tischtennis	1	2,2
Motorsport	1	2,2
Leichtathletik	4	8,9
Tanz	2	4,4
Gesamt	45	100,0

### 6.1.3 Erstkontakt

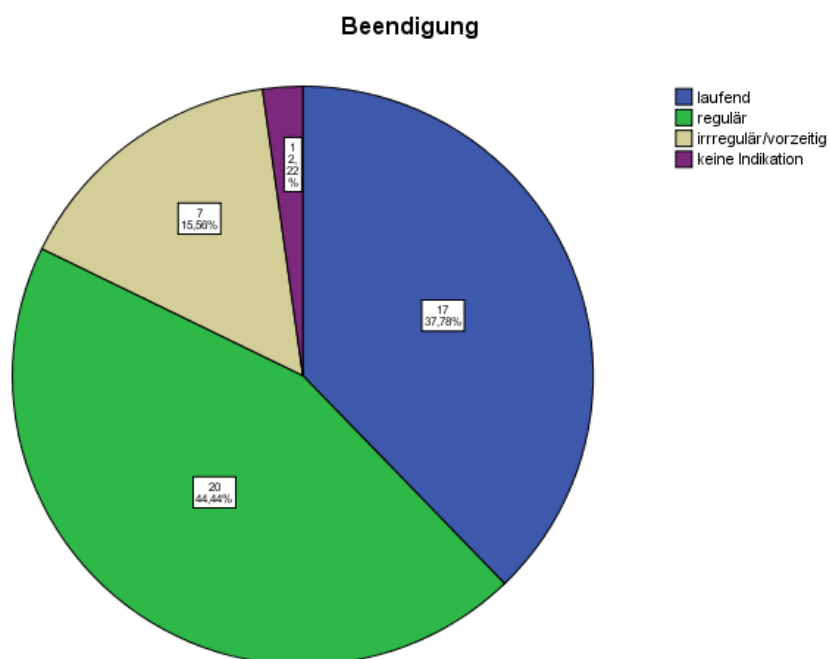
Aus Tabelle 6 wird ersichtlich, dass der Erstkontakt überwiegend aus eigener Initiative erfolgte (53%, n=24 der Fälle). In 16% der Fälle (n=7) haben die Eltern das Erstgespräch initiiert. Von diesen 16% waren alle zum Zeitpunkt des Erstkontaktes jünger als 18 Jahre.

**Tabelle 6:** Häufigkeit des Verantwortlichen für den Erstkontakt

	Häufigkeit	Prozent
OSP	2	4,4
Trainer	4	8,9
Eltern	7	15,6
Selbst	24	53,3
Teammanager	3	6,7
Arzt	2	4,4
Sonstiges	3	6,7
Gesamt	45	100,0

#### 6.1.4 Beendigung

Abbildung 2 zeigt die Häufigkeiten der Arten der Beendigung auf. 38% der Fälle befinden sich noch in einer Beratung oder Behandlung, fast die Hälfte, also 44% der Fälle wurde regulär beendet. Das bedeutet, dass in beidseitiger Übereinstimmung die Beratung beendet wurde, weil entweder die formulierten Ziele erreicht worden sind, oder eine Fortsetzung der Behandlung nicht mehr erwünscht oder notwendig war. 16% der Klienten hat ohne ein abschließendes Beendigungsgespräch abgebrochen. Nur bei einem Fall gab es nach einem Erstgespräch keine weiteren Sitzungen mehr, da weder vom Sportpsychologen noch vom Klienten eine Notwendigkeit dafür gesehen wurde.

**Abbildung 2:** Häufigkeiten der Art der Beendigung



## 6.2 Nennungen bei Kategorien mit Mehrfachantworten

### 6.2.1 Nennungen der Beratungsanlässe

Es verteilen sich 97 Beratungsanlässe auf 45 Klienten. Im Durchschnitt formulierte jeder Klient 2,15 Beratungsanlässe. Unter *Entwicklung persönlicher Ressourcen* als „Restkategorie“ fallen die meisten Nennungen (n=21). Unter dieser Kategorie wurden verschiedene Beratungsanlässe zusammengefasst: Probleme in der Partnerschaft, Heimweh, problematisches Umfeld, soziale Probleme.

Der zweithäufigste Behandlungsanlass ist *Karriereplanung und –Übergänge*, mit 19 Nennungen.

**Tabelle 7:** Nennungen der Beratungsanlässe

Beratungsanlass	Antworten	
	N	Prozent
Wettkampfangst	10	10,3%
Sportverletzung	5	5,2%
Trainings-Wettkampf	12	12,4%
Diskrepanz		
Athlet-Trainer Interaktion	2	2,1%
Psychosomatische Symptome	8	8,2%
Burn-out/Formtief	4	4,1%
Prävention		
Entwicklung persönlicher Ressourcen	21	21,6%
Karriereplanung und -Übergänge	19	19,6%
Verbesserung technischer/taktischer Fertigkeiten	2	2,1%
Schwere körp. Erkrankung	4	4,1%
Doping-Prävention	3	3,1%
Ärgermanagement	5	5,2%
psychische Erkrankung	2	2,1%
Gesamt	97	100,0%

### 6.2.2 Nennungen der klinischen Diagnosen

Die 23 genannten Diagnosen verteilen sich auf die 16 Klienten, bei denen mindestens eine klinische Diagnose erfolgte. Die Kategorie *Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* hat mit vier Nennungen die größte Häufigkeit. Diese Kategorie umfasst die Klienten, die zum Beispiel nach einer schwerwiegenden Verletzung oder Krankheit eine Anpassungsstörung entwickelt haben. Die Kategorien *Angststörung* und *nichtorganische Schlafstörung* haben mit jeweils drei Nennungen die zweitgrößten Häufigkeiten.

**Tabelle 8:** Nennungen der klinischen Diagnosen

Diagnose	Antworten	
	N	Prozent
depressive Episoden	2	8,7%
Angststörung	3	13,0%
Zwangstörung	1	4,3%
Persönlichkeitsstörung	1	4,3%
Anpassungsstörung	3	13,0%
nichtorganische Schlafstörung	3	13,0%
Bulimie	1	4,3%
Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4	17,4%
sexuelle Funktionsstörung	1	4,3%
sportspezifische Leistungsstörung	4	17,4%
ADS	2	8,7%
Gesamt	23	100,0%

### 6.2.3 Nennung der Interventionsformen

Die Interventionsformen *Psychoedukation* und *kognitive Verfahren* haben mit jeweils 27 und 26 Nennungen die mit Abstand größten Häufigkeiten. Dies bedeutet, dass bei 60% aller Klienten *Psychoedukation* eingesetzt wurde, und bei 58% *kognitive Verfahren*, zum Beispiel die Erstellung von Selbstbeobachtungsprotokollen mit anschließender kognitiver Umstrukturierung. Das *Selbstinstruktionstraining* steht mit einer Anwendungshäufigkeit von 38% an dritter Stelle. Die am wenigsten eingesetzten Verfahren sind *körperorientierte Verfahren* und *Paartherapie* mit einer Anwendung von 4%, also bei jeweils zwei Fällen.

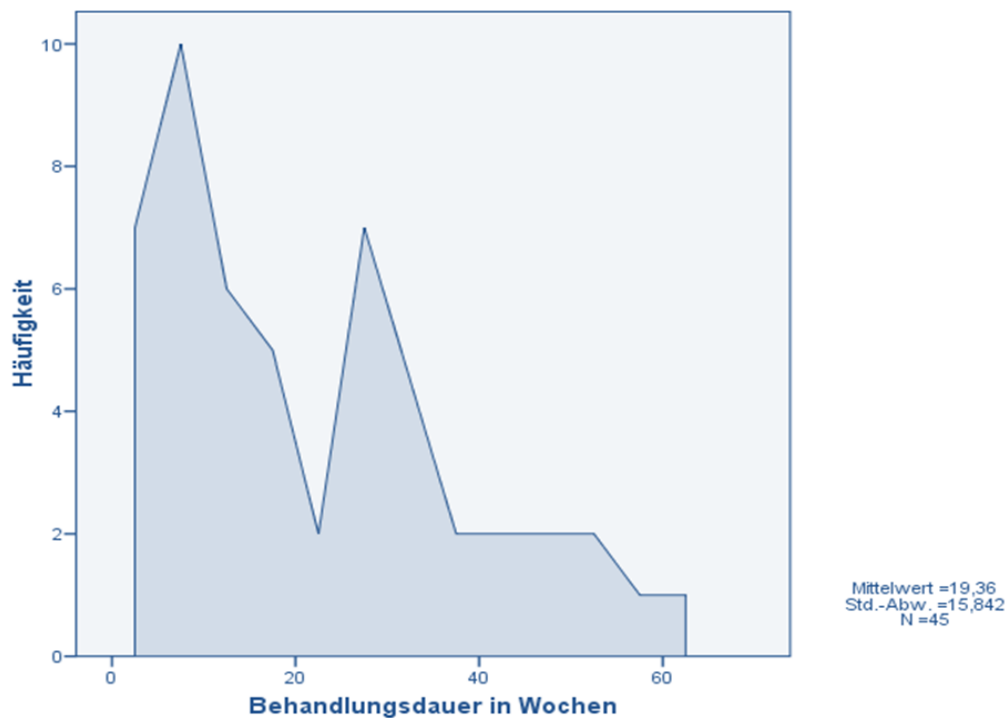
**Tabelle 9:** *Nennungen der Interventionsformen*

<b>Intervention</b>	<b>Antworten</b>	
	<b>n</b>	<b>Prozent</b>
sonstige	3	2,1%
Konfrontationsverfahren		
sonstige operante	3	2,1%
Verfahren		
kognitive Verfahren	26	17,8%
imaginative	8	5,5%
Verfahren/Mentales Tr.		
Entspannungsverfahren	9	6,2%
Paartherapie	2	1,4%
Familientherapie	5	3,4%
Training soz. Komp.	6	4,1%
Rollenspiele	4	2,7%
Kommunikationstraining	10	6,8%
Selbstinstruktionstraining	17	11,6%
Körperorientierte Verfahren	2	1,4%
Schematherapie	6	4,1%
Wettkampfsimulation	7	4,8%
Psychoedukation	27	18,5%
Zielsetzungstraining	11	7,5%
<b>Gesamt</b>	<b>146</b>	<b>100,0%</b>

## 6.3 Angaben zum Beratungsumfang

### 6.3.1 Behandlungsdauer

Abbildung 3 zeigt die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Fälle. Das Minimum liegt bei einer Woche, das Maximum befindet sich bei 64 Wochen. Die durchschnittliche Beratungsdauer beträgt 19 Wochen.

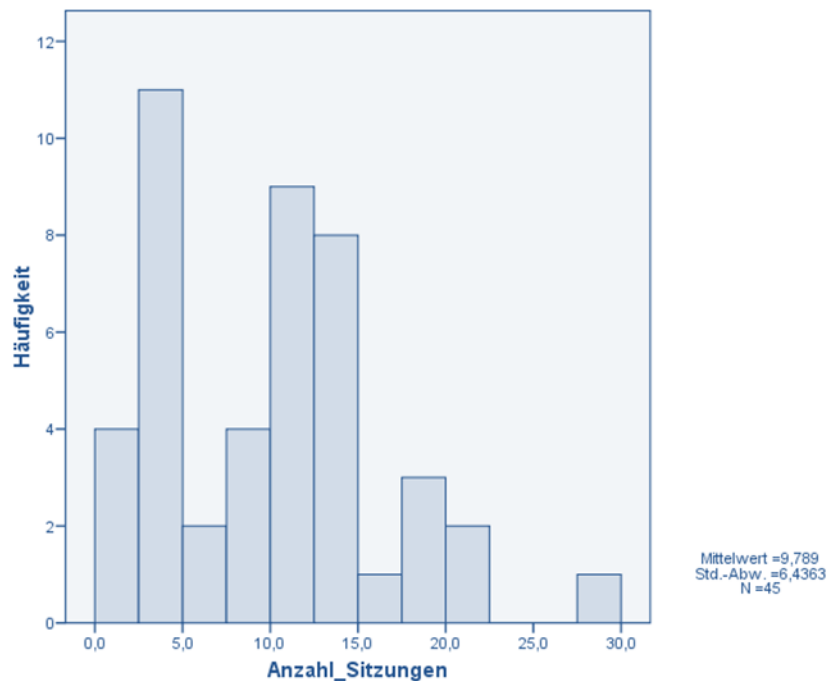


**Abbildung 3:** Durchschnittliche Behandlungsdauer in Wochen

### 6.3.2 Anzahl der Sitzungen

Abbildung 4 zeigt die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen jedes Klienten. Der Mittelwert beträgt 10 Stunden, mit einem Minimum von einer Stunde und einem Maximum von 30 Stunden<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Der Stand der Daten ist Juni 2009.



*Abbildung 4: Durchschnittliche Anzahl der Sitzungen in Stunden*

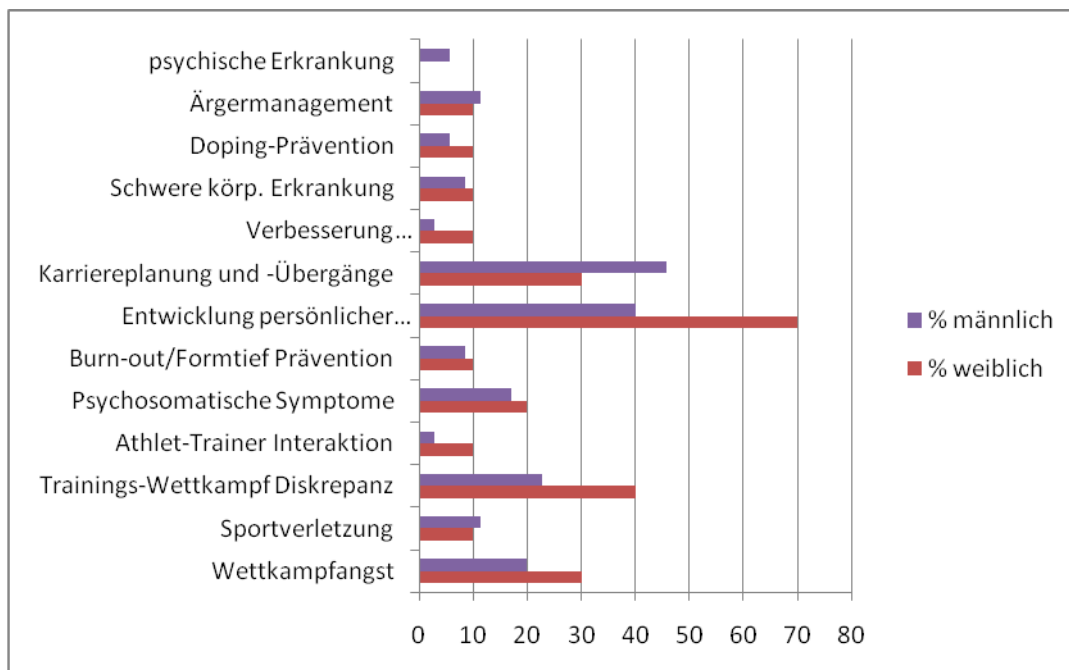
## 6.4 Unterschiede zwischen diversen Gruppen

Im Folgenden werden die Ergebnisse verschiedener Kreuztabellen vorgestellt, um eventuelle Unterschiede bei den Beratungsanlässen, Interventionen und Diagnosen zwischen verschiedenen Gruppen zu untersuchen. Es wird zunächst überprüft, ob es Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Klienten, zwischen den verschiedenen Altersklassen (minderjährig und volljährig zum Zeitpunkt des Erstkontaktes) und zwischen individual- und Mannschaftsportlern in den genannten Kategorien gibt.

## 6.4.1 Unterschiede zwischen den Geschlechtern

### 6.4.1.1 Häufigkeiten von Beratungsanlässen

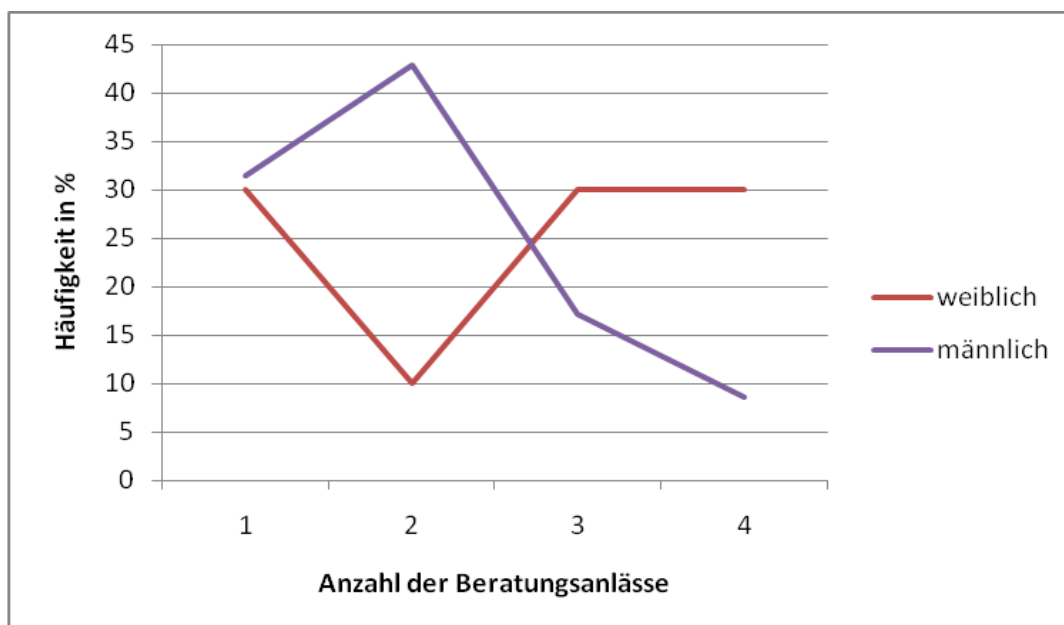
Bei den weiblichen Klienten erkennt man, dass die *Entwicklung persönlicher Ressourcen* mit einer Nennung von 70% (n=7) die deutliche Mehrheit an Behandlungsanlässen ausmacht. Die *Trainings-Wettkampf Diskrepanz* ist mit vier Nennungen der zweithäufigste Beratungsgrund bei den weiblichen Klienten. Die Kategorien *Wettkampfangst* und *Karriereplanung und –Übergänge* wurden jeweils drei Mal genannt. Bei den männlichen Klienten ist der häufigste Beratungsanlass die Kategorie *Karriereplanung- und Übergänge*, nämlich bei 46% (n=16) aller Klienten. Die bei den weiblichen Klienten am häufigsten auftretende Kategorie steht bei den männlichen Klienten an zweiter Stelle, mit einer Häufigkeit von 40% (n=14). Die Kategorien *Trainings-Wettkampf Diskrepanz*, *Wettkampfangst* und *psychosomatische Symptome* wurden ebenfalls mehrfach genannt und bewegen sich in einem Intervall zwischen 17% (n=6) und 23% (n=8). Der einzige Behandlungsanlass, der nur bei männlichen Klienten genannt ist die Kategorie *Psychische Erkrankungen*, die bei zwei Klienten angegeben wurde.



**Abbildung 5:** Häufigkeiten von Beratungsanlässen nach Geschlecht in Prozentwerten

#### 6.4.1.2 Anzahl von Beratungsanlässen

Folgendes Diagramm untersucht, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Anzahl der Behandlungsanlässe gibt. Bei den weiblichen Klienten kommen mit Ausnahme der Kategorie *zwei Behandlungsanlässe* (10%, n=1) alle anderen Kategorien drei Mal vor (30%). Nur bei einer Patientin gab es zwei Behandlungsanlässe. Bei den männlichen Klienten ist das Bild weit weniger homogen. Die Mehrheit der Klienten wurde aus zwei verschiedenen Beratungsanlässen behandelt, und bei fast drei Viertel (74%, n=26) aller männlichen Klienten waren es zwei Beratungsanlässe oder weniger. Im Vergleich kann man also sehen, dass deutlich mehr Frauen (60%, n=6) als Männer (26%, n=9) drei oder vier verschiedene Beratungsanlässe angegeben haben. Tendenziell ist es demnach möglich zu behaupten, dass männliche Klienten eher aus einem bestimmten Grund eine sportpsychologische Beratung aufgesucht haben, als Frauen. Bei diesen scheinen eher diverse Faktoren dazu beizutragen. Folgendes Diagramm soll diese Tendenz verdeutlichen.

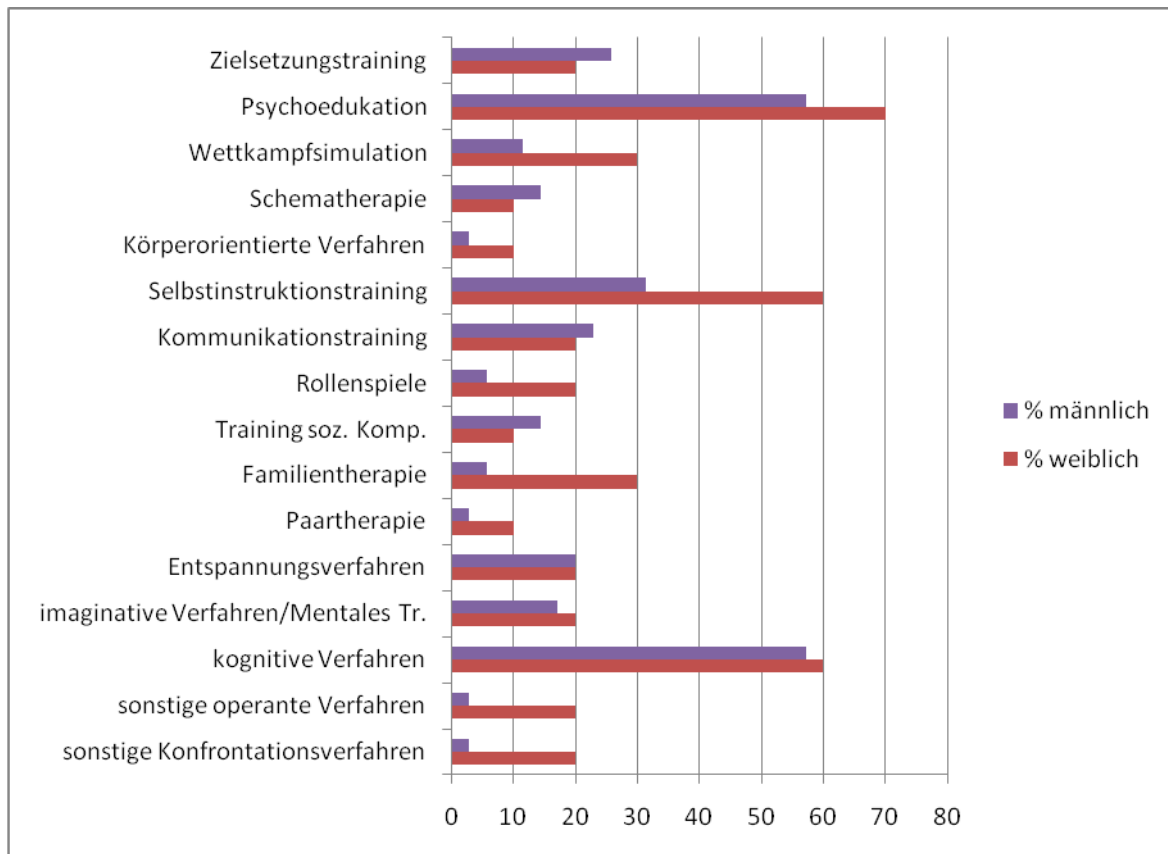


**Abbildung 6:** Anzahl der Beratungsanlässe nach Geschlecht in Prozentwerten

#### 6.4.1.3 Häufigkeiten von Interventionsformen

Bei den weiblichen Klienten sind die Häufigsten Interventionsformen die *Psychoedukation* an erster Stelle mit einer Anwendung bei 70% der Fälle (n=7), gefolgt von den Kategorien *kognitive Verfahren* und *Selbstinstruktionstraining* mit einer Anwendung bei jeweils 60%

(n=6) aller Fälle. Bei den männlichen Klienten sind die Interventionsformen *Psychoedukation* und *kognitive Verfahren* mit einer Anwendung bei jeweils 57% (n=20) aller Fälle die häufigsten Kategorien. Es gibt demnach bei der Häufigkeit der angewandten Interventionsformen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Alle Interventionsformen wurden bei beiden Geschlechtern angewendet.

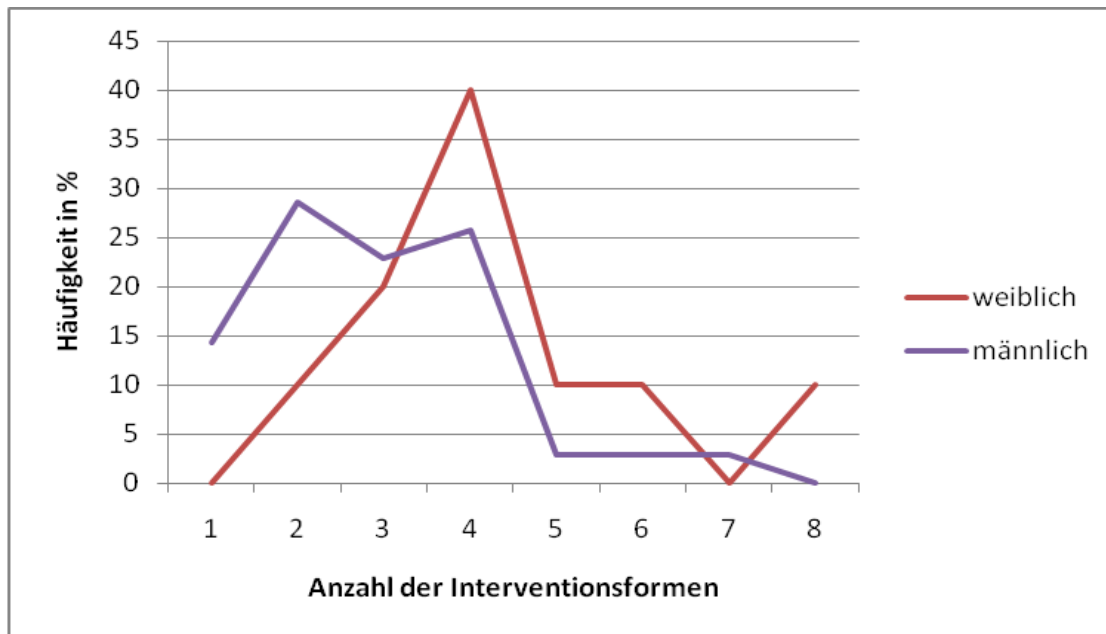


**Abbildung 7:** Häufigkeiten von Interventionsformen nach Geschlecht in Prozentwerten

#### 6.4.1.4 Anzahl von Interventionsformen

Der Anteil von weiblichen Klienten, die mit drei Interventionsformen oder weniger behandelt wurde, beträgt 30% (n=3). Bei den männlichen Klienten liegt dieser Anteil bei 66% (n=32). Bei beiden Geschlechtern ist die Behandlung durch vier verschiedene Interventionsformen die häufigste Kategorie. So sind es 30% (n=3) aller Frauen, bei denen fünf oder mehr Interventionsformen angewendet wurden. Nur bei 9% (n=3) der Männer ist dies der Fall. Man sieht also eine klare Tendenz, die männlichen Klienten mit weniger und die weiblichen Klienten mit mehr Interventionsformen zu behandeln. Diese Tendenz wird in Abbildung 8 veranschaulicht.

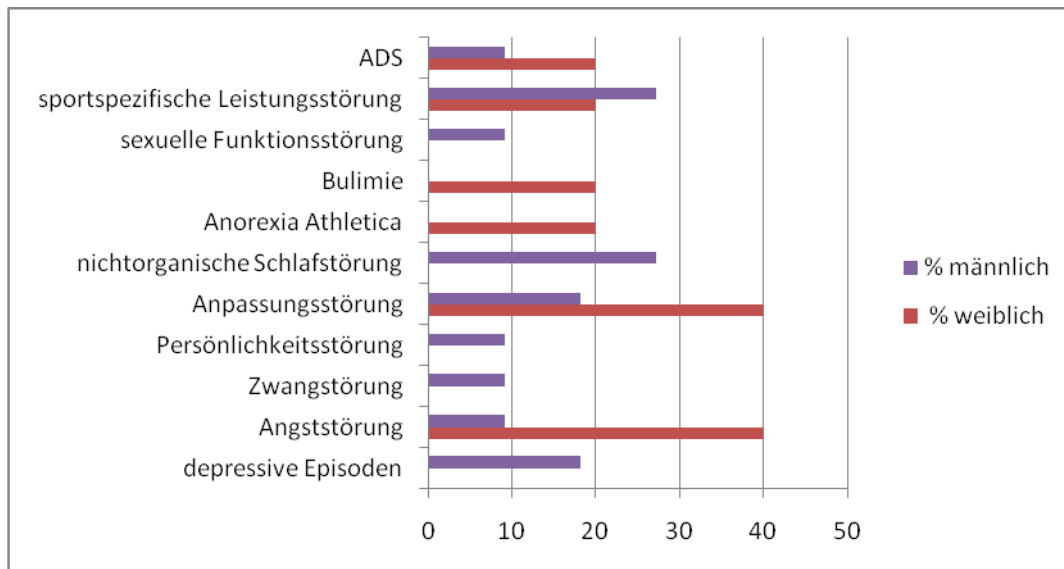




**Abbildung 8:** Anzahl von Interventionsformen in Prozentwerten

#### 6.4.1.5 Häufigkeiten klinischer Diagnosen

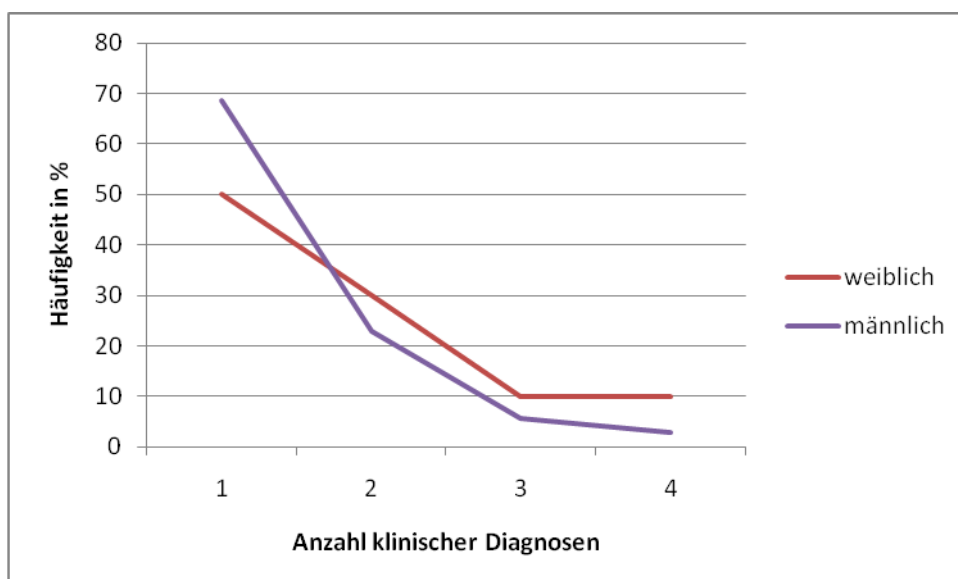
Von den elf verschiedenen klinischen Diagnosen gibt es zwei, die nur bei den weiblichen Klienten, und fünf Diagnosen, die nur bei den männlichen Klienten gestellt wurden. Bei den Frauen waren diese Diagnosen die Essstörungen *Bulimie* und *Anorexia Athletica*. Bei den Männern waren es die Diagnosen *sexuelle Funktionsstörung*, *nichtorganische Schlafstörung*, *Persönlichkeitsstörung*, *Zwangstörung* und *depressive Episoden*. Die Diagnosen mit der größten Häufigkeit waren die *Anpassungsstörung* und die *sportspezifischen Leistungsstörungen* mit jeweils vier Nennungen.



**Abbildung 9:** Häufigkeiten klinischer Diagnosen in Prozentwerten

#### 6.4.1.6 Anzahl klinischer Diagnosen

50% (n=5) der weiblichen Klienten erhielt eine klinische Diagnose, bei den männlichen Klienten war dies nur bei 31% (n=11) der Fall. Eine Diagnose wurde bei einer weiblichen und acht männlichen Klienten festgestellt, zwei Diagnosen bei einer Klientin und zwei Klienten. Nur jeweils eine weiblicher und ein männlicher Klient erhielten drei verschiedene klinische Diagnosen.

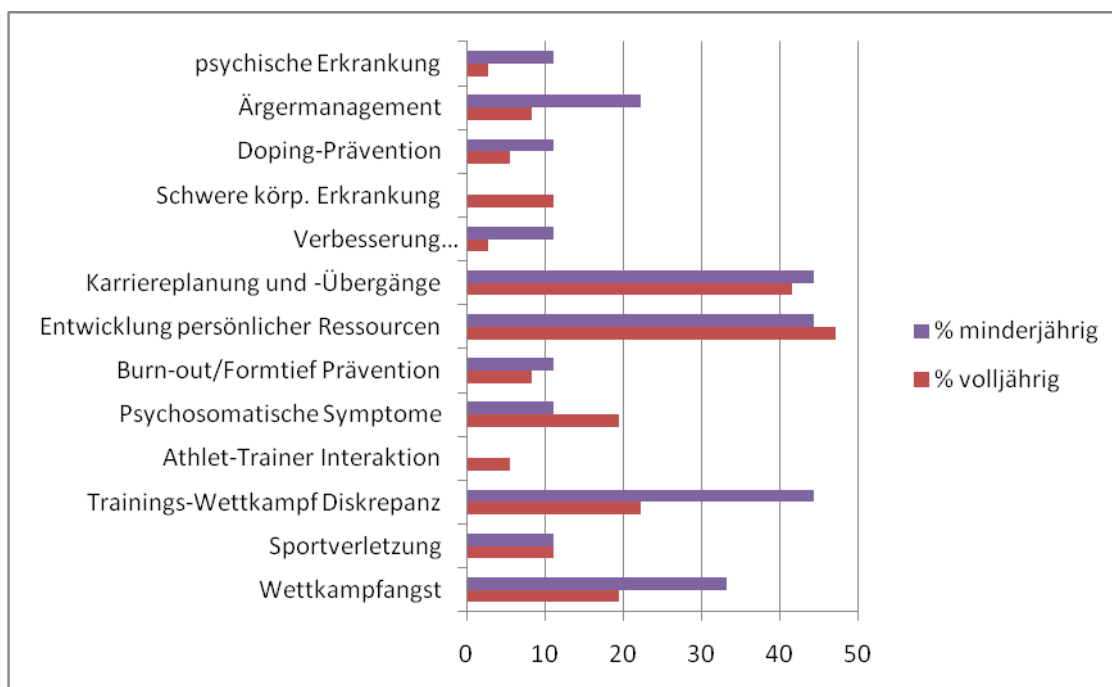


**Abbildung 10:** Anzahl klinischer Diagnosen nach Geschlecht in Prozentwerten

## 6.4.2 Unterschiede zwischen Altersklassen

### 6.4.2.1 Häufigkeiten von Beratungsanlässen

Die beiden häufigsten Beratungsanlässe waren *Entwicklung persönlicher Ressourcen* und *Karriereplanung und -Übergänge*, sowohl bei den unter, als auch bei den über 18-jährigen Klienten. Bei der älteren Altersklasse (mindestens 18 Jahre zum Zeitpunkt des Erstkontaktes, max. 46 Jahre) beträgt erstere Kategorie 47% (n=15) und die zweite 42% (n=15). Bei den minderjährigen Klienten haben beide Kategorien eine Häufigkeit von 44% (jeweils n=4). Bei dieser Altersklasse kommt die *Trainings- Wettkampf Diskrepanz* mit ebenfalls 44% zu den häufigsten Beratungsgründen hinzu. Die Kategorien *Athlet-Trainer Interaktion* und *schwere körperliche Erkrankung* treten nur bei volljährigen Klienten auf.



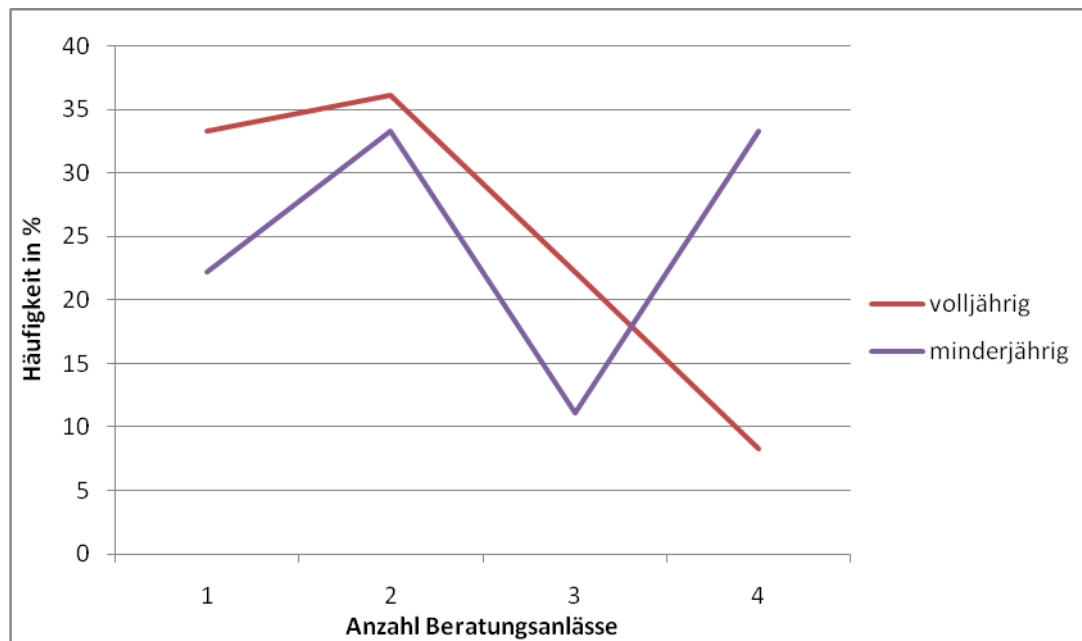
**Abbildung 11:** Häufigkeiten von Beratungsanlässen nach Altersklasse in Prozentwerten

### 6.4.2.2 Anzahl von Beratungsanlässen

Folgende Tabelle zeigt, dass es altersspezifische Unterschiede bei der Anzahl der Beratungsanlässe gibt. Bei den minderjährigen Klienten ist die Verteilung relativ ausgeglichen, mit jeweils drei Nennungen bei **zwei** und **vier** verschiedenen Beratungsanlässen. Nur bei einem minderjährigen Patient gab es **drei** Beratungsanlässe.

Bei den volljährigen Klienten ist eine deutliche Tendenz zu weniger Behandlungsanlässen erkennbar. Die am häufigsten vorkommende Kategorie bei den volljährigen Klienten ist **zwei** Behandlungsanlässe bei 36% (n=13). Bei über einem Drittel (69% n=25) aller volljährigen Klienten waren es zwei Beratungsanlässe oder weniger.

Vier verschiedene Beratungsanlässe gab es deutlich öfter bei der jüngeren Altersklasse mit 33% (n=3) als bei der älteren mit nur 8% (n=3).

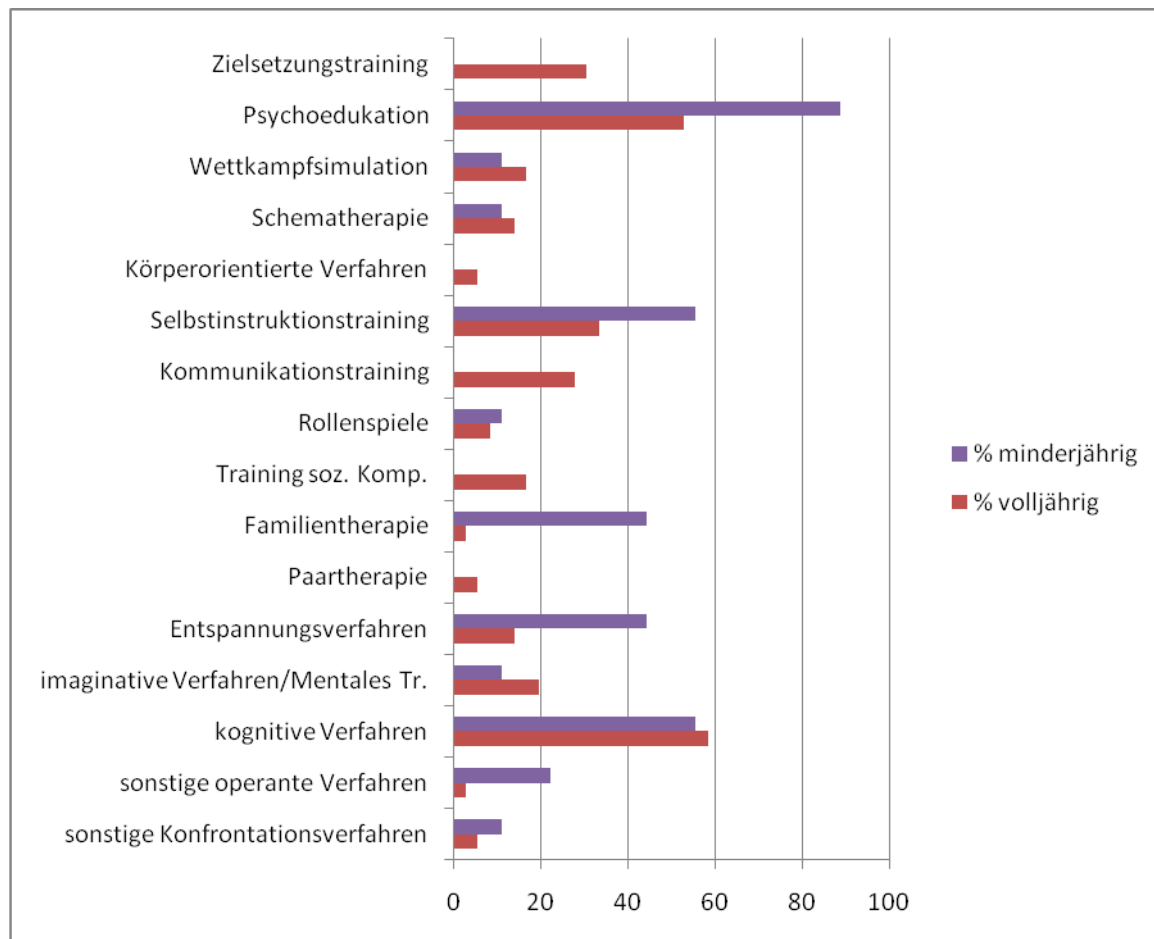


**Abbildung 12:** Anzahl von Beratungsanlässen in Prozentwerten

#### 6.4.2.3 Häufigkeiten von Interventionsformen

Bei den minderjährigen Klienten ist die häufigste Interventionsform die *Psychoedukation* mit einer Anwendung bei 89% (n=8) aller Fälle, gefolgt von den Kategorien *kognitive Verfahren* und *Selbstinstruktionstraining* mit einer Anwendung bei jeweils 56% aller Fälle. Bei den volljährigen Klienten sind die Interventionsformen *kognitive Verfahren* und *Psychoedukation* mit einer Anwendung bei 58% und 53% aller Fälle die häufigsten Kategorien. Obwohl die Kategorie *Psychoedukation* bei beiden Altersklassen die jeweils häufigste oder zweithäufigste Interventionsform ist, wurde sie bei den minderjährigen Klienten bei nahezu allen Fällen angewendet allerdings nur bei knapp über der Hälfte aller volljährigen Klienten. Aus nachvollziehbaren Gründen tritt die Kategorie *Paartherapie* bei den minderjährigen Klienten nicht auf. Die *familientherapeutische Verfahren* wurde in 44% aller Fälle bei der jüngeren Altersklasse angewendet, im Gegensatz dazu nur bei einem Fall der älteren Altersklasse. Das

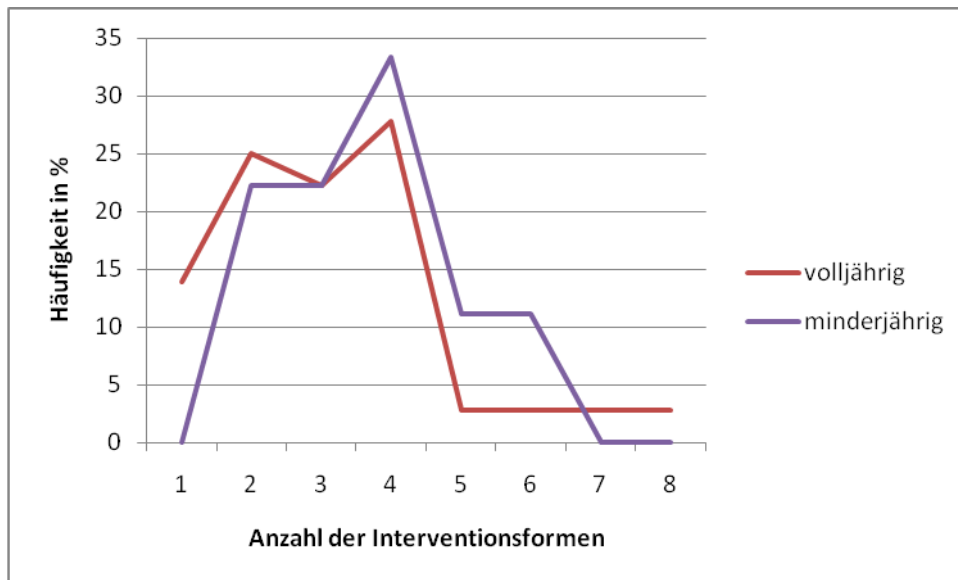
*Training sozialer Kompetenzen, das Kommunikationstraining und die körperorientierten Verfahren* wurden ebenfalls nur bei volljährigen Klienten angewendet.



**Abbildung 13:** Häufigkeiten von Interventionsformen nach Altersklasse in Prozentwerten

#### 6.4.2.4 Anzahl von Interventionsformen

Bei beiden Altersklassen ist die Behandlung durch vier verschiedene Interventionsformen die häufigste Kategorie mit jeweils 28% (n=10) bei den Volljährigen und 33% (n=8) bei den Minderjährigen.

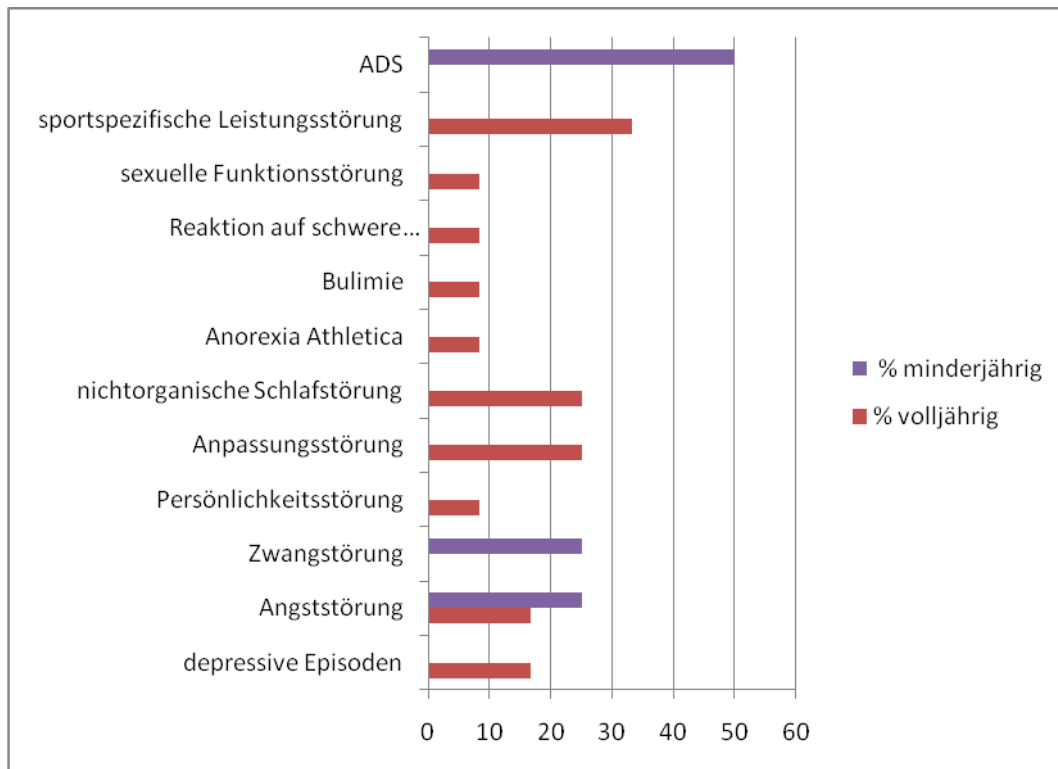


**Abbildung 14:** Anzahl von Interventionsformen nach Altersklasse in Prozentwerten

Bei letzterer Altersklasse liegen alle Fälle zwischen zwei und sechs Interventionsformen, wogegen bei den volljährigen Klienten alle Kategorien mindestens ein Mal vorgekommen sind. Bei beiden Altersklassen wurde die Mehrheit der Fälle mit vier oder weniger Interventionsformen behandelt. Bei den Minderjährigen war es 78% (n=7) und bei den Volljährigen gar 89% (n=32). Es gibt also keine signifikanten altersspezifische Unterschiede bei der Anwendung verschiedener Interventionsformen. Dieses wird in Abbildung 14 dargestellt.

#### 6.4.2.5 Häufigkeiten klinischer Diagnosen

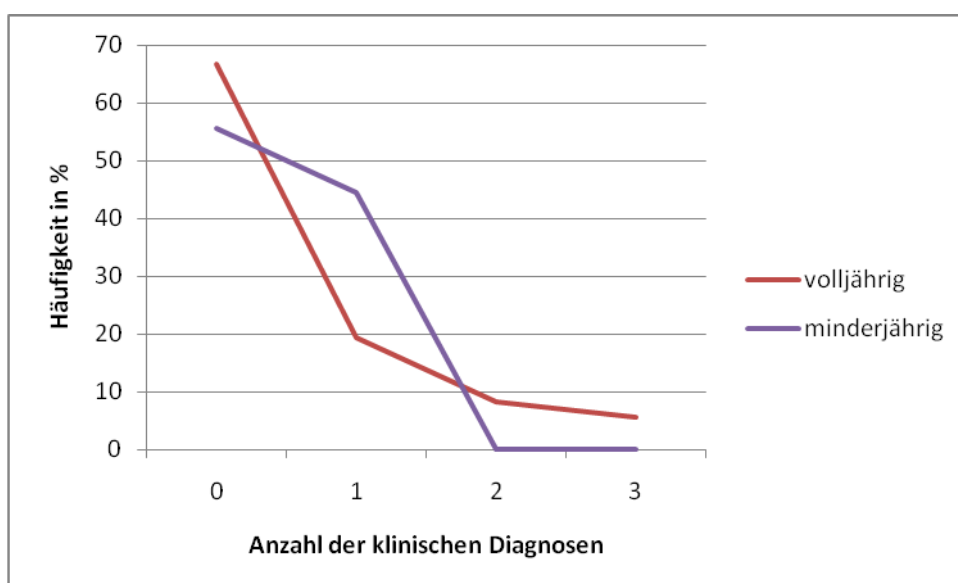
Bei den minderjährigen Klienten wurden drei der zwölf verschiedenen klinischen Diagnosen vergeben: *Angststörung*, *Zwangstörung* und *ADS*. Die beiden letzten Kategorien treten auch ausschließlich bei dieser Altersklasse auf. Die Kategorie mit der größten Häufigkeit bei den volljährigen Klienten ist die Diagnose *sportspezifische Leistungsstörung* mit vier Nennungen, gefolgt von den Diagnosen *Anpassungsstörung* und *nichtorganische Schlafstörung* mit jeweils drei Nennungen.



**Abbildung 15:** Häufigkeiten klinischer Diagnosen nach Altersklasse in Prozentwerten

#### 6.4.2.6 Anzahl klinischer Diagnosen

Klinische Diagnosen traten bei 44% (n=4) der minderjährigen Klienten auf und bei 33% der volljährigen (n=12). Diese minderjährigen Klienten wiesen jeweils nur eine Diagnose auf, die volljährigen Klienten wiesen ein bis drei Diagnosen auf.



**Abbildung 16:** Anzahl klinischer Diagnosen nach Altersklasse in Prozentwerten

### 6.4.3 Unterschiede zwischen Individual- und Mannschaftssportlern<sup>4</sup>

#### 6.4.3.1 Häufigkeiten von Beratungsanlässen

Von den 13 auftretenden Beratungsanlässen kamen **acht** bei den Mannschaftssportlern vor. Die beiden häufigsten Kategorien sind auch in diesem Fall die Kategorien *Entwicklung persönlicher Ressourcen* und *Karriereplanung und -übergänge* mit einer Häufigkeit von 54% und 45%. Diese Kategorien sind auch bei den Individualsportlern, mit jeweils 40% und 43% häufig. Deutliche Unterschiede gibt es bei den Kategorien *Wettkampfangst* und *Trainings-Wettkampf Diskrepanz*, die bei den Individualsportlern in 30% und 37% der Fälle auftreten, aber bei den Mannschaftssportlern nur in jeweils 8% aller Fälle. *Ärgermanagement* ist hingegen bei den Mannschaftssportlern häufiger vorgekommen als bei den Individualsportlern mit jeweils 23% und 7%. Die Kategorien *Athlet-Trainer Interaktion*, *Psychosomatische Symptome*, *Burn-out/Formtief Prävention* und *Doping-Prävention* treten nur bei den Individualsportlern auf.

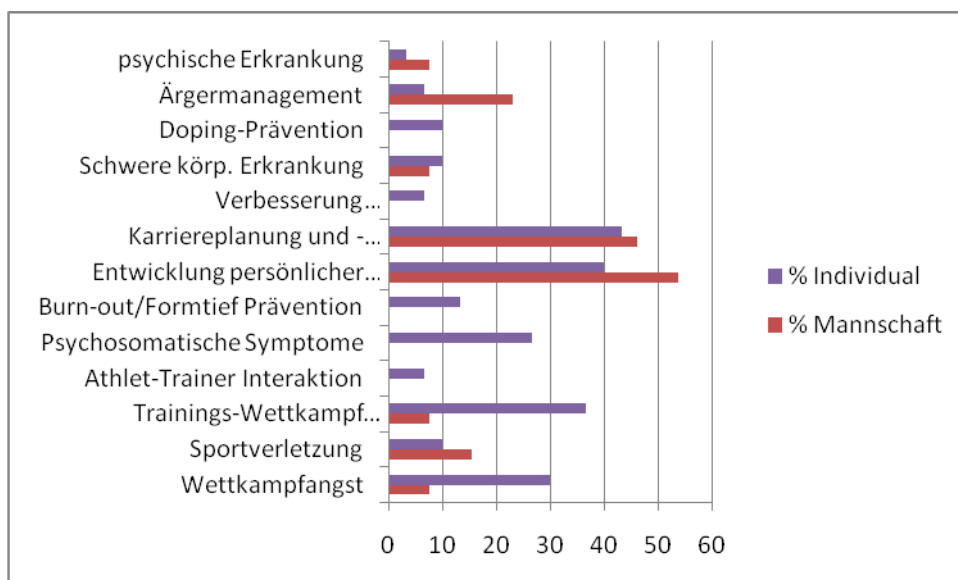


Abbildung 17: Häufigkeiten von Beratungsanlässen nach Altersklasse in Prozentwerten

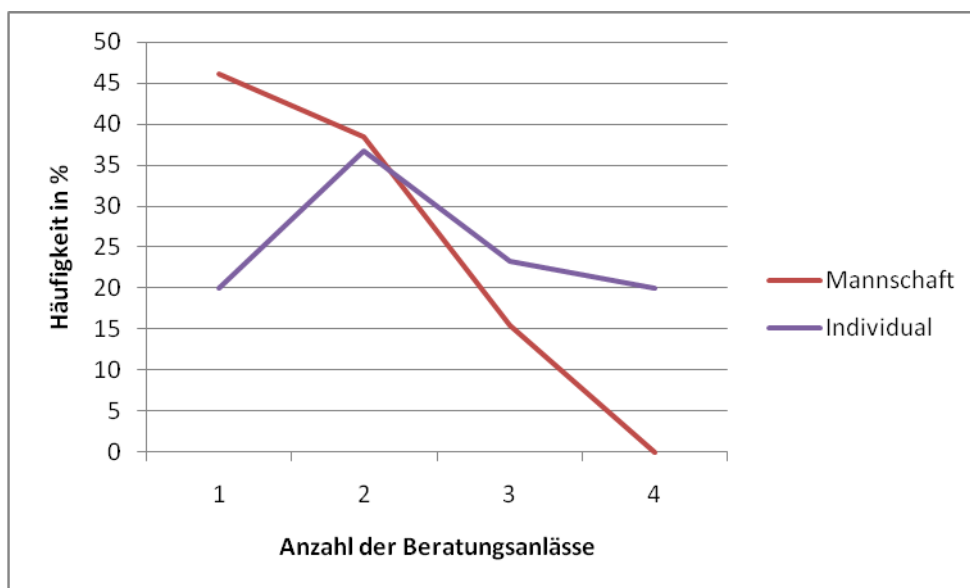
#### 6.4.3.2 Anzahl der Beratungsanlässe

Folgende Tabelle, ob es je nach Sportart Unterschiede bei der Anzahl von Behandlungsanlässen gibt. Auch hier kann man eine gleichmäßigere Verteilung bei den

<sup>4</sup> Bei dieser Einteilung werden die zwei Fälle, die der Kategorie „Paar“ zugeteilt wurden aus der Auswertung ausgeschlossen. Da diese als Paar behandelt wurden, sind die Informationen dieser Kategorie im Vergleich zu den Mannschaft- und Individualsportlern ohne Aussagekraft. Die Stichprobe beträgt nun N=43.



Individual- als bei den Mannschaftsportlern beobachten. Bei der ersten Gruppe (Individualsportlern) ist die Verteilung relativ ausgeglichen, mit je sechs, sieben und sechs Nennungen bei einem, drei und vier verschiedenen Behandlungsanlässen. Die häufigste Kategorie ist zwei *Beratungsanlässe* mit elf Nennungen. Abgesehen von diesem Höchstwert ist die Verteilung relativ normal. Anders sieht es bei den Mannschaftssportlern aus. Bei ihnen ist eine deutliche Tendenz zu weniger Behandlungsanlässen erkennbar. Fast die Hälfte aller Klienten dieser Sportarten (46%, n=6) gab einen Beratungsanlass an und 38% (n=5) zwei. Insgesamt suchten also 85% (n=11) der Mannschaftssportler aus zwei Anlässen oder weniger den Kontakt zum Sportpsychologen, wohingegen dieser Anteil bei den Individualsportlern nur 57% (n=17) ausmacht.



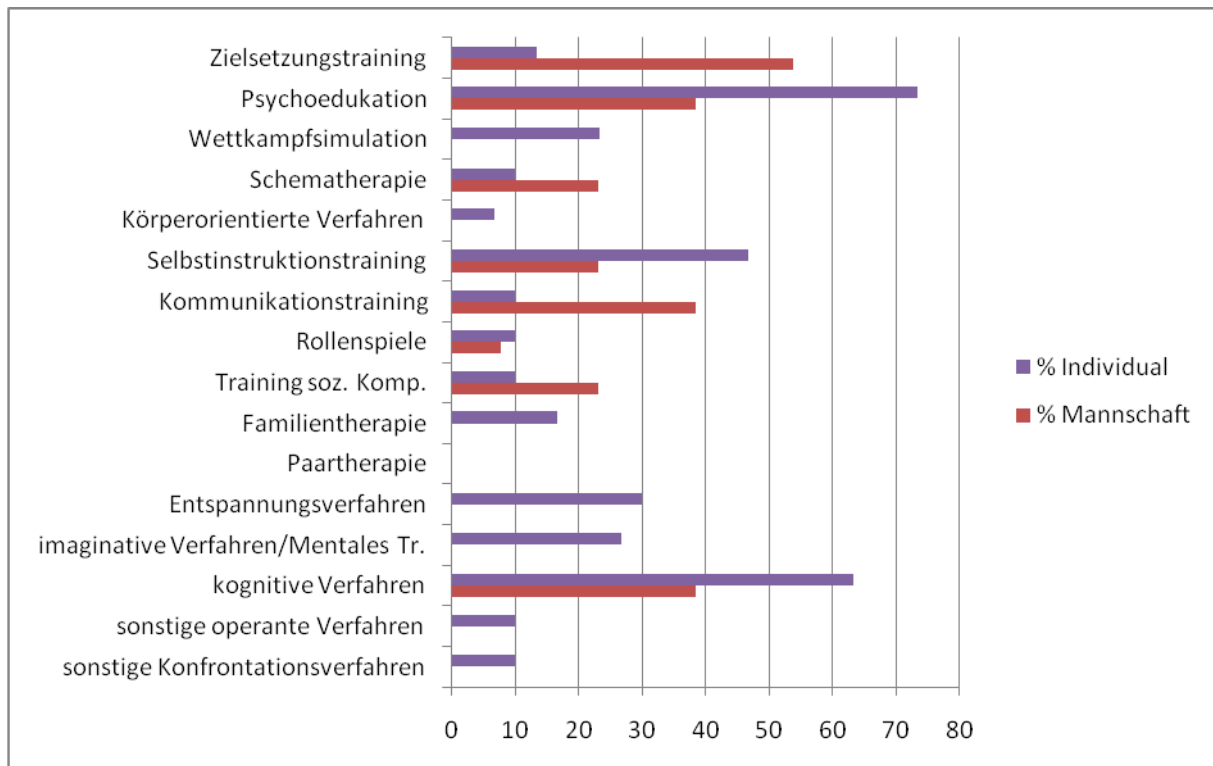
**Abbildung 18.:** Anzahl von Beratungsanlässen nach Altersklasse in Prozentwerten

#### 6.4.3.3 Häufigkeiten der Interventionsformen<sup>5</sup>

Bei den Mannschaftssportlern ist die häufigste Interventionsform das *Zielsetzungstraining* mit einer Anwendung bei 54% (n=7) aller Fälle, gefolgt von den Kategorien *kognitive Verfahren*, *Psychoedukation* und *Kommunikationstraining* mit einer Anwendung bei jeweils 38% (n=5) aller Fälle. Bei den Individualsportlern wurden die Interventionsformen *Psychoedukation*, *kognitive Verfahren* und *Selbstinstruktionstraining* mit 73% (n=22), 63% (n=19) und 47% (n=14) am häufigsten angewendet. Von den 15 Interventionsformen (die

<sup>5</sup> Die Interventionsform „Paartherapie“ wird in diesem Teil ausgeschlossen, da sie weder bei Individual- oder Mannschaftssportlern angewendet wurde.

Interventionsform *Paartherapie* ausgenommen) fanden bei den Mannschaftsportlern nur knapp über die Hälfte, also acht Interventionsformen Anwendung. Die Interventionsformen *sonstige Konfrontationsverfahren*, *sonstige operante Verfahren*, *imaginative Verfahren/mentales Training*, *Entspannungsverfahren*, *Familientherapie*, *körperorientierte Verfahren* und *Wettkampfsimulation* fanden nur bei den Individualsportlern Anwendung.

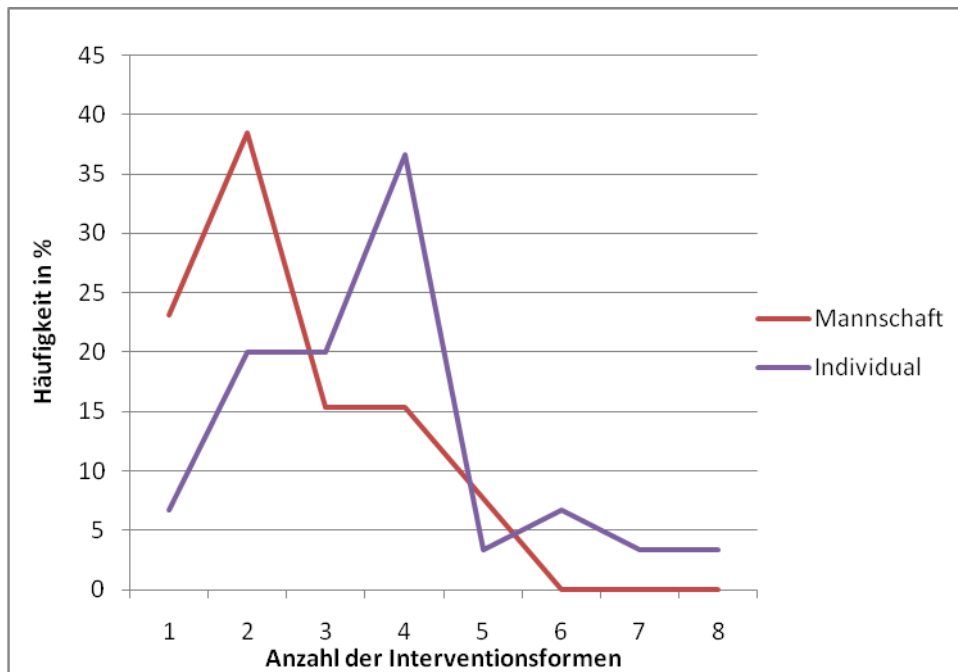


**Abbildung 19:** Häufigkeiten von Interventionsformen nach Sportart in Prozentwerten

#### 6.4.3.4 Anzahl der Interventionsformen

Bei den meisten Mannschaftssportlern 38% (n=5) wurden zwei Interventionsformen angewendet und höchstens fünf bei 3% (n=1).

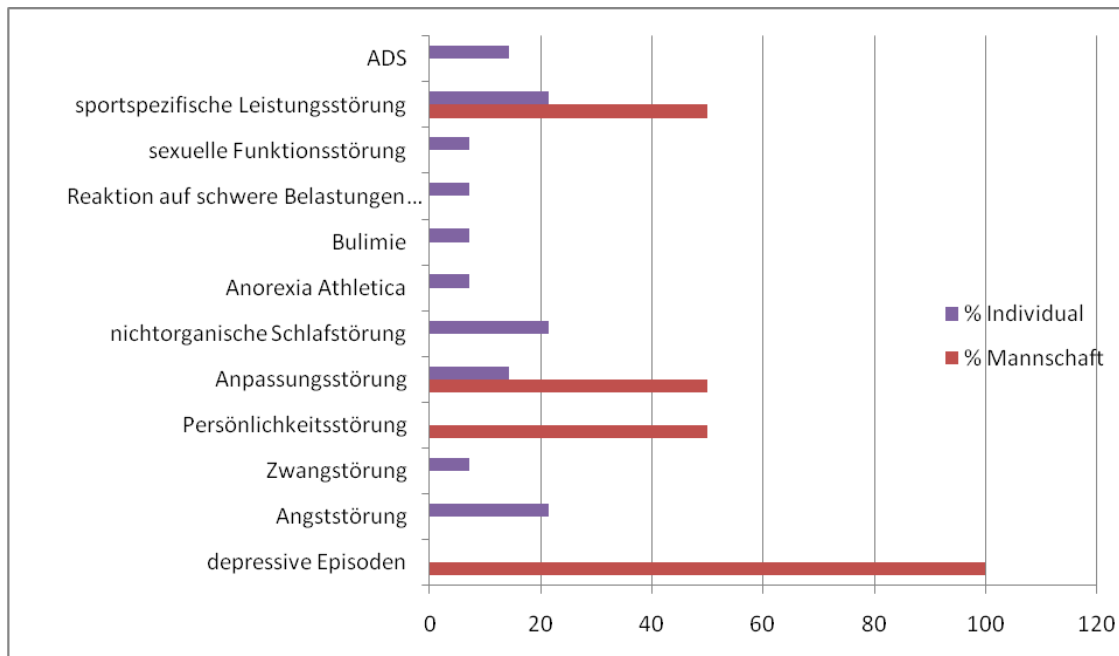
Bei den Individualsportlern wurden am häufigsten vier Interventionsformen angewendet. Auch in dieser Gruppe gibt es eine Tendenz zu weniger Interventionsformen, obwohl alle Kategorien mindestens ein Mal vorkommen. Bei beiden Gruppen wurde die Mehrheit der Fälle mit vier oder weniger Interventionsformen behandelt. Bei den Individualsportlern war es 83% (n=25) und bei den Mannschaftssportlern gar 92% (n=12).



**Abbildung 20:** Anzahl von Interventionsformen nach Sportart in Prozentwerten

#### 6.4.3.5 Häufigkeiten klinischer Diagnosen

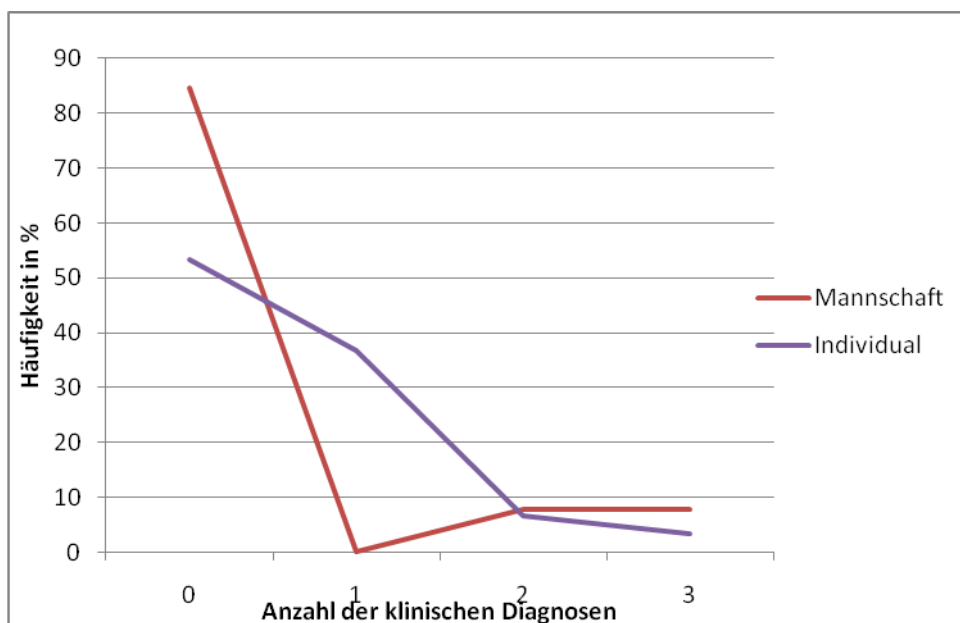
Bei den Mannschaftssportlern wurden **vier** Diagnosen vergeben: *sportspezifische Leistungsstörung*, *Anpassungsstörung*, *Persönlichkeitsstörung* und *depressive Episoden*. Die letzten beiden Kategorien treten allerdings ausschließlich bei den Mannschaftssportlern auf. Die Kategorien *sportspezifische Leistungsstörung* und *Anpassungsstörung* treten als einzige sowohl bei den Mannschafts- als auch bei den Individualsportlern auf. Alle anderen diagnostischen Kategorien treten nur in der Gruppe der Individualsportler auf.



**Abbildung 21.:** Häufigkeiten klinischer Diagnosen nach Sportart in Prozentwerten

#### 6.4.3.4 Anzahl klinischer Diagnosen

47% (n=14) der Individualsportler erhielt mindestens eine klinische Diagnose. 7% (n=2) erhielt genau **eine** und bei einem Klienten traten wurden **drei** Diagnosen vergeben. Bei den Mannschaftssportlern trat die Kategorie **eine** klinische Diagnose nicht auf. Es gab bei 85% (n=11) keine Diagnose, und bei jeweils einem Fall **zwei** und **drei** Diagnosen.



**Abbildung 22.:** Anzahl klinischer Diagnosen nach Sportart in Prozentwerten

## 7. Diskussion der Ergebnisse

### 7.1 Häufigkeiten der Sportarten

Dass die häufigste Sportart *Fußball* ist, wurde damit begründet, dass die Betreuung der meisten Fälle dieser Sportart (11 von 12) im Rahmen einer Teambetreuung stattfand. Die mit Abstand zweitgrößte Sportart ist Mountainbike (n=12), zusammen mit Radsport allgemein (n=1) also 13 Fälle. Da der Sportpsychologe des Olympiastützpunktes Freiburg-Schwarzwald selbst im Radsport aktiv ist, würde die Aussage unterstützen, dass ein umfangreiches, sportspezifisches Wissen über die eigene Sportart von den Klienten sehr erwünscht ist. Die Frage nach dem sportspezifischen Wissen wurde bereits im Kapitel „Ausbildung zum Sportpsychologen“ angerissen, und wird durch diesen Befund unterstreicht. Die Ergebnisse von Droste et al. (2009) und Lubker et al. (2008) sehen ebenfalls die Kenntnisse der jeweiligen Sportart als eine der wichtigsten Kompetenzen eines Sportpsychologen. Allerdings wird bei Droste et al. (2009) bei den offenen Antworten diese Kategorie nur zwölf Mal genannt (8%) aller Antworten. Es ist demnach möglich, dass eine hohe Sportspezifität unter den Athleten eine höhere Wichtigkeit einnimmt, als in der Praxis empfunden wird.

### 7.2 Häufigkeit des Verantwortlichen für den Erstkontakt

69% der Erstkontakte erfolgten im Falle der volljährigen Athleten aus eigener Initiative, und bei minderjährigen Athleten durch die Eltern, also aus eigenem Antrieb und nicht durch Hinweis eines Arztes oder Trainers. Dies lässt daraus schließen, dass es immer üblicher wird, durch psychologisches Training weitere Vorteile gegenüber dem Gegner zu entwickeln zu wollen. Dies bedeutet für die Stellung der Sportpsychologie, dass sie ihr altes Stigma, einem „kranken“ Sportler helfen zu wollen abgelegt hat, und einen Stellenwert eingenommen hat, der diesem Fach gerecht wird: die Erkennung, dass eine längerfristige psychologische Begleitung für den sportlichen Erfolg so viel Beitragen kann wie das regelmäßig körperliche Training (vgl. Seiler & Stock, 1994).

Diese Hypothese stützen die Ergebnisse der Tabelle 7 *Nennungen der Beratungsanlässe*. Die Kategorie *Entwicklung persönlicher Ressourcen* ist mit 21 Nennungen (bei N=45 bei 47% der Klienten als Anlass genannt) die häufigste Kategorie. Es geht also in erster Linie nicht mehr darum, ein akut aufgetretenes Problem zu lösen, sondern um die Vervollständigung des körperlichen Trainings durch psychologische Stärke.

### 7.3 Nennungen der Beratungsanlässe

Es ist möglich, die 13 verschiedenen Beratungsanlässe in drei Kategorien einzugliedern: Anlässe **sportlicher Natur** (*Wettkampfangst, Sportverletzung, Trainings-Wettkampf Diskrepanz, Athlet-Trainer Interaktion und Verbesserung technischer/taktischer Fertigkeiten*), **psychologischer Natur** (*psychosomatische Symptome, schwere körperliche Erkrankung und psychische Erkrankung*) und basierend auf einem Bedürfnis nach **Beratung** (*Entwicklung persönlicher Ressourcen, Karriereplanung und -Übergänge, Doping Prävention, Ärgermanagement und Burn-out/Formtief Prävention*).

Gewichtet man diese Kategorien, um Rückschlüsse über die häufigsten Beratungsanlässe zu ziehen, zeigt sich Folgendes: die Kategorien, die man unter den Anlässen einer Beraterischen Natur zusammenfassen kann, sind mit 54% mit Abstand die am häufigsten vorkommenden. An zweiter Stelle stehen die Anlässe sportlicher Natur mit 32% und zuletzt, die Anlässe psychologischer Natur mit 14%.

Diese Informationen sind von Bedeutung, wenn man sich auf die anfangs gestellte Frage nach den Kompetenzen und Inhalten einer sportpsychologischen Ausbildung beruft. Sie sind jedoch nicht hinreichend, um Antworten auf diese Frage geben zu können, da bei vielen Klienten im Laufe der Beratung andere Störungen ans Licht tauchen, die von dem Klienten zum Zeitpunkt des Erstkontaktes nicht bewusst erlebt wurden (so erhielt 35% der Klienten eine klinische Diagnose, obwohl im Vergleich nur 14% aus einem psychischen Grund die Beratung aufsuchte). Es ist also notwendig, die angewendeten Interventionen mit den Beratungsanlässen in Bezug zu setzen, um der Klärung dieser Frage näher zu kommen.

### 7.4 Nennungen der Interventionsformen

Geht man mit den Interventionsformen wie bei den Beratungsanlässen vor und bildet Kategorien, ergibt sich Folgendes: zu den Interventionsformen, die eine klinisch psychologische Ausbildung voraussetzen gehören die *kognitiven Verfahren, sonstige Konfrontationsverfahren, sonstige operante Verfahren, Schematherapie*, sowie die in der Verhaltenstherapie angesiedelten Verfahren *Selbstinstruktionstraining, Kommunikationstraining, Rollenspiele und Training sozialer Kompetenzen*. Zusammen

ergeben diese Kategorien einen Anteil von 51% der angewendeten Interventionsformen. Die Verfahren, die auch ohne eine klinische Ausbildung angewendet werden können sind das *Zielsetzungstraining*, *Entspannungsverfahren*, *imaginative Verfahren/mentales Training* und die *Psychoedukation* (da primär Modelle aus der Sportwissenschaft erläutert wurden). Zusammen ergeben diese Kategorien einen Anteil von 43%.

Bei einem Anteil von 14% der Beratungsanlässe psychologischer Natur fällt hingegen die Bilanz mit über 50% der Interventionsformen klinisch psychologischer Natur deutlich hoch aus. Es bedeutet, dass auch bei den Klienten mit einem sportspezifischen Problem des öfteren mit Methoden der Verhaltenstherapie vorgegangen wurde. Abbildung 2: *Beendigung* weist in der Kategorie *irregulär oder vorzeitig abgebrochen* mit 15% eine sehr niedrige Abbruchquote auf. Die Klienten scheinen also mit ihrer Betreuung zufrieden zu sein.

Auf der anderen Seite kann man die Ergebnisse der *Art der Beendigung* nicht als Indiz für Zufrieden- oder Unzufriedenheit mit der Betreuung nehmen. Es wurde für die Zukunft angedacht, eine Katamnese durchzuführen, um gerade solche Aspekte zu erheben, kam für den Zeitraum der Erstellung dieser Arbeit jedoch nicht mehr in Frage.

Welche Hypothesen lassen sich auf Grund dieser Informationen aufstellen und für welche sind sie nicht hinreichend? Verfahren aus der klinischen Psychologie scheinen bei den Klienten gut anzukommen und werden häufig verwendet. Ob ein nicht klinisch psychologisch ausgebildeter Sportpsychologe allerdings bei den Klienten, die keine klinische Diagnose erhielten an seine Grenzen gekommen wäre, lässt sich anhand dieser Informationen nicht beurteilen. Die Beherrschung psychologischer Diagnostik und Intervention sind nichtsdestotrotz ein großer Vorteil, da sie das Interventionsrepertoire erweitern.

## **7.5 Behandlungsdauer**

Abbildung 2 zeigt zwei deutliche Peaks in der Behandlungsdauer. Der erste Peak hat den als durchschnittliche Behandlungsdauer sieben Wochen und der zweite Peak 26 Wochen. Es stellt sich die Frage, ob und inwiefern sich diese beiden Peaks voneinander unterscheiden.

Beim ersten Peak (n=10) gab es sechs männliche und vier weibliche Patienten. Das

Durchschnittliche Alter beträgt 23,4 Jahre. Bei dieser Gruppe gab es im Durchschnitt 2 Beratungsanlässe und es wurden 2,6 Interventionsformen angewendet. Nur ein Fünftel dieser Gruppe erhielt eine klinische Diagnose.

Beim zweiten Peak (n=9) gibt es acht männliche und einen weiblichen Klienten. Das durchschnittliche Alter ist 20,7 Jahre. Bei dieser Gruppe gab es im Durchschnitt 2,1 Beratungsanlässe und es wurden 3,6 Interventionsformen angewendet. Ein Drittel dieser Gruppe erhielt eine klinische Diagnose laut ICD-10.

Die Peaks unterschieden sich voneinander primär durch die Geschlechterverteilung und die Anzahl klinischer Diagnosen. Es gibt anscheinend einen Zusammenhang zwischen dem Beratungszeitraum und der Tatsache, ob eine klinische Diagnose erfolgte oder nicht. Beim zweiten Peak erfolgte bei jedem zweiten Klienten eine klinische Diagnose, wohingegen beim ersten Peak dies nur bei jedem Dritten der Fall war. Ein Erklärungsversuch dafür könnte demnach sein, dass eine klinische Störung eines längeren Zeitraumes bedarf um behandelt zu werden, und dass diese Klienten bereitwilliger sind, sich einer längerfristigen Beratung zu unterziehen. Es wurde bereits in der Einleitung angedeutet, dass viele Sportler die sportpsychologische Beratung als eine Art „Feuerwehrfunktion“ betrachten, durch welche sie sich kurz vor einem Wettkampf noch einen letzten Vorteil erhoffen. Dieser Befund spiegelt diese Hypothese wieder.

Es ist außerdem auffällig, dass beim zweiten Peak außer einer Klientin, alle Klienten männlich sind, wohingegen beim ersten Peak die geschlechtliche Verteilung ausgeglichen ist. Dieser Befund soll in Zusammenhang mit den Befunden der Geschlechterverteilung gebracht werden.

## **7.6 Unterschiede zwischen den Geschlechtern**

Erste Auffälligkeiten zeigen sich bei der Anzahl der Behandlungsanlässen. Wo bei den männlichen Klienten drei Viertel aller Fälle aus einem oder zwei Beratungsgründen eine sportpsychologische Beratung aufsuchte, betrug bei den Frauen dieser Anteil nur 40%. Zugleich sieht man bei der Anzahl der angewendeten Interventionsformen eine deutliche Tendenz, bei den weiblichen Klienten mehr Formen anzuwenden (durchschnittlich 4,3



---

Interventionsformen) als bei den männlichen Klienten (durchschnittlich 2,9 Interventionsformen). Es ist demnach möglich zu behaupten, dass männliche Klienten eher aus einem spezifischen Grund eine sportpsychologische Beratung aufgesucht haben, als Frauen. Bei diesen scheinen eher diverse Faktoren dazu beizutragen.

Das kann allerdings verschiedene Gründe haben. Es könnte sein, dass Männer sich eher im Klaren über ihre Probleme sind als Frauen, oder aber, dass sie weniger Gründe brauchen, um eine sportpsychologische Beratung aufzusuchen. Diese Hypothesen bewegen sich jedoch sehr im Gebiet der Spekulationen, da die Daten keine konkrete Aussage darüber erlauben. Es ist an dieser Stelle vielleicht eher eine Frage der Genderforschung als der Sportpsychologie, also werden nun die Auffälligkeiten zwischen den Altersklassen unterschieden.

## **7.7 Unterschiede zwischen den Altersklassen**

Es wurden keine altersspezifischen Unterschiede bei den Beratungsanlässen gefunden, allerdings bei der Anzahl dieser. Bei den volljährigen Klienten ist die Tendenz deutlich zu weniger Beratungsanlässen, wohingegen bei den minderjährigen Klienten die Kategorie vier Behandlungsanlässe bei 33% der Fälle eintritt.

Dies könnte damit begründet werden, dass bei minderjährigen Athleten, nicht zuletzt durch den Druck durch die Eltern, verschiedene Probleme ausgelöst werden, die sich auf die sportliche Leistung ausüben. Oft ist ein übertriebener Ehrgeiz von Seiten der Eltern und nicht die Selbstbestimmung des Kindes oder Jugendlichen der Grund für das Anstreben einer Karriere im Leistungssport. Keiner der minderjährigen Athleten war einfacher Hobbysportler. Alle gehörten entweder zum Anschlusskader, oder A/B Kader.

Dass die Interventionsform Psychoedukation bei 89% der minderjährigen Klienten durchgeführt wurde könnte damit zusammenhängen, dass in dieser Altersklasse das Experteniveau geringer als bei den Erwachsenen ist, und demnach die Aufklärung über gewisse sportwissenschaftliche Modelle und Zusammenhänge erforderlich ist.

Auffällig ist auch, dass beinahe die Hälfte aller Minderjährigen eine klinische Diagnose gemäß dem ICD-10 erhielt, und dies nur bei einem Drittel der Volljährigen der Fall war. Die vorliegenden Daten erlauben allerdings nicht, aus dieser Tatsache Kausalitäten zu ziehen.

---

Es ist jedoch möglich, diverse Hypothese zu erstellen. Zum einen ist es möglich, dass jüngere Athleten unter Leistungsdruck öfter Störungen entwickeln. Es ist ebenfalls möglich, dass die Anzahl klinischer Störungen im Erwachsenenalter deswegen niedriger ist, weil sie viele in der Ausübung ihrer Sportart gehindert haben, und sie nun nicht mehr aktiv sind.

## **7.8 Unterschiede zwischen Individual- und Mannschaftssportlern**

Die Unterschiede in den Kategorien Trainings-Wettkampf Diskrepanz und Wettkampfangst Es ist möglich, diese damit zu begründen, dass die Angst bei und der Druck auf einen Individualsportler größer sind, wohingegen bei Mannschaftssportlern dieses nur in extremen Situationen (Elfmeterschießen) auftritt. Die Leistung eines Individualsportlers liegt ja einzig an ihm, und der Fokus der Öffentlichkeit und der Zuschauer allein auf ihn gerichtet. Deswegen kann Leistungsversagen als "peinlicher" empfunden werden. Dieses erklärt auch, warum die Verfahren imaginative Verfahren/mentales Training und Entspannungsverfahren ausschließlich bei Individualsportlern angewendet wurden.

Da bei einer Mannschaft der Fokus nicht ausschließlich auf einen Spieler gerichtet ist, kann ebenfalls der Grund dafür sein, dass der Anlass Ärgermanagement deutlich öfter bei den Mannschafts- als bei den Individualsportlern auftritt. Der Vergleich zu den Mannschaftskameraden ist allgegenwärtig, und somit ist die Frustration größer, wenn die Trainer auf die Spieler unterschiedlich eingehen, oder aber den einen spielen lassen, und der andere öfter auf der Bank sitzen muss.

Die Diskrepanz bei der Anzahl der Beratungsanlässe, die bei den Mannschaftssportlern deutlich geringer ausgefallen sind als bei den Individualsportlern könnte damit zusammenhängen, dass es bei ersteren ein Angebot von Seiten des Vereins war, welches wahrgenommen werden konnte, wohingegen bei den Individualsportlern die Beratung aktiv aufgesucht wurde.

## 8. Ausblick

Die Bearbeitung der Sitzungsprotokolle und die daraus folgende Erstellung der erwähnten Kategorien verschaffen einen ersten Einblick in ein Fallbeispiel aus der Praxis der angewandten Sportpsychologie. Allerdings ist es nicht möglich, anhand dieser Daten Antworten auf andere Fragen von großem Interesse zu finden. Es wurde bei der Erstellung der Kategorien versucht, eine Variable der Zieldefinition zu erstellen, um anhand dieser Informationen über den Erfolg der Beratung zu gewinnen. Es war auf Basis der Informationen in diesen Protokollen jedoch nicht möglich, diese Variable zu erstellen. Es bleibt also die Frage offen, wie man den Erfolg der Beratungen bewerten kann.

Nach Donabedian ist die Ergebnisqualität die maßgebliche Einheit um den Erfolg festzustellen. Die Problematik an der Ergebnisqualität, ist aber, dass sich diese nicht leicht messen lässt. Es wurde vorgeschlagen, zu Beginn einer Beratung oder Behandlung mit dem Klienten zusammen ein Ziel zu definieren, welches bei Erreichung als Maßstab für ein erfolgreiches Endergebnis gesehen werden kann. Diese Prozedur würde den Sachverhalt allerdings zu sehr vereinfachen, weil es verschiedene Probleme mit sich zieht. Zum einen muss nämlich die Zielformulierung allein durch den Patienten erfolgen, da alles andere ethisch nicht vertretbar ist. Es ist allerdings möglich, dass der Patient sich über seine Störungen nicht im genug im Klaren ist, um dieses Ziel angemessen zu formulieren. Auf einer anderen Ebene ist es möglich, dass das Ziel zwar erreicht wurde, weil die Kognitionen des Klienten verändert wurden (z.B. „ich leide nicht mehr unter Wettkampfangst“) obwohl die Symptome weiterhin bestehen bleiben, allerdings keine Angstreaktionen mehr hervorrufen (z.B. Schlafstörung vor dem Wettkampf, Übelkeit, Verdauungsstörungen). Es ist gleichermaßen nicht möglich, den Erfolg einer sportpsychologischen Betreuung an der Wettkampfleistung eines Athleten festzulegen, also anhand von Medaillen, einem Aufstieg oder ähnlichem zu messen.

Es ist also notwendig, ein neues Kriterium zu finden, anhand welches der Erfolg solch einer Betreuung nachweisbar wird. Es wird wohl in nächster Zeit nichts übrig bleiben als bei diesem Prozess qualitativ anhand Befragungen während des und nach dem Beratungszeitraume vorzugehen.

Es könnte allerdings auch anhand anderer Kriterien wie die Notwendigkeit, die Wirtschaftlichkeit und die Zufriedenheit eine neue Kategorie erstellt werden, anhand derer

sich der Erfolg einer Intervention eher ableiten lässt. Dieses wäre wohl auch im Sinne der Finanzierer.

Was undiskutabel bleibt ist die Tatsache, dass eine strenge Dokumentation aller Beratungen notwendig ist, um zumindest auf einer persönlichen Ebene das Bewusstsein zu haben, immer im besten Interesse seiner Klienten gehandelt zu haben. Wenn es nämlich noch kein System für die Qualitätssicherung gibt, so sollte schon im Einzelfall dokumentiert werden, welche Maßnahmen aus welchen Gründen bei einem bestimmten Klienten angewendet wurden.

Der erste Schritt wäre nun, eine Art Sitzungsprotokoll zu standardisieren, der allen in der Praxis tätigen Sportpsychologen zugänglich gemacht werden kann. Darin kann festgelegt werden, welche Informationen relevant sind und deswegen unbedingt festgehalten werden. Setzt sich diese Art der Dokumentation durch, wird der Austausch zwischen den Experten entsprechend vereinfacht, und dieser Austausch kann im Rahmen von Qualitätszirkeln wiederum sich positiv auf den Prozess der Beratung auswirken.

Dieser Prozess würde ebenfalls der am Anfang der Arbeit angesprochenen Kluft zwischen Forschung und Praxis dahingehend entgegenkommen, dass die Auswertung der erhobenen Daten, wie es in dieser Arbeit erstmalig unternommen wurde, Rückschlüsse über Tendenzen in dem Berufsfeld erlauben könnte. Diese könnten an den universitären Forschungseinrichtungen als Grundlage neuer Modelle dienen, und somit auch der Sportpsychologie als Wissenschaft verhelfen, sich eigenständig zu etablieren.

## Literatur

- Alfermann, D. & Stoll, O. (2005). *Sportpsychologie. Ein Lehrbuch in 12 Lektionen*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Anshel, M.H. & Singer, R.N. (2006a). An overview of interventions in sport. In: Dosil, J. (Hrsg.). *The Sport Psychology Handbook: A guide for sport specific performance enhancement*, S. 63-88. Chichester: Editorial John Wiley & Sons.
- Anshel, M.H. & Singer, R.N. (2006b). Assessment Evaluation and Counseling in Sport. In: Dosil, J. (Hrsg.). *The Sport Psychology Handbook: A guide for sport specific performance enhancement*, S. 63-88. Chichester: Editorial John Wiley & Sons.
- Beckmann, J. & Elbe, A.-M. (2008). *Praxis der Sportpsychologie im Wettkampf- und Leistungssport*. Balingen : Spitta,
- Birrer, D. & Seiler, R. (1999). Quality Management in applied Sport Psychology: A project for the professionalization of sport psychology services in Switzerland. In: Tilinger, P., Hosek, V. & Bilek, L. (1999). *Psychology of Sport and Exercise: enhancing the quality of life*. Prague: Charles University in Prague. S. 110-112
- Birrer, D. & Seiler, R. (2001). Qualitätsmanagement angewandter sportpsychologischer Dienstleistungen. In R. Seiler, D. Birrer, J. Schmid & S. Valkanover (Hrsg.), *Sportpsychologie – Anforderungen, Anwendungen, Auswirkungen* (S. 209-211). Köln: bps.
- Bull, S. (1997). Problems of referral and time in applied sport psychology. In Tomlinson, A. & Fleming, S. *Ethics, sport and leisure: crises and critiques*. S. 127-134. Aachen: Meyer & Meyer
- Bundesinstitut für Sportwissenschaft: *Internetportal Sportpsychologie*. Verfügbar unter: <http://www.bisp-sportpsychologie.de>. Aufgerufen am 09.04.2009
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: *ICD-10. WHO 2006*. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>, aufgerufen am 26.06.2009
- Droste, A., Ehrlenspiel, F. & Grosche, C. (2009) Kompetenzbereiche im Berufsfeld Sportpsychologie. Poster im Rahmen der 42. Tagung der asp in Leipzig, Mai 2009. Auf Anfrage.
- Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science*, 200, S. 856-864.
- Eberspächer, H. (1993). *Sportpsychologie: Grundlagen, Methoden, Analysen*. Hamburg: Rowohlt.
- Eberspächer, H., Mayer, J., Hermann, H.-D. & Kuhn, G. (2009). Sportpsychologische Betreuung der Spitzenverbände 2003 bis 2008 – eine Bilanz. *Zeitschrift für Leistungssport*, 2/09, S.19.22
- Gabler, H. (1986). Psychologen in der Praxis des Leistungssport – oder wie und wo wurde bisher Psychologie in den Leistungssport eingebracht? In Nitsch, J.R. (Hrsg.). *Anwendungsfelder der Sportpsychologie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie vom 27.-29. März in Köln*. S. 153-159.
- Gabler, H.: *Sportpsychologie*, Artikel in Sportwissenschaftliches Lexikon. 6. Auflage. Hrsg.: Röthig, P., Becker, H., Carl, K., Kayser, D. & Prohl, R. (1992). Schorndorf: Hofmann.

- Gabler, H., Nitsch, J.R. & Singer, R. (1993). Einführung in die Sportpsychologie. Teil 2: Anwendungsfelder. 2. Auflage. Schorndorf: Hofmann.
- Gabler, H., Nitsch, J.R. & Singer, R. (2000). Einführung in die Sportpsychologie. Teil 1: Grundthemen. 3. Auflage. Schorndorf: Hofmann.
- Gabler, H., Nitsch, J.R. & Singer, R. (2001). Einführung in die Sportpsychologie. Teil 2: Anwendungsfelder. 3. Auflage. Schorndorf: Hofmann.
- Gabler, H. (2003). *Sportpsychologie*. In: Röthig, P. (Hrsg.). Sportwissenschaftliches Lexikon. Schorndorf: Hoffmann, S. 530-531.
- Gould, D., May, J., Murphy, S. & Tammen, V. (1991). An evaluation of U.S. Olympic sport psychology effectiveness. *Sport Psychologist*, 5, S. 111-127
- Graf, J. & Jannsen, U. (2008). Historie des Qualitätsmanagements. *Intensivmedizin*, 45, S. 171-181
- Haag, : *Leistungssport*, Artikel in Wörterbuch der Sportwissenschaft . Beyer, E. (Hrsg.) (1987) . Schorndorf: Hofmann
- Hahn, E. (1979). Sportpsychologie in der Trainerausbildung. In Bäumler, G., Hahn, E. & Nitsch, J. (Hrsg.). *Aktuelle Probleme der Sportpsychologie. Bericht über das 2. Internationale Symposium am 4. August 1978 in München* (Schriftenreihe des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, 27, S.25-32). Schorndorf: Hofmann.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998). Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt* 95/43, S. 85-88.
- Kunath, P. & Schellenberger, H. (Hrsg.). *Tätigkeitsorientierte Sportpsychologie. Eine Einführung für Sportstudenten und Praktiker*. Frankfurt am Main: Thun.
- Lubker, J.R., Visek, A.J., Geer, J.R. & Watson II, J.C. (2008). *Characteristics of an Effective Sport Psychology Consultant: Perspectives from Athletes and Consultants*. *Journal of Sport Behavior* 31,2, S. 143-165
- Margraf, J (1999). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie : Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* ( 2., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie : Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* ( 3., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer
- Raithel, J. (2007) *Einführung Pädagogik : Begriffe, Strömungen, Klassiker, Fachrichtungen*. (2., durchges. u. erw. Aufl.). Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Seiler, R., Lobinger, B. & Birrer, D. (2002). Expertise in der angewandten Sportpsychologie. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung. In B. Strauss, M. Tietjens, N. Hagemann & A. Stachelhaus (Hrsg.), *Expertise im Sport: lehren, lernen, leisten* (S. 56-59). Köln: bps.Verlag.
- Seiler, R. (2009). Angewandte Sportpsychologie in der Schweiz: Ausbildungskonzeption und Berufsfeldperspektiven. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 16, S.29-34
- Sonnenschein, I. (1986). Psychologische Grundlagenforschung und angewandte Psychologie. *Anwendungsfelder der Sportpsychologie. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für*

*Sportpsychologie vom 27.-29. März in Köln. S. 160-173.*

Vanek, M. (1979). Sportpsychologie – Aufgaben, Grenzen und Perspektiven. In Bäuml, G., Hahn, E. & Nitsch, J. (Hrsg.). *Aktuelle Probleme der Sportpsychologie. Bericht über das 2. Internationale Symposium am 4. August 1978 in München* (Schriftenreihe des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, 27, S.5-11). Schorndorf: Hofmann.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005) *Schematherapie : ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn : Junfermann