
SPORTMEDIZIN IN NORDRHEIN

- Das Journal für Mitglieder -



Jahrgang 2008 / Ausgabe 1



Kinder- und Jugendmedizin

Inhaltsangabe

Seite	Thema
3	Vorwort
4	Augenverletzungen im Schulsport
6	Auch Kinder kann der Schlag treffen
7	Kinderfüße und Sportschuhe
8	Kinderfüße und Sporteinlagen
10	Junior Cup Diabetes
11	Risikofaktoren und Anpassungen bei frühzeitigem Krafttraining
12	Zur Bedeutung von Bewegung, Spiel und Sport – auch für chronisch kranke Kinder
17	Sportmedizinische Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen
18	Stellungnahme Kinder im Fitness-Studio
19	Arthritiskinder haben brüchige Knochen
19	Rauchfreier Sportverein
20	Der Schweinehund im Dienste der Gesundheit
20	Neue Empfehlungen aus den DGSP-Sektionen
21	Kongressabschlussbericht
22	Neuigkeiten aus dem Verband <ul style="list-style-type: none">○ Vorstellung d. Vorstandsmitglieds Dr. Oliver Funken○ 300. Hennef-Kurs○ Mitgliedsjubiläen○ Fort- und Weiterbildungen
28	Vorankündigungen
28	Buchbesprechungen
31	Impressum

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das erste Mitglieder-Journal des Jahres 2008 liegt vor Ihnen, und es beschäftigt sich mit einem Thema, das meist nur wenig Beachtung findet: der Sportmedizin im Kindes- und Jugendalter. Häufig wird davon ausgegangen, dass Kinder und Jugendliche gesund sind, sich bewegen und sportlich aktiv sind; wofür braucht man also Sportmedizin in dieser Altersgruppe?



Dr. Wolfgang Lawrenz

Vorstandsmitglied des
Sportärzteebund Nordrhein e. V.
für die Sektion Kinder- und
Jugendsport der DGSP

Einige Zahlen und Fakten machen den Sinn und die Notwendigkeit einer sportmedizinischen Betreuung im Kindes- und Jugendalter deutlich. Ca 60 % der 12jährigen und 40% der 18jährigen sind aktive Mitglieder in einem Sportverein und nehmen an wettkampfsportlichen Aktivitäten teil. Sie treiben ca. 4-6 Stunden/Woche Sport. Im Gegensatz hierzu sind im ab dem 40. Lebensjahr weniger als 15 % der Männer und weniger als 10 % der Frauen auch nur im Sinne einer Prävention ausreichend körperlich aktiv, intensive sportliche Aktivitäten werden in dieser Altersgruppe nur noch von einer kleinen Minderheit ausgeübt. Das heißt, ein Großteil der aktiven Sportler sind Kinder und Jugendliche.

Damit der Sport für diese Kinder und Jugendlichen nicht zu langfristigen Problemen führt, sollten auch in dieser Altersgruppe sportmedizinische Untersuchungen vor Beginn und im Verlauf der sportlichen Karriere eine Selbstverständlichkeit sein. Hier können gesundheitliche Probleme wie beispielsweise orthopädische, aber auch kardiovaskuläre Erkrankungen rechtzeitig erkannt und eine entsprechende Therapie und sportmedizinische Beratung eingeleitet werden. Welche Untersuchungen bei welchem Kind sinnvoll sind, wird in diesem Heft kurz vorgestellt.

Um potentielle Schäden an den Füßen der sporttreibenden Kinder zu vermeiden, sollte besonders auf gute Sportschuhe geachtet werden, bei bereits bestehenden Fehlstellungen ist unter Umständen eine Einlagenversorgung erforderlich. Diese Aspekte werden vom Kollegen Fritz dargestellt.

Auch bei Kindern und Jugendlichen können Verletzungen beim Sport entstehen, die sachgerecht behandelt werden müssen. Auf Verletzungen im Kraftsport und Augenverletzungen im (Schul-)Sport gehen die Artikel von Kleinöder und Schnell ein. Und da vorbeugen besser ist als heilen, berichtet Kollege Schnell auch über die Vermeidung von Augenverletzungen durch geeignete Sportbrillen.

Der Nutzen von Sport ist auch bei chronisch kranken und behinderten Kindern mittlerweile erwiesen. Diesen Aspekt beleuchtet Dordel in ihrem Artikel. Die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter ist das Übergewicht. Gerade bei der Behandlung von Übergewicht und Adipositas spielt Sport und Bewegung eine besonders große Rolle, aber gerade dabei sind die orthopädischen Probleme oft besonders groß.

In diesem Heft wird aber nur ein kleiner Teil des breiten Spektrums der Sportmedizin im Kindes- und Jugendalter beleuchtet. Ich hoffe, dass das Lesen des Heftes ihr Interesse an diesem spannenden Thema weckt.

Augenverletzungen im Schulsport

Einleitung (allgemein)

Augenverletzungen im Sport fallen besonders ins Gewicht, weil das Auge als wichtigstes Sinnesorgan im Sport alle Aktivitäten kontrolliert und korrigiert.

Einige Daten in Kürze (*Schnell 1997*):

- 3% aller Augenverletzungen sind sportbedingt
- Etwa 1-2% aller Verletzungen im Sport betreffen das Auge
- Bei 100.000 Sporttreibenden gibt es je nach Disziplin 6 bis 26 Augenverletzungen
- In 100.000 Sportstunden werden 10 bis 20 Augen verletzt
- Etwa 1/3 der Verletzungen ist mittelschwer bis schwer
- Etwa 2/3 der Verletzungen sind leicht.
- Etwa 25% der Augenverletzten müssen in die Klinik
- 10% der verletzten Augen erblinden (*Mac Ewen 1989, Zagelbaum 1993, Fong 1994*)

Der Schulsport hat eine große Bedeutung für die Gesundheit eines Volkes, weil sich in diesem Lebensalter entscheidet, ob der Jugendliche lebenslang weiter Sport treiben wird oder nicht.

Schon geringe Anlässe können dazu führen, dass Schüler am Sport keine Freude mehr haben und ihn nicht nur in dieser Zeit, sondern auch danach kaum noch oder nicht mehr ausüben. Deshalb kommt es besonders darauf an, dass der Schulsport möglichst frei von Unfällen, Ängsten oder Misserfolgen stattfindet.

In diesem Zusammenhang erscheint es bedenklich, dass im Jahre 2003 über 640.000 Schulsportunfälle in Deutschland registriert wurden, davon 86.000 mit Kopf- und 12.600 mit Augenverletzungen. Jungen waren zu fast 70%, und damit weit mehr betroffen als Mädchen zu etwa 30% (*Tab. 1*).

Auch der Anstieg der Augenverletzungen von 1993 bis 2003 um über 40% spricht eine deutliche Sprache.

Unfälle	Zahlen	Gesamtzahl	Unfälle %ual zur Unfallzahl im Ssp.	Unfälle %ual zu allen Schülern
Schülerzahl insgesamt		17.443.636	100%	
Unfälle im Schulsport (Ssp.)		642.078	100%	3,6%
Kopfverletzungen im Ssp.		86.487	13,5%	0,49%
Augenverletzungen im Ssp.		12.599	1,96%	0,07%
Augenverl. im Ssp. stationär		186	0,029%	0,001%
Augenverletzungsanstieg im Ssp. 1993 bis 2003		Von 8.900 auf 12.599 (um 3699)	um 41,6%	um 0,02%
Ssp.-Augenverl. Jungen		8.571	68%	0.049%
Ssp.-Augenverl. Mädchen		4.028	32%	0,023%

Tab. 1: Allgemeine, Kopf- und Augenverletzungen im Schulsport 2003 (*Scherer 2005*)

Es ist eindeutig, dass mehr gegen die Sportunfälle allgemein und die Augenverletzungen im speziellen unternommen werden muss. Daher erscheint es vernünftig und sinnvoll, wenn Kultusministerien sich für das Tragen von sportgerechten Brillen einsetzen. In Nordrhein-Westfalen wurde 2002 ein Erlass wirksam, der festlegte, dass Brillenträger im Schulsport ihre Brille tragen müssen, diese aber sportgerecht sein müsse. Dieser sehr vernünftige Erlass hatte nur einen einzigen Haken: Der Lehrer musste entscheiden, ob die Brille sportgerecht war oder nicht. Da er dies nicht konnte, saßen die Schüler häufig auf der Bank, aus Angst vor Verletzungen durch die falsche Brille.

Als wir als Sportophthalmologen eingeschaltet wurden, fanden wir rasch eine Lösung: Der behandelnde Augenarzt muss zu Beginn eines jeden Schuljahres bestätigen, dass der entsprechende Schüler eine schulsportgerechte Brille trägt. Durch den Regierungswechsel in NRW dürfte sich die Umsetzung dieser Lösung etwas verzögern.

Die meisten Verletzungen im Augenbereich werden durch andere Schüler verursacht, danach folgen Ballverletzungen, Eigenverletzungen, solche bei Bodenkontakt, mit Schlägern oder anderen Spiel- und Sportgeräten (*Tab. 2*).

Augen-Unfallursachen	Gesamtzahl	Prozentual
Anderer Mensch	3.545	28,1%
Ball	3.126	24,8%
Verletzter selbst	967	7,7%
Boden	838	6,6%
Schläger	387	3,1%
Sonstiges*)	3.738	29,7%
Insgesamt	12.599	100%

*) Andere Spiel- und Sportgeräte, Pflanzen, Gegenstände, z. B. Wurfgeschosse wie Steine, Schneebälle etc.

Tab. 2: Ursachen für Augenverletzungen im Schulsport (*Scherer 2005*)

Fußball steht, weil es offensichtlich am meisten gespielt wird, auf Rang 1 der verletzungsverursachenden Sportarten, danach folgen Basketball,

Hockey, Handball und Volleyball (Tab. 3). Die häufigsten Verletzungen im Schulsport kamen bei 6 und 13jährigen vor.

Ausgeübte Sportarten	Zahl an Augen-Verletzungen	Prozentzahlen an Augenverl.
Fußball	1.579	12,52
Basketball	612	4,90
Hockey	516	4,10
Handball	451	3,57
Volleyball	415	3,28
Sonstige	9.026	71,63
Gesamt	12.599	100,00

Tab. 3: Die fünf häufigsten Sportarten, bei denen Augenverletzungen während des Schulsportes eintraten (nach Scherer)

Die häufigsten Verletzungen sind Augenprellungen, danach folgen Zerreißen im Haut- und Augenbereich, Quetschungen und viele andere weniger häufig auftretende Verletzungen. Der Anstieg der Verletzungshäufigkeit ist am größten bei den Prellungen und Berstungen des Augapfels. Da letztere die schwerste Verletzung darstellt, muss

man bei Sportarten, die diese Verletzungen hervorrufen, auch Schutzbrillen bei nicht Brillen tragenden Schülern fordern (Tab. 4)! So lange die Brille sportgerecht ist, wird sie keine Verletzungen der Augen hervorrufen, dies bestätigen auch die statistischen Daten!

Häufigkeit Verletzungsart	Zahl und %-Satz 1993	Zahl und %-Satz 2003	Zu- u. Ab-nahmen 93-03
Prellungen Erschütterungen	3.000 (33,71%)	5.350 (42,46%)	+2.350 (78,33%)
Zerreißen	2.900 (32,58%)	4.650 (36,9%)	+1.750 (60,34%)
Quetschungen Weichteilabscherungen	1.900 (21,35%)	1.650 (13,1%)	-250 (-13,16%)
Sonstiges	1.100 (12,36%)	950 (7,54%)	-150 (-13,64%)
Gesamt-Unfälle	8.900 (100%)	12.600 (100%)	3.700 (41,57%)

Tab. 4: Arten der Augen-Verletzungen im Schulsport (Scherer 2005)



Zum Glück gibt es mittlerweile sporttaugliche Brillen, die das Auge fast 100%ig schützen (siehe Abb. 1 und siehe Tab. 5).

Abb. 1: Beispiel für eine (Kinder-) Sportbrille (Sziols: Indoor-Kids)

Obwohl die Augenverletzungen nur 2% aller Schulsportverletzungen ausmachen, sind sie doch von besonderer Brisanz: Nachfolgendes schlechteres Sehen oder Schäden führen immer zu Einbußen und/oder Unfallgefahren.

3 von 1.000 Verletzten hatten derart schwere Schädigungen, dass sie stationär aufgenommen werden mussten.

1. Die Fassung muss

- in allen Teilen stabil, bruchsicher und rundum abgepolstert (=ummantelt) sein, einschließlich der Scharniere und Bügel, falls sie welche besitzt.
- Sie darf keine scharfen Kanten aufweisen, muss fest am Kopf sitzen (z.B. mittels Gespinstbügeln, Gummibändern oder anderer Konstruktionen) und darf nicht zu weit ausladen, ohne aber das Gesicht- und Blickfeld einzuschränken.
- Ihre Nasenaufgabe sollte eine Auflagefläche von mindestens 300-400 qmm breit aufweisen.
- Die Fassung muss so groß sein und so hoch sitzen, dass sie sich beim Aufprall von vorne an der knöchernen Augenhöhle abstützt, damit die Augen nicht geprellt werden können.
- Die Innen-Nut der Gläserfassung muss höher als die Außen-Nut sein, damit die Scheiben nicht nach innen, sondern höchstens nach außen herausfallen können.

2. Die Scheiben müssen

- aus bruchsicherem Spezial-Glas, Kunststoff, CR 39 oder Polycarbonat bestehen, damit sie nicht zerbrechen können
- die Scheiben sollten möglichst nach außen gewölbt sein, um das Auge nicht zu prellen
- die Ränder der Scheiben dürfen zur Vermeidung von Schnittverletzungen nicht scharf geschliffen sein
- bei Sportausübung in der Sonne müssen die Scheiben Schutz gegen sichtbares (Absorption zwischen 75 und 97%) und UV-Licht (100%) bieten

Tab. 5: Ausstattung einer Sportbrille für Kontaktsportarten (Schnell 1997)

Den Schulsport sicherer zu machen, heißt auch, die übrigen Handicaps, die Kinder an den Augen haben, wie Zwangshaltungen oder Probleme durch Bifokalbrillen, Augentropfen, Brillenprismen oder verbände (sogenannte Occlusive) bei

Schielbehandlung, offen zu legen und in Zusammenarbeit zwischen Augenarzt, Sportlehrer, Eltern und Kind Einzellösungen zu suchen, um möglichst wenig Risiken einzugehen.

Literaturhinweise in der Geschäftsstelle

Dr. med. Dieter Schnell
Vorstandsmitglied des SÄB NR

Auch Kinder kann der Schlag treffen

Experten warnen davor, das Schlaganfallrisiko für junge Menschen zu unterschätzen. Angeborene Risikofaktoren und Drogen können einen Hirninfarkt auslösen.

Ein Schlaganfall trifft keinesfalls nur ältere Menschen. Wie die Techniker Krankenkasse (TK) unter Berufung auf Zahlen des Statistischen Bundesamtes mitteilte, waren allein in Niedersachsen im Jahr 2004 insgesamt 164 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren davon betroffen.

Drogen als Auslöser

Vor allem Kokain, Heroin und Ecstasy könnten bereits bei Jugendlichen einen Schlaganfall auslösen. Viele Jugendliche unterschätzten jedoch die Risiken des Drogenkonsums, sagte Frank

Seiffert von der TK-Landesvertretung Niedersachsen anlässlich des Tages gegen den Schlaganfall.

Angeborenes Risiko

Meistens seien die Auslöser für die Krankheit im Kindes- und Jugendalter jedoch angeboren. 60 Prozent der Kinder, die einen Schlaganfall erlitten, neigten zu dickem Blut, das die Arterien verstopfen kann. Herzleiden, Missbildungen der Blutgefäße und Infektionen können ebenfalls einen Schlaganfall in jungen Jahren auslösen.

Im Vergleich zu Erwachsenen hätten Heranwachsende jedoch gute Heilungschancen: Neun von zehn Kindern wüchsen ohne bleibende Behinderung auf, hieß es.

ddp

Kinderfüße und Sportschuhe

Kinderfüße unterscheiden sich aus funktioneller Sicht und hinsichtlich ihrer Belastbarkeit deutlich von den Füßen Erwachsener. Erst ab dem 16. Lebensjahr mit Wachstumsabschluss haben Bindegewebstfestigkeit und Beweglichkeit des kindlichen Fußes Erwachsenenwerte erreicht. Daher können die Konstruktionsprinzipien des Sportschuhbaus, wie sie beim Erwachsenen praktiziert werden, erst für Jugendliche Anwendung finden. Leider werden aber in der Praxis häufig Kindersportschuhe als „Miniaturausgaben der Erwachsenenschuhe“ hergestellt, ohne entsprechend notwendiger weichere und flexiblere Materialien zu verwenden.

Eine Nicht-Berücksichtigung der Unterschiede können aber zu Verschiebungen der Proportionen

und einer nicht korrekten Positionierung der Flexionszone und damit zu einer schädlichen Belastung des Fußes führen. Eingebaute Dämpfungssysteme sind dagegen häufig zu groß und reichen in Areale hinein, in denen Dämpfung kontraproduktiv ist. Für die Abrollbewegung wichtige klare sensorische Signale erreichen deshalb den Fuß verzögert, unscharf oder gar nicht. Aufgrund der anatomischen Unterschiede bzgl. der Fußbreite bei Kindern wäre es wünschenswert, Schuhe einer Größe in verschiedenen Breiten zur Verfügung zu haben. Wissenschaftlich belegte Messgrößen für die Kinderschuhfertigung bietet das WMS-System. Leider wird dieses Konzept von den wenigsten Sportschuhherstellern umgesetzt.

Welche Anforderungen sollten an einen Kindersportschuh gestellt werden?

Das **Material** sollte Feuchtigkeit aufnehmen, nach außen weiterleiten und vor Kälte isolieren können. Eine hohe Hautverträglichkeit und gute Anpassungsfähigkeit des Materials an den Fuß sind ebenfalls wichtig, denn der Schuh sollte sich dem Fuß anpassen und nicht umgekehrt. Diesen Anforderungen wird Leder gerecht.

Über die **Dämpfung** gehen die Meinungen weit auseinander. Der Effekt einer Dämpfung des Schuhs ist bei Kindern deutlich weniger gut untersucht als bei Erwachsenen. Während zunächst eine Dämpfung empfohlen wurde, um Verletzungen zu vermeiden, belegen neuere Studien, dass es eher auf die anatomische Grundstruktur des Fußes und den dadurch vorgegebenen Bewegungsablauf der Fußgelenke ankommt. Ein harter Schuh provoziert nicht zwangsläufig höhere passive Kraftspitzen. Es wird sogar vermutet, dass ein stark gedämpfter Schuh das Wahrnehmungsvermögen hinsichtlich der Belastung negativ verändert.

Aufgrund der anatomischen Entwicklung lässt sich aber folgern: Mit der Aufrichtung in den Stand bis etwa zum sechsten Lebensjahr beginnen sich die Beinachsen einzustellen. In dieser Wachstumsphase kann eine dicke Sohle als nicht erwünschter Hebel wirken. Auch ist die Ossifikation noch nicht abgeschlossen. Zur korrekten Entwicklung von Muskulatur, Knochen und Bändern benötigt der Fuß Funktionsreize, die nicht durch eine Dämpfung vermindert oder abgefälscht werden dürfen. Bis zum fünften Lebensjahr erhält der Fuß auf physiologische Weise eine vergrößerte Belastungsfläche und Dämpfung durch das „Spitz-Fettpolster“. Eine zu stark ausgebaute Dämpfung ist daher nicht nur aus energetischen Aspekten abzulehnen, sie kann sich sogar durch ihre Einwirkungen auf die Propriozeption negativ auf den Fuß und den Körper auswirken. Dahingegen scheint Barfußlaufen auf fester Auftrittfläche in einem sehr hohen Maß die propriozeptiven, afferenzverstärkenden und sensomotorisch wirksamen Vorgänge physiologisch auszulösen.

Die Schuhfertigung muss bzgl. der **Flexion** berücksichtigen, dass es mit zunehmendem Lebensalter zu einer Torsion, d.h. zu einer Verwindung des Vorfußes gegen den Rückfuß um die Längsachse

des Fußes, kommt. Diese bedingt sich durch die physiologische Entwicklung der Beinachsen mit der Abfolge Genu varum, anschließend Genu valgum und letztendlich neutraler Stellung. Hierdurch kommt es zur charakteristischen Gegenbewegung des Vorfußes zum Rückfuß. Der Schuhboden eines geschlossenen Schuhs darf diese Bewegung nicht hemmen. Im Vergleich zum Erwachsenen beinhaltet die Motorik der Kinder unprogrammierte, unfertige, unsichere und vielseitigere Bewegungen. Deshalb empfiehlt es sich, den Schuh möglichst flexibel und torsionsweich zu halten. Die Flexionslinie der Schuhsohle sollte im Bereich der Metatarsophalangealgelenke liegen, damit die Beugung in diesen Gelenken unterstützt und nicht behindert wird.



Unter **Stabilität** wird beim Kinderschuhbau nicht eine Fixierung der Gelenke verstanden, sondern eine „dynamische Stabilität“ im Sinne von Funktionalität. Der Fuß kann somit unter Belastung unterstützt und die Provokation unphysiologischer Bewegungen vermieden werden. Die Forderung nach Stabilität wird verständlicher, wenn man berücksichtigt, dass heute vorwiegend statische Belastungen auf unnatürlich hartem Boden einen meist untrainierten Fuß treffen. Von großer Bedeutung erscheint hierbei eine stabile Führung

des Rückfußes zu sein, die entweder durch eine hochgezogene Lasche an der Achillessehne oder durch einen Einschnitt in diesem Bereich gewährleistet werden kann.

Die Knochen der Kinderfüße sind weich, durch Wachstumsfehlenkung verformbar und gegen Druck relativ schmerzempfindlich. Kinder können deshalb bei der Anprobe keine verlässliche Auskunft geben, ob ein Schuh passt oder nicht. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig bei der Schuhherstellung sich nach der Fußform des kindlichen Fußes zu richten. Im Kleinkindalter sollte die **Form** der Schuhspitze noch in etwa quadratisch sein, da die am ehesten dem kindlichen Fuß entspricht. Da Vorfußschäden in der Regel durch eine Stauchung der Zehen von vorne verursacht werden, ist die passende Länge des Schuhs von entscheidender Bedeutung. Hier wird eine Sicherheitszugabe von 12-15 mm empfohlen.

Es ist zu beachten, dass sowohl der Knick-Senk-Fuß, als auch der Plattfuß Etappen der kindlichen Fußentwicklung sind und als physiologische Übergangszustände keiner Korrektur bedürfen. Ein stark ausgebautes **Fußbett** kann die gesunde Fußentwicklung folglich behindern.

Eine weitere Voraussetzung für eine gute Entwicklung des Kinderfußes ist, dass die physiologische Greifbewegung der Zehen durch den Ausbau des Fußbettes nicht behindert werden darf, da sonst die harmonische Muskelaktivität unterbunden wird. Der **Verschluss** sollte leicht zu bedienen und gleichmäßig zu schließen sein. Klettverschlüsse bieten den Vorteil, dass sie von Kindern wesentlich früher selbst bedient werden können als Schnürsenkel.

Literaturhinweise in der Geschäftsstelle

Dr. med. Michael Fritz
Vorstandsmitglied des SÄB NR

Damit unterstützen Klettverschlüsse den Drang der Kinder nach Selbständigkeit.

Die Fragestellung über eine **Fersensprengung** bzw. Absatzerhöhung bei Kinderschuhen wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Es scheint sinnvoll, im Kleinkindalter, der empfindlichsten Phase der Fußreifung, gänzlich auf Absätze zu verzichten. Im Bereich der Erwachsenensportschuhe hat sich eine Sprengung von etwa 12 mm bewährt, daher sollte ab dem Schulalter auch der Kinderschuh eine leichte Absatzerhöhung erhalten, die bis zu den Erwachsenengrößen auf 12 mm aufgebaut werden kann. (2)

Kinderfüße und Sporeinlagen

Alltagsbetrachtung eines hausärztlich tätigen Sportmediziners:

Lieschen M.'s Mutter ist beunruhigt: „Herr Doktor, Sie haben doch Erfahrung mit Sportschuhen. Das Kind ist eine so gute Leichtathletin. Sie braucht doch bestimmt Einlagen. Schauen Sie sich mal die krummen Füße an. Der Trainer hat gesagt, es gibt jetzt moderne leistungssteigernde Einlagen, die nach einer Laufbandanalyse in die Spikes eingearbeitet werden können. Das weiß doch heute jeder, dass Einlagen mehr können als nur Plattfüße. Die Jennifer bei uns im Verein ist mit den neuen Einlagen 3 sec auf 800 m schneller. Alles nur wegen des besseren Laufstils. Der Trainer sagt, der ganze Körper ist jetzt irgendwie aufrechter oder so. Und in der Schule könne sie sich auch besser konzentrieren. Herr Doktor helfen Sie meiner Tochter? Ich bin so verzweifelt, Herr Doktor!“

„Ich auch“, könnte ich der Mutter entgegnen.

Tatsächlich lässt mich das Erkennen natürlicher und krankhafter Bewegungsabläufe von Muskel- und Gliederketten oft verzweifeln, denn als Nichtorthopäde habe ich gelegentlich Schwierigkeiten einen Untersuchungsbefund am Fuß, unter den Bedingungen des Praxisalltags, in den Bewegungsablauf des Gesamtorganismus unter Berücksichtigung der Sportart und des Alters des Sportlers einzuordnen.

Da klingt es verlockend, der Anpreisung namhafter Einlagenhersteller zu folgen, den Privatrezeptblock zu ziehen und „Ein Paar sensomotorische Einlagen mit Tonuskontrolle nach Thönissen wegen Knick-Senkfuß“ zu verordnen. Damit hätte ich das Beratungsproblem der fordernden Mutter gelöst und den Terminplan der Sprechstunde gerettet, aber dem Kind bin ich leider nicht gerecht geworden.

Diese oder ähnliche Situationen finden sich regelmäßig in der sportmedizinischen Sprechstunde. Wie sollten wir damit umgehen? Gibt es einen Erfolg

versprechenden Standardweg, um zu einem guten Beratungsergebnis zu gelangen?

Die Mutter ist zu Recht verunsichert. Das Nachbar-kind erhält wegen des angeblich gleichen Knick-Senkfußes Einlagen mit Gewölbestützen. Andere Ärzte bezeichnen solche Füße in diesem Alter als gesund und Einlagen als schädlich.

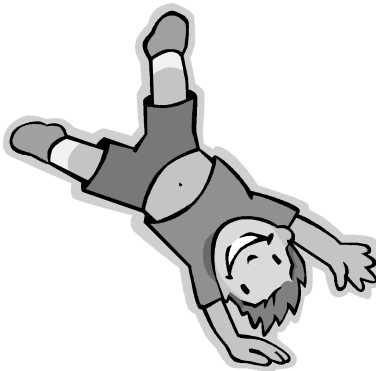
Wenn wir Ärzte uns die Zeit nehmen, sehen die Eltern, die besorgt auf den angeblich krankhaften Knick-Senkfuß ihres Kindes zeigen, dass sich das Erscheinungsbild sofort verändert, wenn das Kind auf dem Vorfuß steht. Aus dem physiologischen kindlichen Knicksenkfuß mit konvexer Knickung des Rückfußes nach innen und flach am Boden liegendem Fußinnenrand entsteht sofort ein Fuß mit Innendrehung der Ferse und Konkavität der inneren

Kontur des Rückfußes bei kraftvoller Längswölbung. Auch in seinem Entwicklungsverlauf wird aus dem kindlichen Knicksenkfuß wird der aufgerichtete Fuß des älteren Kindes, wenn er in Freiheit beansprucht werden darf. Eine Verordnung von Stützeinlagen für den Kinderfuß ist überholt.

Gewölbestützen beeinträchtigen sowohl die Reifung des Vorfußes als auch des Rückfußes. Auch das ist den Eltern leicht zu demonstrieren. Wird die Großzehe des Kindes passiv dorsalflektiert und

dann mit dem Daumen der anderen Hand Druck auf die am Hautrelief vorspringende Plantaraponeurose ausgeübt, geht die Dorsalextension gegen Widerstand um 20° bis 30° zurück. Das bedeutet, dass ein Druck auf die Zuggurtung des Fußlängsgewölbes von der Sohle aus den Bewegungsausschlag im Großzehengrundgelenk reduziert. Das knöcherne „Gewölbe“ erreichen Gewölbestützen nicht. Sie setzen an der Plantaraponeurose an und stören ihre Funktion als Zuggurtung.

Auch die Aufrichtung der Ferse ist eine aktive Leistung des lebenden Gewebes.



„Fersenschalen“ signalisieren dem Körper die scheinbare Aufrichtung der Fersen, die jedoch mit ihrer Hilfe passiv erreicht wurde. Ziel ist jedoch die aktive Aufrichtung. Auch ein Korsett ist nicht in der Lage, die Haltung zu fördern, sondern ersetzt nur fehlende Eigenkräfte. Vergleichbar können auch Fersenschalen nicht zur aktiven Aufrichtung führen. Sie schaden mehr als sie nützen. Der Kinderfuß benötigt zu seiner Aufrichtung Bewegungsfreiheit. Aktivität, Belastung und Beanspruchung bewirken die funktionelle Anpassung und Reifung der Stützgewebe und Bewegungsorgane. Beweglichkeit und Bewegungsfreude sind wesentliche Voraussetzungen der kindlichen Gewebereifung. „Die vermeintliche „Bindegewebsschwäche“ des Kleinkindes ist seine Stärke“ besagt ein Leitsatz von Erne Maier.

Eine neue prinzipiell andere Denkweise wird durch die Anwendung von propriozeptiven, afferenzverstärkenden oder sensomotorischen Einlagen verfolgt. Ihre Befürworter gehen davon aus, dass exzessive Bewegungen von einer mangelhaften muskulären Kontrolle ausgehen (mangelnde Innervation, muskuläre Dysbalance, Koordinationsstörung) könnten. Sollte nun die Muskulatur durch das Setzen von bestimmten propriozeptiven Reizen spezifisch stimuliert werden, könnten sie auf die auftretenden Belastungen besser reagieren und die Bewegungen in einem physiologischen Ausmaß halten. Dies würde bedeuten, dass durch Verbesserung der Fußmuskelfunktion übermäßige Bewegungen des Fußskelettes vermieden werden können. Dadurch entstünden günstigere äußere Hebelverhältnisse, welche zu kleineren internen Drehmomenten und geringeren Muskelbelastungen führten. Aktive Bewegungskontrolle solle die physiologische Belastung der Muskulatur und die Verbesserung der Bewegungs- und Stellungs Koordination des Fußes bewirken. Die Anwender der afferenzstimulierenden- sensomotorischen Einlagen postulieren: „Die Form folgt der Funktion“!

Sie gehen weiterhin davon aus, das bei ca. 80 Prozent der Patienten einer konservativen orthopädischen Praxis Störungen der fußgewölbebildenden, den Abrollvorgang steuernden Fußmuskeln zu finden seien. In den meisten dieser Fälle sei eine Versorgung mit afferenzverstärkenden, sensomotorischen Sohlen möglich beziehungsweise angebracht. Dies gelte besonders, wenn man damit nicht nur auf die Fußmuskelschwäche, sondern auch auf die Gesamthaltung und Bewegungskoordination einwirken wolle. Bei massiven Veränderungen der Fußform seien passive, stützende oder bettende Maßnahmen alleine oder in Kombination mit aktivierenden, afferenzverstärkenden Elementen indiziert. Da sensomotorische Einlegesohlen auch auf den gesamten Koordinationsablauf von Haltung und Bewegung einwirkten, müsse in einem orthopädischen Untersuchungsablauf das propriozeptive und muskuloskeletale System einerseits und die Exterorezeptoren andererseits in Verbindung gebracht werden. Speziell ausgebildete Orthopäden könnten durch einen sensomotorischen Koordinationstest (neurologische Rückmeldung des Funktionszustandes eines Muskels) den Muskeltonus an der Fußsohle individuell überprüfen. Dabei würden insbesondere die oben

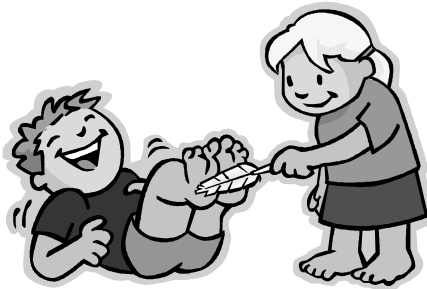


genannten kurzen und langen Fußmuskeln untersucht. Anhand des Koordinationstestes ließen sich schwache Fußmuskeln identifizieren und die damit korrespondierenden Einlegesohlenareale auf einem entsprechenden Formblatt markieren. Wahlweise wird ergänzend ein Fußabdruck genommen. Diese umfassende Untersuchung sei mittlerweile etabliert und durch den Berufsverband der Orthopäden anerkannt.

Kritisch betrachtet Dr. Jürgen Eltze als ehemaliger Vorsitzender des Beratungsausschusses für das Orthopädieschuhmacherhandwerk der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie seit Jahren neue Produkte der Einlagenversorgung, die unter vielen Namen wie neurologische Einlagen, propriozeptive Einlagen, sensomotorische Einlagen, kinesiologische Einlagen bis afferenzstimulierende und afferenzverstärkende Einlagen gleichartige Wirkungsziele verfolgen. Damit hätten orthopädische Einlagen neue Wirkungsfelder und sehr weitgestellte Indikationen hinzugewonnen. Leider halten nach Meinung des Beratungsausschusses Anfangserfolge zum Teil über Gewöhnungseffekte nicht an oder sind möglicherweise auch nur scheinbar zu Gunsten besserer Bewegungsmuster nicht mehr nachweisbar. Euphorische Befürworter bestimmter Orthesenanwendungen treffen auf entschiedene Ablehnung der kritischen Beobachter und Nachuntersucher. Das Problem im Praxisalltag liegt darin, dass die Einwirkung der Orthese überprüft und häufig auch korrigiert werden muss. Damit kommt der Befunderhebung und Dokumentation besondere Bedeutung zu. Aber sensomotorische Vorgänge zu erfassen und zu dokumentieren erfordert sehr viel Sorgfalt und Zeit, die bezahlt werden wollen. Das lehnt der MDK für gesetzliche Krankenkassen allerdings meist unter Hinweis auf den fehlenden Wirksamkeitsnachweis ab. Auch Eltze ist bei der Durchsicht der inzwischen recht vielfältigen Literatur auf nur wenige wirklich aussagekräftige Analysen und prospektive Studien gestoßen. Dieses liege in wesentlichen Teilen seiner Meinung nach daran, dass die physiologischen und anatomischen Gegebenheiten mit ihren Varianten nicht ausreichend bekannt seien oder berücksichtigt würden. Orthopädische Kenntnisse seien mit physiologischen und physikalischen Vorgängen zu paaren. Schon allein die

unterschiedlich reagierenden anatomischen Vorfußformvarianten, sowie die alters- und belastungsabhängigen Gewebs- und Formveränderungen würden die Diagnostik und Therapiemaßnahmen erschweren. Auf diese Voraussetzungen wird nach der Meinung des Beratungsausschusses für das Orthopädieschuhmacherhandwerk aber in den ihm bekannten Publikationen jedoch überhaupt nicht eingegangen. Es würde über den Normalfuß geschrieben, ohne zu definieren wie der Normalfuß gestaltet sein soll – ohne Altersangabe, ohne Körperstatur. Ähnlich würde mit der elektronischen Druckverteilungsmessung verfahren. Die durch die Maßnahmen erzielten Wirkungen würden nicht auf Form- und Altersvarianten bezogen, sondern nur pauschal als wirksam bezeichnet. Auch fehlen klar gegliederte Langzeitbeobachtungen, wie

sie gerade bei den Fußorthesen dringend erforderlich wären. Zusammenfassend bringt Eltze die Meinung des Beratungsausschusses auf den Punkt, dass sicher noch viel Arbeit geleistet werden müsse, bis diese Einlagen zu einer von medizinischer Seite und von Seiten der Kostenträger voll anerkannten Versorgungstechnik würden. Welche persönlichen Schlüsse



ziehe ich jetzt aus den Betrachtungen für meinen Praxisalltag und mein Ordnungsverhalten unter besonderer Berücksichtigung des Zeitmanagements, der Wirtschaftlichkeit und Effektivität der Verordnung? Ich persönlich ziehe mich auf das zurück, was seit langem als effektiv und nebenwirkungsarm bekannt ist und außerdem nichts kostet.

Das Barfußlaufen

Untersuchungen in barfußlaufenden Zivilisationen haben bereits früh gezeigt, dass durch das Barfußlaufen trainierte Füße durch eine hohe Gelenkmobilität, eine größere Muskelkraft der Flexoren, eine bessere Ausbildung der Fußgewölbe und eine weitestgehende Abwesenheit von Fußdeformitäten ausgezeichnet sind. Barfuß laufen ist ein entscheidender Faktor für die optimale Entwicklung der Kinderfüße.

Untersuchungen in Entwicklungsländern zeigen, dass die gesündesten und weichsten Kinderfüße, die barfußlaufender Kinder sind. Auch in unseren

Breiten bemerken viele Orthopäden im klinischen Alltag, dass viele Patienten mit Beschwerden der unteren Extremität oder Wirbelsäule nach konsequentem Barfußlaufen über eine Besserung der Symptome berichten.

Schlichtes Barfußlaufen scheint in einem sehr hohen Maß die propriozeptiven, afferenzverstärkenden und sensomotorisch wirksamen Vorgänge physiologisch auszulösen. Es hat bei den Eltern und Kindern eine hohe Compliance und ist für alle sozialen Schichten erschwinglich.

Literaturhinweise in der Geschäftsstelle

*Dr. med. Michael Fritz
Vorstandsmitglied des SÄB NR*

Junior Cup Diabetes

Das erste europäische Fußballturnier für Kinder und Jugendliche mit Diabetes war ein schöner Erfolg

Mehr als 120 Spieler - Jungen und Mädchen im Alter zwischen 6 und 18 Jahren - mit Typ-1-Diabetes sind aus Deutschland, Frankreich, Österreich und der Schweiz in Nyon (Westschweiz) angereist, um zusammen das Junior Cup-Diabetes Turnier auszutragen, das erste europäische Fußballturnier für Kinder und Jugendliche mit Diabetes. In einer ausgelassenen Atmosphäre und bei strahlendem Sonnenschein hat Frankreich die Final-Spiele der Junioren und der Senioren mit einem 2:0 gegen Deutschland und einem 4:2 gegen Österreich für sich entschieden. Etwa 500 Leute - Teilnehmer, Spieler-Familien und Freunde - feuerten die jungen Spieler und ihre Mannschaften mit viel Gejubil im Colovray-Stadium der europäischen Fußball-Hauptstadt am Genfer See an.

Der Junior Cup - Diabetes wurde im Vorfeld des Welt-Diabetes-Tages (14. November) in Nyon am Genfer See organisiert. Er ist ein besonderer Event für Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes aus Deutschland, Österreich, Frankreich und der Schweiz, und Teil der Bemühungen um mehr Aufmerksamkeit für diese Form von Diabetes bei jungen Menschen. „Ich finde den Junior Cup-Diabetes mit seiner internationalen Ausrichtung prima. Die Veranstaltung bietet Kindern und Jugendlichen mit Diabetes die Möglichkeit, zusammen Sport zu machen und sich auszutau-

schen“, bekräftigt Dimo Wache, Torwart des 1. FSV Mainz 05. „Ich habe selbst auch Diabetes und spiele als Profifußballer bei Mainz 05. Daher möchte ich Menschen mit Diabetes unterstützen und besonders Kindern und Jugendlichen zeigen, dass man auch als Diabetiker im Sport alles erreichen kann.“

„Dieses Turnier beweist, dass Diabetes kein Hindernis für Sport ist, ganz im Gegenteil“, sagte der Assistenztrainer der Schweizer Nationalmannschaft, Michel Pont, der die Mannschaften auf dem Spielgelände besuchte und ihre spielerischen Fähigkeiten auf dem Feld bewunderte.



„Sport ist wichtig, besonders auch für Menschen mit Diabetes, daher unterstützt die internationale Kinderdiabetesgesellschaft gerne dieses tolle internationale Fußballturnier“, betont Professor Thomas Danne, Generalsekretär des International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) und Kinderdiabetologe am Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover.

Die Internationale Diabetes-Föderation (IDF) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben 2007 bis 2009 zu „Jahren der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes“ erklärt und weisen damit darauf hin, dass die Probleme der Jüngsten vorrangig angegangen werden müssen. Die am 20. Dezember 2006 angenommene UNO-Resolution zu Diabetes fordert die Mitgliedstaaten auf, landesweite Maßnahmen für die Prävention und die Behandlung von

Diabetes zu entwickeln. Die europäischen Abgeordneten, die sich im Januar 2007 mit der ISPAD im Europaparlament in Brüssel getroffen haben, haben zusammen mit der IDF Europa und den Mitgliedern der Europäischen Kommission zu einer besseren Diabetesbehandlung in der Europäischen Union aufgerufen.

Partnerschaft für eine gemeinsame Sache

Der Junior Cup - Diabetes wird von Medtronic organisiert, einem Anbieter für Medizintechnik, in Kooperation mit Bayer Health Care, der IDF, der

Informationen unter: www.juniorcup-diabetes.eu

ISPAD, der Philiass-Stiftung und der Theodora-Stiftung. Mit diesem Turnier haben die Organisatoren jungen Diabetikern und ihren Eltern eine Gelegenheit geboten, Neues im Umgang mit Diabetes zu lernen, Erfahrungen auszutauschen und sich für Sport zu begeistern. Mit einer Kletterwand, Torschussübungen und einer Kombi-Vorführung (Fußball-Akrobatik) hatten die Kinder die Möglichkeit auch andere sportliche Aktivitäten zu üben und kennen zu lernen.

Risikofaktoren und Anpassungen bei frühzeitigem Krafttraining

Grundsätzlich ist das Verletzungsrisiko beim Krafttraining mit Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu anderen Sportarten als gering einzustufen. Jones et al. (2000) werteten über 20.000 krafttrainingsbezogene Verletzungen aus und ermittelten ein durchschnittlich auf das Jahr bezogene Verletzungsrisiko zwischen 2,4 und 7,6 %. Im Vergleich dazu liegt bei verschiedenen Sportarten mit weit über 10% ein deutlich höheres Verletzungsrisiko vor. Die am häufigsten beobachteten Verletzungen beim Krafttraining sind Zerrungen, Prellungen und Verstauchungen (Blimkie 1993), die häufig durch falsche Bewegungstechnik oder zu hohe Gewichtsbelastung entstehen.

Ein häufig genannter Grund gegen das Krafttraining im Kindes- und Jugendalter wird in der möglichen Schädigung der Wachstumszonen des Knochens gesehen. Hierzu liegen jedoch nur vereinzelte Fallberichte vor, in denen die Epiphysenfugen durch Krafttraining bzw. Gewichtheben eine Schädigung erfahren haben (Freiwald 2005). Die wenigen Ausnahmen beziehen sich auf unsachgemäße Bewegungsausführungen, die Verwendung von maximalen Zusatzlasten und die Ausführung von ballistischen, schnellen Bewegungen mit hohen Schwerkraften (vgl. Blimkie 1993). In den vorliegenden Krafttrainingsstudien kam es zu keinen Schädigungen der Wachstumsfugen und es wurden nur vereinzelt leichte Verletzungen wie z. B. Muskelzerrungen beobachtet.

Neben dem geringen Verletzungsrisiko zeigen sich darüber hinaus zahlreiche positive Anpassungserscheinungen eines frühen Krafttrainings, die in Abbildung 1 verdeutlicht werden. Um das Verletzungsrisiko weiter zu senken, müssen eine kompetente Betreuung, eine funktionsgerechte Übungstechnik und ein progressives Belastungsdesign sichergestellt werden. Ebenso sind maximale Zusatzlasten zu vermeiden. Aus diesem Grund wurden von unterschiedlichen Organisationen wie der American Academy of Pediatrics (Bernhardt et al. 2001), dem American College of Sports Medicine (Feigenbaum / Micheli 1988) und der American Orthopaedic Society for Sports Medicine (Cahill 1988) Richtlinien für die Ausübung eines Krafttrainings erstellt.

Dazu zählen:

- Leitung durch geschultes Personal
- Anpassung der Geräte an die Hebelverhältnisse der Kinder
- Aufwärm- und Dehnübungen vor jeder Trainingseinheit
- Protokollierte Belastungsgestaltung
- Einstieg mit leichten Gewichten, progressive Belastung
- Verwendung vielfältiger Trainingsmittel
- 2 bis maximal 3 nicht aufeinander folgende Trainingseinheiten /Woche
- Systematische Veränderungen des Krafttrainingsprogramms im Sinne einer Periodisierung
- Bei gekonnter Übungsausführung können technisch schwierigere Übungen in das bestehende Übungsprogramm integriert werden (z.B. Kniebeuge)

Maximalkraft:	↑
Schnellkraft:	↑
Muskelaufbau:	↔
Neuromuskuläre Aktivierung:	↑
Intermuskuläre Koordination:	↑
Knochenmineraldichte:	↑
Körpermasse:	↔

Abb. 1: Anpassungserscheinungen an ein frühzeitiges Krafttraining

Ein Vergleich der Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen mit Erwachsenen unterstützt die Aussage einer frühen Krafttrainierbarkeit. Metaanalysen zeigen, dass Kinder generell hohe Kraftzuwachsraten bis zu 40% bei unterschiedlicher Reizsetzung und bei unterschiedlichen Muskelgruppen aufweisen (Payne et al. 1997). Daraus kann abgeleitet werden, dass verschiedene Formen des Krafttrainings signifikante, kraftsteigernde Anpassungen auslösen (Kleinöder/Kraft 2005; vom Heede et al. 2007).

Ein Vergleich der absoluten Kraftwerte von Präpubertären mit Postpubertären zeigt, dass diese geringer als bei den Erwachsenen ausfallen. Die Relativierung der Kraftwerte auf die Querschnittsfläche der Muskulatur verdeutlicht aber,

dass keine oder nur eine sehr geringe Altersabhängigkeit bei einer großen Streuung vorliegt (Sale 1994). Abbildung 2 verdeutlicht diesen Sachverhalt am Beispiel der Entwicklung der Griffkraft vom 5. bis zum 20. Lebensjahr.

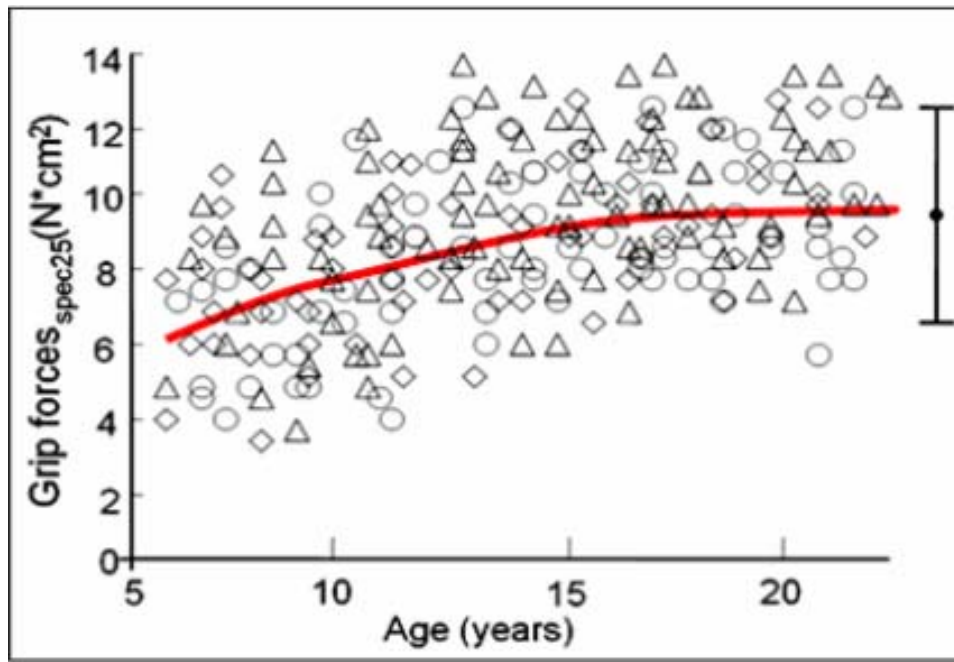


Abb. 2: Kraftentwicklung in Bezug zur Querschnittsfläche (Neu et al. 2002)

Hormone spielen eine maßgebliche Rolle für die Kraftentwicklung. Im Verlauf eines langfristigen Krafttrainings zeigt sich, dass es zu signifikanten Konzentrationsanstiegen des Testosterons bei Präpubertären kommt (Tsolakidis et al. 2000). Bei Kindern spielt auch das anabole Wachstumshormon IGF I, das zur Entwicklung der Skelettmuskulatur beiträgt, eine wichtige Rolle (Rowland 2005). Wirth (1978) wies nach, dass es präpubertär und pubertär vergleichbare Reaktionen des Wachstumshormons GH als Antwort auf akute Trainingsreize gab.

Die Wirksamkeit eines präpubertären Krafttrainings ist v. a. auf eine verbesserte neuronale Ansteuerung zurückzuführen. Physiologische Befunde zeigen, dass eine Tendenz zu einer höheren Leitungsgeschwindigkeiten mit zunehmendem Alter besteht, allerdings bei großer Streuung und uneinheitlicher Befundlage (Patten et al. 2001).

Insbesondere die Synchronisation von motorischen Einheiten scheint eine wichtige Rolle für eine höhere Kraftentwicklung zu spielen (Ozmun et al. 1994). Auch die intermuskuläre Koordination, also das Zusammenspiel der am Bewegungsablauf beteiligten Muskeln, verbessert sich. Im Hinblick auf den passiven Bewegungsapparat liegen ebenfalls positive Befunde vor, die für einen frühzeitigen Krafttrainingsbeginn sprechen. So kommt es durch Krafttraining zu signifikanten Zunahmen des Knochenmineralgehaltes, einer Dickenzunahme der Knochenrinde und einer Verstärkung der Knochenbälkchenstruktur (Morris et al. 1997, Yu et al. 2005). Ein weiterer Grund für einen frühzeitigen Krafttrainingseinstieg ist, dass Kinder und Jugendliche im Vergleich zum Erwachsenen schnellere Regenerationszeiten aufweisen (Falk/Dotan 2006).

Literaturhinweise in der Geschäftsstelle

Dr. Heinz Kleinöder, Andreas von Heede
 Institut für Trainingswissenschaft und Sportinformatik
 Deutsche Sporthochschule Köln

Zur Bedeutung von Bewegung, Spiel und Sport – auch für chronisch kranke Kinder

Einführung

Körperliche und motorische Leistungsfähigkeit, ein positives Körperbild als Basis eines positiven Selbstbildes, emotionale Stabilität, realistische Selbsteinschätzung, Zuversicht und Selbstvertrauen sind Grundlage personaler und sozialer Kompetenz; sie stellen bedeutende Gesundheitsressourcen dar. Bewegung, Spiel und Sport können einen wesent-

lichen Beitrag zur Entwicklung und Stabilisierung dieser Ressourcen leisten.

Für Kinder sind Bewegung, Spiel und Sport unverzichtbar als ‚Katalysator‘ ihrer Entwicklung, nicht nur der körperlich-motorischen Entwicklung. Werden chronisch kranke Kinder in ihrer Bewegungsaktivität durch die Erkrankung, häufig aber auch durch

ungünstige Umfeldbedingungen eingeschränkt, könnte sich dieses ungünstig auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken. In zahlreichen Studien werden teils erhebliche motorische

Entwicklungsrückstände und Auffälligkeiten zum Beispiel bei Kindern mit Adipositas, Asthma, Neurodermitis, Mukoviszidose, angeborenem Herzfehler, u. a. nachgewiesen.

Zur Bedeutung der Motorik für die Entwicklung

Wahrnehmung und Bewegung stellen für den Säugling und das Kleinkind die erste und vor dem Spracherwerb die einzige Möglichkeit der *Kommunikation* dar: Wohlbefinden wie auch unangenehme Befindlichkeit werden durch Körperbewegungen, durch Mimik und Stimme der Umgebung vermittelt. Mit zunehmendem Spracherwerb tritt die Bewegung in diesem Zusammenhang zwar in den Hintergrund, bleibt aber lebenslang bedeutsam. Viele Redewendungen weisen darauf hin, wie stark sich die psychisch-emotionale Befindlichkeit eines Menschen in seiner Körperhaltung und seinem Bewegungsverhalten zeigen - z.B. 'den Kopf hängen lassen', 'niedergeschlagen sein', 'belastet sein' oder 'jemanden den Rücken stärken', 'jemanden aufrichten', 'obenauf sein' und vieles andere mehr. Die Fähigkeit der Wahrnehmung und angemessenen Interpretation der Ausdruckskomponente von Haltung und Bewegung sowie ein hohes Maß an Sensibilität für die Zusammenhänge von äußerer Bewegung und innerem Bewegt-Sein sind die Grundlage non-verbaler Kommunikation, deren Bedeutung im sozialen Kontext nicht zu unterschätzen ist.

Der Gewinn an Bewegungssicherheit im Verlauf der ersten Lebensmonate und -jahre vermittelt *Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein*. Das Kind erfährt zunehmend 'Ich kann ...' und ist bestrebt, seine *Selbstständigkeit* auszubauen. Es will allein essen, sich allein anziehen etc. Erfolgserlebnisse, Anerkennung und Lob leisten einen unverzichtbaren Beitrag zum Aufbau eines positiven Selbstkonzepts. Parallel zur Handgeschicklichkeit entwickeln sich Aufrichtung und Fortbewegung. Fortbewegung bedeutet auch Ortsungebundenheit, *Mobilität*. Das Kind gewinnt die Möglichkeit, umgebende Räume zu erkunden und in Besitz zu nehmen; die zunehmende Bewegungsfähigkeit ermöglicht dem Kind eine aktive Eroberung der Umwelt.

Mit der Zunahme an Selbstständigkeit und einer Vergrößerung des Aktionsradius wächst die Möglichkeit, Erfahrungen zu sammeln: Erfahrungen mit Materialien, Gegenständen und Personen. Von besonderer Bedeutung sind hier differenzierte taktilkinästhetische Wahrnehmungs- und Bewegungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit vielfältigen Herausforderungen der Orientierung im Raum. Erfahrungen im Sinne des konkreten 'Begreifens' und 'Erfassens' führen im übertragenen Sinn zum Begreifen und damit zum *Erkenntnisgewinn*.

Insbesondere das Vorschul- und frühe Schulkindalter wird häufig als ‚goldenes‘ Alter der Kindheit

bezeichnet, in dem wichtige Weichen für die Persönlichkeitsentwicklung gestellt werden. Bei Vorschul- und Grundschulkindern entspricht die *äußere Bewegung* vielfach noch der *inneren Bewegung*: Fröhliche oder traurige Stimmungen, Freude, Angst und andere Gefühle finden ihren unmittelbaren Ausdruck in Bewegung. Im Verlauf des Vorschulalters zeigen sich aber auch erste Tendenzen zur Selbststeuerung von Gefühlen; die Erfahrung sozialer Erwartungshaltungen spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle.

Obwohl Spielkreise, Eltern-Kind-Gruppen und ähnliche Angebote für Kleinkinder inzwischen weit verbreitet sind, markiert der Eintritt in den Kindergarten für die meisten Kinder einen Meilenstein im Verlauf ihrer Entwicklung: Der Besuch des Kindergartens bedeutet ein Stück mehr *Unabhängigkeit und Selbstständigkeit* und gibt damit Anlass zu größerem Selbstbewusstsein. Neue Spielpartner - Kinder und Erwachsene - außerhalb der Familie werden wahrgenommen. Kontaktaufnahme, Rücksichtnahme, Kooperation, aber auch Leistungsvergleich und Wettbewerb, Aushandeln und Einhalten von Regeln, Organisieren von gemeinsamen Aktivitäten sind wichtige *Verhaltensweisen im sozialen Kontext*, die das Vorschulkind insbesondere über das Bewegungsspiel lernt. Schon in der Gruppe der Vorschulkinder, stärker noch im frühen Schulalter verleihen motorisches Können, Körperkraft und Geschicklichkeit oft besonderes *soziales Ansehen*; dieses wiederum stärkt das Selbstbewusstsein, unterstützt die Entwicklung *emotionaler Stabilität* und trägt zur Entwicklung eines *positiven Selbstkonzepts* bei.

Das ausgeprägte Bewegungsbedürfnis der Kinder ermöglicht vielfältige Erfahrungen und unterstützt damit wesentlich die *kognitive Entwicklung*: Kinder suchen sich Herausforderungen, experimentieren mit ihrer zunehmenden Bewegungsbeherrschung und ihrem Bewegungskönnen; sie gehen zielstrebig und mit wachsender Ausdauer und Konzentration an Aufgaben heran, lassen sich immer weniger von anfänglichen Misserfolgen irritieren. Praktisches Handeln führt zu Erkenntnissen, die schon im Vorschulalter hinterfragt, abstrahiert oder verallgemeinert werden. Typisch für das Vorschulalter ist auch eine rasche Entwicklung der Sprache; *Sprachverständnis und aktives Sprechen* nehmen gleichermaßen zu. Vielfach verbinden Kinder ihre Bewegungshandlungen - begleitend, rhythmisierend, akzentuierend - durch Sprache; experimentierend entstehen nicht selten phantasievolle Wortschöpfungen. Bewegungslust und Phantasie, Selbstbewusstsein und allgemeine Lebensfreude finden hier ihren Ausdruck.

Auffälligkeiten der motorischen Entwicklung im Kindesalter

Das Spektrum möglicher Ursachen einer motorischen Entwicklungsverzögerung oder -störung ist breit gefächert. Abgesehen von chronischer Krankheit oder Behinderung wäre eine genetisch bedingte Funktionsstörung ebenso denkbar wie eine Entwicklungsstörung des noch unreifen Nerven-

systems. Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung eines Kindes sind aber auch die Einflüsse der Umwelt, die sich fördernd oder einschränkend auswirken, sodass vorhandene Funktionsstörungen kompensiert oder verstärkt werden können. Kinder, die in sozial ungünstigen

Verhältnissen leben, sind einem fast dreifach erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt (*Schlack 1995*). Hinzu kommt, dass ungünstige psychosoziale Lebensbedingungen die Erfolgsaussichten einer therapeutischen Intervention deutlich erschweren. Längsschnittstudien, die den Einfluss biologischer und psychosozialer Risiken auf die kindliche Entwicklung untersuchen, dokumentieren eine im Lebenslauf zunehmende Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Kompensationsfähigkeit des Organismus; der Einfluss vorhandener biologischer Risiken nimmt dagegen im Verlauf der Zeit ab (*Puls 1997*).

Verschiedenste Faktoren aus dem Gesamt sozio-ökonomischer und sozio-ökologischer Bedingungen, die die Kindheit im ausgehenden 20. beginnenden 21. Jahrhundert prägen, können verantwortlich sein für eine Einschränkung von Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen im frühen Kindesalter. Insbesondere die Reduzierung taktil-kinästhetischer und vestibulärer Wahrnehmungsprozesse, die eine zentrale Rolle bei der Entwicklung der Körperwahrnehmung spielen, kann sich negativ auf die gesamte Persönlichkeitsentwicklung auswirken.

Einschränkungen in der Quantität und Qualität der Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen äußern sich in motorischem Ungeschick, motorischer Unruhe, Unsicherheit und Bewegungsunlust. Symptome sind aber auch emotionale Labilität, geringe Frustrationstoleranz, Impulsivität, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Antriebsstörungen, in deren Folge Lern- und Leistungsstörungen wie auch Störungen des Sozialverhaltens im Sinne unangemessenen, häufig aggressiven oder regressiven Verhaltens beobachtet werden können. Oft sind auch Sprech- und Sprachstörungen im Zusammenhang mit motorischen Auffälligkeiten zu

beobachten. Im Vorschulalter treten die genannten Symptome oder Verhaltensweisen allerdings bei vielen Kindern vorübergehend auf; ihre Interpretation erfordert eine sorgfältige Beurteilung des Entwicklungsstandes. Auch im Schulalter sollten Symptome auffälliger Verhaltensweisen kritisch vor dem Hintergrund der individuellen Lebensbedingungen eines Kindes im Kontext mit den situativ gegebenen Rahmenbedingungen betrachtet und gewertet werden.

Als Folge mangelhafter Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen, dadurch reduzierter körperlicher und motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten muss mit einem erhöhten Unfallrisiko gerechnet werden. Motorisch ungeschickte, unsichere Kinder sind häufiger in Unfälle verwickelt; dieses erscheint für alle Lebensbereiche - Kindergarten und Schule, Spielplatz und Haushalt, besonders aber für den Straßenverkehr - bedeutsam (*Dordel, Kunz 2005*).

Bewegungsmangel im Kindesalter gilt darüber hinaus als Risikofaktor für das Auftreten gesundheitlicher Störungen in höherem Lebensalter: Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, aber auch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Atmungs-Systems werden ursächlich im Zusammenhang mit einer mangelhaften Entwicklung der Organsysteme im Kindesalter diskutiert. Bei mangelhafter Bewegungserfahrung bleibt die Körperwahrnehmung undifferenziert; daraus folgt eine ungenügende Sensibilität für den notwendigen Wechsel von Anspannung und Entspannung, die den Organismus vor einseitiger Belastung - Überlastung - schützen kann. Dieses hat in hohem Maße Relevanz für die Kompetenz im Umgang mit Stress.

Besonderheiten in der Entwicklung chronisch kranker Kinder

Die Anzahl chronisch kranker Kinder nimmt seit den 1960iger Jahren stetig zu; ihr Anteil wird heute auf etwa 10 bis 20 % geschätzt (*Warschburger 2000*; vgl. *Kamtsiuris et al. 2007*; *Schlaud et al. 2007*).

Eine chronische Krankheit darf nicht als rein biologisches bzw. medizinisches Problem angesehen werden; sie betrifft immer den ganzen Menschen in seinem personellen, materialen und ökologischen Umfeld. Eine chronische Krankheit ist als ein schwerwiegender Stressfaktor zu verstehen, der Gesundheit und Wohlbefinden gefährdet. Entsprechend dem salutogenetischen Verständnis von Gesundheit (*Antonovsky 1997*) hängt ein erfolgreicher Umgang mit Stressoren davon ab, in welchem Maße Schutzfaktoren zur Verfügung stehen bzw. inwieweit es gelingt, diese zu mobilisieren. Zu diesen Schutzfaktoren gehören neben genetischer Disposition und biologischen Faktoren vor allem soziale Unterstützungssysteme, ökonomische Faktoren und kulturelle bzw. gesellschaftliche Bezüge, aber auch kognitive Faktoren und individuelle Bewältigungsmuster.

Das Ausmaß einer Entwicklungsgefährdung hängt neben dem Schweregrad der Erkrankung davon ab, in welchem Alter sie auftritt, ob sie akut oder schleichend beginnt, ob sie progressiv, evtl. in Schüben verläuft und welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen bzw. welche Prognosen gestellt werden können. Zu der Vielzahl begleitender psychosozialer

Belastungen gehören zum Beispiel (*Petermann, Noeker & Bode 1987*; vgl. *Bode 1990*):

→ *Probleme bei der Alltagsbewältigung*, auch im Hinblick auf soziale Rollen und Bindungen wie z.B. die Notwendigkeit, spezifische Risiken (z.B. Verletzung bei Hämophilie, auslösende Allergene bei Asthma) zu vermeiden; notwendige Disziplin bei Diät oder der Einnahme von Medikamenten; Sonderrolle als behindertes / krankes Kind in der Familie, problematische Beziehung zu Geschwistern u. a.;

→ *Krankenhausaufenthalte*, dadurch Trennungen von Eltern, Geschwistern und Freunden; Einschränkungen der Mobilität, u. a.;

→ *Beeinträchtigung körperlicher Unversehrtheit* durch Befindlichkeitsstörungen oder Schmerzen; Unsicherheiten und Ängste im Zusammenhang mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, insbesondere mit operativen Eingriffen; Abhängigkeit von Medikamenten und Hilfsmitteln oder von Personen; Einschränkungen der Selbständigkeit, eines selbst bestimmten Lebens;

→ *Beeinträchtigung der Identitätsentwicklung und der Zukunftsperspektive* im Zusammenhang mit Entwicklungsrückständen, realistischer Einschätzung persönlicher Stärken und Schwächen, Akzeptieren möglicher Einschränkungen schulischer und beruflicher Perspektiven;

→ *Störungen in der Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts* im Zusammenhang mit einem möglicherweise veränderten Körperbild; Hilflosigkeit, Angst vor Abhängigkeit, davor, anderen zur Last zu fallen; Minderwertigkeitsgefühle, verändertes Kommunikationsverhalten.

Mit zunehmendem Alter und steigendem Wissen über das Krankheitsgeschehen steigern sich in der Regel die Fähigkeit und die Bereitschaft eines Kindes zum Selbstmanagement. Mit zunehmendem Alter verändern sich auch die individuell zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien. Der Stellenwert, der gesundheitsrelevanten Themen zugemessen wird, wird mit zunehmendem Alter größer.

Während eine chronische Krankheit durch vielfältige Belastungen die Bewältigung altersgemäßer Entwicklungsaufgaben verzögern oder behindern kann, ist durchaus auch eine andere Entwicklungstendenz

möglich: Nicht selten ist bei betroffenen Kinder ein Maß an Selbständigkeit und Selbstbewusstsein wie auch Verantwortungsbewusstsein sich selbst und der Umwelt gegenüber zu beobachten, das das anderer Kinder in ihrem Alter weit übertrifft (*Warschburger 2000*).

Die chronische Krankheit stellt aber immer nur einen Stressor neben vielen anderen, die es zu bewältigen gilt, dar. Krankheitsspezifische Belastungen kommen zu den Entwicklungsaufgaben der jeweiligen Altersstufe hinzu. Es hängt von der Persönlichkeit eines betroffenen Kindes ab, wie es die Krankheit bewertet und inwieweit mit der Erkrankung ein aktiver Bewältigungsprozess einhergeht (*Oerter und Dreher 1995; Warschburger 2000*).



Förderung durch Bewegung, Spiel und Sport

Eltern und Geschwister, aber auch ErzieherInnen im Kindergarten und Lehrkräfte in Schulen haben großen Einfluss und tragen in hohem Maße (Mit-) Verantwortung für die Entwicklung von Kindern. Je nach Art und Grad einer Erkrankung kann die körperliche Belastbarkeit vorübergehend oder dauerhaft mehr oder weniger stark herabgesetzt sein, sodass eine gewisse Schonung des betroffenen Kindes erforderlich ist. Vielfach führt die Erkrankung aber auch zu einer Sonderrolle z.B. in der Familie, die das Kind generell von alltäglichen Aufgaben und Pflichten entbindet, aber auch Bewegungsaktivitäten im Freizeitbereich, in Kindergarten und Schule weitgehend unterbindet. ErzieherInnen und Lehrkräfte akzeptieren ein ‚Sportverbot‘ chronisch kranker Kinder oft gern, da sie aufgrund mangelnder Kenntnisse große Unsicherheit bzgl. der Belastbarkeit betroffener Kinder im Bewegungsbereich empfinden.

Diese Problematik zeigt sich zum Beispiel bei Kindern und Jugendlichen mit angeborenem Herz-

fehler, die erhebliche motorische Entwicklungsdefizite aufzeigen, obwohl ihr Herzfehler seitens des Kinderkardiologen als unbedeutend eingeschätzt und ihnen ‚Sportfähigkeit‘ bescheinigt wurde (*Bjarnason et al. 2007*). Andererseits ergeben Befragungen herzoperierter Kinder und Jugendlicher häufig, dass von ihnen ein Sportverbot als mit Abstand gravierendste Einschränkung der Lebensqualität infolge der Krankheit empfunden wird.

Abbildung 1 zeigt mögliche Ursachen und Folgen des Bewegungsmangels chronisch kranker Kinder. Hier wird deutlich, dass fundierte Information über die Erkrankung, realistische Einschätzung individueller Belastbarkeit und gezielte Förderung durch Bewegung, Spiel und Sport entsprechend den individuellen Möglichkeiten notwendig sind, um den gefürchteten Teufelskreis von Bewegungsmangel und seinen vielfältigen Folgen zu vermeiden.

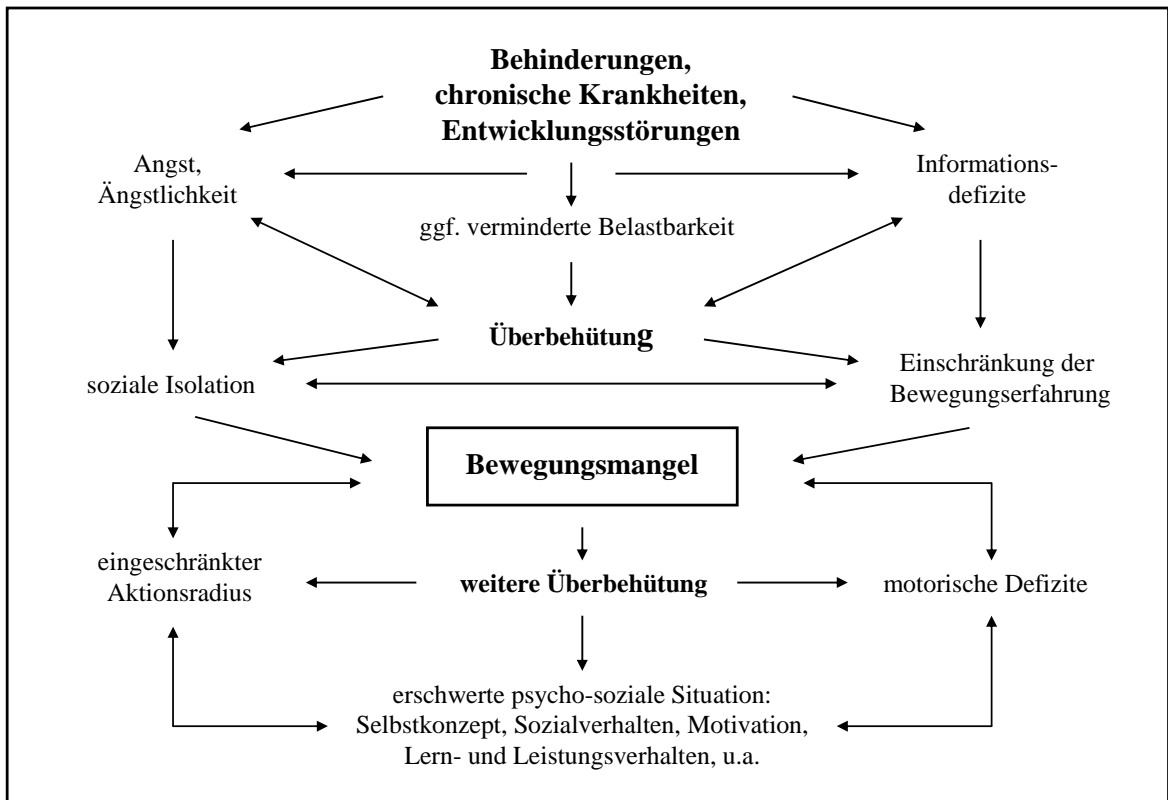


Abb. 1: Mögliche Ursachen und Auswirkungen des Bewegungsmangels bei Kindern mit Behinderungen, mit chronischen Krankheiten oder Entwicklungsstörungen (Dordel 2007)

Motorische Förderung sollte immer als ganzheitlich orientierte Entwicklungsförderung verstanden und gestaltet werden. Über vielfältige Bewegungsangebote, Strukturierung von Bewegungssituationen und Gerätearrangements sowie die Vorgabe von Bewegungsideen werden Impulse gesetzt zur Erweiterung individueller Bewegungserfahrung und motorischer Handlungskompetenz. Gemeinsame Planung von Bewegungsanlässen berücksichtigt die Interessen und Bedürfnisse der Kinder und motiviert zu aktiver Teilnahme und Mitgestaltung. Im Vordergrund stehen zunächst die Stärken eines jeden Kindes; auch kleinste Fortschritte werden bewusst gemacht und bestätigt. Dabei ist ein interindividueller Leistungsvergleich unnötig; Leistungsdruck wird vermieden. Für den organisatorischen Unterrichtsverlauf und für das soziale Miteinander werden Regeln besprochen und Grenzen einsichtig gemacht; das Einhalten der Regeln und Akzeptieren der Grenzen wird konsequent eingefordert. Dieses ist wie auch ein bestimmter organisatorischer Rahmen und ‚Rituale‘ im Unterricht geeignet, Kindern eine Orientierung für ihr Verhalten zu geben. Verlässliche äußere Strukturen geben auch inneren Halt.

Die Zielsetzung individueller motorischer Förderung stellt hohe Ansprüche an die Lehrperson: neben der erforderlichen fachlichen Kompetenz sind für den Erfolg der Fördermaßnahme persönliches Engagement, ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, positive Zuwendung jedem einzelnen gegenüber, unabhängig von dessen Verhalten, Ehrlichkeit und Authentizität sowie Konstanz, Berechenbarkeit und Konsequenz im Lehrerverhalten von entscheidender Bedeutung. Ein enger Kontakt zu den Familien der Kinder im Sinne eines Informationsaustausches ist eine weitere wichtige Vorbedingung für eine erfolgreiche Intervention.

In der Gruppe geht es darum, ein positives soziales Klima und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Lehrperson und jedem einzelnen Kind herzustellen. Ein positives soziales Klima wird geprägt durch emotionale Wärme, ehrliche Wertschätzung und grundlegendes Verständnis für jeden einzelnen. In einer freundlichen, vertrauensvollen Atmosphäre können sich Kinder angenommen und mit ihren Wünschen ernst genommen fühlen. Sie lernen, eigene Stärken zu erkennen und Erfolge wahrzunehmen, um Selbstvertrauen und Selbstsicherheit zu entwickeln und ein positives Selbstkonzept auf- und auszubauen, aber auch eigenen Schwächen zu akzeptieren und mit Unterstützung der Gruppe und des Lehrers daran zu arbeiten.

Motorische Förderung chronisch kranker Kinder sollte so früh wie möglich zum Einsatz kommen, damit Defizite im Bereich von Wahrnehmung und Bewegung mit ihren negativen Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung gering bleiben bzw. frühzeitig ausgeglichen werden. Ein besonderes Anliegen der motorischen Intervention besteht darin, die Körperwahrnehmung der Kinder so zu entwickeln und zu differenzieren, dass ihre Sensibilität für die Reaktionen des Körpers auf Belastung verfeinert wird. Dieses führt im Zusammenhang mit – dem Alter entsprechenden – Kenntnissen über die individuelle krankheitsspezifische Situation und dadurch bedingte Belastbarkeit zu einer realistischen Selbsteinschätzung. Im Zusammenhang mit einem positiven Selbstkonzept, emotionaler und psychosozialer Stabilität sowie guter sozialer Integration stellt eine realistische Selbsteinschätzung den wirksamsten Schutz vor Überlastungen im Alltag wie auch bei Bewegung, Spiel und Sport dar. Eltern und andere Bezugspersonen erfahren Entlastung und gewinnen Sicherheit, wenn ihnen

bewusst wird, dass das kranke Kind durchaus körperlich belastbar ist. Unnötige Überbehütung

wird abgebaut, Bewegungsaktivität unterstützt und der Aktionsradius des Kindes erweitert.

Zusammenfassung und Ausblick

Chronische Krankheit stellt eine u. U. erhebliche Belastung für betroffene Kinder und ihre Familien dar. Notwendige Schonung bzw. Rücksichtnahme auf krankheitsbedingte Einschränkungen auf der einen Seite, Anregung bzw. Ermutigung zu einem aktiven Lebensstil auf der anderen Seite sollten sorgfältig abgewogen werden. Überbehütung und unnötige Bewegungs- und Sportverbote können die Entwicklung eines Kindes deutlich behindern. Förderung durch Bewegung sollte schon frühzeitig

genutzt werden, um motorischen Auffälligkeiten vorzubeugen; entsprechende Bewegungsangebote finden sich in großer Zahl in Vereinen wie auch in Kindergarten und Schule. Grundlage erfolgreicher Förderung durch Bewegung auch der chronisch kranken Kinder sind fundierte Kenntnisse und ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den beteiligten Personen – Übungsleitern, Erzieherinnen und Lehrkräften sowie den Eltern und nicht zuletzt den betroffenen Kindern.

Literaturhinweise in der Geschäftsstelle

Sigrid Dordel
Institut für Schulsport u. Schulsportentwicklung
Deutsche Sporthochschule Köln

Sportmedizinische Untersuchung bei Kindern und Jugendlichen

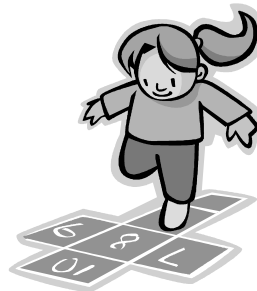
Bewegung, körperliche Aktivität und Sport sind wichtige Elemente in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Auch in einer Zeit, in der immer mehr über den Bewegungsmangel bei Kindern und Jugendlichen geklagt wird, sind 60 % der 12-jährigen und 40 % der 18-jährigen Kinder und Jugendlichen aktive Mitglieder in einem Sportverein (*Bretschneider et al., 2002*), in deren Rahmen sie auch an wettkampfsportlichen Aktivitäten teilnehmen.

In der Regel ist dies problemlos möglich. Dennoch gibt es immer wieder auch in dieser Altersgruppe Berichte über Überlastungsschäden, Verletzungen oder gar Todesfälle beim Sport, die in den Medien dann extensiv dargestellt werden. Um die Häufigkeit von negativen Effekten von Sport so gering wie möglich zu halten, sollten Kinder und Jugendliche vor Aufnahme eines regelmäßigen Trainings und wettkampfsportlicher Aktivitäten einer sportmedizinischen Untersuchung unterzogen werden. Darüber hinaus sind im Verlauf der sportlichen Karriere regelmäßige sportmedizinische Untersuchungen in mindestens zweijährigen, besser jährlichen Abständen sinnvoll. In vielen Sportarten ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung Voraussetzung für die Erteilung eines Spielerpasses oder einer Wettkampflizenz. Allerdings wird diese Untersuchung in der Praxis sehr unterschiedlich durchgeführt, und sie ist bisher nicht an eine besondere Qualifikation gebunden.

Das Ziel einer sportmedizinischen Untersuchung ist die Erkennung besonderer Risiken und physischer „Schwachstellen“ des einzelnen Kindes oder Jugendlichen in Bezug auf die geplante Sportausübung. Hierfür ist einerseits eine ausführliche körperliche Untersuchung des Patienten erforderlich. Andererseits setzt sie auch eine gute Kenntnis des Belastungsprofils und der spezifischen Risiken der gewählten Sportart voraus. Hierfür sei ein einfaches Beispiel genannt: eine Beinlängendifferenz kann bei vielen Sportarten durch eine Schuherhöhung ausgeglichen werden. In Sportarten, bei denen keine Schuhe getragen werden, wie Judo, Ringen o. ä. ist ein Ausgleich nicht möglich, so dass

es insbesondere bei intensiver Ausübung der Sportart zu Rückenschmerzen aufgrund einer Fehlbelastung der Wirbelsäule kommen kann. In einer solchen Situation sollte frühzeitig entweder zu einer anderen Sportart geraten werden oder ein Behandlungskonzept mit Ausgleichsgymnastik zur Kräftigung der Rückenmuskulatur entwickelt werden.

Bereits bei der Anamnese sollte gezielt nach Sportart, Trainingshäufigkeit und Intensität gefragt werden. Auch sollten Beschwerden bei körperlicher Belastung (Dyspnoe, Thoraxschmerzen, Schwindel) und die subjektive Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit im Vergleich zu Gleichaltrigen erfasst werden. Bisherige Verletzungen und der Impfstatus, insbesondere bezüglich Tetanus, sind zu klären. Medikamente bzw. Nahrungsergänzungsmittel sollten gezielt erfragt werden, da beispielsweise Asthma-Sprays von vielen Jugendlichen nicht aktiv erwähnt werden. Bei der Familienanamnese sollte insbesondere nach Ionen-Kanal-Erkrankungen wie dem long QT-Syndrom, einer hypertrophen Kardiomyopathie, Hämophilie, Asthma und Allergien, sowie nach Todesfällen unter körperlicher Belastung geforscht werden.



Es folgt die klinische Untersuchung, bei der man sich z. B. an dem Untersuchungsbogen der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin (www.kindersportmedizin.org), der auch von der Sektion Kinder- und Jugendsport der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) empfohlen wird, orientieren sollte.

Für Schüler an speziellen Sportschulen, die zur besonderen Förderung von sportlich talentierten Jugendlichen eingerichtet werden, wird die Untersuchung nach einem auf diesem Untersuchungsbogen basierenden, erweiterten Untersuchungsbogen gefordert. Für Kader-Athleten gibt es ebenfalls spezielle Untersuchungsbögen. Die Untersuchung dieser Athleten wird in der Regel in vom Landessportbund akkreditierten Untersuchungsstellen durchgeführt. Allerdings gibt

es bisher keine speziellen Untersuchungsstellen für Kinder und Jugendliche.

Bei auffälliger Anamnese oder auffälligen Befunden in der klinischen Untersuchung ist eine weiterführende Diagnostik einzuleiten. Hier kommen je nach Beschwerdebild beispielsweise ein EKG und eine Echokardiographie oder eine Lungenfunktionsuntersuchung in Betracht. Bei belastungsinduzierten Symptomen wie Luftnot oder Thoraxschmerzen sollte auch eine (Spiro-) Ergometrie durchgeführt werden. Bei auffälligen Befunden am Bewegungsapparat kann eine Vorstellung beim Orthopäden sinnvoll sein.

*Dr. med. Wolfgang Lawrenz
Vorstandsmitglied des SÄB NR*

Zum Abschluss der Untersuchung erfolgt ein Gespräch mit dem Kind/Jugendlichem und seinen Eltern über die Ergebnisse der Untersuchung und die hieraus resultierenden Empfehlungen zur Sportausübung. Wenn erforderlich, wird eine Bescheinigung über die Untersuchung zur Vorlage beim Verein ausgestellt.

Durch dieses Vorgehen sollte es möglich sein, einen Großteil der Erkrankungen zu erkennen, die zu einem Risiko beim Sport führen und somit die Häufigkeit ungünstiger Auswirkungen von Sport zu minimieren.

Stellungnahme Kinder im Fitnessstudio

„Kinder bewegen sich heutzutage zu wenig“. Dieser Satz ist überall zu lesen und sicherlich auch berechtigt. So haben die absolute Bewegungszeit und damit auch die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern in den letzten 20 Jahren um etwa 10% abgenommen. Gleichzeitig nahm die Zahl übergewichtiger und adipöser Kinder stetig zu, nach aktuellen Zahlen sind 15% der deutschen Kinder übergewichtig und adipös.

Sport und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen haben nicht nur positive Auswirkungen auf die motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sondern auch auf gesundheitsrelevante Größen wie beispielsweise Körperfettgehalt und Blutdruck. Darüber hinaus sind günstige Effekte auf die emotionale, psychosoziale und kognitive Entwicklung nachgewiesen.

In den vergangenen Jahren entstanden, zum Teil wohl auch als Konsequenz der oben skizzierten Entwicklung, zunehmend so genannte „Kinder-Fitness-Studios“, die ein „Fitness-Training“ für Kinder anbieten. Die Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin möchte mit dieser Stellungnahme über mögliche Vor- und Nachteile dieser Angebote informieren.

Nach den allgemeinen Empfehlungen sollten Kinder mindestens eine Stunde lang täglich mit mittlerer Intensität körperlich aktiv sein. Ein zusätzliches Training der Muskelkraft sollte an zwei oder mehr Tagen pro Woche erfolgen. Dieses Ausmaß an körperlicher Aktivität kann durch Alltagsaktivitäten (z. B. Schulweg mit dem Fahrrad oder zu Fuß, Nutzen der Treppe statt Aufzug oder Rolltreppe), durch freizeitsportliche Aktivitäten (z.B. Inline-Skater laufen, schwimmen gehen, auf dem Bolzplatz kicken u.ä.) sowie durch Nutzen der Angebote lokaler Sportvereine in der Regel problemlos und zu günstigeren Kosten als im Fitnessstudio erreicht werden.

Daher ist im Normalfall der Besuch eines Fitnessstudios für Kinder und Jugendliche nicht erforderlich. Einige wenige Kinder, wie z.B. übergewichtige Kinder und Jugendliche, die sich möglicherweise genieren, in der Gruppe Sport zu treiben oder dabei gehänselt werden, können

jedoch von einem solchen Angebot profitieren. Auch gibt es einzelne heranwachsende Jungen und Mädchen, die vom Angebot der Sportvereine nicht angesprochen werden, Sport im Fitnessstudio aber attraktiv finden.

Unabhängig von den o. g. Argumenten „pro“ Fitnessstudio für Kinder und Jugendliche bleibt jedoch zu bedenken, dass es z. Z. keine evidenzbasierten Richtlinien für entsprechende Anbieter gibt und somit Qualitätskriterien für Studioangebote für Kinder und Jugendliche fehlen. Allerdings bestehen für Kinder und Jugendliche in Fitnessstudios besondere Risiken, die für Erwachsene nicht oder in geringerem Maße zutreffen. Im Vergleich zu Erwachsenen ist der heranwachsende Bewegungsapparat in höherem Maße gefährdet bei hohen mechanischen Belastungen, wie sie beim (Maximal-)Krafttraining und/oder beim Krafttraining mit falscher Technik auftreten. Neben den orthopädischen Problemen kann ein weiteres Risiko des Besuchs von Fitnessstudios sein, dass Kinder und Jugendliche unter „Erfolgsdruck“ geraten, einen unrealistischen Zuwachs an Muskelmasse anzustreben und/oder Kontakt zu anabolen Substanzen bekommen.

Somit ist ein Krafttraining nur unter fachkundiger Anleitung und nur bei richtiger Auswahl und Durchführung der Übungen bei adäquater Zielsetzung sinnvoll. Voraussetzung dafür sind entsprechend ausgebildete und erfahrene Trainer sowie an die besonderen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen anpassbare Geräte. Sind diese Maßgaben erfüllt, kann ein Kraftausdauertraining in jedem Alter, also auch bereits mit Kindern vor der Pubertät durchgeführt werden. In der letztgenannten Altersgruppe kann allerdings kein großer Muskelzuwachs erwartet werden, vielmehr kommt es in diesem Alter neben dem wachstumsbedingten Muskelzuwachs fast ausschließlich durch eine Verbesserung der intra- und intermuskulären Koordination zum Kraftzuwachs durch Training. Erst während bzw. nach der Pubertät ist ein echter Muskelzuwachs zu erwarten.

Fazit:

Grundsätzlich sollte für Kinder in Alltag und Freizeit ein ausreichendes Bewegungsangebot vorhanden sein. Für einzelne ausgewählte Gruppen, z.B. bewegungsarme und oder übergewichtige Kinder und Jugendliche kann ein Besuch von so genannten Kinder-Fitness-Studios oder ähnlichen Angeboten sinnvoll sein. Es kommt aber, wie bei anderen Sportangeboten auch, auf die richtige Auswahl des Studios und eine kritische Begleitung durch Eltern und Ärzten an. Wesentliche Voraussetzung sind ausgebildete Trainer, die stets auf eine geeignete Auswahl und korrekte Durchführung des

Bewegungsangebotes achten, anpassbare Sportgeräte, adäquate Ausstattung (Duschen etc.) sowie keine über die Beiträge hinausgehenden, versteckten finanziellen Interessen wie die Vermittlung von Nahrungsergänzungsmitteln, Kosmetika etc..

Eine Finanzierung der Fitness-Kurse für Kinder durch Krankenkassen, wie teilweise praktiziert, ist angesichts fehlender wissenschaftlicher Daten zum gesundheitlichen Nutzen dieser Angebote z. Z. nicht vertretbar.

*Gesellschaft für pädiatrische Sportmedizin
Federführend: C. Graf; H. Hebestreit; W. Lawrenz*

Arthritiskinder haben brüchige Knochen

Entzündungen, Medikamente und Bewegungsmangel führen dazu, dass die Knochendichte von Kindern mit rheumatoider Arthritis abnimmt.

Die Krankheit tritt vergleichsweise häufig auf: Eines von tausend Kindern leidet unter rheumatoider Arthritis. US-Wissenschaftler untersuchten, in welchem Maße das Risiko dieser Kinder für Knochenbrüche erhöht ist.

Jon Burnham von der University of Pennsylvania und sein Team werteten dazu die Daten von fast 2000 Arthritiskindern aus und verglichen sie mit denen einer großen Kontrollgruppe von 207 000 Kindern mit gesunden Gelenken.

Doppeltes Risiko

Dabei zeigte sich, dass sich unter den Arthritiskindern die Wahrscheinlichkeit für Knochenbrüche

mehr als verdoppelt. Innerhalb von vier Jahren erlitten 6,7 Prozent von ihnen einen Bruch. In der Kontrollgruppe waren es nur 3,3 Prozent.

Tatsächlich ist die Knochendichte von Arthritiskindern vergleichsweise niedrig. Dabei handelt es sich um eine Nebenwirkung der Steroide, die die kleinen Patienten einnehmen müssen. Sie schwindet aber auch durch die Entzündungsprozesse selbst. Hinzu kommt, dass sich Kinder mit rheumatoider Arthritis wegen ihrer schmerzenden Gelenke weniger bewegen als gesunde, was den Knochenschwund zusätzlich begünstigt.

Osteoporose vorbeugen

Jon Burnham und Kollegen empfehlen daher, Arthritiskindern Kalzium und Vitamin D zu verabreichen, um einer möglichen Osteoporose vorzubeugen.

Annals of the Rheumatic Diseases

Rauchfreier Sportverein

Äußerst erstrebenswert ist es, bei sportausgerichtetem Vereinen, die sich auch der Jugendarbeit verschreiben, die Rauchgewohnheiten der Erwachsenen als Vorbildfunktion für Jugendliche zu unterbinden. Viele Jugendliche versuchen in der Gemeinschaft mit anderen Gleichaltrigen in Vereinen erste Erfahrungen mit Zigaretten zu erleben. Dabei ist die Gefahr, dass Suchterzeugung bereits mit wenigen Zigaretten einsetzt, sehr groß.

Vereinsbetreuende Sportärzte sollten den Einfluss in den Vereinen nutzen, Überzeugungsarbeit zur Raucherprävention zu leisten.



Ein hervorragendes Informationsblatt zu rauchfreien Sporteinrichtungen hat das Deutsche Krebsforschungszentrum unter Mitarbeit von Prof. Dr. Herbert Löllgen, Prof. Dr. Robert Loddenkemper und Dr. Martina Pötschke-Langer herausgebracht.

Dieses ist unter [www. Tabakkontrolle.de](http://www.Tabakkontrolle.de) abrufbar.

Denken Sie bitte bei Ihrem nächsten Besuch im Verein, auf den Vorstand und die Mitglieder im Sinne der Vermeidung der Suchterzeugung und Passivraucherschädigung der Jugendlichen einzuwirken!

*Dr. Jürgen Eltze für
die Redaktionsmitglieder
des Sportärztesbundes Nordrhein*

Der Schweinehund im Dienste der Gesundheit

Jetzt kennt ihn bald jedes Kind: der Schweinehund, das Maskottchen der Kampagne: „Überwinde deinen inneren Schweinehund“, blickt uns von riesigen Plakatwänden entgegen. Auf grünem Grund liegt der kleine Faulpelz da und wartet darauf, überwunden zu werden. Denn dass gesunde Bewegung zu einem gesünderen Leben führt, dass weiß inzwischen zwar jeder, aber noch längst nicht jeder setzt diese Erkenntnis auch in die Praxis um. Die Öffentlichkeitskampagne „Überwinde deinen inneren Schweinehund – Gesundheit braucht Bewegung“ soll die Menschen im Land dazu bewegen, sich zu bewegen. Träger der Initiative sind der LandesSportBund Nordrhein-Westfalen und das für den Sport zuständige Innenministerium, Partner sind das Gesundheitsministerium, die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen Lippe, die Sportärztebünde Nordrhein und Westfalen sowie die Gmünder ErsatzKasse GEK.



Auch in die Wartezimmer zieht der Schweinehund jetzt auf attraktiven Plakaten ein. Denn auf eines legt der kleine Kerl wirklich Wert: der Sport muss gesund und auf den jeweiligen Sporttreibenden optimal zugeschnitten sein. Dazu wird unter bestimmten Voraussetzungen – Alter, Vorerkrankungen, Risikofaktoren, etc. - dringend die vorherige Untersuchung durch einen Arzt oder Sportarzt empfohlen. Was dann folgt, ist die Suche nach einem geeigneten Sportverein. Denn dort gibt

es qualitätsgeprüfte Bewegungsangebote, die mit dem Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet sind ebenso wie zertifizierte Rehabilitationskurse.

Über 20.000 Sportvereine gibt es allein in Nordrhein-Westfalen, sehr viele davon bieten ihren Mitgliedern und solchen, die es werden wollen, gesundheitsorientierte Bewegungsangebote an. Mehr als 12.000 Rehabilitationsangebote und über 2.700 zertifizierte Präventionskurse können helfen, in Zukunft fitter, schmerzfreier, einfach besser zu leben. Da fällt es auch den kompetentesten und engagiertesten Ärzten schwer, den Überblick zu behalten. Zusammen mit seinen Stadt- und Kreissportbünden hat der LandesSportBund NRW hier Abhilfe geschaffen: Ein frisch gedrucktes Angebotsverzeichnis mit allen gesundheitsorientierten Bewegungsangeboten in der Prävention und der Rehabilitation hilft Ärzten und Patienten, das individuell Richtige zu finden.

Zu bekommen ist das Heft bei den jeweiligen Stadt- und Kreissportbünden vor Ort. Durch das Aufhängen der Plakate und das Auslegen der Info-Flyer, die sie kostenlos beim LandesSportBund Nordrhein-Westfalen erhalten, können Sie die Kampagne aktiv unterstützen. Und dann steht einem bewegteren Leben eigentlich nichts mehr im Wege.

LandesSportBund Nordrhein
aus www.wir-im-sport.de

Neue Empfehlungen aus den DGSP-Sektionen

als Druckexemplar zu bestellen
Tel.: 0761/270-7456
Fax: 0761/202-4881
Email: dgsp@dgsp.de

Sektion Kinder- u. Jugendsport

- Das sogenannte "Babyschwimmen"
- Cannabis auf der Dopingliste
- Körperliche Aktivität bei Kindern mit Essstörungen
- Eiweißbedarf von Kindern und Jugendlichen im Sport

Empfehlungen für Untersucher

- Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Kinder und Jugendliche

Nachbetrachtung zum 40. Deutschen Sportärztekongress in Köln

Der 40. Deutsche Sportärztekongress vom 27.-29. September 2007 in Köln mit seinem Leitmotiv „Sportmedizin – zwischen Leistungssport und klinischer Medizin“ griff die aktuellen Trendlinien und Entwicklungen der Sportmedizin auf und konnte in verschiedenen Themenschwerpunkten mit Beiträgen aus der Grundlagenforschung wie auch der klinischen Sportmedizin einen „Brückenschlag“ zwischen diesen Bereichen realisieren und damit das breite Spektrum unseres Faches reflektieren. Die Bedeutung des Kongresses wurde auch dadurch herausgestellt, dass Bundesinnenminister Dr. Schäuble in seiner Funktion als Sportminister den Kongress eröffnete.

In diesem Sinne umfasste das Spektrum unter anderem die orthopädisch-traumatologische, die internistisch-kardiologische und pädiatrische Sportmedizin. Die Qualität der Tagung wurde insbesondere garantiert durch eine Vielzahl von Beiträgen aus den wissenschaftlich tätigen sportmedizinischen Institutionen. Ziel war es, den unterschiedlichen Interessensgruppen ein jeweils möglichst optimales Forum zu bieten. Daher wurden während der gesamten Dauer des Kongresses, neben wissenschaftlichen Vorträgen und innovativ gestalteten Posterpräsentationen mit Kurzvorträgen, Plenar- und Schwerpunkt-vorträgen, praxisorientierte Workshops und zertifizierte

Fortbildungsveranstaltungen angeboten.

Bei den im Rahmen des Kongresse angebotenen

Themenschwerpunkten handelte es sich um die Themenbereiche Knorpelschäden im Sport, der chronische und unspezifische Rückenschmerz des Sportlers, Dopingbekämpfung, Training bei Herzinsuffizienz, Molekularbiologie des großen Herzens, Kinder- Adipositas, Rhythmusstörungen und Sport, Sport und Metabolisches Syndrom und neue Entwicklungen in der Atemgasanalyse. Darüber hinaus wurde eine wissenschaftliche Aufarbeitung der aktuellen Dopingproblematik durch eine Änderung des ursprünglichen geplanten Programms ermöglicht. Für diese und weitere sportmedizinisch relevante Themengebiete konnte der aktuelle Stand der klinischen Forschung und der Grundlagenforschung, sowie der aktuelle Stand der praktischen Anwendung dargestellt werden. Die Einbindung ausländischer Referenten gewährte eine möglichst große Aktualität der Darstellung des Stands der Forschung im Bereich der genannten Themengebieten.

Der Kongress hatte insgesamt 1200 Teilnehmer, wovon 943 aus dem wissenschaftlichen oder klinischen Bereich kamen. Den Kongressteilnehmern wurden insgesamt 346 Beiträge, von denen 234 als Posterpräsentation erfolgten, angeboten. Die Posterpräsentation wurde

nach einem neuen Modus in 14 Einzelsitzungen durchgeführt, der dem wissenschaftlichen Nachwuchs auch zusätzlich die Möglichkeit der mündlichen 5-minütigen Kurzpräsentation bot. Um der Posterpräsentation eine höhere Wertung zu geben wurden die Poster in einem zweistufigen Bewertungsverfahren begutachtet und die besten Poster prämiert. Diese Neuerung stellte sich trotz des deutlich erhöhten organisatorischen Aufwands

als absolut positive Neuerung und Aufwertung der Postersitzung, auch im Sinne der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung, heraus. Zur Fokussierung auf spezifische wissenschaftliche Schwerpunkte wurden neben den angebotenen Plenar- und Schwerpunktsitzungen, zu den verschiedenen Parallelsitzungen, Ein-

führungsreferate angeboten, hier wurde vor allem den in den letzten beiden Jahren neu berufenen Sportmedizinerinnen die Gelegenheit gegeben, Aspekte aus ihrem Forschungsgebiet zu präsentieren. Die Resonanz und der Besuch der Einzelsitzungen waren erfreulich hoch, so dass im Durchschnitt eine Präsenz von etwa 60% der Gesamtteilnehmer in den Sitzungen, die parallel in 7 Sitzungsräumen stattfanden, registriert werden konnte. Dies deutet daraufhin, dass das angebotene Programm eine hohe Akzeptanz bei den Kongressteilnehmern gefunden hat.

Neben diesen Programmteilen wurden 7 Fortbildungssitzungen und 20 Workshops angeboten, wobei die Hälfte der Workshops über Industriesponsoring realisiert wurde. In den

Fortbildungsveranstaltungen wurden sowohl wissenschaftliche als auch klinische Aspekte der

Sportmedizin berührt.

Besonders erfreulich war die Qualität der wissenschaftlichen Beiträge, die in den meisten Fällen von guter bis sehr guter Qualität waren.

Die Industrieausstellung bot Gelegenheit, sich über innovative Produkte und Dienstleistungen im Umfeld der Sportmedizin umfassend zu informieren.

Neben den wissenschaftlichen Programmpunkten fanden auch die Eröffnungsveranstaltung, der Begrüßungsabend im Sport- und Olympiamuseum sowie der Festabend in der Kölner Wolkenburg reges Interesse und boten die Gelegenheit für einen vielfältigen Gedankenaustausch zwischen den Kongressteilnehmern.

Insgesamt ist es deshalb nicht verwunderlich, dass der 40. Deutsche Sportärztekongress eine fast uneingeschränkt positive Beurteilung durch die Teilnehmer erfahren hat.

Wir, die Kongresspräsidenten, danken allen engagierten Akteuren, die zum Gelingen dieses Kongresses beigetragen haben sowie den vielen interessierten Teilnehmern.



Neuigkeiten aus dem Verband

Vorstellung unserer Vorstandsmitglieder

Dr. Oliver Funken

* 16.03.1959

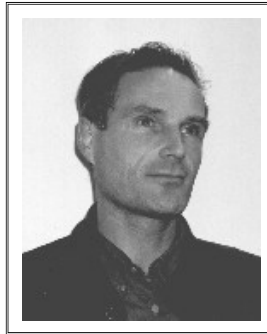
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Sportmedizin, Naturheilverfahren
Verheiratet, 6 Kinder

Nach Bundeswehrzeit von 1978-1980
Studium Medizin in Rotterdam und Bonn
von 2001 bis 1987. Promotion 1990.
Weiterbildung in verschiedenen Kranken-
häusern (Pathologie, Innere, Onkologie,
Gynäkologie, Chirurgie) bis 2000. Parallel
Versorgungsforschung in der Onkologie.

Seit April 2000: Niederlassung als Allgemein-
mediziner in eigener Praxis.

Sportliche Aktivitäten: Schwimmen, Judo, Ju Jutsu,
Basketball, Fechten. Nach dem Studium noch
Joggen, Squash und Tennis.

Medizinische Betreuung der entsprechenden
Vereine. Begleitung von Herzsportgruppen.



Sei 1990 im Vorstand des Sport-
ärztebund Nordrhein: 10 Jahre Chef-
redakteur des Mitglieder-Journals, seit 4
Jahren als 2 Vorsitzender.

Seit 1993 in verschiedenen berufspoli-
tischen Mandaten u. a. Vorstand der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
(1993-1999) und Vorstand der Kassen-
ärztlichen Bundesvereinigung (1993-
1997). Mitglied der Kammerversammlung
der Ärztekammer Nordrhein seit 2005.

Im Vorstand des SÄB NR vornehmlicher Schwer-
punkt auf gesundheitspolitische Ziele in die
Standes- und Berufspolitik aktiv. Zudem seit nun 9
Jahren Mitglied der Sektion Breiten- u. Freizeitsport
der DGSP. Und seit nun 7 Jahren beim Landes-
SportBund Mitglied des Gesundheitsausschusses.

Der 300. Sportärztekurs

oder

Gaudeamus igitur

(Ein Jubiläum, gesehen mit den scharfen Augen
eines Ophthalmologen)

Diese Anfangszeile des schönen Studentenliedes
von Wilhelm Kindleben könnte über einem Fest
gestanden haben, das freilich nicht nur
Junge (juvenes dum sumus), sondern
auch ältere (Sport-) Ärzte in der
Sportschule des Fußballverbandes
Mittelrhein vereinte.

Der 10. und der 11. November 2007
waren Tage der Freude, der
Freundschaften und des Feierns, denn
in der Sportschule Hennef an der Sieg
wurde das Jubiläum des 300.
Sportmedizinischen Hennef-Weiter-
und Fortbildungskurses des Sport-
ärztebundes in Nordrhein begangen,
eines Ereignisses, das weltweit in der
Sportmedizin einmalig ist. Diese
ältesten regelmäßigen „Hennef-Kurse“
finden dort seit 1959 statt. Frau Dr. Franka Knoop
(prakt. Ärztin in Bergheim) und Herr Dr. Paul
Schloemann (gleiches Fach, in Leverkusen
niedergelassen) führten die ersten 50 Wochenend-
Veranstaltungen durch, dann folgten ab 1967 Dr.
Dieter Schnell und ab 1974 Dr. Hans-Jürgen
Schnell nach, die bis heute insgesamt 250 Kurse in
40 Jahren leiteten (Abb. 1).

Etwa zehntausend Sportärzte wurden dort von etwa
1000 Referenten weiter- und fortgebildet. 25 Kurse
mit über 800 Teilnehmern waren der Thematik der
Sportophthalmologie gewidmet.

Ein geladen waren über 110 Ehrengäste aus der
Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prä-

vention (DGSP), aus den Ressorts Kontaktlinsen
und Sportophthalmologie des Berufsverbandes der
Augenärzte Deutschlands.

Hochschullehrer für Sportmedizin, an ihrer Spitze
die Professoren Hollmann, Heck,
Liesen, Predel und Bloch, emeritierte
und noch amtierende Direktoren der
Institute für Sportmedizin in Köln,
Bochum und Paderborn, der
Präsident (Prof. Löllgen) und neun
ehemalige und noch amtierende
Landesvorsitzende der Deutschen
Gesellschaft für Sportmedizin und
Prävention sowie viele Sportärzte
und (Sport-) Ophthalmologen folgten
der Einladung nach Hennef. Leider
musste der frisch gewählte
Vorsitzende des Berufsverbandes
der Augenärzte Deutschlands, Herr
Prof. Dr. Bernd Bertram aus Aachen,

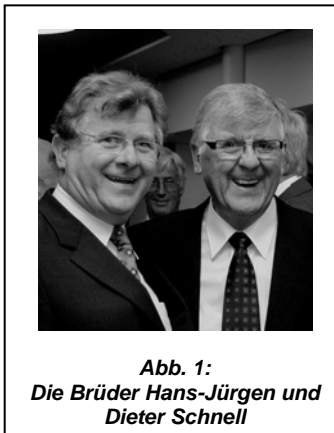


Abb. 1:
**Die Brüder Hans-Jürgen und
Dieter Schnell**

wegen plötzlicher Erkrankung akut absagen.
Generationen von Sportmedizinern verdanken den
Brüdern Schnell nicht nur ihre Zusatzbezeichnung,
sondern erinnern sich auch - voller Dankbarkeit und
Freude - an die fachlich hoch qualifizierten Vorträge,
die praxisnahen und ständig wechselnden
sportlichen Übungen und vor allem an die schönen
Abende beim gemütlichen Beisammensein.
Unvergesslich waren und sind die Filmabende im
Dezember um den Nikolaustag, für die
Ophthalmologen im Januar, mit dem fröhlichen
Jahresrückblick, wenn Dieter Schnell die Kurse des
vergangenen Jahres in einem grandiosen profes-
sionellen Filmzuschnitt noch einmal Revue
passieren ließ und lässt.

Um 18 Uhr begann die Feierstunde mit einem Sektempfang im neuen Speisesaal der Sportschule Hennef. Als erster Redner wies Dr. Stephan Osnabrügge, als Vizepräsident des Fußball-Verbandes Mittelrhein und damit als Hausherr, auf die seit Jahrzehnten gute Zusammenarbeit mit den Sportärzten hin. Anschließend hielt der Leiter der Sportschule sein Grußwort und sprach von den ansprechenden Um- und Ausbauten der Sportschule der letzten Jahren.

Univ.-Prof. Dr. Herbert Löllgen berichtete als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) über eigene Erfahrungen bei der Teilnahme an den sportmedizinischen Wochenendkursen. Priv.-Doz. Dr. Christine Graf überreichte als Vorsitzende des Sportärztebundes Nordrhein eine eigens für die Brüder Schnell anlässlich des Jubiläums gefertigte Festschrift (Abb. 2) und weitere Geschenke.

Nach dem ersten Gang des Abendessens wurden alle Ehrengäste von Dr. Dieter Schnell und Dr. Hans-Jürgen Schnell persönlich begrüßt. Danach sprach das ehemalige Vorstandsmitglied im BVA, der Ressortleiter Kontaktlinsen, Dr. Gerald Böhme. Er wies u. a. auf die Verdienste der beiden Geehrten für den Berufsverband der Augenärzte und die Ressorts Kontaktlinsen und die Sportophthalmologie hin.

Im Anschluss an das Abendessen hielt in der Aula der Sportschule Hennef der Ehrenpräsident der DGSP und des Sportärzte-Weltverbandes FIMS, Herr Univ.-Prof. mult. Dr. med. Dr. h. c. Wildor Hollmann, die Jubiläumsfestrede (Abb. 3). Er sprach unter anderem über Doping im Sport heute und in der Vergangenheit. Schon vor 30 Jahren stand die Dopingdiskussion im Mittelpunkt von zahlreichen Fernsehsendungen und anderen Medien. Er berichtete von einem Treffen in der Schweiz mit Juan Antonio Samaranch – damaliger Präsident des Internationalen Olympischen Komitees – und Willi Daume, ehemaliger Vizepräsident des Internationalen Olympischen Komitees und Präsident des deutschen Nationalen Olympischen Komitees, in dem es um das Thema Doping im Sport ging und wo die unterschiedlichen Meinungen hart aufeinander prallten. Prof. Hollmann vertrat die Auffassung, „dass es leider technisch niemals gelingen wird, Doping aus dem Spitzensport zu beseitigen. Der Sport ist so gut wie seine Gesellschaft, die ihn

hervorbringt, und nie wird es eine Gesellschaft ohne kriminelle Elemente geben.“

Danach unterhielt Univ.-Prof. Dr. med. Gerhard Uhlenbruck in seiner charmanten rheinischen (Mund-) Art die Anwesenden mit eigenen Aphorismen aus der Welt der Medizin (Abb. 4): „Die häufigste Sportverletzung: Die Verletzung des Amateurstatus.“ Oder Laufen ist einer der Beweggründe für ein optimales Leben.“ Und last but not least: „Auch Geistesblitze kommen nicht aus heiterem Himmel, sondern aus umwölkter Stirn.“

Anschließend glänzten die Gebrüder Schnell mit einem, teils gesungenen, literarischen Kabarett und ließen die vergangenen Jahre Revue passieren. Ein jeder der geladenen Gäste konnte sich in einer kleiner Anekdote wiedererkennen.

Zum Schluss präsentierte Dr. Dieter Schnell den halbständigen Film über 40 Jahre Sportmedizin in der Sportschule Hennef in einem grandiosen Zusammenschnitt. Am Ende gab es für dieses Werk standing ovations. Die Feier endete am frühen nächsten Morgen.

Das Jubiläum klang am Sonntag-Morgen aus mit dem hochaktuellen Vortrag Prof. Hollmanns: „Gehirn, Geist, Psyche und körperliche Aktivität“. Das wie immer geschliffen, ohne Konzept vorgetragene 90minütige Referat endete damit, dass Prof. Hollmann die Folie eines schwankenden Schiffchens im Sturm zeigte und ausführte: „Das ist das Schifflein der Sportmedizin im Moment, weil einige unvernünftige Personen uns in den Sturm gebracht haben. Es sieht ein wenig bedrohlich aus. Aber wir brauchen keine Angst zu haben, denn da (und damit zeigte er das Bild von Petrus und Paulus mit

einem Netz in der Hand beim Fischen auf einem Boot) haben wir ja die Brüder Schnell, die fangen mit ihrem Netz ununterbrochen neue Sportärzte,

und die sind von so hoher Moral, dass wir von den Vorkommnissen der Vergangenheit keine Nachteile mehr zu befürchten haben.“ Frenetischer Applaus belohnte den prominenten Redner und weltbekannten Sportarzt.

Fazit: Es war ein äußerst gelungenes Fest, das dem Anlass voll gerecht wurde, sicherlich nicht nur den Gästen, sondern auch den Geehrten gut gefallen hat und unvergesslich bleiben wird.

Der Autor dankt den Brüdern Schnell für die stets gute Zusammenarbeit und die fast „brüderliche Verbundenheit“ in den vergangenen zwanzig Jahren.



Abb. 2:
Frau PD Dr. Dr. Graf überreicht das Jubiläumsjournal des Sportärztebundes Nordrhein

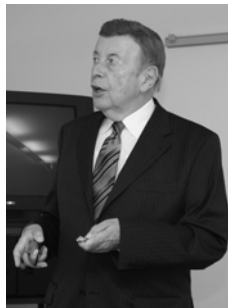


Abb. 3:
Festredner Prof. mult. Dr. Dr. h. c. Wildor Hollmann



Abb. 4:
Aphorismendichter Prof. Dr. med. Gerd Uhlenbruck

Mitgliedsjubiläen

Wir danken für Ihre langjährige Treue!

45 Jahre

Dr. med. G. Fischer, Dr. med. Karl-Heinz Klockmann,
Dr. med. Paul Schloemann, Prof. Dr. med. Hagen-D. Schulte

40 Jahre

Dr. med. Henning Bartels, Dr. med. Erich Gerhard, Dr. med. Georg Kirch,
Dr. med. Klaus Thiemer

35 Jahre

Dr. med. Heider Bosselmann, Dr. med. Ulrich Demmel, Dr. med. Jürgen Füth,
Dr. med. Lutz Goebbels, Prof. Dr. Jörg Haasters, Dr. med. Dilip Kumar Majumdar,
Dr. med. Karl-Helmut Schulz

30 Jahre

Dr. med. Michael Benning, Dr. med. Manfred Berger, Dr. med. Hans-Jochen Binder,
Dr. med. Michael Blömer, Dr. med. Hans-Manfred Bopp, Dr. med. Eckhard Dierlich,
Dr. med. Eberhard Ellrich, Dr. med. Gerd Fobbe, Dr. med. Rainer Gröning,
Dr. med. Hans Herpertz, PD Dr. Rainer Jaeschock, Dr. med. Erika Jansen-Rosseck,
Dr. med. Theodor Lohn, Dr. med. Ulrich Meiselbach, Dr. med. Walter Schwiede,
Dr. med. Hans-Joachim Sehrbundt, Dr. med. Jörg Teitscheid, Dr. med. Eduard Thelen,
Dr. med. Ernest Wilson, Dr. med. Knut Wippermann, Dr. med. Kurt Zimmer

25 Jahre

Dr. med. Arno Apel, Dr. med. Heiner Austrup, Dr. med. Rainer Bartsch, Dr. med. Werner Beckmann, Dr. med.
Richard Beitzen, Dr. med. Dieter Bierbaum, Dr. med. Manfred-Ulrich Bitzer,
Dr. med. Birger Breickmann, Dr. med. Franz-Josef Broicher, Dr. med. Arnold Broja,
Dr. med. Jörg Buhs, Dr. med. Willi Doerges, Dr. med. Jürgen Eltze, Dr. med. Günther Enderer,
Dr. med. Heinz-Ludwig Fischer, Dr. med. Manfred Füsting, Dr. med. Horst Gillessen,
Dr. med. Thomas Heidenreich, Dr. med. Joachim Hillenbrand, Dr. med. Regine Jacob,
Dr. med. Claus-Helmut Jebens, Dr. med. Jürgen Klein, Dr. med. Wolfgang Knepel,
Dr. med. Sylvia Kromarek-Jaeschock, Dr. med. Walter Kugland, Dr. med. Konstantinos Labrianidis,
Dr. med. Angela Lipper, Dr. med. Gisbert Mallmann, Prof. Dr. med. Michael Mayer,
Dr. med. Michael Meffert, Dr. med. Rainer Paul, Dr. med. Jochen Potten,
Dr. med. Nikolaus Schmage, Dr. med. Jörg Schmeck, Dr. med. Friedhelm Schmitz,
Dr. med. Gerrit Schröer, Dr. med. Hans-Dieter Siemes, Dr. med. Reinhard Steffen,
Dr. med. Heinrich-Hermann Steinfurt, Prof. Dr. med. Michael von Eiff, Dr. med. Ehrenhard Wehner,
Dr. med. Josef Werheid, Dr. med. Thomas Wunsch

20 Jahre

Dr. med. Paul J. Altmann, Dr. med. Thomas Anke, Dr. med. Andreas Arning, Dr. med. Elisabeth Bathen,
Dr. med. Ute Bensom, Dr. med. Christel Bertram, Dr. med. Thomas Beyer, Dr. med. Martin Booz,
Dr. med. Herbert Broich, Dr. med. Mario Broich, Dr. med. Helmut Brotz, Willi Brückner, Dr. med. Klaus Cladders, Dr. med. Gerd
Claussen, Dr. med. Franz-Georg Cwik, Dr. med. Rainer Dörenberg, Dr. med. Joachim Engels,
Dr. med. Friedhelm Erkens, Dr. med. Thomas Faderl, Dr. med. Thomas Freitag, Dr. med. Holger Friedrich,
Dr. med. Eckehard Gutmann, Dr. med. Edeltraud Haberkorn-Butendeich, Dr. med. Armin Hahn,
Dr. med. Carolus Haneke, Dr. med. Hans-Peter Harasim, Dr. med. Axel Heidböhmer, Dr. med. Birgit Hein,
Dr. med. Stephan Heinen, Dr. med. Arnold Hennes, Dr. med. Rudolf Hermes, Dr. med. Marian-Stefan Holly,
Dr. med. Achim Horstmann, Dr. med. Günter Huke, Dr. med. Peter Irmén, Dr. med. Klaus Kämpf,
Dr. med. Hans-Jörg Köhler, Dr. med. Rainer Koll, Dr. med. Klaus Korte, Dr. med. Jürgen Krämer,
Dr. med. Thomas Kröger, Dr. med. Karl-Heinz Krückel, Dr. med. Claus Leuchtenmüller, Dr. med. Rudolf Lorenz,
Dr. med. Christoph Lottner, Dr. med. Udo Martin, Dr. med. Michael Maurer, Dr. med. Hansjörg Maus,
Dr. med. Hans Meckling, Dr. med. Henner Montanus, Dr. med. Hulusi Mühürçüoğlu, Dr. med. Anna Müller,
Dr. med. Wilfried Mündges, Dr. med. Benedikt Ostendorf, Prof. Dr. Hans-Georg Predel, Dr. med. Michael Pütz,
Dr. med. Ilona Radermacher, Dr. med. Nikolaus Rausch, Dr. med. Csilla Rind-Hamala,
Dr. med. Jörg-Eberhardt Rosenthal, Dr. med. Antonius Salmen, Dr. med. Klaus-Ulrich Schmidt,
Dr. med. Gerhard Schöppe, Dr. med. Sabine Schonert-Hirz, Dr. med. Hans-Reiner Schwemm,
Dr. med. Jürgen-Georg Seibert, Dr. med. Wolfgang Steffens, Dr. med. Kurt Steuer, Dr. med. Raphael Stiletto,
Dr. med. Philipp Tan, Dr. med. Mohsen Tekiyeh, Dr. med. Jürgen Theunissen, Dr. med. Georg Torwesten,
Dr. med. Heinz-Josef Vehr, Dr. med. Hans-Willi Verhoeven, Dr. med. Jörg Vreden, Dr. med. Karin Wagemann, Dr. med. Hans-
Werner Wergers, Dr. med. Jürgen Westermann, Dr. med. Ulfert Wiese,
Dr. med. Thomas Wießmeier, Dr. med. Karl Witow, Klaus Wittkuhn, Dr. med. Klaus-Peter Wloka,
Dr. med. Karl-Heinz Zander

10 Jahre

Dr. med. Ole Ackermann, Dr. med. Christoph Baur, Dr. med. Carsten Bernemann, Dr. med. Arno Bewig, Katharina Beyer, PD Dr. med. Christoph Braun; Dr. med. Stephan Breuer, Dr. med. Berthold Brodin, Dr. med. Sabine Brugger-Frenzel
Dr. med. Peter Dahm, Dr. med. Till Danielowski, Dr. med. Brigitte Dick, Dr. med. Stephan Dresbach, Dr. med. Christoph Düsing, Dr. med. Annette Falkenberg, Dr. med. Bernd Fillmann, Dr. med. Albert Fujak, Dr. med. Christoph Geister,
Dr. med. Hans-Hubert Gladbach, Dr. med. Johann Häfele, Dr. med. Heiko Hansen-Röhe, Dr. med. Eckhard Hinkel,
Dr. med. Heinz-Peter Hinsen, Dr. med. Huberta Hochbaum-Noé, Dr. med. Michael Jasper, Dr. med. Markus Kirchhofer,
Dr. med. Marcus Kleffner, Dr. med. Peter Knollmann, Dr. med. Walter Krimmel, Dr. med. Helmut Krischer,
Dr. med. Verena Maar, Dr. med. Cathrin Majunke, Dr. med. Melpomeni Mapaki, Dr. med. Michael McCabe,
Dr. med. Frank Muders, Dr. med. Christian Neumann, Ruth Panzer, Dr. med. Richard Pawlak, Dr. med. Dirk Petermann,
Dr. med. Claus Petry, Dr. med. Frank Popken, Dr. med. Klaus Hubert Rawe, Dr. med. Stefan Redlin, Dr. med. Michael Reuber, Dr. med. Guido Schaphorn, Dr. med. Christoph Schiller, Dr. med. Thilo Schlesinger, Dr. med. Cornelius Schörlé,
Dr. med. Thomas Schramm, Dr. med. Abbas Shahhossini, Dr. med. Arnulf Stefes, Dr. med. Marion Steinbach,
Dr. med. Markus Sugg, Dr. med. Frank Uhl, Dr. med. Gabriele Wöbker, Dr. med. Franz-Josef Wübbelt

Die aktuellen Fort- und Weiterbildungen des Sportärztebund Nordrhein e. V.

Landesverband der
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SPORTMEDIZIN UND PRÄVENTION

2008

Termin: **25.04. bis 27.04.2008**
Veranstaltungsort: Golfakademie, Uni Paderborn
Pohlweg/Ecke Harsewinkelweg, 33100 Paderborn
Thema: GOLFmedicus Kurs 1, Teil 2:
Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltung für alle Interessierte in Therapie und
Training für die Sportart Golf
Kurs der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer beantragt
Inform. u. Anmeldung: Tel.: +49 5251 60 42 40
Fax: +49 5251 60 42 41
E-mail: herwegen@sportmed.upb.de
www.golfmedicus.eu
Leitung: Dr. med. Holger Herwegen u. Dr. med. Roland Strich

.....
Termin: **26.04. bis 27.04.2008**
Veranstaltungsort: Köln – DSHS
Thema: 47. Kölner Wochenendlehrgang (Wochenendlehrgang 3)
Sportmedizin in der ärztlichen Praxis unter besonderer Berücksichtigung von Fußball
Sportmedizinische Aspekte des Sports: ca. 8 Std. / Sportmedizin: ca. 8 Std.
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: 14
Leitung: Prof. Dr. Karl Weber

.....
Termin: **05.05. bis 09.05.2008**
Veranstaltungsort: Kongresszentrum Norderney / Am Kurplatz / 26548 Norderney
Thema: 5. Norderneyer Wochenlehrgang Sportmedizin
Wochenkurs V
Sportmedizinische Aspekte des Sports: 20 / Sportmedizin: 20
Fortbildungszertifizierungspunkte: 42
Information: Dr. med. Diplom-Sportlehrer Thomas Schramm: E-Mail: Schrammt@kliniken-koeln.de
Anmeldung: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Elke Buntenbeck, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: (0211) 4302-1304 / E-Mail: Buntenbeck@aekno.de
Leitung: Prof. Dr. H.G. Predel, Dr. H. Knigge, Dr. T. Schramm, Dr. M. Laque, Köln

Termin: **31.05. bis 01.06.2008**
Veranstaltungsort: Hennef / Sieg (Sportschule)
Thema: 304. Hennef – Kurs
Herz-Kreislaufsystem und Stoffwechsel im Sport in Abhängigkeit von Leistungsfähigkeit, Alter und Geschlecht / Sportmedizinische Aspekte des GOLFSPORTS (Wochenend-Kurs 4)
Kurs der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin
Std. Leibesübungen: ca. 8 Std. / Sportmedizin: ca. 8 Std.
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: 14
Die Anmeldung ist verbindlich bei Eingang der Teilnehmergebühr bis spätestens 2.5.2008
Bei Nichterreichen der Teilnehmerzahl behalten wir uns die Absage des Kurses vor!
Leitung: PD Dr. Dr. Christine Graf / Dr. Thomas Müller / Dr. Roland Strich

Termin: **14.06. bis 15.06.2008**
Veranstaltungsort: Köln – DSHS / Hörsaal 3
Thema: 170. Kölner Wochenendlehrgang
Ergometrie und Sport (Wochenend-Kurs 3)
Sportmed. Aspekte des Sports: ca. 8 Std. / Sportmedizin: ca. 8 Std.
Kurs der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: 14
Leitung: PD Dr. Dr. Christine Graf

Termin: **20.06. bis 22.06.2008**
Veranstaltungsort: Ratingen / GC Grevenmühle
Thema: GOLFmedicus Kurs 2, Teil 1
Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltung für alle Interessierte in Therapie und Training für die Sportart Golf
Kurs der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer beantragt
Inform. u. Anmeldung: Tel.: +49 5251 60 42 40
Fax: +49 5251 60 42 41
E-mail: herwegen@sportmed.upb.de
www.golfmedicus.eu
Leitung: Dr. med. Holger Herwegen u. Dr. med. Roland Strich

Termin: **04.07. bis 06.07.2008**
Veranstaltungsort: Ratingen / GC Grevenmühle
Thema: GOLFmedicus Kurs 1, Teil 3
Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltung für alle Interessierte in Therapie und Training für die Sportart Golf
Kurs der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer beantragt
Inform. u. Anmeldung: Tel.: +49 5251 60 42 40
Fax: +49 5251 60 42 41
E-mail: herwegen@sportmed.upb.de
www.golfmedicus.eu
Leitung: Dr. med. Holger Herwegen u. Dr. med. Roland Strich

Termin: **16.08. bis 17.08.2008**
Veranstaltungsort: Köln – DSHS
Thema: 48. Kölner Wochenendlehrgang (Wochenendlehrgang 9)
Sportmedizin in der ärztlichen Praxis unter besonderer Berücksichtigung von Volleyball und Tennis
Sportmedizinische Aspekte des Sports: ca. 8 Std. / Sportmedizin: ca. 8 Std.
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: 14
Leitung: Prof. Dr. Karl Weber

Termin: **23.08. bis 24.08.2008**
Veranstaltungsort: Köln – DSHS
Thema: 49. Kölner Wochenendlehrgang (Wochenendlehrgang 8)
Sportmedizin in der ärztlichen Praxis unter besonderer Berücksichtigung der Leichtathletik
Sportmedizinische Aspekte des Sports: ca. 8 Std. / Sportmedizin: ca. 8 Std.
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: 14
Leitung: Prof. Dr. Karl Weber

Termin: **06.09. bis 07.09.2008**
Veranstaltungsort: Hennef / Sieg (Sportschule)
Thema: 305. Hennef – Kurs
Basiswissen der internist. Sportmedizin, Freizeitsport (Prüfungswissen)
(Wochenend-Kurs 12)
Kurs der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin
Std. Leibesübungen: ca. 8 / Std. Sportmedizin: ca. 8
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: 14
Leitung: PD Dr. Dr. Christine Graf / Dres. Dieter u. Hans-Jürgen Schnell

Termin: **24.10. bis 26.10.2008**
Veranstaltungsort: Sylt / GC Sylt
Thema: GOLFmedicus Kurs 2, Teil 2
Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltung für alle Interessierte in Therapie und
Training für die Sportart Golf
Kurs der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer beantragt
Inform. u. Anmeldung: Tel.: +49 5251 60 42 40
Fax: +49 5251 60 42 41
E-mail: herwegen@sportmed.upb.de
www.golfmedicus.eu
Leitung: Dr. med. Holger Herwegen u. Dr. med. Roland Strich

Termin: **15.11. bis 16.11.2008**
Veranstaltungsort: Hennef / Sieg (Sportschule)
Thema: 306. Hennef – Kurs
Leistungsdiagnostik in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht
(Wochenend-Kurs 10)
Kurs der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin
Std. Leibesübungen: ca. 8 / Std. Sportmedizin: ca. 8
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: 14
Leitung: PD Dr. Dr. Christine Graf / Dr. Thomas Müller / Dr. Roland Strich

Termin: **29.11. bis 30.11.2008**
Veranstaltungsort: Köln – DSHS / Hörsaal 3
Thema: 171. Kölner Wochenendlehrgang
Herz und Sport (Wochenend-Kurs 8)
Kurs der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin
Sportmed. Aspekte des Sports: ca. 8 Std. / Sportmedizin: ca. 8 Std.
Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: 14
Leitung: PD Dr. Dr. Christine Graf

Bitte beachten Sie:
am **29. November 2008** findet unsere jährliche **Mitgliederversammlung** wieder
in der **Deutschen Sporthochschule Köln** statt.

Anmeldungen und Anträge zur Tagesordnung
bitte spätestens bis zum 14. November 2008 einreichen.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Stand vom 07.04.2008

aktuelle Änderungen unter: www.sportaerztebund.de

Anmeldung (wenn nicht anders angegeben!):

Sportärztebund Nordrhein e.V.
Deutsche Sporthochschule Köln
Frau Gabriele Wenzel-Wontka
Carl-Diem-Weg 6
50933 Köln

Tel.: 0221 – 49 37 85

Fax: 0221 – 49 32 07

E-Mail: SportaerztebundNR@t-online.de

Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit 2008

Vom 12. bis 19. Juli wird Garmisch-Partenkirchen eine Woche lang Gastgeber und Austragungsort der Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit 2008 sein. Zum zweiten Mal nach 2004 finden damit die Sportweltspiele an einem der schönsten Orte Deutschlands statt. Die Anmeldeunterlagen und weitere Informationen sind jetzt abrufbar unter:

<http://www.sportweltspiele.de>
oder bei der deutschen Agentur
mpr, Feldbergstr. 49
60323 Frankfurt am Main
mailto:info@sportweltspiele.de,
Tel 069-17 23 00, Fax 069-17 23 09.

Erwartet werden zu den Sportweltspielen über 2.500 Ärzte, Mediziner, Zahnärzte sowie Apotheker, Krankenschwestern, Pfleger, Physiotherapeuten und Kollegen der pflegenden gesundheitlichen Berufe aus über 50 Nationen.

Neben den sportlichen Wettkämpfen in diversen leichtathletischen Disziplinen und Mannschaftssportarten bieten die Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit ein freundschaftliches Zusammenkommen mit Kollegen aus aller Welt, eine tägliche Abendveranstaltung mit Siegerehrungen und ein großes kulturelles Rahmenprogramm. Als neue Sportart kommt in diesem Jahr Karate hinzu.

Vorankündigung:

Jahrestagung der Gesellschaft für pädiatrische Sportmedizin

vom 13. bis 15.2.2009

Veranstaltungsort: Deutsche Sporthochschule Köln

Buchbesprechungen

Sportmedizin für Ärzte

H.-H. Dickhuth, F. Mayer, K. Röcker

Gebundene Ausgabe: 636 Seiten

Verlag: Deutscher Ärzte-Verlag; Auflage: 1 (August 2007)

Sprache: Deutsch

ISBN 978-3769104721

Ein aktuelles Lehrbuch zum Thema Sportmedizin lag bisher nicht vor. Endlich, so wird man sagen, haben sich Autoren gefunden, die kompetent und umfassend das Querschnittsfach Sportmedizin darstellen. Alle wesentlichen Aspekte sind enthalten, von Grundlagen über die „kleinen“ Fächer bis hin zur Trainingslehre und sportärztlichen Untersuchung. Das Buch ist umfangreich aber sehr übersichtlich angelegt, berücksichtigt alle aktuellen

Fragen und ist fachübergreifend.

Damit liegt endlich ein Buch vor, das Studierenden und Ärzten empfohlen werden kann. Für die Prüfung zum Fach Sportmedizin ist man mit diesem Buch bestens beraten. Eine weite Verbreitung ist diesem Band zu wünschen. Es sollte auch Eingang in Behörden, Sportverbänden und Gesundheitsämter finden.



Prof. Dr. med. Herbert Löllgen
Präsident der DGSP

Friluftsliv

Entwicklung, Bedeutung und Perspektive

G. Liedtke, D. Lagerstrøm

Broschiert: 224 Seiten

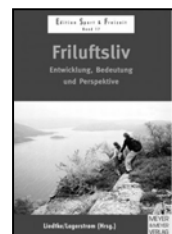
Verlag: Meyer & Meyer Sport; Auflage: 1 (Juni 2007)

Sprache: Deutsch, Englisch

ISBN 978-3898990486

Im neu erschienenen Übersichtswerk „Friluftsliv – Entwicklung, Bedeutung und Perspektive“ greifen Gunnar Liedtke und Dieter Lagerstrøm einen Trend zu mehr Aktivität bei gleichzeitiger Einbeziehung der Natur auf, indem sie das alte und gleichsam moderne norwegische Konzept des „Friluftsliv“ umfassend beschreiben. Es bedeutet wörtlich „Freiluftleben“ beinhaltet ein bewegungs- und aktivitätszentriertes sowie naturnahes Lebensprinzip ohne sportlich-kompetitive Ansätze und ist aus dem schulisch-pädagogischen System Norwegens nicht mehr wegzudenken. Schon Kindergartenkinder und

Grundschüler werden hier von ihren Lehrern und Erziehern spielerisch damit vertraut gemacht und lernen den verantwortlichen Umgang mit der Natur und die Bedeutung der Bewegung kennen. Ein Vorbild für die deutsche und internationale Pädagogik, so meinen die Autoren sicher zu recht und stellen im zweiten Teil des Werkes mehrere Abhandlungen über vergleichbare natur- und erlebnisorientierte Ansätze vor. Waldklassenzimmer für Schüler, Outdoor-exkursionen für Studierende aber auch ein kanadischer Erlebnisbericht zum Thema Friluftsliv



von Bob Henderson sowie eine medizinische Betrachtung zur Bewegung allgemein – zum Thema medizinische Auswirkungen des Friluftsliv selbst ist noch wenig Datenmaterial verfügbar - seien hier exemplarisch genannt.

Der Erste Teil des Buchs befasst sich eher mit den Grundlagen sowie der Beschreibung des skandinavischen Phänomens Friluftsliv und ordnet es in einen gesamtgesellschaftlichen – auch politischen - Kontext. Neben den in unseren Breiten unbekanntem neuen Berufsbildern im Friluftsliv werden auch die landschaftlichen Gegebenheiten Norwegens geschildert sowie kulturelle und rechtliche Besonderheiten Skandinaviens, wie das Jedermannsrecht, die zur Entwicklung eines Volksphänomens wie des Friluftsliv beigetragen haben, thematisiert.

Das in der „Edition Sport & Freizeit“ erschiene Werk „Friluftsliv – Entwicklung, Bedeutung und

*Dr. med. Joachim Latsch
Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin
Deutsche Sporthochschule Köln*

Perspektive“ von Gunnar Liedtke und Dieter Lagerström kann also als profundes Einstiegswerk zum Thema verstanden werden, es gelingt dabei gleichzeitig, Ausblicke zu schaffen und die zukünftige Anwendbarkeit von Friluftsliv-Elementen in Mitteleuropa zu skizzieren. Das norwegische Original-Friluftsliv ist schon aufgrund der Unterschiede im Hinblick auf Bevölkerungs- bzw. Besiedlungsdichte sowie die Zugriffsmöglichkeit auf naturbelassene Lebensräume in Deutschland nicht „kopierbar“. Dies kann und sollte aber als Aufforderung zum Naturtourismus z.B. in Skandinavien oder auch im alpinen Raum verstanden werden. Als Verbesserungsvorschlag für eine zweite Auflage wäre die durchgängige Verwendung der deutschen Sprache zu nennen, einige nichtdeutschsprachige Autoren haben ihre Beiträge auf englisch verfasst, hier könnte dem einen oder anderen Leser vielleicht Information verlorengehen.

Kinder lernen in Bewegung

Hans Jürgen Beins
Gebundene Ausgabe, 176 Seiten
Verlag Modernes Lernen; Auflage: 1 (März 2007)
ISBN 978-3938187241
EUR
Größe 22,8 x 16 x 1,6 cm

Obwohl Kinder eigentlich in Bewegung lernen, wird in der heutigen Zeit ihr Bewegungsraum immer enger. Sie haben zunehmend weniger Möglichkeiten, Bewegungsfertigkeiten spielerisch zu erlernen, so dass es oft schon in jungen Jahren zu Auffälligkeiten im Bewegungsverhalten, der Koordinationsfähigkeit aber auch der mentalen Entwicklung kommt.

Das genannte Buch gibt - eingeteilt nach Alters- und Entwicklungsstufen - in vielfältiger und anschaulicher Weise Einblicke in die motorischen Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen sowie die Möglichkeiten, diese zu fördern und anzuregen.

*Dr. med. Claudia Velde
Vorstandsmitglied des Sportärztebundes Nordrhein e. V.*



Dabei wird auch die Bedeutung körperlicher Aktivität für die geistige Entwicklung und Ausbildung einer sozialen Kompetenz aufgezeigt

Neben theoretischen Einblicken, findet man eine Vielzahl praktischer Beispiele, die zumeist bildlich dargestellt werden und zum Nachahmen und Ausprobieren animieren.

Es handelt sich um ein Buch von Praktikern für Praktiker aber ist genauso für jeden anderen, der sich für die Problematik interessiert oder der Spaß an Kindern und Bewegung hat, lesenswert.

Als Beigabe enthält es eine Video-DVD, deren Themen im Buch aufgegriffen und vertieft werden.

Bewegung beginnt im Kopf

Engelke/Hlatky/Stoiber
Broschiert 146 Seiten
Verlagshaus der Ärzte; Auflage: 1 (15. Oktober 2007)
ISBN 978-3902552266
EUR 14,90
Größe 21,6 x 16,2 x 1 cm

Aus Wien kommt eine sehr anschauliche, reich bebilderte Anleitung zum Bewegungstraining für unsere Patienten. Die Autoren stellen die Zusammenhänge zwischen Steuerungsorganen und Bewegungsorganen in Bezug auf die Altersgruppen vom Kleinkind bis zum Senior und die erforderliche



Grob- und Feinmotorik in sehr verständlichen Beiträgen in ausreichender Ausführlichkeit dar. Stetig wird auf die Koordination nervaler Steuerung und zweckgebundener Bewegungsmuster in Bezug auf ökonomische Bewegungsabläufe im täglichen Leben und bei

unterschiedlichster Sportausübung hingewiesen. Auch pathologische Bewegungsmuster bei cerebralen Schädigungen werden laienverständlich erwähnt.

Im 2. Teil werden von Dr. Maria *Stoiber* Anleitungen zu körperregionbezogenen Übungen vermittelt, die

durch das instruktive Bildmaterial des Fotografen Kurt *Leininger* leicht zu erlernen sind..

Eine didaktisch gut gelungene Ergänzung unserer Bemühungen, unsere Patienten mit Freude an ein optimales Bewegungstraining heranzuführen.

Prim.Univ. Doz. Dr. Klaus Engelke, Mag. Michael Hlatky:
Wien 1. Aufl. 2007
ISBN 978-3-902552-26-6

Dr. Jürgen Eltze, Köln
Vorstandsmitglied des Sportärztebund Nordrhein e. V.

Impressum:	Sportmedizin in Nordrhein Heft 1/2008
Herausgeber:	Sportärztebund Nordrhein Landesverband in der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) - (ehem. DSÄB) Carl-Diem-Weg 6 50933 Köln Tel.: (0221) 49 37 85 od. 49 82 -5110 Fax.: (0221) 49 32 07 E-Mail: SportaerztebundNR@t-online.de
Redaktion: <i>(in alphabetischer Sortierung)</i>	Dr. med. Jürgen Eltze Dr. med. Oliver Funken Dr. med. Michael Fritz PD Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf Dr. med. Roland Strich Dr. med. Claudia Velde Gabriele Wenzel-Wontka
<p>Alle Rechte bleiben vorbehalten. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion. Zuschriften sind erwünscht. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu kürzen und redaktionell zu bearbeiten. Mit Namen oder Kürzel gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Das Mitglieder-Journal erscheint 2 mal im Jahr. Der Bezug ist im Mitgliederbeitrag enthalten.</p>	