

Univ.-Prof. Dr. D. Wildor Hollmann

Nationale und internationale Sportmedizin und Sportwissenschaft

Europa wächst zusammen, die Welt wächst zusammen. Dem europäischen Vielstaatensystem wird die EU übergestülpt. Einrichtungen wie UNO und UNESCO, im medizinischen Bereich die WHO klammern die Kontinente unserer Erde zusammen. Möglicherweise wird das nächste Jahrhundert zum ersten Mal eine Weltregierung erleben, welche unseren Planeten als Einheit regiert.

Da haben es nationale Organisationen schwer, sich noch zurechtzufinden. Der Deutsche Sportärztebund (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin) ist eine von ihnen, die sich den wachsenden Schwierigkeiten in Verbindung mit dem internationalen Zusammenrücken gegenüber sieht. Mit wem und für welchen Zweck soll kooperiert werden? Die organisierte deutsche Sportmedizin besitzt die weltweit längste Tradition. Ihre organisatorische Zusammenfassung existiert seit 1912. Sie gab den Anstoß zur Einrichtung einer Internationalen Gesellschaft für Sportmedizin 1928. Dieser gehören heute 106 Nationen an (FIMS). So war es verständlich, daß sich die deutsche Sportmedizin stets an der internationalen Weiterentwicklung auf Weltebene beteiligt hat, zwangsweise ausgenommen die Jahre des Ausschlusses von Deutschland jeweils nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg. Zweimal wurden deutsche Ärzte zu Präsidenten gewählt (1937 und 1986), was zusätzlich für uns verpflichtend wirkte. Der hohe finanzielle Aufwand durch deutsche Vertretung bei der FIMS durch Flugreisen z.B. in entfernte Kontinente wurde früher klaglos von der Bundesregierung übernommen. Der Deutsche Sportärztebund war finanziell nicht belastet.

Das hat sich geändert. Angesichts der notwendigen, regierungsseitigen Sparbeschlüsse müssen zukünftig solche Kosten vom Deutschen Sportärztebund übernommen werden. Weitaus größere

Unkosten drohen jedoch zu entstehen. Die europäischen Einrichtungen sowohl in Brüssel als auch in Straßburg befassen sich u.a. mit Sport und Sportmedizin.

Deutsche Vertretung in entsprechenden Kommissionen wird gewünscht. Um diesen Ansprüchen kontinentweit gerecht werden zu können, sollte eine funktionierende europäische Gesellschaft für Sportmedizin existieren. Tatsächlich sind auch seit einigen Jahren solche Bemühungen unternommen worden, resultierten jedoch in der Gründung von zwei getrennten europäischen Einrichtungen für Sportmedizin, die Europäische Assoziation und die Europäische Federation für Sportmedizin. Beide harmonisieren nicht gerade. Die Zusammenarbeit mit zwei Organisationen aber wäre verständlicherweise weitaus teurer als die mit einer. Welche Institution aber sollen wir unterstützen? Oder sollen wir mit keiner zusammenarbeiten in der Absicht, eine einzige europäische Gesellschaft herbeizuführen? Gleichgültig, wofür man sich entscheidet, viel geistige Investition, Zeit- und Kostenaufwand sind erforderlich.

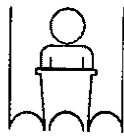
Es gilt umso mehr, als auch die europäischen sportmedizinischen Einrichtungen bemüht sind, Sektionen aufzustellen, analog z.B. denen im Deutschen Sportärztebund. Der Fortschritt in einer Organisation wie der unsrigen hängt nicht unwesentlich vom Erfolg der Sektionsarbeit ab. Angesichts der 1990 vollzogenen Wiedervereinigung der west- und ostdeutschen Sportarztverbände aber sind die notwendigen Reisekosten zur Beteiligung an den Sektionssitzungen in den verschiedensten deutschen Bereichen immens gestiegen. Hoch in Anspruch genommenen Wissenschaftlern kann man keine 8-10stündigen Bahnreisen allein für die Hinfahrt zeitlich zumuten; also wird vermehrt das Flugzeug in Anspruch genommen mit



damit steigenden Reisekosten. Die Wiederholung dieses Spiels auf europäischer Ebene ist finanziell für uns überhaupt nicht abzudecken.

1976 wurde in der Bundesrepublik Deutschland die „Deutsche Vereinigung Sportwissenschaft“ (dvs) gegründet. Seitdem - und gerade kürzlich vehement wiederholt - verlangt sie die Eingliederung oder zumindest die kommissionsmäßige Mitarbeit der Sportmedizin in ihrer Gesellschaft. Zur Zeit gehören dieser Institution ca. 750 Mitglieder an. Der Mitgliederstand des Deutschen Sportärztebundes umfaßt 11.200 Ärzte. Der Wissenschaftsfluß verlief aus sportmedizinischer Sicht bisher fast ausschließlich von der Medizin zu den sportwissenschaftlichen Fächern hin, kaum umgekehrt. Selbst Gebiete wie die Trainingslehre sind weitestgehend aus der Sportmedizin hervorgegangen, wobei ein Bereich wie Biomechanik einstmals zur Medizin zählte (siehe Einrichtung des ersten Lehrstuhls für Biomechanik durch den Orthopäden Prof. Dr. Groh 1968 an der Deutschen Sporthochschule Köln). Selbstverständlich müßten auch entsprechende Beiträge an die dvs geleistet werden. So hat sich die Sportmedizin aufgrund ihrer weitaus älteren Geschichte, ihrer vielfach größeren Mitgliederzahl und ihrer inhaltlichen Bedeutung bis heute nicht bemüht gefühlt, der dvs näher zu treten, zumal von dieser Seite in der Vergangenheit mehrfach recht unfreundliche Attacken gegen die Sportmedizin geritten wurden. Heute bestehen

(Fortsetzung S. 74)



schmerzen zu einem chronisch, invalidisierenden Leiden werden.

Die Haupthypothese lautet, daß ein aktives Trainingsprogramm effizienter sei als die traditionelle Behandlung bei beginnender Chronifizierung.

Methoden

Die Patienten wurden bei Klinikeintritt, bei Austritt sowie 3 und 12 Monate nach Abschluß der Behandlung einer ausgedehnten Evaluation unterzogen. Diese umfaßte Fragebogen bzgl. Soziodemographischen Grunddaten, Schmerzanamnese, aktuelle Schmerzlinderung, physiologische Variablen, Krankheitskosten etc. Die somatische Untersuchung beinhaltete die Erfassung von Beweglichkeit, Kraftausdauer und kardiovaskulärer Leistungsfähigkeit.

Untersucht wurden Patienten mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenschmerzen von mindestens 6 Wochen in den letzten zwei Jahren bzw. einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit.

Behandlungsprogramm

Während eines 4-wöchigen Klinikaufenthaltes wurde an 15 Behandlungstagen mit täglich 4 Stunden definierter, standardisierter Therapie gearbeitet.

1. Allg. Training zur Förderung von Beweglichkeit, Ausdauer und allg. Kraft.
2. Apparatives Rückentraining zur Förderung der Rumpfmuskulatur.
3. Informationsgespräche mit Ärzten und Therapeuten zur Förderung des Informationsstandes, der Selbstverantwortung und der Motivation.
4. Individuelle symptomatische Begleittherapie mit Physiotherapie oder Beratung.

In den Informationsgesprächen sollte vor allem die Behandlungsphilosophie vermittelt werden: „Hilfe zur Selbsthilfe: Besser leben mit dem Schmerz dank regelmäßigem Training und mehr Rücksicht auf sich selbst.“

Verlauf der Studie

Von 1990 bis 1991 wurden an 7 Kliniken die Behandlungsmodelle ausprobiert.

Patientenstichprobe

Es wurden 411 Patienten zwischen 40 - 60 Jahre alt, beiderlei Geschlechts unter-

sucht. Die körperliche Beanspruchung im Beruf wird hoch eingeschätzt.

Ergebnisse der Verlaufsuntersuchung

Das Experiment führte zu einer stärkeren Zunahme der Arbeitsfähigkeit, die bei der aktiveren Therapieform bis 12 Monate nach Behandlungsende anhielt. In der traditionellen Behandlung wurde erst eine geringfügige Verbesserung erzielt (3 Monate), die nach einem Jahr wieder verloren gegangen war. Ähnlich verhielt es sich mit der subjektiv erlebten Behinderung im Beruf.

Die Schmerzintensität und die Behinderung im Alltag gehen unter beiden Behandlungsbedingungen ähnlich zurück. Im Mittel wurde das neue Programm von den Patienten sehr positiv bewertet. Rund 80% der Patienten berichteten über eine Verbesserung des allg. Wohlbefindens. Schmerzerleichterung nannten 63%, enttäuscht von der Behandlung waren 14%.

Anschrift der GMKT:

Gesellschaft für Medizinische Kräftigungstherapie
Kanzleistr. 126
Postfach
CH-8026 Zürich
Tel. + Fax: 0041/1/29 61 73

(Fortsetzung von S. 42)

ordentliche Beziehungen, weder unterkühlt noch sehr warmherzig. Wie soll die Entwicklung weitergehen?

Im Februar 1995 bildete sich eine „Europäische Gesellschaft für Sportwissenschaft“. Ihr erster Präsident wurde einer der international renommiertesten Leistungsphysiologen, Prof. Dr. Bengt Saltin, gebürtiger Schwede und damals Direktor am August-Krogh-Institut in Kopenhagen. Im Mai 1996 führte man in Nizza den ersten Kongreß durch, der ein außerordentlich großer wissenschaftlicher Erfolg wurde. Der nächste findet im Mai 1997 in Kopenhagen statt. Bengt Saltin beklagte die außerordentlich geringe Beteiligung von deutscher, französischer und von osteuropäischer sportmedizinischer Seite. Auch hier stellt sich die Frage: Wie halten wir Deutsche es mit der Beteiligung? An den Kosten sollte es ja wirklich nicht scheitern.

Und zum Abschluß noch eine ganz generelle Frage: Was bringt der Menschheit ein großer internationaler Kongreß, und was bringt er für den einzelnen Teilnehmer? Zweifellos hat die Bedeutung sowohl von nationalen, besonders aber von internationalen Kongressen im Zeitalter des Kommunikationsfortschrittes drastisch abgenommen. Man kann fast alles auf Bildschirmen oder in aktuellen Fachzeitschriften teilweise vorauslesen, zumindest aber nachlesen. Die Enge der 10- oder 20minütigen Referate - in Nizza wurden im vergangenen Jahr 750 Referate gehalten - läßt fast jede Diskussion ersticken. So verbleibt als positive Seite eines internationalen Kongresses fast nur noch das persönliche Treffen mit Wissenschaftlern, die für einen interessant sind und mit denen man dann persönlichen Kontakt aufnehmen kann, falls auch dieses überhaupt gelingt. Gerade international führende Wissenschaftler pflegen ja kurzfristig vor dem Referat anzureisen, um möglichst schnell nach dem Referat den Wirkungsort wieder zu verlassen.

Viele Fragen sind gestellt, noch keine endgültig beantwortet. Meinungen von Kollegen und dementsprechende Zuschriften sind sehr erwünscht.

Univ.-Prof. Dr. Wildor Hollmann, Köln