



Sportärztebund Nordrhein e.V. **Sportmedizin in Nordrhein**

Landesverband der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SPORTMEDIZIN UND PRÄVENTION



Sport und Prävention

Editorial	3		
Suchtprävention im Sportverein – eine Aufgabe der Sportmedizin?	4		
Alkohol im Sportverein – Jugendliche schützen	7		
Interview mit Andreas Niedrig Verlosung von Büchern und Filmen	9		
Kann man der Angst davonlaufen? Sport- und Bewegungstherapie bei Angststörungen .	13		
Sport in der Prävention der Demenz	19		
Ausgewogene Ernährung – was ist neu?	21		
Gedanken zum Präventionsgesetz	24		
Aktuell zum Ironman Hawaii	27		
Ergebnisse der Studie „Safe Sport“ über sexualisierte Gewalt im Sport	30		
		Buchbesprechungen	33
		• Sport mit Menschen mit Behinderungen	
		• Körperliche Aktivität und Gesundheit	
		Aus dem Verband	35
		• Verstorbene	
		• Mitgliedsjubiläen	
		• Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande an Dr. Hans-Jürgen Schnell	
		• Fotoimpressionen aus unseren sportmedizinischen Weiter- und Fortbildungen	
		• Aktuelle Weiter- und Fortbildungstermine	
		Autorenhinweise	43

Impressum

Herausgeber:

Sportärztebund Nordrhein
Landesverband in der Deutschen Gesellschaft
für Sportmedizin und Prävention
(DGSP) – (ehem. DSÄB)
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln
Tel.: (0221) 49 37 85
Fax: (0221) 49 32 07
E-Mail: Info@Sportaerztebund.de

Chefredakteur:

Dr. med. Götz Lindner

Redaktion (in alphabetischer Sortierung):

Helga Fischer-Nakielski
Dr. med. Michael Fritz
Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf
PD Dr. med. Dr. Sportwiss. Thorsten Schiffer
Gabriele Schmidt
Dr. med. Claudia Velde

Titelfoto: LSB NRW - Andrea Bowinkelmann

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 zweimal im Jahr.

Der Bezug ist im Mitgliederbeitrag enthalten.



Liebe Sportärztinnen und Sportärzte,

der Sportärztebund Nordrhein feiert im Jahr 2018 Jubiläum. 70 Jahre sind seit seiner Gründung vergangen! Unser Titelthema wurde bewusst im Jubiläumsjahr aufgegriffen, denn die präventiven Aspekte durch Sporttreiben haben seit der Gründungszeit in unserem Sportärztebund eine zentrale Rolle gespielt und sie werden das auch in Zukunft tun.

Diese Frühjahrsausgabe thematisiert dabei weniger „klassische“ Erkrankungen aus dem kardiovaskulären oder orthopädischen Bereich, bei denen Sport präventiven Nutzen zeigt – gut belegt durch eine Vielzahl an Studien. Vielmehr widmen wir uns ausgewählten Erkrankungen und Erscheinungen, bei denen das Wissen um Sport in der Prävention allgemein eher gering ist und deren Erforschung z.T. erst in jüngerer Zeit begonnen hat.

So beleuchten wir verschiedene Suchterkrankungen und deren Präventionsmöglichkeit durch den Sport. Sowohl Herr Dr. Deimel als auch PD Dr. Dr. Schiffer haben sich mit dieser Thematik befasst. Sie betonen die Wichtigkeit einer guten Weiter- und Fortbildung von Sportärzten und Trainern in Bezug auf Suchtprävention für Kinder- und Jugendliche und geben hilfreiche Empfehlungen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Drogen und Alkohol im Sportverein. Daran schließt sich unser Interview an, das dieses Mal mit Andreas Niedrig geführt wurde, der jahrelang heroinabhängig war und der es dennoch geschafft hat, ein erfolgreicher Top-Triathlet zu werden. Er berichtet über seine Sichtweise zur Suchtproblematik im Sport und zeigt Lösungswege auf.

In einem praxisnahen Aufsatz geht Dr. Fritz auf die Sport- und Bewegungstherapie bei Patienten mit Angststörung ein. Auch hier wird das präventive Potential von Sport dargestellt.

Im Artikel von Herrn Prof. Kukulja geht es um die noch immer steigende Inzidenz demenzerkrankter Patienten. Anschaulich beschreibt er die Vorgänge in unserem Körper, die durch Sporttreiben in Gang gebracht werden und die dafür verantwortlich sind, das Auftreten einer Demenzerkrankung hinauszuzögern.

Wie viel Nutzen wir von einer ausgewogenen Ernährung haben und welche neuen „Regeln“ wir laut der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) befolgen sollten, fasst Prof. Dr. Dr. Graf übersichtlich zusammen.

Das „neue“ Präventionsgesetz soll diverse Maßnahmen fördern, um Erkrankungen vorzubeugen. Wir Ärzte sollen einen entscheidenden Beitrag hierzu leisten, beispielweise mit Hilfe des neuen „Muster 36“. Dr. Fritz kommentiert dies und greift auf seine große Erfahrung aus seiner sportmedizinisch ausgerichteten Allgemeinarztpraxis zurück.

Frau Dr. Rulofs präsentiert in ihrem Bericht interessante Ergebnisse im Rahmen der „Safe Studie“ unter maßgeblicher Beteiligung der Deutschen Sporthochschule. Es geht um Präventionsmöglichkeiten sexueller Handlungen im Sport, insbesondere Frauen betreffend – ein Thema, die nicht nur im Sport brisant ist.

Zuletzt stellen wir Ihnen noch eine neue Studie vor, die Ursachen und Präventionsmöglichkeiten von Todesfällen beim Triathlon beleuchtet und zum Teil überraschende Ergebnisse liefert (Frau Rommelfinger).

Das Redaktionsteam freut sich Ihnen eine sehr vielfältige Ausgabe im Jubiläumsjahr des Sportärztebundes anbieten zu können und wünscht viel Freude beim Lesen!

Ihr

Suchtprävention im Sportverein – eine Aufgabe der Sportmedizin?

von Dr. Sportwiss. Hubertus Deimel



Suchtprävention hat einen schweren Stand in Deutschland. Dies erklärt sich zum einen dadurch, dass im politischen System der Einfluss der Hauptproduzenten (Alkohol, Tabak, Glücksspiel, Internet) durch Lobbyismus groß ist und weitergehende, effektivere

Maßnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit durch die Politik nicht mit Nachdruck angestrebt werden (Preispolitik, Alters- und Mengenbeschränkungen, Werbung usw.). Im internationalen Vergleich belegt Deutschland mit seinen Suchtpräventionsmaßnahmen nur einen hinteren Platz, speziell was die Alkoholprävention anbetrifft. Zum anderen hat sich eine liberalisierte Konsumhaltung in der Gesellschaft entwickelt, die viele Arten von stoffgebundenen und nichtstoffgebundenen Süchten toleriert, verharmlost oder sogar fördert. Nicht umsonst rangiert Deutschland z.B. bei dem Alkoholkonsum pro Kopf der Bevölkerung international auf einem der vorderen Plätze. Exzessives, grenzenloses Verhalten im Umgang mit legalen Drogen wird teilweise bagatellisiert und schafft zudem mediale Aufmerksamkeit. Insofern werden heute heranwachsende Kinder und Jugendliche mit einer Fülle von suchtfördernden Rahmenbedingungen konfrontiert, die sich im privaten wie im öffentlichen Raum wiederfinden lassen. Daher verwundert es auch nicht, dass sich das Einstiegsalter in den legalen und illegalen Drogenkonsum zunehmend nach vorn verschiebt oder sich die medialen Nutzungszeiten bei ihnen massiv verlängern.

Suchtprävention ist jedoch durchaus erfolgreich, was sich u.a. in den letzten Jahren an dem sinkenden Anteil an regelmäßig Alkohol oder Tabak konsumierenden Jugendlichen feststellen lässt. Andererseits ist eine Zunahme der stationären Aufnahme an alkoholvergifteten Jugendlichen in Krankenhäusern festzustellen, was insgesamt auf die Tendenz verweist, dass die Mehrzahl der Jugendlichen diesbezüglich ein akzeptables, verantwortungsbewusstes Verhalten entwickelt, eine Minderheit jedoch stark aufgrund ihres regelmäßigen oder exzessiven Alkohol- und/oder Tabak-Konsums gefährdet ist. Ähnliches gilt für den Glücksspiel- und Internetmissbrauch.

Suchtprävention im und durch Sport

Es existiert eine Reihe von Suchtpräventionsprogrammen, in denen sportliche Aktivitäten genutzt werden sollen, um Kinder und Jugendliche durch Ressourcenstärkung zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtmitteln zu sensibilisieren bzw. sie gegenüber Drogenmissbrauch widerstandsfähiger zu machen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen bestehen nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand hierfür günstige Chancen. Welche Faktoren dabei besonders wirksam und erfolgreich sind, ist bisher schwer zu belegen, da für diesen Themenkomplex die Kriterien von evidenzbasierter Medizin kaum anwendbar sind. Dies ist durch die Fülle von intervenierenden Variablen (Familienbedingungen, sozioökonomische Bedingungen, Schule, Peer-Group usw.) begründet. Unabhängig davon kann man jedoch konstatieren, dass dem Sport bzw. dem Sportverein einige Chancen zur Einflussnahme auf das Suchtverhalten innewohnen. Dabei darf man aber auch nicht aus den Augen verlieren, dass einerseits der organisierte Sport hierzu selbstkritisch seinen eigenen Umgang mit Drogen, Doping und Mediennutzung reflektieren muss, er aber auch nicht die Reparaturwerkstatt für fehlgesteuerte soziokulturelle Prozesse und Strukturen sein kann.

Sportmedizinischer Support

Suchtprävention beinhaltet das Zusammenwirken von Verhältnis- und Verhaltensprävention. In dieser Kombination erzielt sie die besten Ergebnisse im Gesundheitsmanagement. Die Durchführung ist schwerpunktmäßig zwar eher eine Aufgabe von Sozialpädagogen, Psychologen, Lehrern oder Trainern, aber Sportärzte können aus meiner Sicht an dieser Stelle wirksame Unterstützungsleistungen erbringen, die im Folgenden näher aufgeführt werden. Bezogen auf die Verhältnisprävention ist es sinnvoll, dass sich die Sportärzte in ihren zu betreuenden Sportvereinen aktiv für ein suchtmittelfreies Umfeld auf dem Vereinsgelände und im Vereinsheim einsetzen. Diesbezüglich sollte Werbung für Suchtmittel vermieden werden. Sportärzte sollten sich für ein Alkohol- und Rauchverbot beim Training und bei Wettkämpfen einsetzen, dass selbstverständlich auch für Trainer, Eltern und Zuschauer gelten sollte. Die Preisgestaltung im Vereinslokal für alkoholfreie Getränke, der

Alkoholausschank erst in den Abendstunden unter Beachtung des Jugendschutzgesetzes wären weitere Punkte auf der Agenda des Vereinsarztes. Dies gilt explizit für alle Angebote im Kinder- und Jugendbereich, sollte aber auch von den erwachsenen Vereinsmitgliedern respektiert und beachtet werden. Dies impliziert, dass jedem Vereinsmitglied klare und eindeutige Regeln im Umgang mit Alkohol, Nikotin, Medikamenten oder Fitness-Drogen bekannt sind und diese sowohl beim Training als auch bei gemeinsamen Fahrten beachtet werden. Derartige strukturelle Maßnahmen tragen nicht unerheblich zur Risikominderung bei. Ebenso sollte der Gebrauch von Handys/Smartphones während des Trainings oder des Wettkampfes zwischen den Kindern und Jugendlichen und ihren Betreuern/Trainern im Vorfeld klar geregelt sein. Bei anderen kulturellen Ereignissen wie im Kino/Theater wird dies ja auch gefordert und akzeptiert! Hier gilt es seitens des Vereins, im Sinne eines verantwortlichen Erziehungsauftrages zum Umgang mit allen suchtfördernden Mitteln ein konsequentes Vorbild für die Kinder und Jugendlichen zu fordern. Unterstützt werden kann dies zudem mit der Forderung, das Bestreben nach einem suchtmittelfreien Umfeld im Verein in die Satzung aufzunehmen, was auch für die Außendarstellung nicht nachteilig wirkt.

Weiterhin ist es empfehlenswert, dass die Sportmedizin sich offensiv bemüht, das Thema „Suchtgefahren und Präventionsmöglichkeiten im und durch Sport“ in seiner ganzen Erscheinungspalette mit in die Aus- und Weiterbildungsrichtlinien der Übungsleiter und Trainer zu verankern. Dies lässt sich schon allein mit der wachsenden gesellschaftlichen Verbreitung dieser Phänomene begründen. Es kann zur Sensibilisierung beitragen, wenn diese Personengruppe über Frühsignale von süchtigem Verhalten sowie mögliche erste Interventionshilfen und –schritte informiert ist bzw. auf professionelle Beratungsstellen verweisen kann. Innerhalb der Vereine ist – ähnlich wie im Schulbereich – an den Einsatz einer Vertrauensperson zu denken, die für derartige Problematiken speziell geschult ist und bei Bedarf von allen Mitgliedern diesbezüglich angesprochen werden kann. Interessierte Peers könnten diese Funktion ebenfalls übernehmen. Die Kooperation mit dem Vereinsarzt ist dabei unbedingt empfehlenswert,

um im Einzelfall über dessen Vernetzung weitergehende psychosoziale oder psychotherapeutische Anlaufstellen mit einbeziehen zu können, was z.B. bei Hochrisikokindern oder –jugendlichen schon mal der Fall sein kann.

Bezogen auf die Verhaltensprävention muss aus sportmedizinischer Sicht primär darauf geachtet werden, dass vor allem bei den Mannschaftssportarten die erwachsenen Spieler zumindest einen kontrollierten Umgang mit Alkohol- und Tabakkonsum entwickeln. Ein Abstinenzverbot nach dem Training oder den Wettkämpfen wäre zwar sinnvoll, aber in realistischer Einschätzung wahrscheinlich nur in höheren Ligen bzw. im Profibereich durchsetzbar. Aus der Suchttherapie ist hinlänglich bekannt, dass bei etlichen abhängigkeiterkrankten Menschen der Suchtmittelmissbrauch im Sportverein begonnen hat („Feuchtbiopte“) und niemand auf derartige Vorgänge reagiert hat. Weiterhin beinhaltet Suchtprävention auch die Information über das Gefährdungspotential der stoff- und nichtstoffgebundenen Suchtmittel. Dies scheint aus meiner Sicht eine ganz wesentliche Aufgabe der Sportmedizin in der Betreuungsarbeit von Mannschaften und Vereinen zu sein, die bestehenden „Mythen“ über angeblich gesundheitsfördernde Drogenmittel zu korrigieren. An dieser Stelle kann der Arzt schon aufgrund seiner wissenschaftlich-beruflichen Kompetenz einen ganz anderen Effekt erzielen als z.B. ein Trainer. In Verbindung mit den verhältnispräventiven Maßnahmen ergeben sich nicht zu unterschätzende Einflussnahmen hinsichtlich der Einsicht und Verhaltenssensibilisierung im Umgang mit Suchtstoffen, ohne in die Dichotomie von „Abstinenz“ oder „nichtreguliertem, grenzenlosen Konsum“ zu verfallen.

Ein letzter, eher pädagogischer Aspekt sollte nicht unerwähnt bleiben, die ein Sportarzt unterstützen kann: Aus der Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen ist bekannt, dass neben den schon zuvor erwähnten Rahmenbedingungen und den Informationen zu den Gefahren von Suchtmitteln oder von exzessivem Umgang mit den neuen Medien vor allem atmosphärische Faktoren eine erhebliche Rolle zur Entwicklung von Resilienz und Widerstandsfähigkeit beitragen. Dies sind bezogen auf das Sporttreiben und den Sportverein ein Wohlgefühl, eine Geborgenheit in der Gruppe und Akzeptanz auch jenseits der individuellen Leis-

tungsfähigkeit, ein offener, empathischer Umgang mit auftretenden Emotionen (Angst, Frustration, Ärger oder Aggression), die Mitgestaltung an Aktivitäten sowie eine allgemeine Wertschätzung seitens der Betreuer und Trainer. Die Dominanz einer reinen Leistungsorientierung in diesen Altersstufen zuungunsten von spielerischen, kreativen und freudvollen Aktivitäten ist für einen Teil der betreuten Kinder und Jugendlichen nicht immer vorteilhaft, vor allem, wenn der alleinige Maßstab der Bewertung die motorische Leistung im Wettkampf ist. Hier sollte die Sportmedizin im Sinne der Suchtprävention auf die Einhaltung solcher entwicklungspsychologischen relevanten Dimensionen in der Vereinskultur drängen.

Zusammenfassung

Suchtprävention im Sport und im Sportverein wird aufgrund der gesellschaftlichen Umbrüche zu einem wichtigen Teil der Gesundheitsfürsorge, die

von sportärztlicher Seite wesentlich mitgetragen werden kann, jedoch bisher eher wenig praktiziert worden ist. Die Möglichkeiten von Verhältnis- und Verhaltensprävention in diesem Bereich speziell für Kinder und Jugendliche sollten zukünftig von der Sportmedizin intensiver mit in die Aus- und Weiterbildung von Trainern einbezogen werden. Dazu zählt auch die Überprüfung der eigenen Haltung und Einstellung zu allen Arten von Suchtmitteln und Doping. Die Erwachsenen sind und bleiben nun einmal Vorbilder für die heranwachsenden Generationen, im Guten wie im Schlechten. Die aufgeführten Wege und Chancen für den Sportarzt könnten in einer zukünftigen Weiterentwicklung und Vertiefung zu einem handlungsorientierten Leitfaden im Umgang mit Suchtgefahren in diesem Feld führen.

Literatur beim Verfasser



Abb. ©LSBNRW - L.Leitmann

Alkohol im Sportverein – Jugendliche schützen!

von Priv.-Doz. Dr. med. Dr. Sportwiss. Thorsten Schiffer



Sportvereine bieten einen Treffpunkt für soziale Interaktionen und körperliche Aktivität. Beides Parameter, die für eine gesunde Lebensweise förderlich sind. Der gesundheitliche Nutzen körperlicher Aktivität ist für alle Menschen unbestritten. Gerade für Jugendliche, die ein

aktivem Lebensstil im Sportverein nachgehen, ist bekannt, dass sie zusätzlich ein hohes Selbstwertgefühl entwickeln können. Daraus könnte man schlussfolgern, dass sich dieser positive Effekt auch auf die Widerstandsfähigkeit gegenüber dem Alkoholkonsum auswirkt.

Dies ist allerdings nicht zwingend der Fall. Jugendliche in Sportvereinen können einen eher problematischen Umgang beim Alkoholkonsum als ihre nicht im Verein aktiven Pendanten entwickeln. Darauf deuten einige Studien mit Jugendlichen in Sportvereinen hin. Insbesondere Jungen in Team-sportarten wie Fußball und Handball konsumieren vermehrt Alkohol. Darüber hinaus ist das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum bei in Sportvereinen aktiven Jugendlichen niedriger als bei nicht-aktiven Jugendlichen. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Trinken als „Event“, das Geselligkeit fördert und das Gemeinschaftsgefühl hochleben lässt, haben wohl schon viele im Verein und in der Gruppe erlebt. Rasch besteht die Gefahr, dass unser Belohnungssystem im Gehirn das Trinkverhalten positiv bewertet und sich diese Verhaltensweisen auch in das weitere Leben fortsetzt. So weisen Studierende, die regelmäßig und intensiv sportlich aktiv sind, mehr alkoholbezogene Störungen auf als inaktive Studierende.

Alkohol gilt in Deutschland als am weitesten verbreitete legitimierte Droge. Uns Ärztinnen und Ärzten begegnen die fatalen Folgen des Alkoholmissbrauchs beruflich alltäglich. Fast 3,5 Millionen Menschen sind in Deutschland alkoholabhängig oder trinken übermäßig viel Alkohol. Bei der doppelten Anzahl von Menschen ist der Konsum so hoch, dass er deren Gesundheit gefährdet.

Niemand kann ernsthaft glauben, dass Jugendmannschaften nicht mitbekommen, wenn die „Erwachsenenteams“ Erfolge mit Bier feiern oder

ihren Kummer über Niederlagen mit Alkoholkonsum ertränken. Diese Sozialisierungseffekte hinterlassen bleibende Spuren und führen zu einer vermeintlich positiven Bewertung eines bis dahin unbekanntes und wahrscheinlich völlig neutral wahrgenommenen Getränks.

Sicherlich ist nicht jeder Verein betroffen. Die Verflechtungen der den Alkoholkonsum begünstigenden Faktoren in Sportvereinen sind vielfältig. Das Vereinsmilieu und der Einfluss der Jugend- und Übungsleiter, aber auch die Gruppendynamik in den Teams sind maßgeblich mitentscheidend für den realen oder den erwarteten Substanzgebrauch von Jugendlichen. Die Gruppe Jugendlicher lässt sich leicht durch Übungsleiterinnen und Übungsleiter beeinflussen. Die erste Konfrontation mit Alkohol sollte nicht unkritisch angegangen werden. Im Projekt „TrainerPlus“ über „Alkoholprävention im Jugendfußball“ konnte gezeigt werden, dass Trainer, die mit hoher intrinsischer Motivation Maßnahmen zum kritischen Umgang mit Alkoholkonsum vermitteln, erfolgreicher sind als lediglich vom Verein delegierte Trainer. „Hoch motivierte Trainer erzielten günstigere Entwicklungen des Wohlbefindens, eine Reduktion positiver Trinkerwartungen, die Stärkung der Widerstandsfähigkeit bei Gruppendruck zu trinken und eine Abschwächung der Trinkabsichten, während sich bei gering motivierten Trainern diesbezüglich keine Erfolge bzw. ungünstige Entwicklungen ergaben“ (Jerusalem 2014). In leistungsorientierten Teams ist den entsprechend gut ausgebildeten Trainern oft klar, dass Alkohol akut und chronisch die Leistungsfähigkeit negativ beeinflusst. Somit ist in diesen Teams ein positiver Einfluss auf den Alkoholkonsum zu erwarten. Die klaren Grenzen, die im Leistungsbereich gesetzt werden, sollten auch im Breitensport und somit im gesamten Verein durch Vorstände und Jugendleiter vorgegeben werden.

Die oben genannten motivationalen Aspekte gilt es in allen Gruppierungen eines Vereins zu stärken. Dieses zu erreichen, bietet Sportärztinnen und Sportärzten ein offen daliegenes Betätigungsfeld. Sportvereine bieten präventivmedizinisch ausgerichteten Sportärztinnen und Sportärzten einen sinnvollen Bereich, um einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol im Sport-

verein zu unterstützen, zu fördern und zu fordern. Dies kann jedoch nicht von außen mit erhobenen Finger dem Verein aufgezwungen werden. Alle Vereinsebenen müssen sich der Problematik bewusst sein und gemeinsam einen verantwortungsbewussten Umgang mit dem Konsum alkoholhaltiger Getränke unterstützen. Hierzu gehören sowohl Vereinsfunktionäre als auch Trainer und im Vereinsheim im Ausschank tätige Personen. Ebenso scheint es auf Grund der hohen gesellschaftlichen Akzeptanz von Alkoholkonsum nicht realistisch, eine völlige Abstinenz zu fordern. Vielmehr gilt es, die Fähigkeit zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol in einem risikoarmen bzw. moderaten Maß bei den Jugendlichen zu verankern.

Unterstützung gibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Unter dem Programmtitel „Kinder stark machen – für ein suchtfreies Leben“ können Informationsflyer von der Internetseite der BZgA heruntergeladen werden. Diesem Programm entsprechend lassen sich fol-

gende Empfehlungen zusammenfassen, mit denen sich das Risiko eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol reduzieren lässt:

1. Mit gutem Beispiel vorangehen
2. Kein Alkohol bei Feiern mit Jugendlichen
3. Jugendschutzbestimmungen beachten
4. Preisgestaltung alkoholfreier Getränke attraktiv gestalten
5. Auf Alkopops verzichten
6. Kein Gruppenzwang
7. Attraktive Programme gestalten – gemeinsames Erleben im Sport, nicht im Rausch
8. Alkoholfreie Alternativen anbieten
9. Für Fahrer gilt: Null Promille
10. Regeln gemeinsam erarbeiten

Literatur beim Verfasser



Abb. ©Privat

Andreas Niedrig



Andreas Niedrig wurde 1967 in Recklinghausen geboren. Er zählt zu den besten Langstrecken-Triathleten weltweit. Beim Ironman auf Hawaii erreichte er Platz 7 (2001), zudem bewältigte er den Ironman als schnellster Debütant (1997) und hält bis heute diesen Rekord. Es folgten viele weitere

Top-Platzierungen im Laufe seiner Karriere wie der zweite Platz bei der Challenge Roth sowie beim Ironman Europe. Andreas Niedrig hat eine sehr bewegende Lebensgeschichte hinter sich, vom 13. Lebensjahr an nahm er zunächst „leichte“ Drogen, war später heroinabhängig und stürzte tief ab, bevor er mit eiserner Willenskraft seine Sucht besiegte und sein altes Leben hinter sich lassen konnte. Sein turbulentes Leben vor dem Leistungssport wurde erst Anfang der 2000er durch das erfolgreiche Buch „Vom Junkie zum Ironman“ öffentlich bekannt, das später auch verfilmt wurde.

Sie sind vor kurzem 50 Jahre alt geworden. Das Alter scheint Sie überhaupt nicht abzuschrecken, sich und Ihren Körper extremen Belastungen auszusetzen. Für das nächste Jahr planen Sie eine erneute Qualifizierung für den Ironman in Hawaii, an dem Sie ja schon oft teilgenommen haben. Woher nehmen Sie die Kraft und Motivation?

Mein Alter ist erst einmal nur eine Zahl in meinem Pass und doch spüre ich natürlich, dass es gerade im Sport nicht mehr so einfach ist wie noch vor einigen Jahren. Scherzes halber sage ich ganz gerne: meine Karosserie wird zwar älter und fängt an einigen Stellen an zu rosten, aber mein Geist hat noch eine schöne naive kindliche Einstellung. Die versuche ich mir in manchen Lebenssituationen zu bewahren. Meine Motivation gerade in Hinblick auf Hawaii liegt ganz klar darin, dass ich weiß, was für eine Belohnung mich erwartet, falls ich die Qualifikation tatsächlich erreiche. Wenn es nicht klappt, wird es auf jeden Fall ein Weg, der mit vielen Begegnungen und Erlebnissen mein Leben bereichern wird.

Wie viel trainieren Sie derzeit durchschnittlich?

Jetzt im Winter kommt man als Triathlet nicht auf ganz so viele Trainingsstunden. Da fehlen einfach die langen ruhigen Radausfahrten, die man gerne im Frühjahr und Sommer absolviert. Aber: Die Winterzeit ist die wichtigste Zeit! Ich bereite mich auf die Saison, das nächste Jahr vor. Da ich bereits im Mai mit den Qualifikationsrennen für die Ironman Weltmeisterschaft auf Hawaii beginne, stehe ich schon jetzt vor einigen Herausforderungen. Ich gehe jeden Tag ins Wasser, laufe 100 bis 120 km in der Woche und fahre zumindest an 5 Tagen in der Woche zwischen 2 und 3 Stunden Rad. Das bedeutet schon jetzt einen Trainingseinsatz von 20 bis 28 Stunden in der Woche.

Sie blicken auf eine sehr bewegte Lebensgeschichte mit einigen Tiefpunkten zurück: jahrelange Drogenabhängigkeit und infolgedessen kriminelle Handlungen, Familienzerrückung sowie gesundheitliche Erkrankungen bis hin zur Lebensgefahr. Im Jahr 1993, nach Entlassung aus der Drogen-Therapieklinte, entdeckten Sie den Sport (nochmal neu) für sich, Sie trainierten eisern und stiegen rasant in die Spitzenklasse der Triathleten auf - und besiegten letztlich auch Ihre Drogenabhängigkeit. Welchen Anteil hatte der Sport damals bei Ihrem gelungenen Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit?

Gerade am Anfang nach meiner Therapie hatte ich mit Sport nichts am Hut. Bewegung, Schwitzen, damit wollte ich nichts zu tun haben. Es stellte sich auch gar nicht die Frage, ob ich dem Sport oder anderen Hobbys nachgehen wollte. Ich war zu sehr damit beschäftigt, wieder mit dem „normalen“ Leben klar zu kommen. Wieder Familienvater zu werden, Verantwortung zu übernehmen, einen Fuß in unsere Gesellschaft zu bekommen. Das war eine EXTREME Leistung, viel schwieriger als später mein Schritt zum Sport. Mehr als drei Jahre habe ich meine Familie mit Hilfsarbeiter-Jobs über Wasser gehalten. Ich musste an allen Ecken und Kanten kämpfen und beweisen, dass ich mich verändert hatte und ein anderes Leben führen wollte. Dazu war es allerdings auch notwendig, dass mir diese Chance gegeben wurde. Erst als ich meinen Real-schulabschluss nachgeholt hatte und eine Um-

schulung zum Orthopädiemechaniker absolvierte, fing ich an, darüber nachzudenken, auch etwas für mich, meinen Körper und meine Gesundheit tun zu wollen. Dazu muss ich vielleicht noch sagen: ich kam damals mit 48kg Körpergewicht in die Therapie, mit 91kg wurde ich entlassen und eine meiner großen Leidenschaften war das Rauchen. Zwei Schachteln Zigaretten oder ein Päckchen Tabak am Tag durften es gerne sein.

Als ich zurück zum Sport gefunden habe, hat sich vieles verändert. Mit dem ersten Lauf, den ich mit meinem Vater absolvierte und der mir mehr als „nur“ einen Muskelkater in den Beinen bescherte, spürte ich plötzlich meinen Körper so wie ich ihn zuvor noch nie wahrgenommen habe. Meine Lunge brannte, mein Herz pochte, meine Muskulatur tat nach diesem ersten Lauf weh und ich wusste, dass das, was ich jahrelang missbraucht hatte, nun auf eine ganz andere Art und Weise in mein Leben zurückkam. Mein Körper! Von diesem Gefühl wollte ich mehr und fing an mich nicht nur mit dem Sport und den dann folgenden Wettkämpfen zu beschäftigen. Ich spürte auch, was mit Training sowie der Anpassung des Trainings, einer gesunden Ernährung und auch mit meiner mentalen Stärke im Bereich meiner Psyche alles möglich ist. Um jetzt auf Ihre Frage einzugehen, ja auch der Sport hatte Anteil daran, dass mein Leben sich weiter veränderte. So wie alle darauffolgenden Dinge, die mein Leben bereicherten, mich veränderten und auch ganz bestimmt in meiner Zukunft noch verändern werden.

Sie waren bereits in der Kindheit ein sehr talentierter Sportler und zählten zu den besten Rückenschwimmern Westdeutschlands. Wenn Sie diese frühen sportlichen Erfahrungen und Voraussetzungen nicht erlebt und gehabt hätten, glauben Sie, Sie hätten dennoch später den Weg zum Hochleistungssport gefunden?

Schwierige Frage! Was wäre wenn? Ganz ehrlich - keine Ahnung! Ich glaube, dass unser Leben gerade durch Erfahrungen in der Kindheit geprägt wird. Sei es durch emotionale Prägung oder durch Dinge, die wir in der Kindheit regelmäßig getan haben. Training, Lernen, Rituale! Es gibt wissenschaftliche Erkenntnisse, dass Menschen, die in der Kindheit Leistungssportler waren, es später einfacher haben wieder zurück

in den Sport zu finden. Auch dann, wenn es eine längere Pause gegeben hat. Sport, Bewegung und vor allem das positive Miteinander mit anderen Sportlern hat mir immer Spaß bereitet. Vielleicht musste und sollte es genauso sein, wie es gekommen ist!

Ihr Beispiel zeigt wie effektiv Sporttreiben als Bestandteil einer multimodalen Therapie Drogenabhängiger sein kann. Ist der Stellenwert von Sport Ihrer Meinung nach hoch genug in Suchtkliniken? Welche Änderungen sind wünschenswert?

Sport ist in vielen Bereichen ein tolles und einfaches Hilfsmittel, Motivation, Ziele und auch die Einstellung zu sich selbst zu finden oder auch zu verändern. Menschen mit Suchtproblemen haben auch oft ein verschobenes Körperbewusstsein. Dies war und ist auch ganz bestimmt bei mir der Fall. Durch Sport spürt man sich und bekommt ein Feedback von seinem Körper, etwas das Drogenabhängige durch die Droge nur passiv erleben und somit positiv nicht in Erinnerung bleibt. Gut eingesetzter Sport, oder vielleicht sollte man hier Sport durch das Wort Bewegung ersetzen, ist für mich ein Heilmittel in den meisten Krankheitsbereichen, die unsere Gesellschaft betreffen und belasten! Sport wird mir zu oft mit Wettkampf und Leistung in Verbindung gebracht. Ein suchtkranker Mensch sollte mit Bedacht herangeführt werden. Wie heißt es so schön: „Die Mischung macht's!“

Das gemeinsame Erlebnis mit anderen Menschen sich in unserer Natur zu bewegen, durch die Bewegung ein anderes Verhältnis zu seinem Körper zu bekommen und dadurch auch ein Gefühl zu erleben, was im Bereich der Ernährung unserem Körper guttut, das sind mehrere Eckpfeiler, die in der Therapie eingesetzt werden sollten.

Wie kann Ihrer Meinung nach unsere Gesellschaft verhindern, dass Jugendliche Drogen konsumieren?

Junge Menschen brauchen Herausforderungen, die für sie persönlich wichtig und erfüllend sind! Vor allem brauchen sie in einer Welt, die voller Reizüberflutung und Anforderungen steckt, Vorbilder, die zeigen, dass man selbst nicht alles sein muss, was die Werbung oder die Sozialen Netzwerke als „muss“ vorgeben. Wir brauchen keine Plakat-Kampagnen oder digitale

Projekte, die mit tollen Slogans meines Erachtens nur Schall und Rauch produzieren. Es geht innerhalb unserer Familien um Zeit für unsere Kinder, Achtsamkeit und die Möglichkeit für jeden von uns, seine Individualität zu leben. Ich war als Kind voller Energie, hatte unfassbar viele Ziele, aber mir fehlte der Fokus, mich auch nur ansatzweise für ein Ziel auf den Weg zu begeben. Ich glaube, wir müssen unseren Kindern mal wieder die Einfachheit des Lebens zeigen und selbst vorleben. Es geht darum, sich für Dinge zu entscheiden und sich sicher bei dem zu fühlen, was man tut. Wer, wenn nicht wir Eltern, kann unseren Kindern diese Sicherheit geben, sodass sie sich trauen dürfen, so zu sein, wie sie sind und bei allen ihren Entscheidungen mit Liebe getragen und gehalten werden? Naiv sein, träumen und auch „verrückt“ sein, denn nur durch diese gelebten Eigenschaften bin ich heute im erwachsenen Alter der Mensch, der ich eigentlich sein wollte, als ich ein Kind war.

Ihre Lebensgeschichte wurde in einem Buch „Vom Junkie zum Ironman“ niedergeschrieben und später verfilmt. Für wie gelungen halten Sie die Umsetzung von Buch und Film? Ist es für Sie eigenartig, einen Schauspieler in der Rolle zu sehen, die Sie verkörpern soll?

Das Buch wurde nicht nur niedergeschrieben, das zweite Buch habe ich zum Großteil selbst geschrieben. 2000 erschien meine Lebensgeschichte über den Kreuz Verlag zum ersten Mal. Damals hat Jörg Schmitt-Kilian, ein Arbeitskollege meines Vaters sich um das Buch gekümmert. Nach der Veröffentlichung und dem Medienhype, der mir zu viel wurde, habe ich das Buch zwei Jahre später wieder vom Markt genommen. 2007 wurde es zu meinem eigenen Projekt und auch die Verfilmung war eine Herausforderung, die mir große Freude bereitet hat und mich bis heute in meinen sozialen Projekten in Schulen, Gefängnissen und Therapiestätten unterstützt. Zum damaligen Zeitpunkt war es die richtige Entscheidung, den Film so zu produzieren, wie er zu sehen ist. Es sollte kein Sportfilm werden, er sollte zeigen, was mir wirklich geholfen hat, den Weg aus der Sucht zu finden. Das war in den ersten Jahren nicht der Sport, es war definitiv die Herausforderung „Leben“.

Der Sport sollte gerade für junge Zuschauer mehr als Metapher stehen, austauschbar sein

und die Frage aufwerfen: Was könnte in Deinem Leben wichtig sein? Hätten wir den Film so produziert, wie mein Leben von vielen wahrgenommen wurde, wären wir Gefahr gelaufen, dass die jungen Menschen schnell gesagt hätten: Geiler Typ, geile Story, aber das schaffen wir doch nie! Also haben wir uns gegen eine „Rocky Story“ entschieden und sind dem treu geblieben, was tatsächlich, besonders anfangs der Therapie, in meinem bzw. dem Leben der Familie Niedrig passiert ist. Als ich nach den Drehaufnahmen den Film auf der Leinwand gesehen habe, war es schon seltsam, aber auch daran gewöhnt man sich.

Erzählen Sie uns, was Sie neben dem vielen Training für Wettkämpfe beruflich noch machen?

In erster Linie bin ich ein ganz normaler Familienvater. Das versuche ich, so gut es geht, zu sein und es macht auch meistens viel Spaß! Dann habe ich eine große Liebe, das ist unser Hund Ajamu, ein 52 kg schwerer Rhodesian Ridgeback Rüde. Mein Garten ist mein Rückzugsort, ich liebe Blumen und verbringe viel Zeit in unserem Nutzgarten. Beruflich möchte ich in Zukunft gerade meine Schulprojekte unter ein Dach bekommen, so dass noch viele junge Menschen davon profitieren können.

Als Referent werde ich von Konzernen, Unternehmen und auch einigen Bundesliga-Vereinen gebucht. Meine seit 8 Jahren bestehende Kooperation als Gesundheitsbotschafter bei der Techniker Krankenkasse konnte ich aktuell um zwei Jahre verlängern. Ich schreibe an einem neuen Buch und träume davon einen weiteren Kinofilm zu produzieren. Denn nach meinem Film „Lauf um dein Leben“ habe ich 2013 mit „Traumwärts, wohin führt dein Weg“ einen eigenen Film ins Kino gebracht, den es heute als DVD gibt. Sportlich ist es ganz sicher wie am Anfang des Interviews schon erwähnt, ein großer Traum noch einmal auf Hawaii zu starten. Da ich dies unbedingt als Profi schaffen möchte, mache ich es mir nicht gerade leicht. Na ja, besser gesagt, fast unmöglich! Ich müsste im September 2018 in einem Punktesystem zu den Top 50 Profi Triathleten weltweit zählen, um das zu schaffen. Wie gesagt, eigentlich unmöglich mit meinen 50 Jahren, aber genau aus diesem Grund will ich es machen!

Was macht insbesondere in Bezug auf Sportler einen guten Motivationscoach aus?

Ich glaube als Coach, egal in welchem Bereich, sollte man ein Vorbild sein. Das, was man von seinen Sportlern, Mitarbeitern, Freunden und von der Familie erwartet, sollte man auch selbst leben. Wenn man dies nicht tut, wird es schwierig mit der Glaubwürdigkeit. Als Sportcoach muss es nicht unbedingt noch aktuell gelebt sein, aber man sollte wissen und auch mal gespürt haben, wovon man spricht und was man seinen Schülern abverlangt. Ich glaube, das macht es für beide Seiten einfacher!

Verraten Sie uns bitte noch Ihr Lebensmotto!
Lebe auf dieser Welt immer gut und beständig, denn hier bist du länger tot als lebendig!

Ich bedanke mich für das Gespräch.

Das Gespräch führte Dr. Götz Lindner



Abb. (c) Privat

**** VERLOSUNG ****

Wir verlosen jeweils 10 Bücher sowie 10 Filme von Andreas Niedrig!

Einsendeschluss ist der 8. Mai 2018.

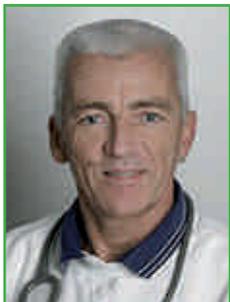
Es genügt eine E-Mail an: Info@Sportaerztebund.de
mit Ihrem Namen und Anschrift sowie dem Betreff:
Gewinnspiel Niedrig - „Buch“ oder „Film“

Viel Glück!



Kann man der Angst davonlaufen? Sport- und Bewegungstherapie bei Angststörungen

von Dr. med. Michael Fritz



Sport- und Bewegungstherapie (SBT) zeigt günstige präventive, therapeutische und rehabilitative Effekte bezüglich vieler gesundheitlicher Störungen. Es stellt sich die Frage, ob dies auch auf seelische Erkrankungen wie Angststörungen zutrifft? Einige Studien

scheinen diese Frage zu bejahen. Die Studienlage zu den Angsterkrankungen ist zwar nicht so gut wie zur Depression, aber inzwischen doch so weit ausreichend, dass auch in den S3 Leitlinien zur Behandlung von Angststörungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde Empfehlungen zur SBT ausgesprochen werden. Bewegung besitzt zweifellos einen anxiolytischen Effekt auf „akute Ängste“ sowie anscheinend weiterhin auch längerfristige Angst minimierende Wirkungen, wenn sie bei geeigneten Krankheitsbildern als Zusatzmaßnahme eingesetzt wird.

Eingangs sollte man zunächst festhalten, dass „angemessene Angst“ an und für sich keine Krankheit ist, sondern ein notwendiger und normaler Affekt, dessen evolutionsbiologischer Ursprung in der Fluchtreaktion liegt und eine Schutzfunktion besitzt. Streng genommen müsste man hier gemäß dem Philosophen Karl Jaspers eigentlich von „Furcht“ sprechen, die per definitionem „auf etwas gerichtet“ ist, in Abgrenzung zur „Angst“, die „gegenstandslos“ ist.

Volker Faust, Hochschullehrer für Psychiatrie mit Forschungsschwerpunkt Angststörungen, nennt zwei Kriterien für die Unterscheidung der „krankhaften Ängste“ von den vielfältigen „angemessenen Ängsten“. Merkmale von krankhaften Ängsten im Sinne einer seelischen Störung sind einen die „Unangemessenheit“ der Angstreaktion gegenüber den Bedrohungsquellen und zum anderen die Symptomausprägung wie Angstintensität, Fortbestehen der Angst, abnorme Angstbewältigung sowie subjektiver und körperlicher Beeinträchtigungsgrad.

Gemäß WHO und ICD 10 unterscheiden wir heute zwischen verschiedenen Angsterkrankungen wie in Tabelle 1 aufgeführt.

Physiologie

Die beim Sporttreiben zu beobachtende positive Wirkung auf die Psyche wird in Zusammenhang mit der vermehrten Ausschüttung von endogenen opioiden Peptiden gebracht. Bei genauerer Betrachtung sind die physiologischen Vorgänge aber vielschichtiger und komplexer.

SBT bewirkt molekulare und zelluläre Veränderungen im Gehirn durch eine Optimierung des Aufbaus der Nervenzellen und der biochemischen Abläufe. Zum einen kommt es durch regelmäßiges aerobes körperlicher Training zu volumetrischen Veränderungen des zentralen Nervensystems (ZNS), aber auch zu einer funktionellen Modifikation des ZNS durch den Ausbau der Nervenetzwerke und der Beschleunigung der nervalen Leitungsgeschwindigkeit. Beide Faktoren führen zu einer Verbesserung der Stimmung durch Reduktion von Angst und Depression und Zunahme kognitiver Funktionen wie Wahrnehmung, Denken, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Sprache. Ursächlich liegt hierfür eine Optimierung diverser Faktoren zugrunde wie zum Beispiel die der neurotrophen Faktoren, der Neurotransmitter, der Neuropeptide sowie verbesserte Anpassungsvorgänge in neuroendokrinen, inflammatorischen und oxidativen Prozessen. Im Folgenden möchte ich auf diese Punkte näher eingehen:

- An **neurotrophen Faktoren** sind besonders der Brain Derivat neurotrophe Faktor (BDNF), der Insulin Like Growth Factor 1 (IGF 1) und der Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) zu von notwendigen Reparaturen nach Zellschäden, eine Reduktion von Apoptosen und eine Zunahme des Nervenzellwachstums. Beim zuletzt genannten spricht man auch

Angststörungen

F40.0	Agoraphobie
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt

Tabelle 1: Angststörungen gemäß ICD-10-WHO 2016

von Neuroplastizität. Darunter versteht man ein makroskopisches Wachstum spezieller Hirnregionen. Lange galt der bis dahin unumstößliche Lehrsatz, wonach sich Nervenzellen im Gehirn des Erwachsenen niemals vermehren können. 1998 konnte nachgewiesen werden, dass eine regionale Neubildung von Neuronen besonders im Hippocampus und präfrontalen Kortex möglich ist. Als das stärkste Stimulans zur Neuronenneubildung erwies sich die körperliche Bewegung. Der wichtigste Faktor für alle Wachstumsvorgänge im Gehirn ist BDNF. Es beeinflusst Zellgenese, Zellwachstum und Überleben der Zelle. Psychischer Stress, Angst und depressive Verstimmungen korrelieren mit einer Reduktion des BDNF-mRNA Spiegels im Hippocampus. Dieser Effekt kann durch aerobes dynamisches Training minimiert werden.

- Auch werden neurogenetisch *cerebrale Neuronennetzverbindungen* durch Spinesvermehrung, Synapsenhypertrophie, Dendritenwachstum, Neuritenwachstum und Rezeptoradaptation ausgebaut.
- Zu erwähnen sind natürlich auch die beim Sport freigesetzten *Neurotransmitter* Serotonin, Phenylethylamin, Glutamat und die Endocannabinoide. Sie alle bewirken mehr Wachheit und Aufmerksamkeit, fördern das Lust- und Belohnungsempfinden und verbessern so die Stimmung, Entspannung und Zufriedenheit. **Arentz et al.** konnten schon 1986 zeigen, dass intensive körperliche Arbeit die Schmerzschwelle anhebt und die Stimmung positiv beeinflusst. Gleichzeitig konnte eine hoch signifikante positive Korrelation zwischen dem belastungsbedingten Anstieg von opioiden Peptiden und dem ACTH festgestellt werden. Auf diesem Mechanismus scheint auch das Phänomen des „Runner´s high“ zu beruhen.
- Das *Neuropeptid* ANP (atriales natriuretisches Peptid), welches von Myocyten des Herzvorhofes aufgrund von Dehnungsreizen ausgeschüttet wird, bewirkt nicht nur eine Steigerung der Harnausscheidung, sondern hat darüberhinausgehend auch eine anxiolytische Wirkung.
- *Neuroendokrino-logisch* verbessern sich über die corticotrope Hormonachse (Hypophyse-Hirnanhangsdrüse-Nebenniere) mittels sportlicher Aktivität die Stresstoleranz und die Stressreduktion. Eine akute körperliche Aktivität ist zwar zunächst ein Stressor, aber ein längerdauerndes körperliches Training reduziert dagegen den Cortisolspiegel und wirkt neuroprotektiv. Mögliche Ursachen für diesen Effekt sind eine höhere Dichte und Sensitivität der Rezeptoren als Folge des körperlichen Trainings sowie ein negativer Feedbackmechanismus, der die Ausschüttung von CRH vermindert.
- Wiederholte körperliche Aktivität scheint positive Effekte auf das *Immunsystem* zu fördern und proinflammatorische Mediatoren zu reduzieren. Eine hierdurch ausgelöste günstige Beeinflussung von Interleukinen, Leukozyten, Lymphozyten und TNF-alpha bewirken eine Reduktion von Entzündungsprozessen. Das wiederum erhöht die Signaltransmission von BDNF und IGF-1. Daher könnte körperliche Aktivität sowohl die Neuroplastizität als auch die kognitiven Funktionen über eine Reduktion von Entzündungsparametern fördern.
- Zahlreiche Studien konnten nach körperlichem Training eine vermehrte Bildung von ROS (reaktive Sauerstoffspezies) aber auch eine verminderte Inzidenz derjenigen Erkrankungen nachweisen, die mit *oxidativem Stress* in Verbindung stehen. Körperliches Training scheint die positiven Auswirkungen von ROS zu verstärken wie die Signalübertragung im Gehirn, die synaptische Plastizität und die Gedächtnisbildung. ROS sind an der Produktion von Antioxidantien und an Reparationsvorgängen im ZNS beteiligt. ROS wirken darüber hinaus stark vasodilatierend und sind daher für die Steigerung des zerebralen Blutflusses von Bedeutung. Professor Hollmann konnte in Untersuchungen zeigen, dass bereits bei einer Belastung von 25 Watt im Sitzen auf dem Fahrradergometer in sechs von acht untersuchten Gehirnbezirken die regionale Hirndurchblutung signifikant anstieg. Bei 100 Watt Belastung war ein Anstieg

in allen Bereichen nachweisbar. Bei statischer Beanspruchung ließ sich jedoch keine nennenswerte Durchblutungssteigerung feststellen.

Hieraus folgerte Prof. Hollmann: „*Das entscheidende Agens ist daher die Bewegung.*“

Therapie

- Therapie der ersten Wahl bei Angsterkrankungen ist die konventionelle Therapie mittels Pharmakotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie (KVT). Bei der KVT konzentriert man sich auf die Wahrnehmung und Bewertung angstauslösender Trigger und Reduktion des angstassoziierten Vermeidungsverhaltens. Als ergänzende Therapiepeiler treten zum einen die SBT und zum anderen die Entspannungstherapie hinzu.
- Die anxiolytische Wirkung der SBT ist der Pharmakotherapie und auch der kognitiven Verhaltenstherapie zwar nicht überlegen, jedoch scheinen Laufprogramme einer medikamentösen Behandlung gleichwertig zu sein. Insofern ist die SBT als alternativer und ergänzender Therapieansatz in diesem Kontext deshalb so wertvoll, weil die konventionellen Therapien von den Patienten nicht immer ohne Vorbehalte angenommen werden. Ursächlich sind hier insbesondere die Angst vor Arzneimittelnebenwirkungen als auch grundsätzliche Akzeptanzprobleme gegenüber der Psychotherapie zu nennen, die häufig zur Noncompliance, Therapieversagen oder Therapieabbruch führen.
- Vor diesem Hintergrund betrachtet liegt die besondere Attraktivität der SBT in der hohen Akzeptanz, der einfachen Anwendbarkeit und dem körperlichen Wohlbefinden nach der Trainingseinheit. Hier kommt die sogenannte Positivspirale des Sporttreibens zum Tragen. Natürlich löst bei Angstpatienten die Vorstellung des Sporttreibens in der Gruppe zunächst Stress und Angst aus. Durch die gruppentherapeutische Begleitung insbesondere im stationären Setting kann man die Patienten behutsam durch den Auftakt des Trainings führen. Durch die obengenannten physiologischen Effekte reduziert sich dann

aber zum Erstaunen der Patienten die Angst. Experten gehen davon aus, dass sich schon durch eine einzige Trainingseinheit die sogenannte Zustandsangst („State Anxiety“) vermindern kann. Bei mehrfacher Wiederholung kommt es zur Leistungssteigerung und Reduktion des Belastungsempfindens. Die in der Regel stattfindenden Stimmungsverbesserungen können durch Stimmungs- und Befindlichkeitsfragebögen vor und nach dem Training protokolliert und objektiviert werden. Die Stimmungsverbesserung wird dem Patienten auf diese Weise viel bewusster. Die Betroffenen spüren Selbstwirksamkeit, Vertrauen in ihre Körperfunktionen und Sicherheit. Das führt zur Reduktion des Vermeidungsverhaltens und erleichtert das Aushalten von Panik, was die Sicherheit nochmals verstärkt. Das quälende Empfinden von Angst und Sorgen wird gemindert. Ein weiterer Vorteil des Sporttreibens liegt in der Unterbrechung des Grübelns und des Verharrens in negativen kognitiven Schemata.

Studienlage:

- *Esquivel et al. (2002)* und *Smits et al. (2009)* konnten in Versuchen belegen wie durch CO₂ ausgelöste Panik durch kurze aerobe Trainingseinheiten reduziert werden konnte.
- *Ströhle et al. (2005)* führten einen Versuch durch, in dem 15 Gesunde einmal nach Ausruhen und einmal nach vorheriger 30-minütiger Laufbandbelastung eine Substanz, die Panik auslöst (CCK-4 = Cystokin Tetrapeptid) verabreicht bekamen. Nach Ausruhen rief CCK-4 bei 12 Teilnehmern Panik hervor, aber nach vorherigem Laufen trat Panik nur noch bei 6 Teilnehmern auf. Das vorherige Laufen schien den Organismus „panikresistenter“ gemacht zu haben.
- Eine Metaanalyse von *Conn (2010)* durch Auswertung von 19 kontrollierten Studien zeigte, dass kontinuierliche körperliche Aktivität Angstsymptome bei Gesunden mindert. Die Effekte waren bei sozialen Phobien und Panikstörungen stärker, bei generalisierter Angststörung weniger stark ausgeprägt.

- *Herring u. Mitarbeiter (2010)* führten eine „Metaanalyse“ von 40 Studien zur Anwendung von Bewegung bei chronisch Kranken durch. Mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 0,29 („mittlerer Effekt“) erscheint Bewegung als wirksame Behandlungsmaßnahme zur Angstlinderung. Die deutlichste Wirkung war bei einem Training von mindestens 30 min 3x in der Woche über 3 Monate zu beobachten.
- Die S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde weist mehre kontrollierte Studien zum Thema Sport, insbesondere Ausdauertraining, bei Panikstörungen und Agoraphobie aus.
- In einer Studie wurden Clomipramin, Placebo und „therapeutisches Ausdauertraining“ (5 km Joggen 3x/Woche) verglichen. Das Ausdauertraining war signifikant wirksamer als Placebo, aber etwas weniger wirksam als Clomipramin. Das Laufprogramm schien einer medikamentösen Behandlung nahezu gleichwertig zu sein. (*Bandelow et al., 2000; Brooks et al., 1998*).
- In einer weiteren Studie wurden Patienten vier Gruppen zugeteilt, die Paroxetin oder Placebo sowie Ausdauertraining oder Entspannungstraining erhielten. Der Medikamentenvergleich wurde doppelblind durchgeführt; zusätzlich wurde durch die Einführung eines „blinden Raters“ die Verblindung der anderen Therapiemodalitäten gewährleistet. Nur Paroxetin unterschied sich signifikant von Placebo; Ausdauertraining unterschied sich nicht von Entspannungstraining (*Wedekind et al., 2010*).
- Eine Gruppen-KVT war wirksamer als Ausdauertraining (*Hovland et al., 2012*).
- Eine weitere Studie ohne ausreichende Teststärke verglich Sport bei sozialen Phobien mit „Mindfulness Based Stress Reduction“. Beide Behandlungen unterschieden sich nicht. Da aber die Kontrollbedingung nicht validiert ist, kann die Studie keine Aussage zur Sporttherapie machen (*Jazaieri et al., 2012*).

Methodenkritik

- Mittels der dargelegten Studienlage lassen sich die typischen methodischen Schwierigkeiten aufzeigen, die eine vorsichtige Auslegung solcher Untersuchungen gebieten. Folgende Vorbehalte sind angebracht: Angst-Patienten besonders mit Agoraphobie haben Angst vor Belastung und auch Angst, ihr sicheres Umfeld zum Sporttreiben zu verlassen. Weiterhin unterliegen die Untersuchungen einem nicht unerheblichen Bias, da sich durch Begleiteffekte statistische Verzerrungen ergeben.
- So stellt sich zum Beispiel die Frage, ob im Rahmen der Angstexposition das Joggen im Freien möglicherweise verhaltenstherapeutisch hilfreicher ist als die Bewegung selbst?
- Wie wirken sich soziale Effekte aus? Ist die Laufgruppe therapeutisch möglicherweise hilfreicher als das Sporttreiben selbst?
- Außerdem lassen sich die Versuche nicht doppelt verblinden und nicht Placebo kontrollieren, denn sowohl die Patienten als auch Betreuer wissen, wer läuft und wer nicht läuft. Deshalb sind die Betreuer in den Studien nicht neutral.
- Weiterhin führen Läufer häufig im Rahmen der Studien ein Trainingstagebuch zur zusätzlichen Motivation, was sich im Rahmen der Selbstwirksamkeitshypothese als verstärkend niederschlagen kann.
- Ein zusätzlicher systematischer Fehler ergibt sich dadurch, dass in den sportaktiven Gruppen die Aussteiger-Quote höher ist als in der inaktiven Arzneimitteltherapie Gruppe.
- Aufgrund der dargestellten methodischen Studienschwierigkeiten lassen sich deshalb der SBT nur eine „limitierte Evidenz“ und rein formal lediglich „unspezifische Effekte“ zuschreiben. Dennoch weist auch die S3 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde Sport, insbesondere Ausdauertraining (z.B. dreimal pro Woche 5 km Laufen), als „adjunktive Therapie zu Standardtherapien“ aus.

Empfehlung für die Praxis

Angstpatienten sollten angeregt werden, regelmäßig Sport zu treiben. Im ambulanten Setting hat es sich bewährt Sportarten zu empfehlen, die dem Patienten Freude bereiten, in denen er sich auskennt und sicher fühlt. Sie sollten vorzugsweise wohnortnah durchführbar sein. Während der vorbereitenden supportiven Gespräche strebt man mit dem Patienten gemeinsam an, Strategien zu erarbeiten, die möglichst an positive Vorerfahrungen mit Bezug zu sportlichen Aktivitäten, Interessen und Vorlieben anknüpfen. Angebote, in denen nicht der Leistungs- und Wettkampfcharakter im Vordergrund steht, sondern eher der Gesundheits- und Geselligkeitsaspekt sind zu bevorzugen.

An dieser Stelle ist zu berücksichtigen, dass durch Sport ausgelöste Körpersymptome Angst auslösen können, was wiederum ein Vermeidungsverhalten aufbauen oder verstärken kann und so die Fortführung und Wiederholung des Trainings behindert. Deshalb ist darauf zu achten, eine Konfrontation mit Körpererfahrungen engbegleitet, abgestuft und behutsam allmählich zu steigern. Hierbei soll der Patient erfahren trainingsbedingte Körpersymptome wahrzunehmen, von Angstsymptomatik zu unterscheiden und funktional zu nutzen. Um den Umgang mit Unsicherheitsempfindungen zu erlernen, kann die alt bewährte Borgskala eine gute Hilfestellung liefern. Selbstverständlich sind auch Belastungsgrenzen im Rahmen von Komorbiditäten zu beachten. Überforderungen des Pati-

enten sind zwingend zu vermeiden. Das gestaltet sich jedoch in der Praxis oft schwierig, da viele Patienten über ein ungenügendes Belastungsempfinden verfügen. Sie fühlen sich deshalb schnell überfordert oder überlasten sich aufgrund fehlender Erfahrung im Sporttreiben tatsächlich selber.

Wenn man mit einem Angstpatienten einen Trainingsplan bespricht, sollte man ein individuelles Konzept entwickeln, das gemäß der persönlichen Entwicklung angepasst werden kann und genügend Raum lässt, flexibel zu reagieren.

Ambulant betreute Angstpatienten als Laufesteiger im nicht begleiteten Format benötigen klare Regeln, die ihnen während der Belastung Halt und Sicherheit bieten. So zum Beispiel:

1. Orientiere Dich an der Borgskala.
2. Laufe und Gehe im Wechsel nach Deinem persönlichen Anstrengungsempfinden.
3. Das Laufen soll etwas anstrengend sein.
4. Du sollst laufen ohne zu schnaufen.
5. Wird das Laufen zu anstrengend lege eine Gehpause ein.
6. In Gehpausen sollte sich Deine Atmung wieder beruhigen.
7. Beende die Gehpause und beginne wieder zu laufen, wenn Du die Anstrengung des Gehens als recht leicht empfindest.

Zudem können auch sporterfahrene vertraute Bezugspersonen im ambulanten Bereich die anfängliche Hemmschwelle bezüglich der Walking- oder Laufbelastung durch ihre Begleitung senken.

Trainingsplan für Angstpatient (Laufesteiger), ambulante Betreuung, nicht begleitetes Format, Ziel: 3 x 50 min/Woche

Woche	Mo	Mi	Fr	Borg
1	20 min	20 min	20 min	10 – 11
2	20 min	20 min	25 min	10 – 11
3	20 min	25 min	25 min	10 – 11
4	25 min	25 min	30 min	10 – 11
5	25 min	30 min	30 min	11 – 13
6	30 min	30 min	35 min	11 – 13
7	30 min	35 min	35 min	11 – 13
8	35 min	35 min	40 min	11 – 13
9	35 min	40 min	40 min	12 – 14
12	45 min	45 min	50 min	12 – 14

Dr. med. Michael Fritz, Facharzt für Allgemeinmedizin / Sportmedizin / 41747 Viersen / Bahnhofstr. 18

Trainingsplan für Angstpatient (Laufeinsteiger), ambulante Betreuung, nicht begleitetes Format, Ziel: 3 x 30 min/Woche								
Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Borg
1	20 min	Ruhetag	20 min	Ruhetag	20 min	Ruhetag	Ruhetag	10 – 11
2	20 min	Ruhetag	20 min	Ruhetag	20 min	Ruhetag	Ruhetag	10 – 11
3	20 min	Ruhetag	20 min	Ruhetag	20 min	20 min	Ruhetag	11 – 13
4	20 min	Ruhetag	20 min	Ruhetag	20 min	20 min	Ruhetag	11 – 13
5	20 min	20 min	Ruhetag	20 min	20 min	20 min	Ruhetag	11 – 13
6	20 min	20 min	Ruhetag	20 min	20 min	20 min	Ruhetag	11 – 13
7	20 min	20 min	Ruhetag	20 min	20 min	20 min	Ruhetag	11 – 13
8	25 min	25 min	Ruhetag	25 min	25 min	25 min	Ruhetag	11 – 13
9	25 min	25 min	Ruhetag	25 min	25 min	25 min	Ruhetag	12 – 14
10	25 min	25 min	Ruhetag	25 min	25 min	25 min	Ruhetag	12 – 14
11	30 min	30 min	Ruhetag	30 min	30 min	30 min	Ruhetag	12 – 14
12	30 min	30 min	Ruhetag	30 min	30 min	30 min	Ruhetag	12 – 14

Dr. med. Michael Fritz, Facharzt für Allgemeinmedizin / Sportmedizin / 41747 Viersen / Bahnhofstr. 18

Im institutionalen Setting sollte ein aerobes Training regelmäßig, ggfs. unter professioneller Anleitung, als integraler Baustein eines multimodalen Behandlungskonzepts angeboten werden. Ideal für eine Therapie-Laufgruppe wäre ein abgestuftes begleitetes Format mit individuell wählbarer Angebotsstruktur. Siehe hierzu im Folgenden das Sporttherapieangebot der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité Berlin:

Rahmenbedingung	Umsetzung
Begleitung	Sportwissenschaftliche Leitung 2-3 Co-Therapeuten (psychologische Praktikanten)
Abstufung	1. Nordic-Walking 2. Jogging light 3. Running
Trainingshäufigkeit	Montag – Mittwoch – Freitag
Trainingsdauer	30 min
Trainingsintensität	30 – 70% der Leistungsfähigkeit z.B. Borgskala 11 – 14

Quelle: Markser, V.Z. et Bär, K.-J., Sport und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen, Schattauer 2015, S. 89 ff

Fazit

Gelingt es, einen Angstpatienten für den Sport zu begeistern, dann erschließen sich wertvolle psychosoziale Effekte, die wir therapeutisch nicht ungenutzt lassen sollten. Über eine intensiviertere Körperwahrnehmung kann Angstpatienten ein Gespür für ihre momentane Stimmungslage, den zur Verfügung stehenden Kräften und Energien vermittelt werden, die es ihnen erlaubt, angemessen und variabel mit den aktuellen situativen Bedingungen umzugehen.

Die Patienten erfahren auf diesem Wege, dass sie in einem bestimmten Maße Einfluss und Kontrolle auf ihre Stimmungen nehmen können und ihren Ängsten nicht in erlernter Hilflosigkeit ausgeliefert sind. Für den unterstützenden Therapieerfolg der Bewegungs- und Sportangebote dürfte ausschlaggebend sein, dass sie von den Angstpatienten als freudvoll, wohltuend, entspannend und selbstwertstabilisierend wahrgenommen werden.

Literatur beim Verfasser

Sport in der Prävention der Demenz

von Univ.-Prof. Dr. med. Juraj Kukulja



Da kausale Therapien der Demenzen bislang fehlen, kommt präventiven Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu.

- Prospektive Beobachtungsstudien zeigen, dass Sport und gesunder Lebensstil das Risiko für Demenzen senken.

- Wahrscheinliche Mechanismen sind eine Reduktion der vaskulären Risikofaktoren, Verbesserung der zerebralen Durchblutung und die Anregung der Neuroplastizität.
- Die Evidenz zu am besten geeigneten Maßnahmen ist noch gering; neue qualitativ hochwertige Studien sind notwendig.

Hintergrund

Mit dem demographischen Wandel und der Zunahme des Anteils alter Menschen in der Bevölkerung nimmt auch die Prävalenz altersbedingter Erkrankungen zu. Demenzerkrankungen stellen dabei die größten medizinischen und sozioökonomischen Herausforderungen dar. Ende 2014 litten in Deutschland etwa 1.600.000 Menschen an einer Demenz, Prognosen zufolge wird die Zahl in Zukunft deutlich steigen.

Die häufigste Ursache einer Demenz bei über 65-Jährigen ist die Alzheimer-Erkrankung (54%) gefolgt von der vaskulären Demenz (16%).

Aufgrund der hohen Prävalenz der Alzheimer-Erkrankung und der vaskulären Demenz ist die gemischte Demenz im Alter häufig. Seit den 1990er Jahren beschränkt sich die medikamentöse Therapie der Alzheimer-Demenz auf eine symptomatische Behandlung mit Acetylcholinesterasehemmern oder dem NMDA-Rezeptor-Antagonisten Memantin. Medikamentöse Therapien für die symptomatische oder kausale Behandlung der vaskulären Demenz existieren nicht. Alle Unternehmen, zuletzt mit monoklonalen Antikörpern gegen lösliches und nicht-lösliches β -Amyloid, die Alzheimer-Erkrankung kausal zu behandeln, sind bislang fehlgeschlagen. Ob und in welchem Maße neue Präparate, die sich derzeit in klinischen Studien der Phasen I-III befinden, sich als wirksam erweisen werden, ist noch unklar.

Umso wichtiger ist die Fokussierung auf Möglichkeiten der medikamentösen und nicht-medikamentösen Prävention demenzieller Erkrankungen.

Vaskuläre Risikofaktoren und Demenz

In epidemiologischen Studien wurde gut belegt, dass kardiovaskuläre Erkrankungen das Risiko für Demenz signifikant erhöhen. Wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenz sind die arterielle Hypertonie im mittleren Lebensalter, Diabetes mellitus und Rauchen. Schlechtere Fitness und eine exzessive Blutdruck- und Herzfrequenzreaktion auf körperliche Anstrengung im mittleren Lebensalter sind assoziiert mit geringerem zerebralen Volumen 20 Jahre später.

Obwohl Klasse-I-Evidenz durch kontrollierte, randomisierte, doppelblinde Studien dazu fehlt, legen Kohortenstudien nahe, dass eine ausreichende Kontrolle der vaskulären Risikofaktoren, insbesondere der arteriellen Hypertonie, wirksam sein kann in der Prävention von Demenzen.

Die Behandlung von Gefäßrisikofaktoren hat zum Ziel, vaskulär bedingte Hirnschäden (Schlaganfälle, Mikroangiopathie) zu vermeiden, welche selbst zu Demenz führen können oder die kognitiven Defizite bei neurodegenerativen Erkrankungen verstärken bzw. erst apparent werden lassen.

Sport, Kognition und Demenz

Prospektive Beobachtungsstudien haben gezeigt, dass ein aktiver Lebensstil mit regelmäßiger körperlicher oder geistiger Betätigung und besserer körperlicher Fitness zu einer signifikanten Reduktion des Demenzrisikos führt. Dabei scheint weniger die Gesamtdauer der Freizeitaktivitäten, sondern die Anzahl verschiedener Aktivitäten den Haupteffekt auszuüben.

Eine Reihe von kontrollierten und randomisierten Interventionsstudien haben einen positiven Effekt von aerobem Training auf kognitive Funktionen bei gesunden älteren Menschen berichtet. Viele Untersuchungen litten jedoch bislang an methodischen Mängeln, einer zu kurzen Dauer oder zu kleinen Fallzahlen, so dass eine von 2008 bis 2015 mehrfach aktualisierte Cochrane-Metaanalyse wiederholt zum Schluss kommt, dass ein positiver Effekt durch aerobe Trainingsinterventionen bislang nicht konklusiv bewiesen werden konnte.

Neuere, methodisch hochwertige Studien belegen allerdings, dass eine kombinierte Intervention aus sportlicher Betätigung (angepasstes progressives Muskelaufbautraining abwechselnd mit aerober körperlicher Betätigung und Balanceübungen), gesundheitlicher Aufklärung, kontrollierter Ernährung und kognitivem Training bei Gruppen mit erhöhtem Demenzrisiko aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen oder aufgrund des Nachweises einer Amyloid-Pathologie zu einer Besserung der Kognition führt. Ein aktiver und abwechslungsreicher Lebensstil spielt da eine besondere und womöglich prominentere Rolle als spezifische Trainings-Interventionen. Laufende Studien in Nordamerika und Europa untersuchen inwiefern gezieltes, vorwiegend aerobes körperliches Training im Alter die kognitive Leistungsfähigkeit erhalten kann bzw. einen frühzeitigen Eintritt in eine Demenz verzögern kann.

Neurobiologische Grundlagen

Aerober Sport wirkt sich auf Durchblutung und neurale Plastizität aus: in Bildgebungsstudien wurde nach mehrmonatigen Interventionen durch aeroben Sport eine Verbesserung der Vaskularisierung und eine Erhöhung des Volumens des Hippocampus berichtet, welche sich auch positiv auf die Gedächtnisfunktion auswirkten.

Möglicherweise spielen bei diesen strukturellen und funktionellen Veränderungen des Gehirns Wachstumsfaktoren eine Rolle. Tierstudien haben gezeigt, dass insbesondere aerobe körperliche Betätigung zur Ausschüttung von Wachstumsfaktoren führt, welche Zellproliferation, Wachstum

sowie Entwicklung und Funktion von Neuronen fördern. Besondere Bedeutung besitzen dabei BDNF (brain derived neurotrophic factor), VEGF (vascular endothelial growth factor) und IGF-I (insulin-like growth factor I), deren Hochregulierung auch zu einer besseren Gedächtnisleistung führt. Ob die Zusammenhänge zwischen Sport, Wachstumsfaktoren und Kognition auch beim Menschen so zutreffen wie in Tierstudien beobachtet, insbesondere im Alter, ist bislang allerdings umstritten.

Zusammenfassung

Neurodegenerative Demenzen lassen sich durch Sport oder gesunden Lebensstil nicht verhindern. Allerdings legen prospektive Beobachtungsstudien nahe, dass ein aktiver Lebensstil und sportliche Betätigung mit besserer körperlicher Fitness den Beginn einer Demenz verzögern, so dass dies unbedingt empfohlen werden sollte. Wahrscheinliche Mechanismen sind eine Reduktion cerebraler Gefäßpathologien und eine Erhöhung der neuronalen Plastizität im Alter. Ob eine spezifische Sportart Kognition im Alter besser erhält als andere, ist bislang unklar. Die Kombination aus Sport, gesundheitlicher Edukation, Ernährung und regelmäßiger Kontrolle vaskulärer Risikofaktoren ist für die Erhaltung der Kognition effektiver als Sport alleine, insbesondere bei Risikopatienten. Weitere longitudinale Studien zu diesem Thema sind unverzichtbar, gerade weil derzeit fraglich ist, ob es in Zukunft effektive medikamentöse Therapien zur Prävention von Demenzen geben wird.

Literatur beim Verfasser



Abb. ©LSBNRW - A. Bowinkelmann

Ausgewogene Ernährung – was ist neu?

von Prof. (apl.) Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf



Nach wie vor stellen Übergewicht und Adipositas in allen Altersgruppen das Gesundheitswesen in den Industrienationen, zunehmend auch den Schwellenländern, vor eine große Herausforderung. Im Wesentlichen ist dies auf den heutigen Lebensstil zurückzuführen:

hochkalorische Kost und Bewegungsmangel. Insbesondere die Sitzzeit steht aktuell im Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen und wird bereits jetzt als das „neue Rauchen“ betitelt. Der Nutzen von körperlicher Aktivität ist aus vielerlei Hinsicht wichtig und relevant. Pedersen und Saltin stellten in ihrer Arbeit 26 chronische Erkrankungen zusammen, in deren Kontext Bewegung im Rahmen der Prävention und Therapie eine wichtige Rolle spielt. Dabei wird für diese Effekte in erster Linie die kontraktionsinduzierte Freisetzung sogenannter Myokine verantwortlich gemacht.

Allerdings wird der Kalorienverbrauch durch Sport zumeist überschätzt. So sind etwa 500 Schritte notwendig um ein Stück Würfelzucker „abzuarbeiten“. Ein Cappuccino – 100 ml Milch – ohne Extrazucker! – entsprechen etwa 2000 Schritte! Der Einsatz von Schrittzählern führte nach einer Zusammenstellung von *Swift et al. (2014)* zu einer Gewichtsabnahme bis zu 1 Kilogramm (kg), Ausdauertraining bis zu 2 kg, Krafttraining zu keiner Abnahme – und die Kombination aus Bewegung und Ernährungsumstellung zu einer Gewichtsreduktion von bis zu 13 kg (s. *Tabelle 1*).

Für die Praxis

Wenn es also an das Abnehmen geht, ist eine Anpassung der Ernährung unerlässlich. Allgemein kann man sich gut an den **10 Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung** orientieren (s.a. www.dge.de/10regeln). Diese wurden im Herbst des letzten Jahres überarbeitet. Der Schwerpunkt liegt zunehmend auf Vollkornprodukten, Obst und Gemüse, einer Reduktion von raffiniertem Zucker und tierischen Fetten (s. *Tabelle 2*). Neu hinzugekommen ist für Menschen ab dem 65. Lebensjahr eine Betonung der Eiweiße. So gilt orientierend eine tägliche Zufuhr von 2,0g Kohlenhydraten/kg Körpergewicht (KG), 1,0g Fett/kg KG bzw. 0,8g

Eiweiß/kg KG. Letzteres wurde auf Basis zunehmender Daten zur Sarkopenie, die selbst im Kontext der Adipositas auftritt, auf 1,0g Eiweiß/kg KG gesteigert. Entscheidend ist aber hier auch wieder die Kombination mit einem altersadäquaten sportlichen Reiz, um zumindest für einen Erhalt an Muskelmasse, Kraft und Funktion zu sorgen.

Unter Berücksichtigung der Vielzahl divergierender Untersuchungen und vor allem einem fehlenden Nachweis, dass die eine oder andere Ernährungsform über einen längeren Zeitraum von 1 bis 2 Jahren zum Erfolg bzw. zum Halten eines Wunschgewichts führt, bleibt als wichtigste Erfolgsformel das eigene **Bilanzieren**. So empfahl schon Ende der 90er Jahre das US National Institute of Health eine Reduktion der täglichen Kalorienzufuhr um 500 bis 1000 Kilokalorien. Dies führt zu einer Gewichtsabnahme von 0,5 bis 1kg pro Woche. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass mit einem Gewichtsverlust auch der metabolische Umsatz zurück geht und bei erfolgreicher Abnahme der Kalorienverlust bei gleicher Tätigkeit abnimmt. Das heißt, die Bilanz muss stets wieder angepasst werden. Außerdem hängt der Erfolg einer nachhaltigen Gewichtsabnahme von zusätzlichen Faktoren wie Alter, Geschlecht, Diäterfahrung etc. ab. So zeigte sich der beste Erfolg, je öfter die Ernährungsberatungen stattfanden, je größer das vorgegebene Energiedefizit war, je älter die Betroffenen waren und je höher das Ausgangsgewicht lag. In früheren Studien wurden Faktoren wie Selbst-Überwachen (z.B. durch regelmäßiges Wiegen), körperliche Aktivität, Dauer des Übergewichts etc. identifiziert.

Möglicherweise wirkt das sogenannte intermittierende Fasten unterstützend. Es gibt auch hier wieder eine Vielzahl möglicher Ausführungen, z.B. einen ganzen Tag auf Essen zu verzichten, entweder verstreut in der Woche nach Belieben oder alternierend mit Essenstagen (z.B. im Intervall: 5:2), sowie die sogenannte „Warrior-Diet“, bei der tagsüber wenig/nichts gegessen, dafür ein üppigeres Abendessen genossen wird etc. Die Datenlage über einen langfristigen Nutzen ist bislang (noch) nicht ausreichend, allerdings scheint diese Form besser in den Alltag integrierbar zu sein und vermag – neben möglichen Effekten auf Biomarker wie Grhelin, Insulin etc. – besser den individuellen Neigungen zu entsprechen.

Gewichtsabnahme „durch“ Bewegung	
	Gewichtsabnahme
Schrittzähler	0 bis minus 1 kg
Nur Ausdauertraining	0 bis minus 2 kg
Nur Krafttraining	-
Nur Ausdauer und Kraft	0 bis minus 2 kg
Kombiniert mit ausgewogener Ernährung	minus 9 bis minus 13 kg

Tabelle 1 (nach Swift et al. 2014)

Fazit

Sicherlich hat es Priorität Ernährungsformen wie auch Bewegung an die individuellen Präferenzen und zeitlichen Möglichkeiten anzupassen. Ebenfalls ist aus ethischer und damit ärztlicher Sicht der Hinweis wichtig, dass keinerlei Algen, Obstsorten, Enzympräparate oder sonstige kostenintensive Präparate oder Verfahren von Erfolg gekrönt sind. Der Einsatz möglicher eiweißreicher „Pulverchen“ kann erwogen werden, stellt aber sicherlich nur einen Zwischenweg dar. Sinnvoll ist auch hier ein intermittierender Einsatz, d.h. ausgewählte Mahlzeiten können/sollten ersetzt werden.

Wesentlich wichtiger scheint die patientenzentrierte Herangehensweise im Rahmen der motivierenden Beratung zu sein, die auf den individuellen Zielen der Ratsuchenden aufbaut und auf dieser Basis deutlich mehr Nachhaltigkeit erzeugt.



10 Regeln der DGE (2017)

- 1. Die Lebensmittelvielfalt genießen** – Nutzen Sie die Lebensmittelvielfalt und essen Sie abwechslungsreich. Wählen Sie überwiegend pflanzliche Lebensmittel. Kein Lebensmittel allein enthält alle Nährstoffe. Je abwechslungsreicher Sie essen, desto geringer ist das Risiko einer einseitigen Ernährung.
- 2. Gemüse und Obst – nimm „5 am Tag“** – Genießen Sie mindestens 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst am Tag. Zur bunten Auswahl gehören auch Hülsenfrüchte wie Linsen, Kicher- erbsen und Bohnen sowie (ungesalzene) Nüsse. Gemüse und Obst versorgen Sie reichlich mit Nährstoffen, Ballaststoffen sowie sekundären Pflanzenstoffen und tragen zur Sättigung bei. Gemüse und Obst zu essen, senkt das Risiko für Herz-Kreislauf- und andere Erkrankungen
- 3. Vollkorn wählen** – Bei Getreideprodukten wie Brot, Nudeln, Reis und Mehl ist die Vollkornvariante die beste Wahl für Ihre Gesundheit. Lebensmittel aus Vollkorn sättigen länger und enthalten mehr Nährstoffe als Weißmehlprodukte. Ballaststoffe aus Vollkorn senken das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen, Dickdarmkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- 4. Mit tierischen Lebensmitteln die Auswahl ergänzen** – Essen Sie Milch und Milchprodukte wie Joghurt und Käse täglich, Fisch ein- bis zweimal pro Woche. Wenn Sie Fleisch essen, dann nicht mehr als 300 bis 600 g pro Woche. Milch und Milchprodukte liefern gut verfügbares Protein, Vitamin B und Kalzium. Seefisch versorgt Sie mit Jod und fetter Fisch mit wichtigen Omega-3-Fettsäuren. Fleisch enthält gut verfügbares Eisen sowie Selen und Zink. Fleisch und insbesondere Wurst enthalten aber auch ungünstige Inhaltsstoffe.
- 5. Gesundheitsfördernde Fette nutzen** – Bevorzugen Sie pflanzliche Öle wie Rapsöl und daraus hergestellte Streichfette. Vermeiden Sie versteckte Fette. Fett steckt oft „unsichtbar“ in verarbeiteten Lebensmitteln wie Wurst, Gebäck, Süßwaren, Fast-Food und Fertigprodukten. Pflanzliche Öle liefern, wie alle Fette, viele Kalorien. Sie liefern aber auch lebensnotwendige Omega-3-Fettsäuren und Vitamin E.
- 6. Zucker und Salz einsparen** – Mit Zucker gesüßte Lebensmittel und Getränke sind nicht empfehlenswert. Vermeiden Sie diese möglichst und setzen Sie Zucker sparsam ein. Sparen Sie Salz und reduzieren Sie den Anteil salzreicher Lebensmittel. Würzen Sie kreativ mit Kräutern und Gewürzen. Zuckergesüßte Lebensmittel und Getränke sind meist nährstoffarm und enthalten unnötige Kalorien. Zudem erhöht Zucker das Kariesrisiko. Zu viel Salz im Essen kann den Blutdruck erhöhen. Mehr als 6 g am Tag sollten es nicht sein. Wenn Sie Salz verwenden, dann angereichert mit Jod und Fluorid.
- 7. Am besten Wasser trinken** – Trinken Sie rund 1,5 Liter jeden Tag. Am besten Wasser oder andere kalorienfreie Getränke wie ungesüßten Tee. Zuckergesüßte und alkoholische Getränke sind nicht empfehlenswert. Ihr Körper braucht Flüssigkeit in Form von Wasser. Zuckergesüßte Getränke liefern unnötige Kalorien und kaum wichtige Nährstoffe. Der Konsum kann die Entstehung von Übergewicht und Diabetes mellitus Typ 2 fördern. Alkoholische Getränke sind ebenfalls kalorienreich. Außerdem fördert Alkohol die Entstehung von Krebs und ist mit weiteren gesundheitlichen Risiken verbunden.
- 8. Schonend zubereiten** – Garen Sie Lebensmittel so lange wie nötig und so kurz wie möglich, mit wenig Wasser und wenig Fett. Vermeiden Sie beim Braten, Grillen, Backen und Frittieren das Verbrennen von Lebensmitteln. Eine schonende Zubereitung erhält den natürlichen Geschmack und schont die Nährstoffe. Verbrannte Stellen enthalten schädliche Stoffe.
- 9. Achtsam essen und genießen** – Gönnen Sie sich eine Pause für Ihre Mahlzeiten und lassen Sie sich Zeit beim Essen. Langsames, bewusstes Essen fördert den Genuss und das Sättigungsempfinden.
- 10. Auf das Gewicht achten und in Bewegung bleiben** – Vollwertige Ernährung und körperliche Aktivität gehören zusammen. Dabei ist nicht nur regelmäßiger Sport hilfreich, sondern auch ein aktiver Alltag, in dem Sie z. B. öfter zu Fuß gehen oder Fahrrad fahren. Pro Tag 30 bis 60 Minuten moderate körperliche Aktivität fördern Ihre Gesundheit und helfen Ihnen dabei Ihr Gewicht zu regulieren.

Gedanken zum Präventionsgesetz

von Dr. med. Michael Fritz



Meine subjektive Darstellung aus Sicht eines Hausarztes:

Als allgemeinmedizinisch tätiger Sportarzt habe ich den Schlüssel zur sport- und bewegungstherapeutischen Versorgung meiner Patienten in der Hand. Ich kenne die miterlebte Lang-

zeit- und Familienanamnese, das soziale Umfeld, das persönliche Risikoprofil und die individuellen Möglichkeiten meiner Patienten. So kann ich in Bezug auf Sport- und Bewegungstherapie gezielt Art, Intensität und Umfang anraten und als Motivator, Instruktor und Beobachter fungieren.

Seit dem 1. Juli 2017 gibt es nun das neue Formular „Muster 36“, mit dem ich als niedergelassener Arzt Präventionsleistungen empfehlen kann. Patienten haben die Möglichkeit meine Empfehlung zur Kostenerstattung bei ihrer Krankenkasse einzureichen. Bislang sprach man in diesem Kontext vom „Rezept für Bewegung“, aber das Muster 36 ist inhaltlich weiter gefasst. Möglich sind über die Bewegung hinaus zum Beispiel auch Empfehlungen in den Bereichen Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum.

Das neue Formular geht auf einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) aus dem Jahr 2016 zurück, mit dem ein gesetzlicher Auftrag aus dem Präventionsgesetz umgesetzt werden soll. Demnach soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden.

Die ärztliche Bescheinigung soll ich laut GBA gezielt denjenigen Personen aushändigen, bei denen „der Präventionsbedarf und das Potential besonders groß sind“. Genannt werden Personen aus gesundheitlich gefährdeten Zielgruppen, wie z. B. „Menschen in beruflich und familiär besonders belastenden Lebenssituationen und Menschen mit sprachlich, sozial oder kulturell bedingten Barrieren, im Hinblick auf die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen sowie chronisch kranke Menschen, bei denen das Auftreten weiterer Erkrankungen oder zusätzlicher

gesundheitlicher Belastungen vermieden werden soll“.

Zu bedauern ist, dass gerade diese Menschen, abgesehen von den chronisch Kranken, eben genau wegen dieser besonders belasteten Lebenssituation mich in der Arztpraxis selten aufsuchen. Es sei denn, sie sind akut erkrankt. In einer solch zusätzlich belasteten Lebensphase ist die Zielgruppe aber krankheitsbedingt einer Präventionsempfehlung selten zugänglich und bedarf eher der Kuration und Rehabilitation als der Prävention.

Deshalb soll ich besonders den Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen wie dem „Check up 35“ nutzen, um den vorgenannten Adressatenkreis während einer Phase der Gesundheit anzusprechen und zu motivieren. Aber leider mache ich in meinem Praxisalltag auch hier immer wieder die Erfahrung, dass ich genau diejenigen aus logistischen Gründen nicht erreiche, die unserer präventiven Aufmerksamkeit am meisten bedürfen. Karikaturistisch überzeichnet befinden sich diese Patienten am Tellerrand der Gesellschaft und schaffen nicht den Sprung über die sozialen, kulturellen, sprachlichen oder finanziellen Barrieren in meine Praxis. Dabei würde genau diese Patientengruppe von Präventionsempfehlungen am meisten profitieren. Auch für unsere Solidargemeinschaft wären durch Präventionsleistungen in dieser Zielgruppe große Wirtschaftlichkeitseffekte zu erwarten, da gerade hier gesundheitliche Risiken und Belastungen durch geeignete Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Wie also ist diese Patientengruppe überhaupt in die ärztliche Praxis zu bekommen?

Diese Beratungs- und Motivationstätigkeit, die ich den gesetzlich Krankenversicherten nun zusätzlich im Rahmen der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung zu Gute kommen lassen soll, hat aber leider keinen Niederschlag in der Gebührenordnung gefunden, obwohl genau diese gezielte Beratungstätigkeit Schwerstarbeit im Sprechstundenalltag darstellt. Deshalb hält sich die Motivation bei mir und meinen Kollegen bei der Umsetzung der Präventionsempfehlung in Grenzen, denn genau diese angesprochene Risikogruppe zeigt sich häufig hartnäckig beratungsresistent. Intensive Überzeugungsarbeit und lange Gesprä-

che verlaufen allzu oft ergebnislos im Sande. Mit dem „Muster 36“ habe ich nun eine weitere Möglichkeit, Versicherte zu motivieren, an gesundheitsbezogenen Kursen teilzunehmen, aber für diese gesellschaftlich wertvolle Tätigkeit erhalte ich keine finanzielle Wertschätzung. Das ist mehr als ärgerlich und ein Missstand, der dringend geändert werden muss.

Zu meiner Erleichterung steht den Versicherten auf den Internetseiten der Krankenkassen ein umfangreiches Informationsangebot zur Verfügung und zusätzlich besteht bei den Krankenkassen die Möglichkeit einer persönlichen Beratung.

Ich kreuze deshalb lediglich ein oder mehrere Handlungsfelder an, die ich meinen Patienten empfehle und schicke sie damit zu ihrer Krankenkasse. Ein Anspruch der Versicherten auf Gewährung der Präventionsleistung besteht dadurch zwar nicht, aber die Krankenkasse soll meine Präventionsempfehlung bei ihrer Entscheidung berücksichtigen. Formal betrachtet müssen also meine Patienten zunächst mit der Präventionsempfehlung einen geeigneten Kurs bei ihrer Krankenkasse beantragen. Einen solchen Antrag können aber alle Krankenversicherten auch jederzeit ohne meine ärztliche Empfehlung gemäß „Muster 36“ stellen. Ein typischer Umstand in Zeiten, in der alle über den Abbau von Bürokratie im Gesundheitswesen sprechen, aber gefühlt genau das Gegenteil geschieht.

Was kann der Patient erwarten?

Geht der Patient zu seiner Krankenkasse, bietet diese ihm meist ein umfassendes und abwechslungsreiches Kursangebot, um ihn bei einer gesunden Lebensweise zu unterstützen. Diese Kurse werden ausschließlich von qualifizierten und geschulten Partnern durchgeführt, die bestimmte Zertifizierungs- und Qualitätsanforderungen gemäß der Zentralen Prüfstelle Prävention erfüllen. Keines der Programme ersetzt aber eine ärztliche oder therapeutische Behandlung. Sie dienen nur der Vorbeugung.

Welche Kurse werden erstattet?

Die Kurse müssen acht bis zwölf Kurseinheiten enthalten, ein festes Anfangs- und Enddatum haben sowie in einer festen Teilnehmergruppe stattfinden. Dauerangebote in Fitness-Studios

werden in der Regel nicht erstattet. Innerhalb eines Kalenderjahres können Patienten an zwei anerkannten Kursen teilnehmen oder auch einen Kombinationskurs besuchen, in dem zwei Themen - wie etwa Entspannung und Bewegung - miteinander kombiniert werden.

Was wird dem Patienten erstattet?

Meist werden 75,- Euro entsprechend 80% der Kurskosten zurückerstattet. Damit dieser Betrag zurückgezahlt werden kann, muss der Patient an mindestens 80% der Kurstermine teilgenommen haben, die ausgefüllte Teilnahmebescheinigung vom Kursleiter und eine Quittung über die entrichtete Kursgebühr vorlegen. An den Mitgliedsbeiträgen für ein Training an Geräten (z.B. Kieser Training) beteiligen sich die Krankenkassen in der Regel nicht. Sicherheitshalber sollte sich der Patient unbedingt im Vorhinein erkundigen, ob sich die Krankenkasse an den Kosten des Angebots von anderen Anbietern und Krankenkassen beteiligen kann.

Welche Kurse werden von Krankenkassen angeboten?

Exemplarisch und nicht abschließend seien hier genannt:

Bewegungsangebote: Aquafitness & Aquagymnastik, Fitness basic - das gesunde Allroundtraining, Fitness special - mit integriertem Gerätetraining, Herz-Kreislauf-Training, Rückenschule, Pilates, Rücken basic - Allroundtraining für den Rücken, Rücken plus - mit integriertem Gerätetraining, Wirbelsäulengymnastik

Ernährungsberatung zum Beispiel zu den Themen ausgewogene Ernährung oder Gewichtsabnahme

Stressbewältigung & Entspannung: Autogenes Training, Bleib locker! - Stressbewältigung für Kinder, Burnout-Prävention, Stressbewältigung, Hatha Yoga, MBSR-Achtsamkeitstraining, Progressive Muskelentspannung, Qigong, Tai-Chi

Cave Antikorruptionsgesetz!

An dieser Stelle des formalen Ablaufes der Präventionsempfehlung sollten wir Ärzte aber peinlich genau darauf achten uns mit Empfehlungen zurückzuhalten, um nicht mit dem Antikorruptionsgesetz in Konflikt zu geraten. Denn nach Meinung der Ärztekammer ist bei der Ausgabe

eines „Rezepts für Bewegung“ zu beachten, dass der Patient nicht ohne hinreichenden Grund eine Empfehlung für bestimmte Anbieter gesundheitlicher Leistungen erhält. Die Rechtsprechung folgert aus der ärztlichen Berufsrechtsnorm, dass Empfehlungen ärztlicherseits nur dann erfolgen dürfen, wenn man vom Patienten darum gebeten wird. Ein hinreichender Grund für eine ungefragte Empfehlung liege nur selten vor. Selbst in langjähriger vertrauensvoller Zusammenarbeit gewonnene gute Erfahrungen oder die allgemein hohe fachliche Kompetenz eines Anbieters oder seiner Mitarbeiter reichen dafür nicht aus.

Daher sollten Ärzte grundsätzlich nach Meinung der Ärztekammer wie folgt vorgehen: Hält ein Arzt für seinen Patienten eine ausgesuchte Form der Sport- und Bewegungstherapie für angebracht, dann soll er ihn darüber aufklären. Fragt der Patient nach, ob der Arzt ihm ein bestimmtes Angebot empfehlen könne, kann dafür das „Rezept für Bewegung“ eingesetzt werden. Außerdem können Ärzte durch einen Praxisaushang darauf aufmerksam machen, dass nur auf Nachfrage spezielle Bewegungsangebote empfohlen werden können. Darauf macht die Ärztekammer Niedersachsen auf ihrer Homepage ausdrücklich mit Aktualisierungsdatum vom 25. September 2017 aufmerksam.

An dieser Stelle fällt mir ein Zitat von Prof. Dr. Karl-Heinrich Bette ein, das in der Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin in einem anderen Kontext zu lesen war, hier aber in modifizierter Weise ebenso treffend ist: Auf den ersten Blick erscheint jede Gruppe zweckrational und zielorientiert im Sinne des Präventionsgesetzes zu handeln. Beim genauen Hinsehen offenbaren sich aber Verstrickungen der Handlungen, die nichtintendierte kontraintuitive Effekte im komplexen Konstellationszusammenhang der Präventionsbemühungen nach sich ziehen.

Der Rheinländer bringt es prägnanter auf den Punkt: Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht!

Literatur beim Verfasser

Anmerkung:
 Weitere Informationen zum Präventionsgesetz vom Bundesgesundheitsministeriums:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>



Abb. ©LSBNRW - A. Bowinkelmann

Aktuell zum Ironman Hawaii

US-Studie untersucht Todesfälle beim Triathlon: Schwimmen ist „verblüffend“ gefährlich

von Julia Rommelfanger



Beim Trendsport Triathlon gehen Profis und Amateure bis an die körperlichen Grenzen – und manchmal auch darüber hinaus: Beim Cologne Triathlon Anfang September 2017 kollabierte ein 42-jähriger Sportler beim 3,8-km-Schwimmen im Fühlinger See aus ungeklärten Grün-

den und starb wenige Tage später in der Kölner Uniklinik. Im Oktober 2016 starb ein 50-jähriger Schwimmer während der Challenge Roth.

Solche tödlichen Unfälle, genau wie Herzstillstände ohne Todesfolge, passieren bei Triathlons „nicht selten“ – so zumindest lautet das Fazit einer Forschergruppe am Minneapolis Heart Institute, die eine Fallstudie zu plötzlichen Todesfällen bei Triathlons in den USA erstellt hat. „Meist waren Männer mittleren und höheren Alters betroffen“; ausschließlich Freizeitsportler und vor allem Schwimmer (67%), schreiben Dr. Kevin M. Harris, Minneapolis Heart Institute, Abbott Northwestern Hospital, Minneapolis, USA, und seine Kollegen im Fachjournal *Annals of Internal Medicine*. Das Risiko liege für über 40-jährige Männer um das 3,3-Fache höher als bei jüngeren Triathleten.

„Eine willkommene und aufschlussreiche Studie, die Untersuchungen zu plötzlichem Herztod bei Marathons bestätigt – nämlich, dass vor allem ältere Männer davon betroffen sind“, sagt Prof. Dr. Hans-Georg Predel, Leiter des Instituts für Kreislaufforschung und Sportmedizin an der Deutschen Sporthochschule in Köln, im Gespräch mit *Medscape*. Für den Triathlon-Sport existiere bis dato keine derart detaillierte Aufzeichnung über plötzliche Todesfälle.

Kardiovaskuläre Vorerkrankungen oft unbekannt

Die Fallraten beim plötzlichen Herztod ($n = 107$), Herzstillstand ohne Todesfolge ($n = 13$) und Tod durch Trauma ($n = 15$) über mehr als 30 Jahre liegen mit einer Inzidenz von 1,74 pro 100.000 Teilnehmern (Männer 2,40, Frauen 0,74) „höher als nach vorherigen Schätzungen“ und „übertreffen die berichteten Zahlen bei Marathon-Rennen“, so die Forscher in ihrer Studie weiter. „In der Tat sind die Unfallzahlen der Triathlon-Studie fast doppelt

so hoch wie die plötzlicher Herztode beim Marathon“, bemerkt Predel.

Und dies gehe besonders auf die Schwimm-Komponente des Triathlons zurück. Von 1985 bis 2016 ereigneten sich die meisten der 135 registrierten Unfälle ($n = 90$) beim Schwimmen; 15 beim Laufen, 7 beim Radrennen und 8 in der Erholungsphase nach dem Wettkampf.

Bei 44% der Todesfälle, für die Autopsiebefunde vorlagen, wurden kardiovaskuläre Anomalitäten festgestellt; am häufigsten atherosklerotische Veränderungen und Kardiomyopathien. Die „hohe Frequenz klinisch stiller kardialer Anomalitäten“ bei rund 50% der Patienten mit Autopsie-Bericht sei „überraschend und bedeutend“, schreiben die Autoren. Ein Screening vor dem Wettkampf hätte diese Todesfälle möglicherweise verhindert, vermuten sie. „Es gibt Triathleten, die zwar fit erscheinen, jedoch unter einer bislang nicht entdeckten, aber potenziell tödlichen kardiovaskulären Erkrankung leiden“, warnen sie.

Die Deutsche Triathlon Union (DTU) führt keine Statistiken zu Todesfällen bei Triathlon-Wettkämpfen, sagt Jan Sägert von der Kommunikationsabteilung des Dachverbands. Unbestritten sei aber die zunehmende Popularität der Sportart, besonders bei Freizeitsportlern. Sowohl die Zahl der Vereine als auch die Anzahl der Triathleten nehmen stetig zu. Zwischen 2010 und 2015 verzeichneten die 16 DTU-Landesverbände laut Zahlen des Deutschen Olympischen Sport Bundes (DOSB) den prozentual größten Mitgliederzuwachs aller deutschen Spitzensportverbände.

Von 35.640 Sportlern in einem Triathlon-Verein oder der Triathlon-Abteilung eines Vereins in 2010 kletterte die Zahl der Triathleten auf 54.484 in 2015. Rund 600 Veranstaltungen mit etwa 1.500 Triathlon-Wettkämpfen finden jährlich in Deutschland statt, bemerkt Sägert.

Da die Kombination aus Langstreckenschwimmen, Radrennen und Marathon in Europa wie auch in den USA immer beliebter werde, sei es „an der Zeit, die gesundheitlichen Auswirkungen der Teilnahme an Triathlons besser zu definieren“, schreibt die US-Forschergruppe. Bislang sei über Todesfälle bei Triathlons und mögliche Ursachen wenig bekannt.

Sportmedizinische Untersuchungen, bei denen etwa Kardiomyopathien oder andere Ursachen ei-

nes plötzlichen Herztodes beim Sport erkannt werden könnten, seien zwar in vielen Sportarten unter Leistungssportlern mittlerweile Pflicht, unter Amateursportlern jedoch nicht sehr verbreitet, sagt Predel. Durch die Popularität der Sportart werde vielen Freizeitsportlern vielmehr vermittelt: „Das kann ich sicher auch“, erklärt er.

Harris und seine Kollegen haben aus Registern des Dachverbands USA Triathlon (USAT) und dem US-Register über plötzlichen Herztod bei Sportlern eine Serie von Todesfällen und Herzstillständen ohne Todesfolge bei Triathlons in den USA 1985 bis 2016 festgestellt: 135 Fälle von plötzlichem Herztod, Herzstillstand, der aufgrund rechtzeitiger Reanimation bzw. Defibrillation nicht tödlich endete, sowie Trauma-bezogenen Todesfällen.

Im Schnitt waren die Opfer knapp 47 Jahre alt; 85% von ihnen waren männlich. „Bei den Männern nahm das Risiko mit steigendem Alter deutlich zu“, berichten die Autoren. Keine Auswirkungen hatte dagegen die Wettkampflänge. Bei Rennen über die Langdistanz passierten Unfälle gleich häufig wie bei Kurztriathlons, stellten sie fest.

Dass mehr ältere Männer und fast nie weibliche Triathleten betroffen seien, decke sich mit Daten zum plötzlichen Herztod aus anderen Sportarten. „Diese Geschlechterdifferenz könnte mit dem Vorherrschen kardiovaskulärer Erkrankungen bei den männlichen Triathleten zusammenhängen“, vermuten Harris und seine Kollegen. Auch denkbar seien „protektive metabolische Mechanismen bei Frauen, die arrhythmogene und andere Risiken bei extremen sportlichen Belastungen unterdrücken“.

Erhöhtes Risiko beim Schwimmen „verblüffend“

Der Report „wirft Licht auf die Ursachen plötzlicher Todesfälle, die sich über 30 Jahre lang beim Triathlon ereignet haben“, schreiben Dr. Reginald T. Ho, Thomas Jefferson und Dr. Karen Glanz, University of Pennsylvania, in einem Editorial zu der Studie. Sie bezeichnen das durch die Case Study festgestellte Risiko des plötzlichen Herztods als „gering, aber real“. Dass offenbar vorwiegend Männer, viele davon mit vormals unentdeckter Herzerkrankung, betroffen seien, überrasche nicht.

Das erhöhte Risiko beim Schwimmen jedoch sei „verblüffend“. „Ist das Schwimmen per se für diese Bevölkerungsgruppe eine gefährlichere Form der Bewegung?“, fragen die Kommentatoren. Oder er-

höhe die Akklimatisierungsphase zu Beginn des Wettkampfs das Risiko fataler Arrhythmien und ischämischer Ereignisse? Interessant sei, dass beim Marathon, anders als beim Triathlon, die meisten Todesfälle am Ende des Rennens auftreten.

Schwimmer besonders gefährdet – Massenstarts in der Kritik

Für die Tatsache, dass die mit Abstand meisten Herzstillstände beim Schwimmen, dem Start-Event des Triathlons, aufgetreten sind, liefern die Autoren unterschiedliche Erklärungsmöglichkeiten:

- Zum einen könnte das Freisetzen von Katecholaminen zu Beginn des Wettkampfs bei Athleten mit bisher unentdeckten kardiovaskulären Erkrankungen Arrhythmien auslösen.
- Des Weiteren könnten bei Teilnehmern, die über wenig Schwimmerfahrung in offenen Gewässern verfügen, hohe Wellen oder kalte Wassertemperaturen zu Schwierigkeiten führen.
- Nicht zu unterschätzen sei auch die Kollisionsgefahr im Wasser, zumal zahlreiche Verunglückte erstmalig an einem Triathlon teilgenommen hatten.
- Nicht zuletzt sei eine Rettung im Wasser äußerst „komplex“, da Betroffene für die Nothelfer oft schwer zugänglich und nicht so einfach an einen für lebensrettende Maßnahmen geeigneten Ort zu transportieren seien.

Ein „Verzicht auf chaotische Massenstarts beim Schwimmen“ könne helfen, das Risiko für Todesfälle in diesem Wettkampf-Segment einzudämmen, schreiben Ho und Glanz. Zur Vermeidung von Unfällen sei man bei vielen Triathlons, auch kleineren Wettkämpfen, mittlerweile auf gestaffelte Starts umgestiegen.

Beim Ironman 2018 in Frankfurt werde es wie bei mittlerweile vielen Ironman-Wettkämpfen weltweit üblich, einen „Rolling Start“ geben, bei dem alle 5 Sekunden 12 Athleten losgeschickt werden, um „die Sicherheit der Athleten zu erhöhen und die ‚Boxkämpfe‘ unter den Athleten auf den ersten paar hundert Schwimmern auf ein Minimum zu reduzieren“, informiert die Ironman Germany GmbH auf ihrer Webseite.

Bei Triathlons seien allgemein die veranstalten-

den Vereine vor Ort für die Organisation der Wettkämpfe verantwortlich und müssen ihr Sicherheitskonzept von ihrem jeweiligen Landesverband genehmigen lassen, erklärt Sägert von der DTU.

„Wunderbarer Sport“ mit extremer Herzbelastung

Besonders Männer über 40 sollten sich vor einem Triathlon einem kardiovaskulären Check-up unterziehen – und alle Triathleten sollten Wettkämpfe nur informiert und gut trainiert, speziell das Schwimmen betreffend, angehen, rät die US-Forscherguppe. Eine sportmedizinische Untersuchung erfreue sich unter den älteren Triathleten „sicherlich keiner großen Beliebtheit“, bemerken Ho und Glanz hierzu. Doch sei es erforderlich, dass sich insbesondere über 40-jährige informierten „zu den Anzeichen und Symptomen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – inklusive der Auswirkungen von leistungssteigernden Substanzen“.

Predel geht einen Schritt weiter: Aufgrund des „überraschend häufigen“ Auftretens nicht erkannter Herzerkrankungen, gepaart mit dem hohen Arrhythmie- und Myokarditis-Risiko insbesondere beim Schwimmen, „empfehle ich dringend, sich vor einem Triathlon-Wettkampf durchchecken zu lassen“.

Triathlon sei eine „wunderbare Sportart, bei der der ganze Körper trainiert wird, die jedoch keineswegs zu unterschätzen ist“, erklärt Predel. Auch im Vergleich zu anderen Ausdauersportarten belaste sie das Herz-Kreislauf-System ungewöhnlich stark. Untersuchungen unter anderem beim Hamburg-Marathon haben ergeben, dass die Mehrzahl aller Teilnehmer in den Wochen vor dem Rennen keinen ärztlichen Kontakt hatten, erklärt der Sportmediziner.

Untersuchungen des Instituts für Kreislaufforschung beim Berlin-Marathon brachten zutage, dass vielen Athleten ihre persönlichen Risikofaktoren, etwa erhöhter Blutdruck, nicht bekannt waren, fügt er an. Da ein Triathlon trotz aller gesundheitlichen Vorzüge „alle Kriterien einer Extremsportart erfüllt“, sei das Risiko eines kardialen Zwischenfalls aufgrund dieser Vorerkrankungen „noch höher als beim Marathon“.

Doch nicht nur die Teilnehmer selbst, sondern auch die Organisatoren könnten zu weniger Todesfällen beitragen. So hat die Dachorganisation USA Triathlon (USAT) Standards zur besseren Sicherheit während der Wettkämpfe entwickelt, unter anderem zur Wasserqualität, der Präsenz von Helfern, auch auf dem Wasser, einer Vorinformation der Kliniken vor Ort, zur Nutzung von Neoprenanzügen und zu sicheren Wassertemperaturen.

„Viele Todesfälle bei Triathlon-Wettkämpfen, insbesondere von Erstteilnehmern, könnten möglicherweise durch eine bessere Event-Organisation sowie durch die Kenntnis einer potenziell tödlichen kardiovaskulären Erkrankung verhindert werden“, schlussfolgert das Team aus Minnesota.

Literatur bei der Verfasserin

Artikel erschienen in Medscape – 10/2017

Link zum Originalartikel:

<https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4906436>



Abb. © LSBNRW - A. Bowinkelmann

Ergebnisse der Studie „Safe Sport“ über sexualisierte Gewalt im Sport

von Dr. Sportwiss. Bettina Rulofs



Sexualisierte Gewalt – auch im Sport

Ein zentraler Befund des Projektes ist, dass sexualisierte Gewalt auch im Wettkampf- und Leistungssport vorkommt. Etwa ein Drittel aller Kadersportler/-innen hat schon einmal sexualisierte Gewalt im Sport erfahren, eine/-r von neun Athlet/-innen schwere und/oder länger andauernde Gewalt. Die Mehrheit der Betroffenen ist unter 18 Jahre alt, wenn sie erstmals mit sexualisierter Gewalt konfrontiert werden. Daraus folgt für die Sportverbände und -vereine genauso wie für andere Organisationen der Kinder- und Jugendarbeit, dass sie in der Verantwortung stehen, einen besseren Schutz vor sexualisierter Gewalt zu gewährleisten und umfassende Maßnahmen zur Prävention und Intervention einzuführen.

fahren, eine/-r von neun Athlet/-innen schwere und/oder länger andauernde Gewalt. Die Mehrheit der Betroffenen ist unter 18 Jahre alt, wenn sie erstmals mit sexualisierter Gewalt konfrontiert werden. Daraus folgt für die Sportverbände und -vereine genauso wie für andere Organisationen der Kinder- und Jugendarbeit, dass sie in der Verantwortung stehen, einen besseren Schutz vor sexualisierter Gewalt zu gewährleisten und umfassende Maßnahmen zur Prävention und Intervention einzuführen.

Verantwortung für die Prävention im Sport übernehmen -

Deutsche Sportjugend und Landessportbünde als wichtige Impulsgeber

Mit der sogenannten Münchener Erklärung haben sich im Jahr 2010 alle Mitgliedsorganisationen des DOSB/der dsj klar für die Übernahme von Verantwortung ausgesprochen und sich selbst dazu verpflichtet, konkrete Schutzmaßnahmen zur Vorbeugung von sexualisierter Gewalt, aber auch zur Intervention bei Vorfällen einzuführen. Rund sechs Jahre nach dieser Erklärung zeichnet sich ab, dass neben der Deutschen Sportjugend alle Landessportbünde bzw. ihre Sportjugenden in den einzelnen Bundesländern den Handlungsbedarf erkannt, entsprechende Positionen benannt sowie vielfältige Maßnahmen zur Prävention und Intervention eingeführt haben. Somit finden Sportvereine in allen Bundesländern bei ihren übergeordneten Landesverbänden Strukturen zur Beratung und Unterstützung im Themengebiet.

Dabei werden die Landessportbünde zentral von der dsj unterstützt, die regelmäßige Fachforen und Netzwerktreffen durchführt und verschiedene Unterstützungsangebote in Form von z.B.

Handlungsleitfäden und Schulungsmaterialien bereitstellt. Alle Landessportbünde oder ihre Sportjugenden sind dabei auch in der Bearbeitung von Vorfällen und Verdachtsfällen aktiv und haben seit dem Jahr 2010 von mehr als 200 Fällen sexualisierter Gewalt Kenntnis erhalten. Dabei wurden in gut einem Drittel der Fälle auch die Strafverfolgungsbehörden eingebunden und gut ein Fünftel der Fälle führte zu verbandsinternen rechtlichen Konsequenzen (wie z.B. Verbands/Vereinsausschluss oder Lizenzentzug). Entsprechend haben die Ansprechpartner/-innen in den Landessportbünden – so zeigen es die Befunde der Studie – auch besonderen Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Intervention bei Vorfällen. Sie benötigen konkrete Hilfestellungen bei der Beratung von Verdachtsäußerungen und in Bezug auf ihre Handlungsoptionen bei Vorfällen.

In den Spitzenverbänden und den Verbänden mit besonderen Aufgaben bzw. in ihren Jugendorganisationen ist der Umsetzungsstand von Maßnahmen zur Prävention und Intervention weniger weit fortgeschritten als in den Landessportbünden. Obwohl auch hier einzelne Verbände vielfältige Schutzmaßnahmen und entsprechende Ressourcen bereitgestellt haben, zeigt sich in der zusammenfassenden Bilanz, dass diese Ebenen des Sportsystems weniger aktiv sind.

Werden der Ressourceneinsatz und der Aktivitätsgrad auf Ebene der Mitgliedsorganisationen des DOSB zusammengefasst, so sind diese bei den Landessportbünden am stärksten ausgeprägt, gefolgt an zweiter Stelle von den Spitzenverbänden und an dritter Stelle von den Verbänden mit besonderen Aufgaben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Strukturen und übergeordneten Zielsetzungen dieser verschiedenen Verbandstypen unterscheiden. Dass sich die Landessportbünde als Dachverbände aller Vereine in den jeweiligen Bundesländern für die Prävention von sexualisierter Gewalt engagieren, erscheint auch angesichts ihrer zentralen Aufgabe der allgemeinen Sportentwicklung konsequent. Des Weiteren sind hier die nötigen Strukturen und Personalressourcen in den Geschäftsstellen gegeben, um sich kontinuierlich und umfassend mit der Thematik zu befassen.

Ob und inwiefern die Bemühungen zur Prävention sexualisierter Gewalt insbesondere in den Spitzenverbänden und Verbänden mit besonderen Aufgaben noch gesteigert werden müssen und wie sie dabei unterstützt werden können, bleibt also eine wichtige Frage, die sowohl vom DOSB und der dsj als auch von den Verbänden selbstkritisch beantwortet werden muss. Dabei ist auch abzuwägen, wie stark die Verbände mit der Betreuung von Kindern und Jugendlichen betraut sind. Für den Bereich des Nachwuchsleistungssports ist z.B. festzuhalten, dass dieser auch im Verantwortungsbereich der nationalen Spitzenverbände liegt und gerade hier aufgrund der engen Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Erwachsenen und jungen Menschen spezifische Konzepte zur Prävention sexualisierter Gewalt notwendig sind. Die Entwicklung von entsprechenden Präventionskonzepten in den einzelnen Sportarten auf Basis von sportartspezifischen Risikoanalysen könnte daher eine besondere Aufgabe der Spitzenverbände sein.

Die Verbände mit besonderen Aufgaben – so unterschiedlich sie in ihren inhaltlichen Ausrichtungen auch sind – haben in der Regel einen besonderen Schwerpunkt bei der Qualifizierung von Multiplikator/-innen. Hier erscheint es folglich ratsam, dass sie das Thema noch stärker in ihre Qualifizierungsmaßnahmen integrieren. Im Übrigen belegen die Daten des Forschungsprojektes auch, dass die Verbände mit besonderen Aufgaben gerade bezüglich der Durchführung von Sensibilisierungsmaßnahmen (im Bereich der Information und Qualifizierung) Unterstützungsbedarf anzeigen.

Beim weiteren Ausbau der Präventionsmaßnahmen in den Mitgliedsorganisationen können neben der Deutschen Sportjugend also auch die Landessportbünde als wichtige Impulsgeber gelten. Viele Ansprechpartner/-innen in den Landessportbünden verfügen über reichhaltige Wissensbestände und vielfältige Erfahrungen zur Prävention und Intervention, die sie an die anderen Verbände vermitteln (können).

Prävention an der Basis des Sports ausbauen

Wird die Basis des Sports betrachtet, d.h. die rund 90.000 Sportvereine in Deutschland, so ist zu konstatieren, dass hier Optimierungsbedarf bei der Umsetzung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu sexualisierter Gewalt besteht. Für Sportvereine ist grundsätzlich festzustellen, dass sie sich verhältnismäßig langsam auf Veränderungen der Umwelt einstellen und eher „träge“ Strukturen aufweisen. Dies zeigt sich auch bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen zu sexualisierter Gewalt: Nur gut ein Drittel der Vereine gibt an, sich aktiv gegen sexualisierte Gewalt im Sport einzusetzen. In gut einem Drittel der Vereine ist keine spezifische Maßnahme zur Prävention sexualisierter Gewalt vorhanden. Regelmäßige Schulungen zur Prävention sexualisierter Gewalt werden nur in 9% der Vereine durchgeführt und nur jeder zehnte Verein hat eine/-n Ansprechpartner/-in für die Prävention sexualisierter Gewalt oder für den Kinderschutz. Diese relativ schwach ausgeprägte Präventionsstruktur und -kultur in den Sportvereinen ist angesichts der Ergebnisse aus der Athlet/-innen-Befragung umso bedenklicher, denn sexualisierte Gewalterfahrungen machen Athlet/-innen am häufigsten im Kontext des Vereins. Zugleich beinhaltet die Vereinskultur wichtige Voraussetzungen für die Prävention von sexualisierter Gewalt. Dies bestätigen ebenfalls die Ergebnisse der Athlet/-innen-Befragung deutlich, denn in Vereinen mit einer klar kommunizierten „Kultur des Hinsehens und der Beteiligung“ ist das Risiko für Athlet/-innen, sexualisierte Gewalt zu erfahren, signifikant geringer.

Auf Basis dieser Befunde ist also zu schließen, dass die Sportvereine an der Basis noch stärker für die Prävention von sexualisierter Gewalt aktiviert werden müssen. Dabei sollte das Ergebnis der Vereinsbefragung, nach dem sich rund 2% der Vereine in den letzten fünf Jahren mit einem Vorfall sexualisierter Gewalt in ihrem Verein befassten, nicht darüber hinwegtäuschen, dass Handlungsbedarf auf Ebene der Vereine besteht. Denn die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene von sexualisierter Gewalt berichten und Vereinsverantwortliche davon erfahren, steigt mit der Ein-

führung von entsprechenden Präventions- und Interventionsmaßnahmen.

Gemeinhin bekannt ist, dass die Vereinsstrukturen an der Basis des Sports durch einen hohen Anteil an Ehrenamtlichkeit geprägt sind und gerade kleinere Vereine häufig komplett auf die freiwillige Mitarbeit von engagierten Personen im Trainings- und Übungsbetrieb angewiesen sind. Dass solche Strukturen problematisch für eine systematische Einführung von Maßnahmen zur Gewaltprävention sein können, zeigt sich in den Ergebnissen des vorliegenden Forschungsprojektes: Je größer der Verein ist, desto wahrscheinlicher ist es auch, dass die Prävention sexualisierter Gewalt als ein relevantes Thema angesehen wird und Maßnahmen zur Prävention implementiert werden. Vereine mit bezahltem Führungspersonal stufen die Prävention sexualisierter Gewalt eher als relevant ein und setzen sich häufiger aktiv dafür ein als Vereine ohne bezahltes Führungspersonal.

Prävention von sexualisierter Gewalt – eine Frage des Geschlechterverhältnisses?

Ebenfalls bekannt ist, dass Vereins- und Verbandsstrukturen des Sports in der Führung noch stark von Männern geprägt sind. Da Mädchen und Frauen gemäß der allgemeinen Befundlage deutlich häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen sind, hat das Forschungsprojekt »Safe Sport« auch die Relevanz der Geschlechterverhältnisse für die Entstehung und Prävention von sexualisierter Gewalt in den Blick genommen. Dabei bestätigt sich, dass Athletinnen signifikant häufiger von sexualisierter Gewalt im Sport betroffen sind als Athleten und die sexualisierte Gewalt im Kontext des Sports überwiegend von Jungen und Männern ausgeht. Gemäß den Befunden aus der Athlet/-innen-Befragung sind bei sexualisierter Gewalt mit Körperkontakt die Verursacher ausschließlich männlich und erwachsen (z.B. in der Funktion als Trainer oder Betreuer), was ein Indiz für den Machtmissbrauch in Abhängigkeitsverhältnissen sein kann. Bei sexualisierter Gewalt ohne Körperkontakt sind die Verursacher/-innen zu 86% männlich und zu 68% erwachsen. Bei diesen Handlungen sind also auch zu einem ge-

ringen Teil Frauen (z.B. in der Rolle als Trainerin) oder Mädchen (z.B. als gleichaltrige Teamkolleginnen) beteiligt.

Mit Blick auf die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen zeigt sich, dass in den Verbänden das Themenfeld der Prävention sexualisierter Gewalt nur etwas häufiger von Frauen als von Männern bearbeitet wird: 60% der Ansprechpartner/-innen in den DOSB-Mitgliedsorganisationen sind weiblich und 40% sind männlich. Jedoch scheint das Geschlecht der für das Thema verantwortlichen Personen keinen systematischen Einfluss auf den Umsetzungsstand der Präventionsmaßnahmen zu haben. Auch die Geschlechteranteile in den Führungsstrukturen der Verbände sind gemäß der vorliegenden Zusammenhangsanalysen nicht relevant für den Aktivitätsgrad der Verbände bei der Prävention.

Dies stellt sich jedoch in den Sportvereinen an der Basis anders dar, denn Vereine mit Frauen im Vorstand stufen das Thema als relevanter ein und engagieren sich eher dafür als Vereine ohne Frauen im Vorstand. Dies kann als ein Hinweis dafür gewertet werden, dass die Prävention sexualisierter Gewalt an der Basis des Sports noch eher ein sogenanntes „Frauenthema“ ist. Für die weitere Umsetzung des Themas wäre es hilfreich, wenn die Prävention sexualisierter Gewalt aus dem Abseits des „Frauenthemas“ geholt werden würde und auf die Standard-Agenda eines verantwortungsbewussten Umgangs mit Kindern und Jugendlichen im Sportverein käme.

Kinder und Jugendliche an der Gestaltung von Prävention beteiligen

Bei der Prävention von sexualisierter Gewalt im Sport geht es vor allem um den Schutz von jungen Menschen. Mit Blick auf die Umsetzung im organisierten Sport ist allerdings auffällig, dass die Zielgruppe der Präventionsaktivitäten relativ selten an der Gestaltung von Präventionsmaßnahmen beteiligt wird, und zwar sowohl auf Ebene der Sportverbände als auch auf Ebene der Vereine. Zukünftig wäre also verstärkt nach Möglichkeiten zu suchen, wie die Perspektive der Kinder und Jugendlichen selbst, ihre diesbezüglichen Erfahrungen und Umsetzungsideen in die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen integriert werden

können. Dabei könnten auch Ansätze der sogenannten „peer-to-peer-education“ hilfreich sein, um die Präventionsarbeit an den Lebenswelten und Kommunikationsgewohnheiten der jungen Menschen zu orientieren. Eine solche Beteiligung der Zielgruppe schließt jedoch nicht die klare Verantwortungsübernahme durch die erwachsenen Bezugspersonen in den Sportorganisationen aus. Das Forschungsprojekt »Safe Sport« wird die vorliegenden Daten noch vertiefend analysieren und

weitere Daten erheben.

So werden z.B. noch systematische Informationen zum Umsetzungsstand von Präventionsmaßnahmen an Olympiastützpunkten und Sportinternaten erhoben und eine Evaluationsstudie zur Akzeptanz und Wirksamkeit des dsj-Qualifizierungsmoduls durchgeführt.

Zweitveröffentlichung

Literatur bei der Verfasserin



Sport von Menschen mit Behinderungen

Grundlagen, Zielgruppen, Anwendungsfelder

Schliermann, R.; Ancken, V.; Abel, T.; Scheuer, T.; Froböse, I.

kartoniert, 256 Seiten; 17x24 cm

Verlag: Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH
Erschienen: 10/2013
ISBN 978-3437450716

EUR 39.99

von Dr. Sportwiss. Georg Schick

Das Lehr- und Fachbuch gibt einen umfassenden, wissenschaftlich fundierten Überblick über die vielfältigen Facetten des Behindertensports: Rehabilitations-, Präventions-, Breiten-, Schul- und Leistungssport. Das Buch ist übersichtlich und schlüssig in drei Kapitel gegliedert: Grundlagen, Zielgruppen und Anwendungsfelder.

Während die Autoren in den Grundlagen die nationale und internationale Entwicklung des Behindertensports, internationale Organisationen im Behindertensport, aktuelle Diskussionen und Entwicklungen, wie Doping, Klassifizierung und Berichterstattung in den Medien, Behindertensport im Kontext von UN-Behindertenrechtskonvention und ICF, gesellschaftliche Teilhabe durch Sport sowie sportpädagogisches Handeln und Trainingsprinzipien im Behindertensport prägnant zusammengefasst darstellen, fokussiert das Kapitel Zielgruppen auf Sportler mit unterschiedlichen körperlichen, sensorischen und geistigen Behinderungen sowie die jeweiligen Besonderheiten des Sports in Vermittlung und Training. Im dritten Kapitel

wird die große Bandbreite der Sportarten von Menschen mit Behinderungen aufgezeigt und Beispiele aus den Bereichen Spiel (Bewegungs-, Mannschafts- und Rückschlagsspiele), Individualsportarten, wie Leichtathletik, Schwimmen, Radsport und Wintersport sowie sonstige Sportarten, wie Boccia, Fechten und Klettern vorgestellt und in Bezug auf Regelwerk und Klassifizierung erläutert.

Das der integrativen Sportwissenschaft verpflichtete Werk schließt im deutschsprachigen Raum eine Lücke, wo zuvor Informationen und wissenschaftliche Beiträge zum Themenfeld des Behindertensports weitestgehend disparat vorlagen. Relevante Erkenntnisse werden zusammengetragen, mit Kapitel einleitenden Inhaltsüberschriften, aussagekräftigen Abbildungen, Hervorhebungen und Textmarkierungen schlüssig strukturiert und verständlich dargestellt. Der Leser erhält durch Lernkontrollfragen didaktische Hilfen für die Erarbeitung der Inhalte sowie Literaturhinweise für eine vertiefende und weiterführende Beschäftigung mit speziellen Themen. Dabei werden theoretische und praxisrelevante Informationen miteinander verbunden und aufeinander bezogen, so dass sich das Werk für Trainer und Übungsleiter als praxisbegleitende Lektüre ebenso eignet, wie als wissenschaftlich fundierter Text im Rahmen von universitären Lehrveranstaltungen mit sportwissenschaftlichen und sportmedizinischen Bezügen.

In der sportärztlichen Praxis ist dieses Fachbuch als zuverlässiger Begleiter für die altersgruppenübergreifende Beratung und Betreuung von Patienten und Sportlern mit Behinderung empfehlenswert und kann als Orientierungshilfe dienen, die individuell geeignete Sportform und Sportart zu finden.



von Dr. med. Götz Lindner

Körperliche Aktivität und Gesundheit

Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin

Winfried Banzer (Hrsg.)

Broschur, 435 Seiten mit 60 Abb.

Verlag: Springer Verlag Berlin Heidelberg 2017

ISBN 978-3-662-50334-8
EUR 49,99

2017 gab Professor Winfried Banzer das Buch „Körperliche Aktivität und Gesundheit“ heraus, ein von vielen Fachautoren zusammengetragenes Kompendium über die Bedeutung von körperlicher Aktivität auf unsere Gesundheit. In insgesamt sieben Blöcken wird der Leser umfassend über den aktuellen Wissensstand präventiver und therapeutischer Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin informiert. Neben den klassischen sehr detailliert behandelten Sportempfehlungen bei „internistischen Erkrankungen“ oder „Erkrankungen des Bewegungsapparates“ gibt es ausführliche Aussagen über sportmedizinische Beratung, Diagnostik und Trainingslehre. Hierzu werden die Spezifika von Bewegung und Sport in den verschiedenen Lebensphasen gut verständlich dargestellt. Darüberhinaus erfährt der Leser aber auch von einigen weniger geläufigen, jedoch hoch interessanten Aspekten der Sportmedi-

zin wie zum Beispiel der wachsenden Bedeutung von Genom und Epigenom in Zusammenhang mit körperlicher Aktivität. Zudem werden neue Erkenntnisse über präoperatives Training wie z.B. vor kardiothorakalen Eingriffen erläutert.

Das 435 Seiten umfassende Buch zeichnet sich durch eine Vielzahl von neuen Erkenntnissen und Empfehlungen in der Sport- und Bewegungstherapie aus und bietet wertvolle Orientierungshilfen. Dabei wird darauf Wert gelegt, dass eine klare Trennung zwischen Sportempfehlungen in der Prävention und denen in der Therapie/Rehabilitation stattfindet. Einige Farbabbildungen sowie Tabellen ergänzen und veranschaulichen die Kernaussagen. Am Ende der Kapitel gibt es häufig ein zusammenfassendes Resümee. Informativ sind auch Infoboxen mit Erläuterungen zu nicht gebräuchlichen oder weniger bekannten Begriffen wie „body flow restriction“, einer neueren Trainingsmethode mit Hemmung des Blutflusses in der Muskulatur.

Das Buch ist für alle Sportmediziner hervorragend geeignet, aber auch für Sportwissenschaftler, Trainer und Physiotherapeuten sowie interessierte gesundheitsbewusste Laien. Es ist eine wertvolle Lektüre über eine kostengünstige und einfach durchzuführende körperliche Aktivität mit positiven Effekten auf unsere Gesundheit.

Gesamturteil: sehr empfehlenswert!



bonner orthopädie- und unfalltage

Knochenarbeit im Sport

8. und 9. Juni 2018

Kunst- und Ausstellungshalle der Bundesrepublik Deutschland

Alle Informationen, Programm und Anmeldung unter www.ortho-unfall-bonn.de



MZ02106_2017-11-03

Zum Gedenken an unsere verstorbenen Mitglieder

Ans Barbara Busch †

gestorben am 5.05.2017
im Alter von 62 Jahren

Sie war 17 Jahre Mitglied

Dr. Ehrenhard Wehner †

gestorben am 8.09.2017
im Alter von 70 Jahren

Er war 34 Jahre Mitglied

Dr. Erich Gerhard †

gestorben am 4.11.2017
im Alter von 91 Jahren

Er war 49 Jahre Mitglied

Dr. Norbert Retinski †

gestorben am 16.11.2017
im Alter von 54 Jahren

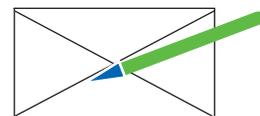
Er war 28 Jahre Mitglied



Die 39. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit finden statt vom 16.-23. Juni 2018 auf Malta. Weitere Informationen zu dieser Veranstaltung finden Sie auf: www.sportweltspiele.de

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Wir freuen uns über Ihre Artikel – Beiträge und Leserbriefe erwünscht!



Möchten auch Sie einen Artikel für unser Mitgliederjournal verfassen oder vielleicht einen interessanten Fall aus Ihrem sportmedizinischen Alltag vorstellen?

Haben Sie wichtige Fragen aus den vielfältigen Bereichen der Sportmedizin? Dann schreiben Sie uns!

Wir freuen uns auf spannende Leserbriefe und wichtige und interessante Impulse. Wir legen Wert auf Ihre Meinung.

Schreiben Sie uns, was Sie über bestimmte Themen denken oder vielleicht auch wissen wollen. Möchten Sie einen Beitrag aufgreifen, ergänzen oder richtig stellen? Wollen Sie einem Artikel zustimmen oder widersprechen?

Rücken Sie falsche oder einseitige Berichterstattung wieder ins rechte Licht. Tragen Sie Ihre wichtigen Themen ins öffentliche und kollegiale Bewusstsein.

Gerne akzeptieren wir auch freie kommentierende Leserbriefe, die an einem Problem, einer Zeiterscheinung oder einem beliebigen Sachverhalt ansetzen und Stellung nehmen. Dabei muss Ihr Brief sich nicht auf einen bestimmten Text oder eine bestimmte Primäraußerung beziehen, jedoch einen eindeutigen Bezug zur Sportmedizin haben.

Die Redaktion behält sich die Auswahl und Kürzung der Leserbriefe bei deren Veröffentlichung vor. Falls Ihr Brief nicht veröffentlicht werden soll und nur für die Redaktion bzw. den Autor eines Artikels bestimmt ist, bitten wir, dies zu vermerken.

Ihr Dr. Götz Lindner



Wir danken Ihnen für Ihre langjährige treue Mitgliedschaft!

55 Jahre

Prof. Dr. med. Hagen-D. Schulte

50 Jahre

Henning Bartels
Dr. med. Klaus Thiemer

45 Jahre

Dr. med. Heider Bosselmann
Dr. med. Ulrich Demmel
Dr. med. Jürgen Füth
Dr. med. Karl-Helmut Schulz

40 Jahre

Dr. med. Michael Benning
Dr. med. Michael Blömer
Dr. med. Eckhard Dierlich
Dr. med. Gerd Fobbe
Dr. med. Rainer Gröning
Priv.Do. Dr. med. Rainer Jaeschock
Dr. med. Hans-Joachim Sehrbundt
Dr. med. Eduard Thelen
Dr. med. Ernest Wilson
Prof. Dr. med. Kurt Zimmer

35 Jahre

Dr. med. Arno Apel
Dr. med. Heiner Austrup
Dr. med. Richard Beitzen
Dr. med. Manfred-Ulrich Bitzer
Dr. med. Birger Breickmann
Dr. med. Willi Doerges
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. Sylvia Kromarek-Jaeschock
Dr. med. Walter Kugland
Dr. med. Konstantinos Lamprianidis
Dr. med. Nikolaus Schmage
Dr. med. Dipl. Ing Jörg Schmeck
Dr. med. Friedhelm Schmitz
Dr. med. Gerrit Schröer
Priv.Do. Dr. med. Reinhard Steffen
Dr. med. Heinrich-Hermann Steinfort
Dr. med. Thomas Wunsch

30 Jahre

Dr. med. Paul J. Altmann
Dr. med. Thomas Anke
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. Gerd Claussen
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. Armin Hahn
Dr. med. Carolus Haneke
Dr. med. Axel Heidböhrer
Dr. med. Stephan Heinen
Dr. med. Rudolf Hermes
Dr. med. Marian-Stefan Holly
Dr. med. Achim Horstmann
Dr. med. Peter Irmen
Dr. med. Klaus Kämpf
Dr. med. Rainer Koll
Dr. med. Klaus Korte
Dr. med. Thomas Kröger
Dr. med. Claus Leuchtenmüller

Dr. med. Rudolf Lorenz
Dr. med. Christoph Lottner
Dr. med. Udo Martin
Dr. med. Michael Maurer
Dr. med. Hans Meckling
Dr. med. Henner Montanor
Dr. med. Karin Müller
Dr. med. Anna Müller
Birgit Müller-Hein
Dr. med. Wilfried Mündges
Prof. Dr. med. Benedikt Ostendorf
Prof. Dr. med. Hans-Georg Predel
Dr. med. Michael Pütz
Dr. med. Csilla Rind-Hamala
Dr. med. Jörg-Eberhardt Rosenthal
Dr. med. Klaus-Ulrich Schmidt
Dr. med. Sabine Schonert-Hirz
Dr. med. Gerhard Schöppe
Dr. med. Wolfgang Steffens
PD Dr. med. Raphael Stiletto
Dr. med. Philips Tan
Dr. med. Mohsen Tekiyeh
Dr. med. Georg Torwesten
Dr. med. Heinz-Josef Vehr
Dr. med. Hans-Willi Verhoeven
Dr. med. Jörg Vreden
Dr. med. Karl Witow
Klaus Wittkuhn

25 Jahre

Dr. med. Peter Arbter
Dr. med. Cornelia-Maria Blachut
Dr. med. Peter Brall
Dr. med. Klaus Derksen
Dr. med. Wolfgang Dittus
Dr. med. Bernhard Dregger
Dr. med. Gabriele Fischer
Dr. med. Johannes Gensior
Dr. med. Heinz Giesen
Dr. med. Hans-Jürgen Götze
Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf
Dr. med. Harald Güttler
Dr. med. Jörg Hafels
Dr. med. Olaf Hagen



Dr. med. Karl-Heinz Hauptmeier
 Dr. med. Reinhard Heinze
 Dr. med. Petra Hillemann
 Dr. med. Renate Horres-Melsheimer
 Dr. med. Sabine Jäger
 Dr. med. Klaus Jäger
 Dr. med. Peter Jörling
 Dr. med. Lutz Kässner
 Dr. med. Ulrich Keil
 Dr. med. Stefan Keuter
 Dr. med. Juotyar Kittani
 Dr. med. Markus Korten
 Ulrich Köster
 Dr. med. Wolfgang Kösters
 Dr. med. Kai Krügel
 Dr. med. Ralph Laske
 Dr. med. Rembert Lauer
 Dr. med. Martin Linzmaier
 Michael Maul
 Dr. med. Dirk Mertens
 Dr. med. Markus Merzenich
 Dr. med. Jörg Mitsch
 Dr. med. Thomas Müller
 Dr. med. Wolfgang-Peter Plescher
 Dr. med. Ursula Psyk
 Dr. med. Ariane Pürschel
 Dr. med. Ruth Runkel
 Dr. med. Luise Rütters
 Dr. med. Roger Schaffran
 Dr. med. Björn Schallehn
 Dr. med. Christoph Schildhauer
 Dr. med. Dina-Katrin Schippers
 Dr. med. Gerd Schuster
 Friedrich Seeger
 Dr. med. Bettina Senff
 Dr. med. Ulrich Sonnekalb
 Dr. med. Markus-Friedrich Spitz
 Christian Stark
 Dr. med. Hanna Svoboda-Vásquez
 Dr. med. Hubert Titz
 Dr. med. Günter Vosdellen
 Dr. med. Norbert Wagner
 Dr. med. Karsten Wolf

20 Jahre

Dr. med. Christoph Baur
 Dr. med. Carsten Bernemann
 Dr. med. Arno Bewig
 Katharina Beyer
 PD. Dr. med. Christoph Braun
 Dr. med. Sabine Brugger-Frenzel
 Dr. med. Peter Dahm
 Dr. med. Till Danielowski
 Dr. med. Bernd Fillmann
 Dr. med. Albert Fajak
 Dr. med. Christoph Geister
 Hans-Hubert Gladbach
 Dr. med. Johann Häfele
 Dr. med. Heiko Hansen-Röhe
 Dr. med. Huberta Hochbaum-Noé
 Dr. med. Michael Jasper
 Dr. med. Markus Kirchhofer
 Dr. med. Marcus Kleffner
 Dr. med. Peter Knollmann
 Dr. med. Helmut Krischer
 Dr. med. Verena Maar
 Dr. med. Cathrin Majunke
 Dr. med. Melpomeni Mapaki
 Dr. med. Frank Muders
 Dr. med. Christian Neumann
 Dr. med. Claus Petry
 Dr. med. Klaus Hubert Rawe
 Dr. med. Stefan Redlin
 Dr. med. Michael Reuber
 Dr. med. Thilo Schlesinger
 Dr. med. Cornelius Schörle
 Dr. med. Thomas Schramm
 Dr. med. Abbas Shahhossini
 Dr. med. Markus Sugg
 Dr. med. Frank Uhl

10 Jahre

Ute Bailey-Monjé
 Dr. med. Anna-Maria Becker
 Dr. med. Ulrich Becker
 Dr. med. Ina Beeretz
 Dr. med. Youssef Benali
 Dr. med. Ingeborg Biener
 Dr. med. Lutz Breidenbach
 Heinz-Albert Brüne
 Dr. med. Philipp Damman
 Dr. med. Michal El-Nounou
 Christoph Haroska
 Dr. med. Jan Hoedemaker
 Dr. med. Martin Hofschien
 Dr. med. Isabelle Hornburg
 Dr. med. Daniel John
 Dr. med. Martin Kaußen
 Michael Khazalpour
 Dr. med. Niels Erasmus Krahn
 Dr. med. Hinnerk Leithe
 Dr. med. Jochen Müller-Stromberg
 Reiner Osenar
 Dr. med. Christoph Sardemann
 Karl-Heinz Schmitz
 Dr. med. Gerhard Schröder
 Dr. med. Jürgen Seidel
 Dr. med. Christoph Steffens
 Dr. med. Frank Syben
 Dr. med. Jochen Vöge
 Michael von Abercron
 Nicole Weber
 Dr. med. Klaus Wiefels

Bundesverdienstkreuz für den Ruppichterother Dr. Hans-Jürgen Schnell

Mit der Verleihung des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland lenkt der Bundespräsident die Aufmerksamkeit auf Leistungen denen er besondere Bedeutung beimisst.

Dies gilt auch für Dr. Hans-Jürgen Schnell: Für sein langjähriges Engagement im sozialen und sportmedizinischen Bereich hat ihm der Bundespräsident das Verdienstkreuz am Bande verliehen. Aus den Händen von Landrat Sebastian Schuster empfing er am 2. März 2018 im Rathaus Ruppichterother die Ordensinsignien.

Landrat Sebastian Schuster fand nach dem Aufzählen von Dr. Schnells zahlreichen ehrenamtlichen Tätigkeiten auch die passenden Worte: „Wir sehen hier einen Menschen, der seinen Beruf lebt, seine Berufung gefunden hat.“

Der Ruppichterother Augenarzt Dr. Hans-Jürgen Schnell hat als einer der Begründer der Sportophthalmologie, einem innovativen Schwerpunkt in der Augenheilkunde, das Bundesverdienstkreuz verliehen bekommen. Bei einer Feierstunde im Rathaus von Schönenberg wurde ihm zudem der Ernst-Dieter-Schmickler-Preis des Deutschen Beamtenbundes überreicht.

Als Sportophthalmologe befasst sich Dr. Schnell mit der Severbesserung von Sportlern wie dem Anpassen von sportgerechten Brillen, der Korrektur mit Kontaktlinsen oder dem Lasern der Hornhaut. „Mit besonderer Hingabe widmet er sich hierbei der Betreuung blinder und sehgestörter Sportlerinnen und Sportler“, heißt es in der amtlichen Ordensbegründung des Bundespräsidenten.

ten Frank-Walter Steinmeier. Durch Dr. Schnells Fachverstand konnte ein sehgestörter Sportler nach einer erfolgreichen Operation sogar bei den Paralympics 2010 die Bronzemedaille im Biathlon gewinnen.

Augenarzt aus Berufung

Die meisten kennen Dr. Hans-Jürgen Schnell aus seiner Augenarztpraxis in Waldbröl, die er mit seinem Bruder Dieter Schnell gründete und später, nach dessen Ruhestand, mit anderen Kollegen bis heute fortführt. Das ist die eine, die berufliche Seite des Arztes. „Die Summe und Vielfalt der ehrenamtlichen Verdienste zeichnen ein Bild von ihm, das von der Bereitschaft, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen, geprägt ist“, sagte Schuster.

Seit 1980 ist Dr. Schnell Mitglied im Berufsverband der Augenärzte Deutschland, wobei er vier Jahre als stellvertretender Obmann für den Bezirk Köln und vier Jahre als stellvertretender Delegierter Nordrhein tätig war. Des Weiteren ist der Mediziner seit 1983 ehrenamtlich im Vorstand des Sportärztesbundes Nordrhein als stellvertretender Referent für sportmedizinische Weiter- und Fortbildung tätig. Bei über 200 sportmedizinischen Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen war er Mitorganisator. Ebenfalls seit 1983 ist er Schatzmeister des gemeinnützigen Vereins zur Förderung der Sportmedizin und damit gleichzeitig Herausgeber der Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin. Bereits 2007 wurde er für seine Verdienste mit der Ehrennadel des Sportärztesbundes Nordrhein ausgezeichnet.

Sein neuestes Engagement ist die Manna Eye Clinic in Kamerun. Dort fliegt Dr. Schnell regelmäßig hin, um dort auch die Ärmsten der Armen, die sich die medizinische Behandlung nicht leisten können, zu operieren - ehrenamtlich. Zudem wirbt er persönlich um Spenden, die der Anschaffung von in der Klinik dringend notwendigen Geräten und Arzneimitteln zu Gute kommen. Zuletzt mit einem Benefizkonzert und dem „Glühweintrinken für einen guten Zweck“ nach der Ruppichterother Christmette. Die neuen Geräte werden von Dr. Hans-Jürgen Schnell oftmals unter erschwerten Bedingungen und auf eigene Kosten nach Kamerun transportiert.



Abb. © www.africa-action.de/nkongsamba-project.html - Optiker Festus, Dr. Herz und Dr. Schnell

Dr. Schnell, der Sportler

Früher selbst Turner und Leichtathlet, ist Dr. Schnell auch heute noch Mitglied im Ruppichterother Turnverein. Dort engagiert er sich seit über 35 Jahren ehrenamtlich in verschiedenen Funktionen. So begleitete er mit anderen Kollegen über zehn Jahre die Sportstunden der Infarktgruppe. Als stellvertretender Vorsitzender der Tennisabteilung hat er das Turnvereinsheim geplant, die Finanzierung geregelt und als verantwortlicher Bauleiter die Erstellung überwacht. Auch heute noch spielt er aktiv Tennis. In den 90ziger Jahren organisierte er die ersten Seifenkistenrennen in Ruppichteroth, die dann von dem mittlerweile verstorbenen Klaus Wunderlich weitergeführt wurden. Ein besonderes Engagement gilt der Integration von jugendlichen und erwachsenen Flüchtlingen in der Volleyball-Hobby-Abteilung. „Er hat sich immer für das gesellschaftliche Leben unserer Gemeinde eingebracht“, sagte Bürgermeister Mario Loskill.

Eine Überraschung war für Dr. Schnell die Verleihung des Ernst-Dieter-Schmickler-Pokals des Deutschen Beamtenbundes (DBB). Er erinnert an den Bonner Journalisten Ernst Dieter Schmickler, der sich durch großes Engagement für Behinderte

auszeichnete und 1999 starb. Dr. Schnell bekam ihn von Rainer Schwierczinski und Klaus Michel, Vorsitzender und Ehrenvorsitzender des DBB Bonn/Rhein-Sieg, für sein soziales Engagement im sportlichen und sozialen Bereich verliehen.

„Meine Damen und Herren, die Summe und Vielfalt der ehrenamtlichen Verdienste zeichnen ein Bild von Dr. Schnell, das von der Bereitschaft Verantwortung für sich und andere zu übernehmen, geprägt ist. Man erkennt den Wert einer Gesellschaft daran, wie sie mit den Schwächsten ihrer Glieder verfährt“, würdigte Landrat Schuster den Einsatz von Dr. Hans-Jürgen Schnell.

„Für viele Mitmenschen sind Sie ein geschätzter und zentraler Ansprechpartner. Doch zuvorderst sind Sie Ansporn und Vorbild für uns, unsere Gesellschaft nach bestem Wissen und Kräften mitzugestalten und mitaufzubauen“, mit diesen Worten überreichte der Landrat Sebastian Schuster die Ordensinsignien an Dr. Hans-Jürgen Schnell – verbunden mit den Glückwünschen des Ministerpräsidenten und der Regierungspräsidentin.



Abb. © N. Ottersbach - Mario Loskill (Bürgermeister der Gemeinde Ruppichteroth) Dr. Hans-Jürgen Schnell mit dem Bundesverdienstkreuz und Sebastian Schuster (Landrat des Rhein-Sieg-Kreises)

Impressionen aus unseren sportmedizinischen Weiter- und Fortbildungskursen







Die aktuellen Weiter- und Fortbildungen des Sportärztebund Nordrhein e.V. Kurse der AKADEMIE für Weiter- und Fortbildung in der Sportmedizin (AWFS)



2018

Angewandte Sportmedizin: Metabolischer Schwerpunkt in der Sportmedizin ZTK 12

Termin: 14.04. bis 15.04.2018

Ort: Köln (Deutsche Sporthochschule)

Weiterbildung nach Zweitage-Kurs 12

(Sportmedizin: ca. 8 Std./Sportmed. Aspekte des Sports: ca. 8 Std.)

Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: 19

Leitung: Dr. Michael Fritz

Inform. u. Anmeldung: Geschäftsstelle des Sportärztebundes Nordrhein, Frau Gabriele Schmidt (s.u.)

Angewandte Sportmedizin: Sportmed. Aspekte des Stütz- und Bewegungsapparates ZTK 4, 5, 6

Termin: 10.09. bis 15.09.2018

Ort: Köln (Deutsche Sporthochschule)

Weiterbildung nach Zweitage-Kurs 4, 5, 6

Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: beantragt 48

Leitung: Prof. Dr. Dr. C. Graf, Dr. M. Fritz u. Prof. Dr. K. Brixius

Inform. u. Anmeldung: Geschäftsstelle des Sportärztebundes Nordrhein, Frau Gabriele Schmidt (s.u.)

15. Norderneyer Sportmedizinwoche 2018

Termin: 28.05. bis 01.06.2018

Ort: Norderney

Weiter- und Fortbildung

Leitung: Prof. Dr. Hans-Georg Predel, Dr. Thomas Schramm

Inform. u. Anmeldung: Frau Andrea Ebels,
Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Tersteegenstraße 9 / 40474 Düsseldorf

Telefon: 0211 4302-2801 / Fax: 0211 4302-2809

E-Mail: andrea.ebels@aekno.de / www.aekno.de

**Leider schon
ausgebucht!**

GOLF Kurs 12, Teil 3 Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltung zu Diagnostik, Therapie und Training im Golfsport (GOLFmedicus)

Termin: 05.10. bis 07.10.2018

Ort: Köln (Golfplatz)

Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: *beantragt*

Leitung: Dr. Holger Herwegen u. Dr. Roland Strich

Inform. u. Anmeldung: Dr. med. Roland Strich

Sportorthopädische Praxis CALORCARREE

Calor-Emag-Str. 3 / 40878 Ratingen

Tel.: 02102-913591 / Fax: 02102-913593

E-Mail: Info@golfmedicus.eu / www.golfmedicus.eu

Angewandte Sportmedizin: Ausgewählte (sport-)pädiatrische Aspekte in der Sportmedizin ZTK 9

Termin: 8.09. bis 09.09.2018

Ort: Köln (Deutsche Sporthochschule)

Weiterbildung nach Zweitage-Kurs 9

Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: beantragt 16

Leitung: Prof. Dr. Dr. Christine Graf

Inform. u. Anmeldung: Geschäftsstelle des Sportärztebundes Nordrhein, Frau Gabriele Schmidt (s.u.)

Angewandte Sportmedizin

Incl. Mitgliederversammlung des Sportärztebund Nordrhein e.V.
ZTK 14

Termin: 24.11. bis 25.11.2018

Ort: Köln (Deutsche Sporthochschule)

Weiterbildung nach Zweitage-Kurs 14

(Sportmedizin: ca. 8 Std./Sportmed. Aspekte des Sports: ca. 8 Std.)

Fortbildungszertifizierungspunkte der Ärztekammer: *beantragt 16*

Leitung: Prof. Dr. Dr. Christine Graf und Dr. Michael Fritz

Inform. u. Anmeldung: Geschäftsstelle des Sportärztebundes Nordrhein, Frau Gabriele Schmidt (s.u.)

Aktuelle Änderungen unter: www.sportaerztebund.de

Bei Nichterreichen der Mindestteilnehmerzahl behalten wir uns die Absage des jeweiligen Kurses vor!

Sportärztebund Nordrhein e.V. • Deutsche Sporthochschule Köln • Am Sportpark Müngersdorf 6 • 50933 Köln
Tel.: 0221 493785 • Fax: 0221 493207 • E-Mail: Info@Sportaerztebund.de

Dr. Sportwiss. Hubertus Deimel

(i.R.) Deutsche Sporthochschule Köln
 Institut für Bewegungstherapie und bewegungs-
 orientierte Prävention und Rehabilitation
 Am Sportpark Müngersdorf 6 / 50933 Köln
 E-Mail: Deimel@dshs-koeln.de

Dr. med. Michael Fritz

Praxis für Allgemeinmedizin, Sportmedizin
 Bahnhofstr. 18 / 41747 Viersen
 E-Mail: M.Fritz@Sportaerztebund.de
 www.praxis-drfrizt.de

Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf

Deutsche Sporthochschule Köln
 Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft
 Abtl. Bewegungs- und Gesundheitsförderung
 Am Sportpark Müngersdorf 6 / 50933 Köln
 E-Mail: C.Graf@Sportaerztebund.de
 www.dshs-koeln.de / www.chilt.de

Univ.-Prof. Dr. med. Juraj Kukulja

Facharzt f. Neurologie, Neurologische Intensivmedizin
 Klinik und Poliklinik für Neurologie
 Universitätsklinikum Köln
 Kerpener Str. 62 / 50924 Köln
 E-Mail: juraj.kukulja@uk-koeln.de

Dr. med. Götz Lindner

Facharztzentrum Düsseldorf
 Friedrichstraße 13-15 / 40217 Düsseldorf
 E-Mail: G.Lindner@Sportaerztebund.de

Andreas Niedrig

c/o naturebonds - Ideenwege
 Rotdornallee 39
 51503 Rösrath
 www.andreas-niedrig.com

Dipl. Sportwiss. Julia Rommelfanger

Redakteurin
 Gladbacher Straße 174 / 41462 Neuss
 E-Mail: julia.rommelfanger@web.de

Dr. Sportwiss. Bettina Rulofs

Deutsche Sporthochschule Köln
 Institut für Soziologie und Genderforschung
 Am Sportpark Müngersdorf 6 / 50933 Köln
 E-Mail: Rulofs@dshs-koeln.de

Dr. Sportwiss. Georg Schick

Referent Bildung und Lehre
 Behinderten- und Rehabilitationssportverband
 Nordrhein-Westfalen e. V.
 Fachverband für Rehabilitation durch Sport
 Friedrich-Alfred-Str. 10 / 47055 Duisburg
 E-Mail: Schick@brsnw.de

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. Sportwiss. Thorsten Schiffer

Deutsche Sporthochschule Köln
 Ambulanz f. Sporttraumatologie u. Gesundheitsberatung
 Am Sportpark Müngersdorf 6 / 50933 Köln
 E-Mail: T.Schiffer@Sportaerztebund.de
 www.dshs-koeln.de

Dr. med. Dieter Schnell

Otto-Willach Str. 2 / 53809 Ruppichterath
 E-Mail: D.Schnell@Sportaerztebund.de
 www.auge-sport.de

Quellenangaben zu allen Artikeln können vom interessierten Leser bei den Autoren angefordert werden.

Sportärztebund Nordrhein
Landesverband in der Deutschen Gesellschaft
für Sportmedizin und Prävention
(DGSP) – (ehem. DSÄB)
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln

www.sportaerztebund.de

 <https://www.facebook.com/sportaerztebundNR/>