

**Johannes Gutenberg- Universität Mainz
Fachbereich Sport**



**Seminar Sport und Gesundheit,
Studienschwerpunkt Freizeitsport
im WS 2004/2005**

Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer

Sammeldatei Tischvorlagen

**Redaktion: Carsten Redwanz, Heuerstraße 32b, 55129 Mainz
carstenredwanz@hotmail.com**

**Herausgegeben von
C. Redwanz, H.-V. Ulmer und I. Schürmann-Darda
Mainz, 2005**

Stand: 14.10.2006

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort (H.-V. Ulmer)	4
Einleitung	4
Programm	5
1. Nahrungsergänzungsmittel für Fitnesssportler und Bodybuilder – Wirksamkeitsversprechen und Nachweis (M)	7
2. Gesundheitsbezogene Werbekampagnen des DSB auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse oder als Indoktrination (M)	9
3. Sinn und Unsinn des Behindertensports (M)	10
4. Deutsches Sportabzeichen und Freizeitsport: Anteile der Schulen, der Bundeswehr und des sonstigen Breitensports im Jahre 2003, getrennt nach Männern und Frauen (U)	12
5. Deutschlands Kinder im Sport sind besser als ihr Ruf (U)	14
6. Prävention: <i>Vor Illusionen wird gewarnt</i> bzw. <i>Trügerisches Versprechen</i> – zu zwei Kommentaren des Deutschen Ärzteblatts (U)	16
7. Hitze und Ozonbelastung während der Olympischen Spiele in Athen – ein Beitrag zur Wahl physiologisch sinnvoller Wettkampfzeiten (M)	18
8. Alkoholwerbung und -konsum im sportlichen Umfeld (M)	20
9. Patientenbroschüre Sportverletzungen – Druckschrift eines Arzneimittelunternehmens (U)	22
Nr. 10 entfällt, da der Teilnehmer aus dem Seminar ausstieg	
11. „Langes Leben“ – die Lebenserwartung der Deutschen auf dem Hintergrund der sogenannten ungesunden Lebensweise (U)	23
12. Bewertung und Nutzung von sportbezogenen Wellness-Angeboten durch Kur-/Reha-Gäste – eine empirische Untersuchung (M)	25
13. Zur Darstellung der gesundheitlichen Funktion des Sports in Lehrbüchern der Sportsoziologie (M)	28
14. Deutsche treiben zu wenig Sport – Vergleich einer EU-Studie mit dem 1. deutschen Kinder- und Jugendsportbericht (U)	30
15. Die Firma Safs &Beta – Eine Bildungsakademie für Freizeitsportprogramme (U)	32

16. Bewegungsmuffel und Fettleibigkeit – Was sind die Grundlagen der Katastrophenmeldungen in den Zeitungen? (M)	34
17. Unbegrenzte Zunahme der Lebenserwartung als Zeichen der Volksgesundheit (M)	35
18. Macht Joggen blöd? (U)	38
19. Zur sozialen Konstruktion von Krisen in den Massenmedien am Beispiel der Interpretation von Forschungsergebnissen über Adipositas, Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen (M)	40
20. Walking Stöcke – Prestigesymbol und/oder wirkungsvolles Trainingsmittel? (M)	42
21. Sport und Werbung unter dem Gesundheitsaspekt	44
22. Sport als „atavistisches Raubverhalten“ – Thorstein Veblens (1899). Kritik am Sport der englischen Oberschicht (M)	46
23. „Plötzlicher Tod beim Training – Sportler sterben meist am Infarkt“ (Medical Tribune 2004)	48
24. Stellenwert der Gesundheit beim Deutschen Sportabzeichen	50
25: Prognostizierte Spannungen zwischen älterer und jüngerer Generation in Frank Schirmmachers „Das Methusalem-Komplott“ in ihrer Bedeutung für die Wechselwirkung von Sport und Gesundheit (M)	52
26: Zur Häufung von Asthmakranken unter Spitzensportlern im Vergleich zur durchschnittlichen Verbreitung – fingierte Krankheit als Weg zu höherer sportlicher Erfolgswahrscheinlichkeit (U)	55
27- Evaluationsbericht zum Interdisziplinären Seminar „Sport und Gesundheit“ (U)	57
28. Kommentare zu den Seminarbeiträgen (soweit beim Abgabetermin vorhanden)	62
3 Anhänge:	
1. Umfrage Sport bei Risikopatienten	66
2. Sportsoziologischen/ physiologische Kleinstudie zu einem Trainingslager (Zusatzaufgabe)	68
3. Schlußbetrachtungen zum Seminar	69

Vorwort (H.-V. Ulmer)

Hiermit wird eine weitere Sammlung zum interdisziplinären Seminar (Sportsoziologie und Sportmedizin) unter der Leitung der Professoren M. Messing und H.-V. Ulmer vorgelegt. Themenvergabe wie Diskussionen für sportsoziologische wie auch sportmedizinische Themen wurden auch unter dem Zusatz zum Seminarthema von M. Messing gesehen: *Alternative Reflexionen aus soziologischer und medizinischer Sicht.*

Diese Dokumentation entstand maßgeblich durch das unermüdliche Sammeln des Seminarteilnehmers C. Redwanz, der abschließend auch Kurzprotokolle zu den jeweils anschließenden Diskussionen erstellte. Ihm sei dafür gedankt, genau so wie Frau I. Schürmann-Darda für die anschließende redaktionelle Bearbeitung sowie Herrn J. Vogl für die Umsetzung der Datei in die Homepage der damaligen Abteilung Sportphysiologie.

Aus der Entstehung dieser Sammeldatei ergibt sich eine Individualität eines jeden Dokuments; auf die Umsetzung zu einem einheitlichen Schriftbild oder einem standardisierten Layout wurde absichtlich verzichtet. Auch für den Inhalt ist – trotz der stattgefundenen Beratung – der jeweilige Autor(in) verantwortlich.

Mainz, 14.10.2006

H.-V. Ulmer

Einleitung

C. Redwanz

Das Seminar Sport und Gesundheit hat sich mit den verschiedenen Gesundheits- und Sozio-logieaspekten vor allem des Breitensports, aber auch des Leistungssports, beschäftigt. Die Teilnehmer haben versucht aufzuzeigen, welche Chancen und Risiken einzelne Teilbereiche des Sports mit sich bringen. Dabei wurde grundsätzlich versucht, die Wirkung der verschiedenen Bereiche auf die Gesellschaft zu übertragen. Die einzelnen Vorträge wurden dabei entweder von Prof. Ulmer oder von Prof. Messing betreut, je nachdem, ob sie eher soziologischer (Prof. Messing) oder eher medizinischer (Prof. Ulmer) Grundlage waren.

Insgesamt wurden so vielfältige Themen wie Sinn und Unsinn des Behindertensports, SAFS & BETA – eine Bildungsakademie für Freizeitsportprogramme oder Plötzlicher Tod beim Training – Sportler sterben meist am Infarkt behandelt. Grundsätzlich wurden im Seminar die Inhalte aller Vorträge sehr kritisch begleitet und kommentiert.

Im folgenden sind alle Tischvorlagen der SeminarteilnehmerInnen in der Reihe der gehaltenen Referate aufgeführt. Die verschiedenen Themen sind entweder mit einem (M) oder mit einem (U) gekennzeichnet. Dies ist ein Hinweis darauf, ob es sich bei dem Vortrag um ein Thema aus soziologischer Sichtweise von Prof. Messing (M) handelt oder um ein sportmedizinisch begründetes Thema von Herrn Prof. Ulmer (U).

Im Anhang befinden sich zu jedem einzelnen Thema Argumentationslinien des Redakteurs zu den im Anschluss an das Referat geführten Diskussionen. Nicht jedes Referat bot dabei gleich viel Diskussionsbedarf, deswegen unterscheiden sich die einzelnen Ausführungen in Vielfalt und Umfang der Argumente.

Ehemalige Sportphysiol. Abteilung
Prof. Dr. med. H.-V. ULMER

Sportsoziologische Abteilung,
Prof. Dr. Dr. M. MESSING

ulmer@uni-mainz.de, <http://www.uni-mainz.de/FB/Sport/Physio/>

Programm für das interdisziplinäre Seminar „Sport und Gesundheit“

WS 2004/2005 (Stand: 28.2.2005), Beginn: 27.10.2004

M bzw. U: betrifft Primärbetreuung. (In Klammern: Abgabetermin der Seminararbeit)

Die Referenten mögen bitte rechtzeitig beim zuständigen Seminarleiter
(M oder U) wegen Hinweisen zum Thema vorsprechen.

27.10.2004	Einführung in das Seminar, Formalia, ggf. restliche Platz- und Themenvergabe	MESSING, ULMER
3.11.2004	1. (M) Nahrungsergänzungsmittel für Fitnesssportler und Bodybuilder – Wirksamkeitsversprechen und -nachweis (A=8.12.04)	HUHLE, PHILIPP
	2. (M) Gesundheitsbezogene Werbekampagnen des DSB auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse oder als Indoktrination? (A=8.12.04)	CIEPLINSKI, KAI
10.11.2004	3. (M) Sinn und Unsinn des Behindertensports (A=15.12.04)	HENTZ, SANDRA
	4. (U) Deutsches Sportabzeichen und Freizeitsport: Anteile der Schulen, der Bundeswehr und des sonstigen Breitensportes im Jahre 2002 (oder 2003), getrennt nach Männern und Frauen (A=15.12.04)	KLEIN, CHRISTIAN
17.11.2004	5. (U) Deutschlands Kinder im Sport sind besser als ihr Ruf (1. deutscher Kinder- und Jugendsportbericht) (A=5.1.05)	KISTENMACHER, LISA
	6. (U) Prävention: <i>Vor Illusionen wird gewarnt</i> bzw. <i>Trügerisches Versprechen</i> – Zu zwei Kommentaren des Deutschen Ärzteblatts (A=5.1.05)	WÜLLENWEBER, ANNE
24.11.2004	7. (M) Hitze- und Ozonbelastung von Athleten bei den Olympischen Spielen in Athen – ein Beitrag zur Wahl physiologisch verträglicher Wettkampfzeiten (A=12.1.05)	SEELIGER, DANIEL
	8. (M) Alkoholwerbung und -konsum im sportlichen Umfeld (A=12.1.05)	TITTIZER, NILS
1.12.2004	9. (U) „Patientenbroschüre Sportverletzungen“ – Druckschrift eines Arzneimittelunternehmens (A=19.1.05)	BÄCKER, KATRIN
	10. (U) <i>Zurückgetreten</i>	
8.12.2004	11. (U) „Langes Leben“ – Die Lebenserwartung der Deutschen auf dem Hintergrund ihrer so genannten ungesunden Lebensweise (A=26.1.05)	DAUM, JÖRG
	12. (M) Bewertung und Nutzung von sportbezogenen Wellness-Angeboten durch Kurgäste – eine empirische Untersuchung (A=26.1.05)	FÄRBER, CHRISTIAN

15.12.2004	13. (M) Zur Darstellung gesundheitlicher Funktionen des Sports in Lehrbüchern der Sportsoziologie (A=2.2.05)	SCHMELING, MARIT
	14. (U) Deutsche treiben zu wenig Sport – Vergleich einer EU-Studie mit dem 1. deutschen Kinder- und Jugendsportbericht (Prof. Werner Schmidt, Uni Essen) – getauscht (A=2.2.05)	HENNIG, SEBASTIAN
	Weihnachtspause	
5.01.2005	15. (U) SAFS & BETA – eine Bildungsakademie für Freizeitsportprogramme (A=9.2.05)	LAGHNEJ, RAPHAEL
	16. (M) "Bewegungsmuffel und Fettleibigkeit – Was sind die Grundlagen der Katastrophenmeldungen in den Zeitungen? (A=9.2.05)	GLEBER, NINA
12.01.2005	17. (M) Unbegrenzte Zunahme der Lebenserwartung als Zeichen der Volksgesundheit (A=16.2.05)	STÄNDER, CHRISTIAN
	18. (U) US-Studie: Macht Joggen blöd? (A=16.2.05) (<i>Schein Sportsoziologie</i>)	MEUSER, JESSICA
19.01.2005	19. (M) Zur sozialen Konstruktion von Krisen in den Massenmedien am Beispiel der Interpretation von Forschungsergebnissen über Adipositas, Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen (A=23.2.05)	SCHEIBER, KRISTINA
	20. (M) Walking-Stöcke – Prestigesymbol und/oder wirkungsvolles Trainingsmittel? (A=23.2.05)	KREDEL, IRIS
26.01.2005	21. (M) Sport und Werbung unter dem Gesundheitsaspekt. (A=2.3.05)	MALLMENN, ROGER
	22. (M) Sport als „atavistisches Raubverhalten“ – Thorstein Veblens (1899). Kritik am Sport der englischen Oberschicht (A=2.3.05)	PUTZKE, FALK
2.02.2005	23. (U) Plötzlicher Tod beim Training – Sportler sterben meist am Infarkt (A=9.3.05)	GUNKEL, PETER
	24. (U) Stellenwert der Gesundheit beim Deutschen Sportabzeichen (getauscht) (A=9.3.05)	BURKHARDT, TOM
9.02.2005	25. (M) Prognostizierte Spannungen zwischen älterer und jüngerer Generation in Frank Schirmachers „Das Methusalem-Komplott“ in Ihrer Bedeutung für die Wechselwirkungen von Sport und Gesundheit (A=16.3.05)	IHMIG, MELANIE
	26 (M) Zur Häufung von Asthmakranken unter Spitzensportlern im Vergleich zur durchschnittlichen Verbreitung – fingierte Krankheit als Weg zu höherer sportlicher Erfolgswahrscheinlichkeit (A=2.3.05)	SIEGL, DANIELA
	27. (U) Verteilung der Evaluationszettel ("Top, Flop, sonstige Bemerkungen")	NEUHEISER, THOMAS
16.02.2005	27. (U) Vortrag: Evaluationsbericht zum Seminar (s. 9.02.05), Fazit der Seminarteilnehmer und der Seminarleiter, Fortsetzung der Abschlussdiskussion, Protokoll: NEUHEUSER, THOMAS (A=25.3.05)	NEUHEUSER, T. MESSING, ULMER
Gesamt-Dokumentation	28. (U) Kurzprotokolle der Diskussionen und Sammlung aller endgültigen Kurzfassungen sowie eine Gesamtbewertung des Seminars (A=25.3.05)	REDWANZ; CARSTEN

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport,
 Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Leitung: Prof. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
 Datum: 03. 11. 2004
 Referent: Philipp Huhle; e-mail: philipp.huhle@gmx.de**

1. Nahrungsergänzungsmittel für Fitnesssportler und Bodybuilder – Wirksamkeitsversprechen und Nachweis (M)

Die vielen Werbungen für und die fraglichen Wirksamkeitsversprechen von Nahrungsergänzungsmitteln (NEM) scheinen großen Erfolg zu haben: alleine in Deutschland werden jährlich rund 2 Milliarden Euro nur für Vitamintabletten und Mineralstoffpillen ausgegeben. (FOCUS.DE) In den Werbungen wird suggeriert, dass eine gesunde Ernährung schon für Nicht-Sportler ohne die Einnahme bestimmter Präparate nicht möglich sei und das Sportler ohne NEM erst recht nicht leistungsfähig sind.

Was sind Nahrungsergänzungsmittel? 1998 gab das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV) folgende Definition vor: „Nahrungsergänzungsmittel sind Lebensmittel, die einen oder mehrere Nährstoffe in konzentrierter Form enthalten und eine lebensmitteluntypische Form (Tabletten, Kapseln, etc.) aufweisen.“ Vitaminpräparate, welche die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung vorgeschlagene Tagesdosis um mehr als das dreifache überschreiten, werden als Arzneimittel angesehen und unterliegen weit strengeren Auflagen (Nachweispflicht der Wirkung und der Unbedenklichkeit, Angabe der Nebenwirkungen, etc.). Für Nahrungsergänzungsmittel gibt es hingegen viel weniger Auflagen: sie unterliegen keiner Registrierungs- und Zulassungspflicht, ferner ist für die gesundheitliche Unbedenklichkeit der Hersteller nur auf der Basis des Lebensmittel- und Bedarfsstoffgesetzes verantwortlich. Er benötigt lediglich eine Gewerbeerlaubnis. Ein weiterer Unterschied zu Arzneimitteln ist, dass NEM-Hersteller nicht mit Wirkversprechen und krankheitsbezogenen Aussagen werben dürfen. Da die meisten Hersteller, im besonderen in Bereichen des Sports, mit Wirkversprechen werben, befindet sich der Firmensitz häufig in EU-Staaten, in denen die Gesetzeslage eine andere ist (Wirkversprechen in der Niederlande erlaubt).

Nahrungsergänzungsmittel/Substitution versus Doping: die folgende Aussage des deutschen Sportärztebundes sorgt für eine klare Trennung:

„Unter Substitution im medizinischen Sinn ist der Ersatz für den Körper unbedingt notwendigen Substanzen zu verstehen, die für den Energie- oder Baustoffwechsel benötigt werden, die vom Organismus selbst nicht synthetisiert werden können und deren ungenügende Zufuhr die sportliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Dazu gehören Wirkstoffe wie Vitamine, Elektrolyte und Spurenelemente, ferner Nährstoffe und energieliefernde Substanzen wie Kohlenhydrate und Eiweiß. Ihr Bedarf kann unter verschiedenen Umständen nicht allein durch die Nahrung gedeckt werden. Ein Ersatz bzw. eine Substitution der genannten Wirk- und Nährstoffe, die in physiologischer Weise ohnehin Bestandteil der Nahrung sind, ist im Sport erlaubt, insbesondere wenn im Training und Wettkampf ein erhöhter Verbrauch oder eine erhöhte Ausscheidung gegeben ist. Die Zufuhr von Substanzen, die von einem gesundem Organismus selbst synthetisiert werden können wie Hormone (z.B. Testosteron, Cortisol, Wachstumshormone), widerspricht dem medizinischen Verständnis des Begriffes Substitution. Sollten die von einem gesunden Organismus synthetisierten Substanzen für eine sportliche Höchstleistung bei einzelnen Sportlern nicht ausreichen, so ist diese natürliche Barriere als Grenze der individuellen Leistungsfähigkeit zu respektieren. Es dürfen daher diese vom Körper synthetisierten Wirkstoffe nicht unter dem Begriff Substitution und damit zur Leistungssteigerung dem Athleten zugeführt werden. Andernfalls ist der Tatbestand der pharmakologischen Leistungsbeeinflussung im Sinne des Dopings erfüllt.“
 (DIEDRICH, 2002, S. 27)

NEM/leistungsbeeinflussende Nährstoffe können in 2 Wirkstoffgruppen eingeteilt werden (nach GEIß et al., 1994, S. 18-19):

1. Substanzen mit einer direkten Wirkung (auf das intrazelluläre, biochemische Stoffwechselgeschehen→direkte Steigerung der Leistungsfähigkeit (z.B. Kohlenhydrate))
2. Substanzen mit einer indirekten Wirkung (Bedeutung mehr in vielfältigen katalysierenden Stoffwechselprozessen→Verkürzung der Regenerationszeit (z.B. Mineralstoffe, Vitamine)

Wirksamkeitsnachweis von Nahrungsergänzungsmitteln

Es gibt eine Fülle an Produkten, deren Wirkung nicht klar bewiesen werden konnte, bzw. deren Prüfergebnisse nicht reproduzierbar sind und somit die Aussagekraft anzuzweifeln ist. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung rät von einer Substitution ab und verweist auf eine gesunde, sportartspezifische Ernährung. (GVE, 2002)

Creatin:

Es stellt das am häufigsten verwendete Präparat im Bereich des Fitnesssports und des Bodybuildings dar. (NEBEL, 2002, S.213)

Creatin wird in der Bauchspeicheldrüse und in der Niere synthetisiert, es ist ein körpereigener Stoff. 60% des im Körper befindlichen Creatins liegt in Form von Creatinphosphat (PCr) vor, welches als sofortige Energiequelle in der Muskelzelle bei kurzzeitigen, hochintensiven Aktivitäten die energiereiche Phosphatbindung auf ADP überträgt und somit eine direkte Wirkung auf die Muskelkontraktion hat.

Verschiedene Studien messen der Creatinsupplementierung folgende Wirkungen bei:

(DIEDRICH, 2002, S.110 ff, NEBEL, 2002, S. 113 ff)

- Dickenwachstum der Muskelzellen durch Wassereinlagerungen
- Steigerung der Proteinbiosynthese, Minderung des Proteinabbaus bei muskulären Aktivitäten
- Erhöhter PCr-Speicher bei körperlichen Aktivitäten
- Erhöhung der Muskelkontraktionsdauer→Muskelaktivitätssteigerung→Hypertrophie
- Senkung der Herzfrequenz bei Aktivitäten
- Steigerung der Maximalkraft

„Williams bemerkt, dass trotz zahlreicher Studien die genaue physiologische Wirkung von Creatin noch nicht eindeutig geklärt ist, da viele Untersuchungen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen oder sich zum Teil widersprechen“ (DIEDRICH, 2002, S. 129 f).

Diese Aussage beschreibt das Problem des wissenschaftlich belegbaren Wirksamkeitsnachweises bei Creatin, wie aber auch bei anderen Präparaten.

Fazit:

Die Wirksamkeitsversprechen der meisten Produkte können weder klar belegt noch widerlegt werden. Gesundheitliche Risiken durch eine längere Einnahme können nicht ausgeschlossen werden, da entsprechende Langzeitstudien fehlen. Bewiesen ist nur, dass ein Nährstoffmangel zu Leistungseinbußen führt. Die sicherste Methode der richtigen Nahrungsergänzung ist die Analyse des Blutbildes durch einen Arzt und eine sportartspezifische Ernährung.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITLICHEN VERBRAUCHERSCHUTZ UND VETERINÄRMEDIZIN, Fragen und Antworten zu Nahrungsergänzungsmitteln, Berlin, Oktober 2001, Definition für Nahrungsergänzungsmittel von 1998

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (GVE): Sportler brauchen keine spezielle Nahrung, Stand: 23. 11. 1999 <http://www.dge.de/Pages/navigation/presse/spez0899.html>

DIEDRICH, H.: Nahrungsergänzungsmittel – Sinn und Unsinn beim Einsatz im Sport, Sport und Buch Strauß, Köln, 2002

GEIß, K-R., HAMM, M., AVENARIUS, W., JESTER, I.: Natürlich möglich? Ein Leitfaden der Sporternährung und Ergänzungsnahrung zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit, ISME Privat-Institut für Sport, Medizin und Ernährung, S. 18- 19, Mörfelden, 1994

<http://focus.msn.de/D/DG/DGD/DGD11/DGD11A/dgd11a.htm>

NEBEL, R.: Creatin im Sport – ergogenes Supplement? Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, S. 213-220, 53, 2002

Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
 WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg- Universität Mainz
 Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
 Referent: Kai Cieplinski, Datum: 03.11.2004
 E-Mail: KaiCieplinski@web.de

2. Gesundheitsbezogene Werbekampagnen des DSB auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse oder als Indoktrination (M)

I. Einleitung:

Der DSB hat im Laufe der Jahre immer wieder verschiedene Kampagnen zum Thema Sport und Gesundheit veranstaltet. In dieser Arbeit geht es darum, ob die Kampagnen auf einem wissenschaftlichen Hintergrund aufgebaut worden sind, oder ob sie sich nicht wissenschaftlich nachweisen lassen.

II. Hauptteil

1. Indoktrination:

- „Vorgang der gezielten Manipulation von Individuen oder Gruppen zwecks Herausbildung einer gewünschten Einstellung durch einseitige, wiederholte propagandistische Darbietung von Informationen unter weitgehender Ausschaltung einer freien Meinungsbildung der Betroffenen“ (Brockhaus, 2001 S. 265).
- die Beeinflussung im Sinne einer bestimmten politischen oder weltanschaulichen Doktrin (Meyers Großes Lexikon, 1998 S.157).

2. Werbeslogans:

- „trimm Dich“
- „richtig fit“
- „Sport tut Deutschland gut“

3. Wissenschaftlicher Datenstand:

- Erkenntnisse aus der Brettschneiderstudie
- Keine flächendeckenden Untersuchungen
- Nur zeitlich und räumlich begrenzte Untersuchungen

III. Bewertung:

Indoktrination oder wissenschaftliche Erkenntnis?

Die Erkenntnisse aus der Brettschneiderstudie waren sehr ernüchternd. Die Werbekampagnen des DSB waren also nicht wissenschaftlich hinterlegt, sondern rein indoktrinativen Ursprungs. Da seit den 70er Jahren der DSB immer wieder Parolen für den Sport in den Umlauf gebracht hat, war es nur eine Frage der Zeit, bis man diese Aussagen glaubte, ohne sie zu hinterfragen.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

BRETTSCHEIDER, W. D. u.a. - Jugendarbeit in Sportvereinen. Anspruch und Wirklichkeit. Eine Evaluationsstudie, Hofmann: Schorndorf 2002
 BROCKHAUS LEXIKON DER PSYCHOLOGIE, Brockhaus: Mannheim 2001
 MEYERS GROßES TASCHENLEXIKON- BAND 10,B.I. Taschenbuchverlag Mannheim 1998

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
 WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg- Universität Mainz
 Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
 Referentin: Sandra Hentz, Datum: 10.11.2004, Email: sandrahentz@yahoo.de**

3. Sinn und Unsinn des Behindertensports (M)

Einleitung

Seit den für alle Behinderungen offenen Olympischen Spielen in Toronto 1976, „werden regelmäßig nationale und internationale Meisterschaften in allen Disziplinen durchgeführt“ (PROKOP, 1998, S. 11). Neue Weltrekorde sind keine Seltenheit und die „...Palette der Sportarten im Spitzensport der Behinderten erweitert sich ständig“ (QUADE, 2000, S. 23).

Wer sind diese Sportler? Gibt es einen Unterschied zwischen behinderten Spitzensportlern und nicht behinderten Spitzensportlern?

Wohl schon, sonst würde man sich nicht speziell die Frage nach dem Sinn und Unsinn des Behinderten Leistungssports stellen, sondern nach dem Sinn und Unsinn des Leistungssports fragen, oder nicht?

Behinderte Leistungssportler in der Gesellschaft

Selbstansicht

Für Behinderte, vor allem für „So-Geborene“ wird die Behinderung als wenig problematisch angesehen und als „Selbstverständlichkeit hingenommen, da sie Teil der Selbstwahrnehmung und der Individualität geworden ist“ (WEGNER, 2001, S. 8).

Hierzu einige Beispiele aus dem Leistungssport:

„Ich bin von Kopf bis Fuß auf Leben eingestellt.“ Marianne Bruggenhagen, querschnittsgelähmte Rollstuhlfahrerin und mehrfache Goldmedaillengewinnerin bei den Paralympics.

„Das Beste, was mir passieren konnte, war meine Amputation.“ Dennis Oehler, beinamputiert
 „Wir betonen, dass wir keineswegs unter pathologischem Leistungszwang stehen und unsere Behinderung im Sport zu verdrängen versuchen“ (BERLITZ 1996 zitiert nach WEGNER, 2000, S. 65).

Martina Willing

- Blind, querschnittsgelähmt
- 1992 Barcelona, Gold im Skilanglauf
- 1994 Lillehammer, Staffelsilber im Skilanglauf
- 1996 Atlanta, Teilnahme beim Speerwurf in der Klasse der Rollstuhlfahrer
- 2000 Sydney, Verleihung einer Ehrenmedaille für ihre Lebensleistung im Behindertensport
- 2004 Athen, Bronze im Kugelstoßen

Vor Beginn der paralympischen Spiele in Athen wurde sie wegen einer Streptokokkeninfektion sieben Tage lang intravenös ernährt. „Gerade dem Bett entkrabbelt“ gewann sie Bronze im Kugelstoßen.

„Die Ärzte fanden das gar nicht witzig, dass ich gestartet bin. Wenn man kämpft, kann man einen Wettkampf verlieren. Aber wenn man nicht antritt, hat man schon verloren.“

Gesellschaft

Es sind eher die Wahrnehmungen der unmittelbaren Umwelt, gesellschaftliche Normen und Zwänge, die den Behinderten das Leben schwer machen.

Fredi Saal, von Geburt an spastisch gelähmt:

„Unter den Umständen habe ich genug gelitten, niemals aber unter meiner Lähmung. Ich erlebe mich überhaupt nicht behindert. Wie soll ich auch? Ich wäre notwendigerweise jemand anders ohne meine Behinderung...“ (SAAL, 1980, S. 149, zitiert nach WEGNER, 2001, S. 7).

„Der Wert, den man [...] dem Sport für [...] behinderte Menschen beimisst, bleibt also eng verbunden mit dem „Stellenwert“ behinderter Menschen in der Gesellschaft“ (RESCH, 1991, S. 172).

Gerade in den Medien, als Beispiel der Außenperspektive bzw. der Ansicht Nichtbetroffener wird deutlich, wie der Behindertensport in der Gesellschaft wahrgenommen wird.

Sportschau-Moderator Jörg Wontorra zum Beispiel kommentierte die Paralympics 1988 in Seoul folgendermaßen: „Die Medaillen sollte man vielleicht nicht abschaffen, aber doch vielleicht für alle Teilnehmer welche bereithalten“ (DSB-Presse, 1996, zitiert nach WEGNER, 2001, S. 3).

Zum Leistungssport

Jedes Sporttreiben, vor allem im Leistungssport, sollte sich immer nach „... den persönlichen Grenzen und Maßstäben...“ (WEGNER, 2001, S.104) richten. „Daher kommt es darauf an, durch regelmäßige Kontrolle, im besonderen durch eine eingehende klinische Untersuchung [...], Sportschäden im Leistungssport der Behinderten zu vermeiden oder so gering wie möglich zu halten“ (PROKOP, 1998, S. 103).

Das heißt aber auch, „...daß nicht jeder für jede Sportart gleich gut geeignet ist und dass Sport auch schaden kann“ (GRAF/TAUSCHNER, 1991, S.70/71).

Fazit

Die hier aufgezeigten Fälle aus dem Leistungssport haben wissenschaftlich gesehen „nur begrenzten Wert, da Subjektivität und Beliebigkeit in erster Linie Meinungen und subjektive Theorien abbilden...“ (WEGNER, 2001, S.18) und nur ein kleiner Teil der Menschen mit Behinderungen berücksichtigt wird.

Trotzdem sollte jedem bewusst sein, dass man behinderte Menschen genauso behandeln sollte wie nicht behinderte Menschen, statt sie in eine ‚Sonderrolle‘ zu drängen oder als ‚Ausnahmen‘ zu betrachten.

Leistungssportler mit Behinderungen sind ganz ‚normale‘ Leistungssportler und auch als solche zu behandeln.

Man sollte sich also nicht scheuen auch behinderte Sportler mit kritischen Fragen, zum Beispiel über Doping, Kommerzialisierung oder ‚Ist Sport Mord?‘ zu konfrontieren.

Demnach sollte sich die Frage nach dem Sinn und Unsinn des *Behindertensports* erübrigen und in die Frage nach dem Sinn und Unsinn des Sports geändert werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

GRAF, R., TAUSCHNER, C.: Ist Sport Mord? in: Sport – Sinn & Wahn, Katalog zur steirischen Landesausstellung 1991 in Müzzzuschlag, Graz 1991

PROKOP, L.: Aufgabe Behindertensport – Purkersdorf: Hollinek, 1998

QUADE, K.: Nachwuchsförderung – Wie kommen Behinderte zum Leistungssport ? in (S. 23-34):

Behindertensport – Wege zur Leistung: Hrsg. SCHEID, V. u. RIEDER, H., Aachen: Meyer und Meyer, 2000

RESCH, W.: Sport für geistig und mehrfach behinderte Menschen (S. 171-175) in: Sport – Sinn & Wahn, Katalog zur steirischen Landesausstellung 1991 in Müzzzuschlag, Graz 1991

WEGNER, M.: Sport und Behinderung: zur Psychologie der Belastungsverarbeitung im Spiegel von Einzelfallanalysen, Schondorf: Hofmann, 2001

ZDF-Sport-Paralympics: <http://www.zdf.de/ZDFde/inhalt/16/0,1872,2195696,00.html> [Stand 31.10.2004]

Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
 WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg- Universität Mainz
 Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
 Referent: Christian Klein, Datum: 10.11.2004 E-Mail: christian.klein@uni.de

4. Deutsches Sportabzeichen und Freizeitsport: Anteile der Schulen, der Bundeswehr und des sonstigen Breitensportes im Jahre 2003, getrennt nach Männern und Frauen (U)

Das Deutsche Sportabzeichen wurde 1913 mit dem Ziel eingeführt, die physiologischen Grundfertigkeiten des Menschen wie Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit und Koordination objektiv zu überprüfen und die Erfolgreichen auszuzeichnen (VON RICHTHOFEN, 2003, S. 3). Heute ist es das wichtigste und erfolgreichste Auszeichnungssystem für sportliche Leistungen im Bereich des Breitensportes. Es ist das Symbol für ein überdurchschnittliches Maß an Fitness. Zudem ist es vielseitig in seinen Anforderungen und gekennzeichnet durch anspruchsvolle Qualitätsmerkmale. In der Bevölkerung ist es sehr bekannt. 72% der Deutschen kennen das Sportabzeichen (WITTE, 2003, S. 6). Aber ist es wirklich auch ein Abzeichen für Jedermann?

Das Sportabzeichen kann in Schulen, Vereinen, Sportabzeichen-Treffs und neu ab 2003 auch im Rahmen des Firmenfitness-Programms in Kooperation mit den Vereinen abgelegt werden. Im Jahr 2003 haben ca. 1,5 bis 2 Millionen Menschen das Sportabzeichen versucht (VON RICHTHOFEN, 2003, S. 3), aber nur 883.020 Personen haben es erfolgreich bestanden. Das entspricht 1,07 % der gesamtdeutschen Bevölkerung (PENSKEY, 2003).

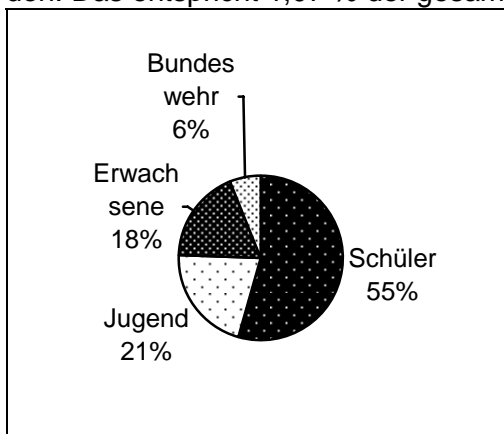


Abb. 1: Das Deutsche Sportabzeichen 2003, unterteilt in Schüler- und Jugend-Sportabzeichen, Deutsches Sportabzeichen für Erwachsene und Bundeswehr, aufgeteilt in % (PENSKEY, 2004 a).
 Sportabzeichen ist für sie nicht attraktiv genug

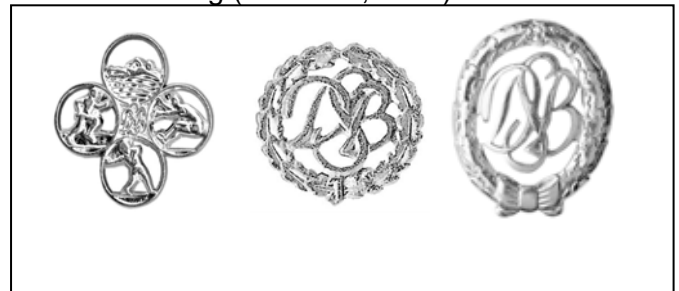


Abb. 2: Man unterscheidet 3 verschiedene Sportabzeichen. Das Schüler-, Jugend- und das Deutsche Sportabzeichen (DEUTSCHER SPORTBUND, 2004)

2003 haben insgesamt 883.020 Personen das Sportabzeichen erhalten. 481.523 haben das Schüler-Sportabzeichen (55%), 184.888 das Jugend-Sportabzeichen (21%) und 216.609 das Deutsche Sportabzeichen des DSB (24%, davon 6% Bundeswehr) gemacht (PENSKEY, 2004 a).

Das Schüler-Sportabzeichen

55% aller Sportabzeichen werden von Schülern im Alter von 8-12 Jahren gemacht. 1969 wurde das Schüler-Sportabzeichen eingeführt. Im Jahr 2003 haben es 481.523 Schüler geschafft, davon waren 242.698 Schülerinnen und 238.825 Schüler (PENSKEY, 2004 a). Die Anzahl der Schüler-Sportabzeichen ist überdurchschnittlich groß. Die meisten dieser Abzeichen werden in Schulen in Form von Schulwettbewerben/Bundesjugendspielen absolviert. Diese werden von den Landessportverbänden, den Kultusministerien und auch der BARMER Ersatzkasse unterstützt (WITTE, 2003, S. 2). Die BARMER zahlt für jedes bestandene Sportabzeichen 0,50 Euro an die betreffende Schule (PENSKEY, 2004 b).

Das Jugend-Sportabzeichen

Das Jugend-Sportabzeichen liegt mit 21% an zweiter Stelle und wird im Alter zwischen 13-17 Jahren verliehen. Von insgesamt 481.523 Abzeichen haben die weibliche Jugend 92.749 und die männliche 92.139 Abzeichen erhalten (PENSKY, 2004 a). Das ist genau 50% je Geschlecht. Auch diese Altersklasse absolviert das Sportabzeichen in den Schulen. Je älter aber die Jugendlichen werden, desto eher erwerben sie das Abzeichen in einem Verein.

Das Deutsche Sportabzeichen

Die Erwachsenen ab 18 Jahren liegen knapp hinter den Jugendlichen mit 161.652 Abzeichen. Diese teilen sich auf in 98.530 Männer und in 63.122 Frauen (PENSKY, 2004 a). Die Anzahl der Erwachsenen Sportabzeichen ist vergleichsweise niedrig. Zwar sind die Erwachsenen durchaus auch in Vereinen und Fitnessstudios sportlich aktiv, aber das Sportabzei-

chen ist für sie nicht attraktiv genug (VON RICHTHOFEN, 2003, S. 4). Außerdem erwerben sehr viel mehr Männer das Sportabzeichen als Frauen (HEINEMANN, 1998, S. 208). Das liegt hauptsächlich daran, dass auch in Vereinen mehr Mitglieder Männer sind. „In Sportvereinen sind ca. 38% der Mitglieder Frauen, 62% Männer“ HEINEMANN, 1998, S. 208).

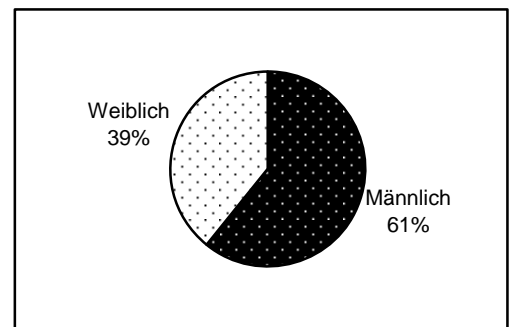


Abb. 3: Das Deutsche Sportabzeichen für Erwachsene aufgeteilt in Männer und Frauen (PENSKY, 2004 a)

Bundeswehr

Am 30.06.1956 erhielt die Bundeswehr die Prüfberechtigung in Selbstverantwortung (BUSCHMANN, LENNART, 1988, S. 103). Von diesem Zeitpunkt an darf die Bundeswehr selbstständig das Sportabzeichen abnehmen, ohne einen Verein einschalten zu müssen. Damit baut die Bundeswehr den Vorwurf ab, dass bei ihr „Knobelbechersport“ betrieben wird. Das Sportabzeichen gilt von nun an als Maßstab für die körperliche Verfassung der einzelnen Truppen. Außerdem wird das Sportabzeichen aufgewertet, da es von jedem Offiziersanwärter als zwingende Aufnahmebedingung verlangt wird. 2003 hat die Bundeswehr 53.234 Abzeichen vergeben, das entspricht 6% aller Abzeichen.

Schlussbetrachtung

Im Grunde ist das Sportabzeichen für Jedermann – für Männer, Frauen, Schüler und Jugendliche, ja sogar für die Bundeswehr. Aber man muss auch etwas dafür tun, man bekommt es nicht geschenkt.

Ein gewisses Maß an Fitness ist unbedingt erforderlich. Leicht gemacht wird es nicht. Man sollte dafür trainieren und darauf hinarbeiten. So kann über das ganze Jahr eine stetige Fitness aufgebaut und trainiert werden. Am Ende wird man belohnt durch die Verleihung eines weiteren Sportabzeichens. Auch für die Bundeswehr ist das Sportabzeichen eine wichtige Anerkennung. Es ist anspruchsvoll genug, um es als Maßstab für die Truppenfitness festzulegen.

Fazit

Das Sportabzeichen ist zwar für jedermann gedacht, aber hauptsächlich wird es nur von Schülern bis zum 17. Lebensjahr gemacht. Ihr Anteil beträgt $\frac{3}{4}$ aller Sportabzeichen. Nur $\frac{1}{4}$ der Abzeichen werden von den Erwachsenen erworben.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

BUSCHMANN, J., LENNART, K.: 75 Jahre Deutsches Sportabzeichen, Eine Dokumentation zusammengestellt und erläutert im Auftrag des DSB, Deutscher Sportbund Bundesausschuss Breitensport, Schriftreihe „Breitensport“ Heft 26.

DEUTSCHER SPORTBUND: Logos/Abzeichen, Stand: 05.11.2004/ Eingang: 05.11.2004,

<http://www.deutsches-sportabzeichen.de/pages/de/service/downloads/list/3.html>

HEINEMANN, K.: Einführung in Soziologie des Sports, Schorndorf 1998.

PENSKY, A.: Gesamtstatistik 2003, Stand: 30.09.2003/ Eingang: 05.11.2004, http://www.deutsches-sportabzeichen.de/media/downloads/statistik_2003_gesamtberblick.pdf

PENSKY, A.: Statistiken zum Deutschen Sportabzeichen, Stand: 05.11.2004 a/ Eingang: 05.11.2004 <http://www.deutsches-sportabzeichen.de/pages/de/service/downloads/list/2.html>

PENSKY, A.: Persönliches Gespräch am Telefon, 09.11.2004 b

RICHTHOFEN, M. v.: Statement bei Pressekonferenz des DSB „Das Sportabzeichen boomt“, Stand: 20.05.2003/ Eingang: 05.11.2004, http://www.deutsches-sportabzeichen.de/media/downloads/statement_vrichthofenpressekonferenz20052003.pdf

WITTE, K.: Statement zum Deutschen Sportabzeichen bei der Pressekonferenz, Stand: 20.05.2003/ Eingang: 05.11.2004, <http://www.deutsches-sportabzeichen.de/media/downloads/statementwittepk20052003.pdf>

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
Referent: Lisa Kistenmacher, Datum: 17.11.2004
E-Mail: kleiner-Turbo@web.de**

5. Deutschlands Kinder im Sport sind besser als ihr Ruf (U)

Einleitung:

Deutschlands Kinder haben keinen guten Ruf, wenn es um ihre Sportlichkeit geht. Schlagworte wie schlapp, unsportlich, fett, faul und fernsehsüchtig dominieren in der heutigen Zeit (KIPPHARD, 1997, 48-53; THIELE, 1999, 141-143). Die Herausgeber und Autoren des ersten deutschen Kinder- und Jugendsportberichts hinterfragen pauschalisierte Behauptungen über Deutschlands „unsportliche“ Kinder und geben darüber hinaus eine Gesamtschau über die Bewegungs- und Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen.

Problemstellung

- Wie äußert sich der gegenwärtige motorische Leistungsstand von Kindern?
- Hat sich die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern in den letzten 25 Jahren verändert?
- Sind Deutschlands Kinder vielleicht doch besser als ihr Ruf?

Bewegungswelt:

Der Wandel der Lebensräume – von freien Strassen und Gassen zu Hochhaussiedlungen und lärmenden Autos – beeinflusst Art und Weise der Freizeitgestaltung der Kinder. Die moderne Welt der Kinder wird in der Literatur häufig mit den Begriffen ...“Mediatisierung, Massenkonsum und Verhäuslichung...”(KRETSCHMER/GIEWALD, 1997, 36) gekennzeichnet. Sie ist aber auch geprägt durch ein hohes, aktives Sportengagement sowie von einer Ausdifferenzierung der Sportarten. Eine zunehmende Verlagerung des selbstorganisierten kindlichen Bewegungsspiels der 60er Jahre in die Sportvereine ist zu erkennen (SCHMIDT, 2003, 109-126).

Freizeitverhalten von Kindern:

Das Freizeitverhalten von Kindern und Jugendlichen ist durch ein hohes Maß an Vielfalt gekennzeichnet. Der sportlichen Aktivität kommt dabei im Kontext der bevorzugten Freizeitaktivitäten besondere Bedeutung zu. Die Attraktivität spiegelt sich in zahlreichen Untersuchungen beliebtester Freizeitaktivitäten wider (SCHMIDT, 2003, BRÄUTIGAM/BRETTSCHEIDER, 1990). Das Freizeitverhalten ist vielfältig in Bezug auf die Vielzahl betriebener Sportarten sowie informelles Sporttreiben. Besonderen Stellenwert nehmen die so genannten „Asphalt-Sportarten“ (z.B. Inline-Skating, Streetball, Fußball) ein (SCHMIDT, 2003, 119).

Untersuchungen zum gegenwärtigen Leistungsstand:

Eine Auswahl von fundierten Studien (20 Arbeiten) der letzten zehn Jahre stellt BÖS (2003) im Kinder- und Jugendsportbericht (S. 93) dar. Basierend auf über 10.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 15 Jahren weisen die Testergebnisse häufig sehr unterschiedliche Befunde auf, zum Teil sogar widersprüchliche. So reicht z.B. der Prozentanteil förderungswürdiger Kinder beim Körperkoordinationstest (insgesamt sieben Arbeiten) von 17% bis 61%. Obwohl die doch sehr breit gefächerten Ergebnisse eine umfassende Bewertung erschweren, zeigt sich dass die „...Anzahl der Kinder mit auffälliger und gestörter Gesamtkoordination zugenommen“ hat und dass „...die Auffälligkeiten mit zunehmenden Alter größer werden“ (DORDEL, 2000a, 344). Die „...Abnahme der motorischen Leistungsfähigkeit“ bestätigt auch GASCHLER (2001, 16). Die Beurteilung einer Veränderung bezieht sich in der Regel auf die letzten 20 Jahre. Differentielle Angaben bezüglich leistungsbeeinflussender Merkmale (Alter/Geschlecht/Sozialisationsmerkmale) sind bei der momentanen Datenlage nicht möglich. Auffallend im Rahmen der angenommenen allgemeinen Verschlechterung bezüglich der motorischen Leistungsfähigkeit sind die Ergebnisse von KRETSCHMER/GIEWALD (2001, 36-42) und RETHORST (2003, 117-126) sowie die Diplomarbeiten von KÖSTER (1997) und ENGLICHT (1998). In allen vier Untersuchungen zeigten sich keine bedeutsamen Leistungsunterschiede im Vergleich mit Normwerten.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Schulanfängern:

Als Quelle unterschiedlicher Krankheitsbilder und Störungen in der Motorik dienen häufig Befunde von Schulanfängern. Vor Schuleintritt wird jedes Kind untersucht. Eine Trendanalyse von über 16 Jahren verdeutlicht, dass fast alle Befunde auf einen leichten Anstieg verweisen, d.h. die körperlichen Beeinträchtigungen nehmen im Durchschnitt leicht zu. Defizite bestehen häufig in der Koordination (Feinmotorik und Ganzkörpermotorik) (SCHMIDT, 2003, 40-42). Dies weist auf einen Bewegungsmangel der Kinder hin.

Veränderungen in ausgewählten Motorikbereichen:

Eine Übersicht über Veränderungen in ausgewählten Motorikbereichen stellt BÖS (2003) im ersten deutschen Kinder- und Jugendsportbericht dar (S.103). Insgesamt wurden 54 Untersuchungen (1965-2002) berücksichtigt und folgende fünf Testaufgaben betrachtet: Dauerläufe (aerobe Ausdauer), Standweitsprung (Schnellkraft), Sit-ups (Kraftausdauer), 20-m-Lauf (Aktionsschnelligkeit), Rumpfbeugen (Beweglichkeit). Die Ergebnisse basieren auf n>100.000 und beziehen sich auf die Gesamtstichprobe, getrennt nach Jungen und Mädchen. Der Vergleich zeigt: „Im Durchschnitt beträgt die Leistungsabnahme rund 10%, wobei die Unterschiede bei den Dauerläufen und der Beweglichkeit am größten sind“ (Bös, 2003, 104). Zu erkennen sind deutliche Leistungsabfälle auch beim 20-m Lauf und beim Standweitsprung, keine Unterschiede zeigen sich jedoch bei den Sit-ups. Bei fast allen Tests ergeben sich statistisch signifikante Leistungsunterschiede. (Ausnahme: Sit-ups, 12- Minuten Lauf Jungen)

Bewertung:

Eine Verringerung der motorischen Leistungsfähigkeit innerhalb der letzten 25 Jahren kann bestätigt werden, dies gilt aber nicht für alle motorischen Fähigkeiten gleichermaßen. Trotz den objektiv gesehen schlechteren Bedingungen bezüglich freier Spielräume nimmt der Sport im „...Lebensalltag von Kindern einen breiten Raum ein“ (SCHMIDT, 2003, 112). Die

Gegenüberstellung von Bewegungsmangel auf der einen Seite und dem hohen Sportengagement auf der anderen Seite veranschaulichen deutlich, dass eine Pauschalisierung in Bezug auf „Deutschlands Kinder“ unangemessen und unangebracht scheint, zumal man sich fragen muss, inwieweit die Testspezifität der eingesetzten Tests (ULMER, 1997, 5) bei den vorgelegten Studien eine Rolle spielt.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

- BRÄUTIGAM, M./BRETTSCHEIDER, W.-D. (1990). Sport in der Alltagswelt von Jugendlichen. Düsseldorf.
- BÖS, K. (2003). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In: BRETTSCHEIDER, W.- D./ HARTMANN-TEWS, I./ SCHMIDT, W. (Hrsg.): Erster deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Hofmann, 85-107.
- DORDEL, S. (2000). Kindheit heute: Veränderte Lebensbedingungen = reduzierte motorische Leistungsfähigkeit? Sportunterricht, 40, 340-349
- ENGLICHT, C. (1997). Die motorische Leistungsfähigkeit der 11- bis 15-jährigen im Zeitwandel von 25 Jahren. Unveröff. Dipl-Arbeit, Universität Köln
- GASCHLER, P. (2001). Motorik von Kindern und Jugendlichen heute – Eine Generation von „Weicheiern, Schlafris und Desinteressierten“? (Teil 2). Haltung und Bewegung, 20, 5-16
- KIPPARD, E.-J. (1997). Verändertes Bewegungsverhalten als Symptom heutiger Kindheit. In: ZIMMER, R. (Hrsg.): Bewegte Kindheit, Schorndorf, 48-53
- KRETSCHMER, J./GIEWALD, C. (2001). Veränderte Kindheit – veränderter Schulsport? Sportunterricht, 50, 36-42
- KÖSTER, S. (1997). Der Standweitsprung als sportmotorische Testaufgabe für Grundschüler – eine Revision. Unveröff. Dipl-Arbeit, Universität Köln
- RETHORST, S. (2003). Der motorische Leistungsstand von 3-bis 7-jährigen – gestern und heute. Motorik, 26, 117-125
- SCHMIDT, W. (2003). Kindheiten, Kinder und Entwicklungen. In: BRETTSCHEIDER, W.-D./HARTMANN-TEWS, I./SCHMIDT, W. (Hrsg.): Erster deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Hofmann, 19-42
- SCHMIDT, W. (2003). Kindersport im Wandel der Zeit. In: BRETTSCHEIDER, W.-D./HARTMANN-TEWS, I./SCHMIDT, W. (Hrsg.): Erster deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Hofmann, 109-126
- THIELE, J. (1999). Un-Bewegte Kindheit? Sportunterricht, 48, 141-149
- ULMER, H.V. (1997). Testspezifität bei der Leistungsdiagnostik am Beispiel von Ergometrie- und Sprungkrafttests (Vortrag). 3. Arbeitstagung Motodiagnostik – Mototherapie, Jena 3.-5.10.1997. Zugriff am 3.12.04 unter <http://www.uni-mainz.de/FB/Sport/physio/pdf/ldiagn97.pdf>, 1-7

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg- Universität Mainz
Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.- V. Ulmer
Referentin: Anne Wüllenweber, Datum: 17.11.2004**

6. Prävention: Vor Illusionen wird gewarnt bzw. Trügerisches Versprechen – zu zwei Kommentaren des Deutschen Ärzteblatts (U)

BESKE, Kieler Gesundheitssystem-Forscher, diskutiert in seinem Artikel „ Prävention: Vor Illusionen wird gewarnt“(2002. S. 1209), die Frage, „Sparen Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung Geld?“, „die wissenschaftlichen Beweise sind dürftig“

Die Befürworter des Ausbaus der Prävention stützen sich nicht nur auf den Aspekt der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit, sondern vor allem auf den ökonomischen Aspekt, „Prävention spart Geld!“

Befürworter:

- STUPPARD (Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes für Innungskrankenkassen, 2000): „Langfristig können durch eine gezielte Ausweitung von Früherkennung, Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung chronischer Erkrankungen enorme Summen eingespart werden“.
- SCHAICH-WALCH (Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesinnenministerium für Gesundheit, 2001): „So (durch Förderung von Gesundheit und die Prävention von Krankheit; Verf.) kann die Lebensqualität der Menschen verbessert und langfristig auch noch Geld gespart werden“.
- FINK (MdB, 2002): „Auf der anderen Seite gehen zahlreiche wissenschaftliche Studien davon aus, dass durch verstärkte Investitionen in lang- und mittelfristige Prävention sich 25 bis 30 Prozent der künftigen Gesundheitsausgaben in Deutschland theoretisch einsparen lassen“.

Die Gegenseite warnt vor vorschnellen Schlüssen, „Prävention kostet Geld“!

Gegenstimmen:

- RICHTER-REICHELM (Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2001): „Und schließlich würde die sinnvolle Auslegung des Gesundheitswesens auf die Prävention zunächst einmal Geld kosten“.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001): „Mittelleinsparungen erst langfristig zu erwarten“.

In einem Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, heißt es in Band 1 „Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation“ unter „Ökonomische (gesamtwirtschaftliche) Aspekte von Gesundheitsförderung und Prävention“: „Theoretisch (bei nicht saldierter und nicht diskontierter Betrachtung) lassen sich rund 25 bis 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden.“

Sie stützen sich dabei auf eine Arbeit von SCHWARTZ et al. von 1999.

„Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland-Krankheitskostenlast und Reduktionspotenziale durch Verhaltensbezogene Risikomodifikation“:

- Gesundheitsausgaben im Jahr 1994 für nicht chronische Krankheitsbilder 72 Milliarden DM
- mindestens ein Drittel könnten durch zielgerichtete verhaltensbezogene Interventionsmaßnahmen eingespart werden
- jährlich könnten 25 Milliarden DM eingespart werden
- komparativ-statistische Analyse (nicht mit eingerechnet sind Auswirkungen auf die Lebenserwartung und gegebenenfalls steigende Gesundheitsausgaben für andere Erkrankungen), daher die Aussage über Ausgabensenkung direkt nach der Intervention unrealistisch

Fazit des Verfassers (BESKE):

Die Schlussfolgerung des Sachverständigenrates ist nicht nachvollziehbar!

Auf Grund des Mangels an wissenschaftlich begründeten Untersuchungen über die globale Einsparung im Gesundheitswesen eines Landes durch Prävention, kann der Verfasser die Methodik des Sachverständigenrates nicht nachvollziehen und keinen Bezug zur Wirklichkeit feststellen.

Er hält fest, dass das Ziel der Prävention eine Steigerung der Lebensqualität ist und nicht sparen. Er fordert mehr Investitionen in die Prävention, allerdings stellt er klar, dass mit den heutigen Mitteln es nicht möglich ist, Kosteneinsparungen zu errechnen.

Kurz- und mittelfristige Einsparungen sind zu verneinen, langfristige Einsparungen bleiben offen.

Vor Illusion wird gewarnt!

JACHERTZ, Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes in seinem Artikel „Prävention: Trügerisches Versprechen“ :

- Prävention steigert Wohlbefinden
- nicht vorhersehbar, ob Wohltuende Wirkung auf Krankenkassenbeiträge.

- SCHMIDT (Interview mit der Welt am Sonntag, 7.12.2003): *es würde sie nicht wundern, „wenn die Kassen dadurch langfristig 20 Prozent weniger Ausgaben hätten“.*
- Krankenkassen sind sich bewusst, dass langfristige Auswirkungen sich nicht berechnen lassen.
- DELTA LLOYD (betreiben soziale wie auch private Krankenversicherung unter einem Dach) in einem Gespräch mit einer deutschen Besuchergruppe: *„Sie können von uns als Versicherer nicht erwarten, da viel zu tun“ Prävention sei versicherungsmathematisch nicht zu fassen, man habe aber die Befürchtung, „dass Vorsorge sehr teuer sein kann“.*
- BESKE (Kieler Gesundheitssystem Forscher in Gesundheitswesen 2003, Seite 593): *„Es gibt weltweit keine Methodik, mit der das Einsparvolumen durch Prävention für ein Gesundheitswesen insgesamt errechnet werden kann.“*

Fazit (der Referentin):

Den Aussagen Beskes kann man sich nur anschließen. Er hat deutlich gemacht, dass es nicht errechenbar ist, ob und wie viele Ausgaben im Gesundheitswesen eingespart werden können. Seine Belege stellen dies klar. Aussagen, die das Gegenteil behaupten, sind mit Vorsicht zu genießen und oft nicht begründet. Des Weiteren denke ich, dass es notwendig ist, in Prävention zu investieren, denn das Ziel Verbesserung der Lebensqualität ist gerade für ältere Menschen sehr wichtig.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

- BESKE, F.: Prävention: Vor Illusionen wird gewarnt, Deutsches Ärzteblatt 99, H. 18 vom 3.05.2002, S. 1209.
- BESKE, F.: zitiert nach JACHERTZ, N.: Prävention: Trügerisches Versprechen, Deutsches Ärzteblatt 100, 12.12.2003
- DELTA LLOYD: zitiert nach JACHERTZ, N.: Prävention: Trügerisches Versprechen, Deutsches Ärzteblatt 100, 12.12.2003
- FINK, U.: zitiert nach BESKE, F., Vor Illusionen wird gewarnt, Deutsches Ärzteblatt 99, 3.05.2002
- JACHERTZ, N.: Prävention: Trügerisches Versprechen, Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 50 vom 12.12.2003, S. 3269
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG: Vor Illusionen wird gewarnt, Deutsches Ärzteblatt 99, 3.05.2002
- RICHTER-REICHELM, M.: zitiert nach BESKE, F., Vor Illusionen wird gewarnt, Deutsches Ärzteblatt 99, 3.05.2002
- SCHAICH-WALCH, G.: zitiert nach BESKE, F., Vor Illusionen wird gewarnt, Deutsches Ärzteblatt 99, 3.05.2002
- SCHMIDT, U.: zitiert nach JACHERTZ, N.: Prävention: Trügerisches Versprechen, Deutsches Ärzteblatt 100, 12.12.2003
- STUPPARDT, R.: zitiert nach BESKE, F., Vor Illusionen wird gewarnt, Deutsches Ärzteblatt 99, 3.05.2002

**Seminar Sport und Gesundheit, Schwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leitung: Prof. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.- V. Ulmer
Referent: Daniel Seeliger, Datum: 24.11.2004 Email: d.see@gmx.de**

7. Hitze und Ozonbelastung während der Olympischen Spiele in Athen – ein Beitrag zur Wahl physiologisch sinnvoller Wettkampfzeiten (M)

Einleitung:

Mit einem, vom Verfasser ermittelten Tagesmittelwertmaximum von 31°C waren die Olympischen Spiele von Athen mit die Heißesten, die es je gab. Damit stellt sich die Frage, ob die Voraussetzungen für die Athleten physiologisch vertretbar waren.

Thermoregulation bei sportlicher Belastung

Bei sportlicher Belastung hängt die Thermoregulation von zwei Faktoren ab. Zum einen von der Wärmeenergie, die von den Muskeln produziert wird, und zum anderen von den Umgebungsbedingungen.

Ob ein Marathonläufer seine 1400 Watt Wärmeleistung bei einer Laufzeit von 2:10 min abgeben kann, hängt von den Umgebungsbedingungen ab. Bleiben die Temperaturen unter 30°C, wird die Wärme durch Konvektion, Konduktion, Strahlung und Schwitzen abgegeben. Steigt die Außentemperatur auf über 30°C an, kann die Wärme nur durch Schwitzen abgegeben werden. Dies ist aber auch nur bis zu einer Luftfeuchtigkeit von 60% möglich.

Auswirkungen auf die sportliche Leistung

Da die Haut auf Grund der Wärmeregulation stark durchblutet wird, kommt es zu einer verringerten Durchblutung der Muskulatur, was zu Einschränkungen in der sportlichen Leistung führt. Außerdem kann es zu Beeinträchtigungen in Koordination oder Konzentration kommen. Durch den Elektrolytverlust, hervorgerufen durch starkes Schwitzen, ist der Sportler anfälliger für Krämpfe.

Hitzeadaptation

Der menschliche Körper kann sich relativ gut an Hitze gewöhnen. Schon innerhalb einer Woche verlängert sich die Belastungsdauer um 80-90%. Die Körperkerntemperatur steigt langsamer an, da der Wärmetransport durch die Verbesserung der Hautgefäßregulierung effektiver ist.

Grund der Hitzegewöhnung ist die Verbesserung der Schwitzfunktion. Es kommt nicht nur zu einem Anstieg der Schweißmenge von 50-100%, sondern auch die Temperaturschwelle, bei der das Schwitzen beginnt, wird gesenkt, um eine Überhitzung von vornherein zu verhindern. Außerdem verringert sich der Natriumgehalt im Schweiß, was die Verdunstung auf der Haut fördert.

Voraussetzung für die Hitzeadaptation ist jedoch, dass ein Teil des Trainings bei erhöhten Außentemperaturen durchgeführt wird.

Hitzeerkrankungen

Im Sport treten Hitzeerkrankungen auf, wenn durch Schwitzen nicht genug Wärme abgegeben werden kann, und es so zu einer Störung der Thermoregulation kommt. Die drei häufigsten Erkrankungen sind: Hitzekrampf, Hitzeerschöpfung und Hitzschlag.

Ozonentstehung und seine Wirkung auf den Sportler

Ozon entsteht durch die Einwirkung von UV-Strahlung auf Schadstoffe. Abgebaut wird das Ozon ebenfalls durch Schadstoffe, was zu dem Paradoxum führt, dass sich in Gegenden mit wenig Luftverschmutzung das Ozon lange halten kann.

Ozon kann Schleimhautreizungen in Augen und Atemwegen hervorrufen. Des Weiteren kann die Lungenfunktion eingeschränkt werden, was sich negativ auf die Leistungsfähigkeit auswirkt. Bei Sportlern treten die Symptome verstärkt auf, weil diese im Wettkampf oder während des Trainings mehr Luft einatmen und das Ozon so in die peripheren Atemwege gelangt.

Wetterbedingungen in Athen

Die Olympischen Spiele von Athen waren mit einem Tagesmittelwertmaximum von ca. 31°C mit die Heißesten in der Geschichte. Die Tageshöchstwerte lagen manchmal bei fast 40°C. Die Ozonwerte wurden im Vorfeld vom Rheinischen Institut für Umweltforschung der Uni Köln auf 180-240µg/m³ ermittelt, was einen Warngrenzwert für die Gesundheit und ein Verbot für Kraftfahrzeugverkehr auf öffentlichen Straßen in Deutschland darstellt.

Physiologisch sinnvolle Wettkampfzeiten

Um allzu großer Hitze auszuweichen, sollte das Training oder der Wettkampf auf den Morgen oder die Abendstunden gelegt werden. Außerdem sollte ein gewisser Abstand zum

Ozon zu entgehen. Eine andere Möglichkeit wäre das Aufsuchen einer Halle, da dort die Ozonkonzentration um 50% geringer ist.

Fazit

Aus organisatorischer Sicht wurde versucht, die Wettkämpfe morgens oder nachmittags stattfinden zu lassen, um der Mittagshitze zu entgehen. Allerdings war dies auf Grund der großen Anzahl von Disziplinen (28) und der damit verbundenen Fülle von Wettkämpfen (301) nicht immer möglich (Beachvolleyball, Rudern, Zeitfahren...). Außerdem waren die Temperaturen nachmittags nicht viel geringer als mittags. Aus physiologischer Sicht waren die Wett-kampfzeiten also nicht immer sinnvoll.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

DICKHAUT, H.-H.; KINDERMANN; W.; NIEß, A.-M.; URHAUSEN, A. (2004). Sport unter besonderen klimatischen Bedingungen – am Beispiel der Olympischen Spiele und der Paralympics in Athen 2004. Bundesinstitut für Sportwissenschaft und Deutscher Sportbund. Sport und Buch Verlag, Köln

DIRIX, A.; KNUTTIG, HG.; TITTEL, K. (1989). Olympia Buch der Sportmedizin. Deutscher Ärzte Verlag, Köln

http://www.nok.de/page.php?art_id=3235...16.11.2004

http://www.wetter.com/v2/includes/functions/func.history_graph.php?name_sel=Athe...27.10.2004

Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer

Referent: Nils Tittizer, Datum: 24.11.2004 E-Mail: nils@tittizer.de

8. Alkoholwerbung und -konsum im sportlichen Umfeld (M)

„Fußball und Bier gehören seit Jahrzehnten traditionell zusammen, zum Genuss eines Fußballspiels gehört auch der Genuss eines Bieres und einer Wurst“.

(S. KASPAR, Sprecher der zur Carlsberg-Gruppe gehörenden Feldschlösschen AG, 2003)

Wie arbeitet Alkoholwerbung?: Studien zeigen, dass sich die Häufigkeit, mit der man sich an Alkoholwerbung erinnert, nur wenig auf den Alkoholkonsum auswirkt. Jedoch bringt eine positive emotionale Reaktion auf Werbung meist auch eine positive Einstellung gegenüber Alkohol mit sich. Dies kann zu einem Anstieg des persönlichen Alkoholkonsums führen.

Alkohol im Fernsehen: Bei mehr als zwei Drittel aller fiktionalen Sendungen ist Alkohol im Spiel. Das bedeutet, dass in neun Szenen pro Stunde Alkohol zu sehen oder zu hören ist. Im Informationsbereich der Fernsehanstalten weisen 45% aller Sendungen einen Alkoholbezug auf.

Im Sportfernsehen wird Alkohol nur selten konsumiert, stattdessen beworben. In Form von Bandenwerbung in Stadien ist er jedoch in über 90% aller Sportsendungen visuell präsent. Demnach sieht der Zuschauer in einer Stunde Sport über sieben Minuten Alkoholhinweise. (Angaben laut Hamburgischer Anstalt für neue Medien (HAM) und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001).

Wird das Trinkverhalten von Jugendlichen durch die Medien beeinflusst?: Jugendliche sind auf der Suche nach ihrer Identität und deshalb für attraktive „Lifestyle-Werbung“ besonders empfänglich, die mit dem positiven Image des Trinken arbeiten.

Der Sportverein als Ort der Prävention oder als Ort der Alkoholsozialisation: Zum einen erfüllt der Sportverein die Rolle der Suchtprävention. Er bietet den Mitgliedern soziale Integration, eine sinnvolle Freizeitaktivität und vermittelt Gruppennormen, Werte und Einstellungen.

Auf der anderen Seite bietet der Verein Einstiegsmöglichkeiten in die „Alkoholsozialisation“. Sei es durch das Bier nach dem Training in der vereinseigenen Gaststätte oder einfach der Gruppenzwang zu trinken.

Einnahmen durch Alkoholwerbung vs. Ausgaben für Alkoholprävention und Folgekosten: Am Beispiel der Schweiz kann man das Problem sehr deutlich aufweisen. Brauereien unterstützen von Fußball über Radsport bis hin zum Eishockey sämtliche Vereine und Verbände mit mehreren Millionen Franken. Jedoch muss der Bund jährlich einen Zehntel der Einnahmen aus der Eidgenössischen Alkoholwerbung in die Prävention investieren. 2003 waren dies fast 25 Millionen Franken. Allein das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gibt im laufenden Jahr 5 Millionen Franken für die Alkoholprävention aus. Demgegenüber verursacht der Alkoholmissbrauch jährliche Folgekosten von 6,5 Milliarden Franken.

Position des Deutsche Sportbundes zur Alkoholwerbung im Sport: Das Präsidium appelliert für einen verantwortungsbewussten Umgang mit alkoholischen Getränken, spricht sich aber nachdrücklich gegen ein generelles Verbot von Alkoholwerbung aus, da sich beispielsweise viele Brauereien sowohl im Spitzen-, als auch im Breitensport finanziell stark engagieren. Ein Verbot der verbundenen Werbemaßnahmen könnte dazu führen, die finanziellen Strukturen vieler Verbände und Vereine zu zerschlagen.

Fazit: Studien können nicht stichhaltig beweisen, dass ein erhöhter Alkoholkonsum auf die Werbung im Sport zurückzuführen ist. Es ist jedoch nachweislich erwiesen, dass eine gezielte Werbung eine positive Einstellung gegenüber Alkohol zu Folge hat und somit der Konsum von Alkohol erhöht werden kann, bzw. Jugendliche den Einstieg zum Alkoholkonsum finden.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

DIFA-FORUM e.V.: Wird das Trinkverhalten von Jugendlichen durch die Medien beeinflusst?

In URL: <http://www.difa-forum.de/forschung/detail.php?id=14> (2000)

DIFA-FORUM e.V.: Populäre Alkoholwerbung verfehlt ihre Wirkung nicht

In URL: <http://www.difa-forum.de/forschung/detail.php?id=76> (1998)

GROSSRIEDER, B.: Sportfunktionäre mit Bierideen

In URL:

<http://www.sfa->

[ispa.ch/ServicePresse/allemand/StandPunkte/Artikel2004/sponsoring_04_04.pdf](http://www.sfa-)

(27.02.2004)

MAGIERA, D.: Alkohol und Werbung: Steigert Alkoholwerbung den Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen?

In URL: <http://idw-online.de/pages/de/news51971> (26.08.2002)

SCHWEIZERISCHE FACHSTELLE FÜR ALKOHOL- UND ANDERE DROGENPROBLEME (SFA)

In URL: http://www.sfa-ispa.ch/ServicePresse/allemand/Presse2004/art2_1.htm (27.02.2004)

STENGL, E.: Alkoholwerbung im Sport

In URL: <http://www.sportsnet.de/print.html> (15.05.2001)

WEICHERT, S.: Beste Nebenrolle. Neun Mal pro Stunde gibt es Alkohol-Szenen im Fernsehen

In: Tagesspiegel (30.11.2001)

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
 WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg- Universität Mainz
 Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
 Referentin: Katrin Bäcker Datum: 01.12.2004 E- Mail: baeckerlein@gmx.de**

9. Patientenbroschüre Sportverletzungen **– Druckschrift eines Arzneimittelunternehmens (U)**

Einleitung: „Für Snowboarder sind rasante Abfahrten die schönste Nebensache der Welt. Für den Golfer vielleicht das Putten am sechsten Loch. Inline- Skater wiederum stehen auf rollende Touren durch New York, Tokio oder Berlin. Joggen, Golfen, Skaten oder sich dem Skisport verschreiben – all das sind effektive Methoden, um fit zu bleiben oder wieder zu werden. Sport lässt Pfunde purzeln, stärkt das Immunsystem und hebt die Stimmung. Leider haben aber alle Sportarten etwas Unschönes gemeinsam: Sie können unliebsame und schmerzhaft Verletzung mit sich bringen, wie z.B. ...“ (BIOLOGISCHE HEILMITTEL HEEL GmbH S. 2)

Firmengeschichte der Firma Heel

Dr. Hans- Heinrich Reckeweg (1905-1985) wollte die Schulmedizin mit der Homöopathie¹ verbinden. Dazu begann er, eigene homöopathische Kombinationspräparate² zu entwickeln, die er ab 1936 in der eigens gegründeten Firma Heel herstellte und vertrieb. Mittlerweile ist Heel der weltweit größte Hersteller homöopathischer Kombinationspräparate und mit 50 internationalen Vertriebspartnern sowie 10 eigenen Tochtergesellschaften im Ausland vertreten. Die Basis der Heel - Arzneimittel ist die Homotoxikologie. Heel-Präparate sind nicht nur sehr verträglich, sondern auch in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich geprüft.

Beschreibung der Broschüre

Die Patientenbroschüre Sportverletzungen (BIOLOGISCHE HEILMITTEL HEEL GmbH) besteht aus 14 Seiten im DIN A 6 Format. Auf Seite 1 werden verschiedene Sportarten mit ihren positiven und negativen Eigenschaften aufgezeigt. Auf Seite 3 werden die Verletzungsmuster Verstauchungen, Zerrungen, Prellungen, Riss- und Platzwunden sowie Schürfwunden aufgelistet. Seite 4 und 5 beschreibt die eben genannten Verletzungen genauer und nennt zu jeder Verletzung Ursache, Beschwerden und Erste Hilfe. Auf der nächsten Seite sind die Verletzungen Muskelfaserriss, Achillessehnen-Entzündung, Tennisarm, Sehnen-scheiden-Entzündung und Schleimbeutel-Entzündung aufgelistet. Die nächsten drei Seiten beschreiben die Verletzungen genauer und gehen wieder auf Ursache, Beschwerden, Erste Hilfe und Therapie ein. Auf Seite 10 werden die Traumeel-Produkte als Tipp bei Sportverletzungen angeboten und auf den nächsten beiden Seiten werden Inhaltsstoffe, Darreichungsformen und Dosierungsanleitung der Traumeel Produkte genauer erklärt. Die letzten beiden Seiten geben noch Tipps zur Vorbeugung von Verletzungen in Form von Dehnübungen.

Tennisarm – Beispiel eines Verletzungsmusters

Als Ursache wird das Überstrapazieren der Sehnen genannt. Die Beschwerden werden als starke Schmerzen nach der sportlichen Betätigung und im Ruhezustand als nachlassend beschrieben. Als Therapie wird eine Ruhigstellung für einen kurzen Zeitpunkt empfohlen, aber auch der Besuch bei einem Arzt wird dringend empfohlen. Mit dem Arzt sollte über Behandlungsmethoden wie Krankengymnastik oder Massagen mit Traumeel S Salbe gesprochen werden.

¹ Homöopathie = Sie geht davon aus, dass eine Krankheit nur mit einem solchen Arzneimittel zu behandeln ist, welches beim gesunden Menschen in hoher Dosierung vergleichbare Beschwerden hervorruft wie die Krankheit selbst (APOTHEKE BOZNERPLATZ)

² Homöopathische Kombinationspräparate = Kombinationspräparate bestehen aus mehreren homöopathischen Einzelmitteln (APOTHEKE BOZNERPLATZ)

Bezug zu Freizeitsport sowie zu Sport und Gesundheit

Die Broschüre beschäftigt sich sowohl mit dem Thema Freizeitsport als auch mit dem Thema Sport und Gesundheit. Bei den Verletzungsmustern werden auf kleinere Verletzungen, die meist bei Freizeitsportlern auftreten, hingewiesen. Bei größeren Verletzungen rät die Broschüre zum Arzt-Besuch. Zu Beginn wird der Sport als sehr Gesundheits-fördernd beschrieben, weist aber später auf die negativen Folgen (Verletzungen) hin. Am Schluss werden für den Freizeitsportler noch hilfreiche Tipps, wie Dehnübungen und Aufwärmen, zusammengefasst.

Schlussbetrachtung

Die Broschüre ist übersichtlich und für Freizeitsportler gut verständlich aufgebaut. Es werden sowohl positive als auch negative Folgen des Sports genannt. Gut ist auch, dass bei einigen Verletzungen der Arzt Besuch empfohlen wird und nicht allein das Präparat angeboten wird. Nicht so gut ist, dass die beschriebenen Verletzungen nur an Sportbeispielen beschrieben werden. Im Alltag oder bei der Arbeit kann es auch zu den geschilderten Verletzungen kommen. Einen Tennisarm kann man auch von der Arbeit am PC bekommen. Da für ein bestimmtes Produkt geworben wird, ist es verständlich, dass als Therapieansatz, immer ein Traumeel S-Produkt zur Heilung herangezogen wird. Insgesamt ist die Broschüre gut. Der Sport wird in dieser Broschüre zugunsten der Heilmittelfirma instrumentalisiert. Allerdings wirkt es nicht überzogen, sondern sehr seriös und glaubwürdig.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

APOTHEKE BOZNERPLATZ: Boznerplatz 7, A – 6020 Innsbruck ONLINE IM INTERNET:

<http://www.apo-boznerplatz.at/hom.htm> [Stand 30.11.2004]

BIOLOGISCHE HEILMITTEL HEEL GMBH: SPORTVERLETZUNGEN (PATIENTENBROSCHÜRE), BADEN-BADEN 2004

Nr. 10 entfällt, da der Teilnehmer aus dem Seminar ausstieg

Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport

WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg- Universität Mainz

Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer

Referent: Jörg Daum Datum: 08.12.04 E-Mail: daumj@web.de

11. „Langes Leben“ – die Lebenserwartung der Deutschen auf dem Hintergrund der sogenannten ungesunden Lebensweise (U)



Abb. 1: Anstieg der Lebenserwartung
Quelle: Allgemeine Zeitung Mainz, 3. Juni 2004, S. 1

Die Lebenserwartung der Deutschen steigt immer weiter an

„Ein neugeborener Junge erreicht derzeit das statistische Durchschnittsalter von 75,4 Jahren und ein neugeborenes Mädchen 81,2 Jahre“ (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2004, S.1).

Eine ungesunde Lebensweise

- Es gibt „zahlreiche Stellen, freigemeinnützige Organisationen und privatwirtschaftliche Medien, die sich um Gesundheitsaufklärung, -beratung, und -erziehung bemühen“ (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1998, S. 81).
- sowohl das Wissen um als auch das Bewusstsein für ein gesundes Leben haben sich verbessert
- dennoch „ist festzustellen, dass die zahlreichen Maßnahmen bislang noch nicht die erhofften Wirkungen erzielt haben. Dies liegt im wesentlichen daran, dass gesundes Verhalten von einer Reihe unterschiedlicher Faktoren beeinflusst wird“ (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1998, S. 81).
- Essensstörungen in unserer Konsumgesellschaft als Ausdruck eines erkrankten Umganges mit der Ernährung verlangen präventivmedizinische Maßnahmen (vgl. AUGUSTIN, 2001, S. 3)

Elemente einer ungesunden Lebensführung (laut Gesundheitsbericht 1998):

1. Rauchen
 - Nicht Rauchen gilt als besonders gesundes Element einer Lebensführung
 - Raucherzahlen aufgrund des Preisanstieges sinkend, aber noch bedrohlich
2. Ernährung bzw. fettreiche Kost und Süßigkeiten und Kohlenhydrate
 - tägliche Energiezufuhr bei einem Viertel der Männer und einem Viertel der Frauen zu hoch
 - Art der Ernährung hat sich verändert
3. Zu wenig Bewegung
 - 1998 hielt knapp die Hälfte der Bevölkerung im Alter von 20-50 Jahren Sport für notwendig, ein Viertel ist der Auffassung, tägliche Bewegung reicht aus (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT, 1998, S.83).
 - Rückgang der Alltagsmotorik
 - Laut Repräsentativerhebungen des Statistischen Bundesamtes waren 1998 57% der Bürger im Alter zwischen 25 und 69 Jahren im damaligen Westen und 47% im damaligen Osten sportlich aktiv.
4. Körperliche und seelische Belastungen am Arbeitsplatz
 - prägt in hohem Maße das Essverhalten sowie gegebenenfalls den Konsum von Genussmitteln
 - oft in Verbindung mit wenig Schlaf; „Knapp 10% der Bevölkerung im Alter von 20- 50 Jahren schlafen weniger als sieben Stunden pro Nacht“ (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1998, S. 83).

→ Zusätzliche Faktoren, die das Leben verlängern können wirken den Faktoren der ungesunden Lebensweise entgegen. Einige dieser Faktoren sind: Medizin, Hygiene, „aktive“ Beteiligung am Leben (hier speziell der älteren Generationen), psychische Faktoren.

→ Eine gesunde Lebensweise ist keine Garantie für eine lange Lebenserwartung und die positiven Effekte werden erst Jahrzehnte später bemerkbar. Dies ist belegbar durch Zahl der Sterbefälle aller 10- 65 jährigen Deutschen im Jahr 2002, die mit ungefähr 160000 nur 19% der Gesamtzahl an Sterbefällen entspricht (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT, 2004, S.18- 20).

Bewertung

Die Lebenserwartung lässt sich nicht anhand einzelner Faktoren, wie z.B. einer ungesunden Ernährung bestimmen. Viele Einflussgrößen relativieren jeden Versuch einer Prognose für die individuelle Lebenserwartung; etwaige Rechenmaschinen, die Vorhersagen wagen, beziehen sich stets auf die statistische Lebenserwartung. Eine gesunde Lebensweise kann ein Leben verlängern, doch niemand kann einen Effekt, der sich erst Jahrzehnte später auswirken soll, mit Sicherheit prognostizieren.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

- AUGUSTIN, T.: Überernährung und Fehlernährung in Deutschland im Umfeld von 1. Gesundheitserziehung und 2. präventivmedizinischen Programmen. Unveröff. Staatsexamensarbeit Fachbereich Sport der Universität Mainz, 2001.
- BÜRGERSTEIN, L.: Handbuch Nährstoffe. Karl F. Haug, Heidelberg, 1997.
- BONSTEIN, J./KRUSE, K.: Abschied vom Jugendwahn. In: Stern (2004), 41, S. 32-44.
- EATON, S.B.: Paleolithic nutrition revisited: a 12 year old retrospective on its nature and implications. Eur. J. Clin. Nutr. 51 (1997) 207.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler-Poeschel, Wiesbaden, 1998.
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Lebenserwartung steigt weiter. In: Allgemeine Zeitung Mainz, 154 (2004), 127, S. 1.
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Lebenserwartung steigt weiter. In: Allgemeine Zeitung Mainz, 154 (2004), 127, S. 1.
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Gesundheitswesen, Todesursachen in Deutschland 2002. Februar 2004. Online im Internet: URL:
<http://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg> [Stand 3.1.05]
<http://www.medical-tribune.de/GMS/drlonglife/rechner> [Stand 7.11.04]

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
 WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
 Referent: Christian Färber, Datum: 08.12.2004 E-Mail: furby23@web.de**

**12. Bewertung und Nutzung von sportbezogenen Wellness-Angeboten
 durch Kur-/Reha-Gäste – eine empirische Untersuchung (M)**

„Eine spezielle Form des touristischen Angebotes in Deutschland stellen die Kurorte dar. Die einzelnen Stufen der Gesundheitsreform und dem daraufhin folgenden Sparkurs haben in den letzten 20 Jahren zu deutlichen Veränderungen geführt“ (SCHNEIDER, 2003, 4).

1. Einleitung

Anhand des Beispiels Wiesbaden soll gezeigt werden mit welchen Strategien, speziell mit gesundheitlichen und sportlichen Angeboten, versucht wird die touristische Attraktivität zu steigern. Dabei soll geklärt werden welche Angebote es in Wiesbaden gibt, wie hoch deren Auslastung ist und wie das Benutzerverhalten der Kurgäste/Besucher von sportbezogenen Wellness-Angeboten hinsichtlich der trainingswissenschaftlichen Wirksamkeit ist.

2. Definitionen Wellness

Der Deutsche Wellness Verband [2004] definiert Wellness auf seiner offiziellen Website folgendermaßen: „Ein Prozess ganzheitlichen Wohlbefindens im Kontext (wissenschaftlich ge

sicherter) gesundheitsfördernder Faktoren. Laienverständlich ausgedrückt: Genussvoll gesund leben.“

„Unter Wellness wird sogar ein besonders hohes Maß an Gesundheit verstanden, das die Erkrankungswahrscheinlichkeit reduziert. Wellness wird bestimmt durch eine Kombination von physischen, psychischen, mentalen, emotionalen, sozialen und Umgebungsfaktoren bzw. durch entsprechende Bemühungen verbessert“ (KENT, 1998, 459).

3. Sportbezogene Wellness-Angebote

Leider gibt es noch keine Definition sportbezogener Wellness-Angebote. Daher habe ich versucht, in Anlehnung an das Wellness-Lexikon des Deutschen Wellness Verbands, eine Aufstellung für Wellness Sportarten zu erstellen. Als Wellness-Sportarten gelten, laut der offiziellen Website des Deutschen Wellness Verbandes [2004], Aikido, Aquarobic/Aqua-Gymnastik, Baden, Eutonie, Feldenkrais, Progressive Muskelentspannung (Muskelrelaxation) nach Jacobson, Qi Gong, Thai Chi, Yoga und Zilgri. Neben diesen Sportarten verstehen sich auch noch Pilates, Nordic Walking und Walking als Wellness-Sportarten.

Eigentlich könnte man fast alle Sportarten in diese Liste aufnehmen, da laut dem Deutschen Wellness Verbandes [2004] Sport und Bewegung „die besten vorbeugenden Maßnahmen für alle Zivilisationskrankheiten“ sind, „die durch Bewegungsmangel hervorgerufen werden“. Der Verband nennt vorzugsweise die Ausdauersportarten, da sich diese ohne großen Aufwand in das Alltagsleben integrieren lassen. Daneben sind aber auch Gymnastik, Tanzen und Ballspiele sinnvolle Ergänzungen für einen Wellness-Lebensstil.

4. Zur Situation in Wiesbaden

- Einer der bekanntesten Kurorte Deutschlands mit 26 heißen Quellen.
- Kurstadt → Gesundheitsstandort mit ca. 8000 Reha-Gästen im Jahr (MÄKE, 2004)
- 3 Rehaklinken mit eigener Badabteilung.
- 3 Hotels mit eigener Bad-/Therapieabteilung, ohne sportbezogene Wellness-Angebote (nur Fitness).
- 2 Thermalbäder der Kurbetriebe, wobei nur das Thermalbad Aukammtal auch sportbezogene Wellness-Angebote hat. Die übrigen Anbieter bieten keine sportbezogenen Wellness-Angebote für Kur-/Reha-Gäste an. Durchschnittlich 35000 Besucher haben beide Bäder zusammen im Monat.
- Im Thermalbad wird 1 mal pro Woche ein einstündiger Nordic Walking Kurs angeboten, und pro Tag zwei verschiedene Aqua-Gymnastik Kurse.
- 60 % Stammkunden, 35 % wechselnde Kundschaft und 5 % Reha-Kunden (VOLPERT, 2004)

5. Kritische Betrachtung der Angebote

Wie oben bereits erwähnt, bieten die Kurbetriebe, in Kooperation mit dem Fitnessstudio David Sport Forum, 14 verschieden Aqua-Gymnastik Kurse und einen Nordic Walking Kurs pro Woche an. Pro Tag werden zwei Aqua-Gymnastik Kurse angeboten, wobei der erste gratis ist. Der Kurs kann als eine Art Schnupperstunde gesehen werden, der zweite kostet dann 3 €. Die Kurse dauern jeweils 20 min und werden von qualifiziertem Personal angeleitet. Aufgrund der hohen Wassertemperatur werden die Übungen mit niedriger Intensität durchgeführt und auch die Kurse sind mit 20 min nur halb so lang wie normal. Durchschnittlich nehmen beim ersten Kurs 30 und beim zweiten 20 Personen beider Geschlechts teil (DITTMANN, 2004). Beim einmal in der Woche sonntags stattfindenden Nordic Walking Kurs nehmen so circa 30 Personen (DITTMANN, 2004) teil. Der Kurs dauert eine Stunde und ist ebenfalls kostenfrei. Die Teilnehmer der Aqua-Gymnastik Kurse nehmen meist ein bis zweimal die Woche teil, beim Nordic Walking sind 90 % Stammteilnehmer. Unter den Teilnehmern der Aqua-Gymnastik Kurse sind maximal 1-5 % der Teilnehmer Kur-/Reha-Gäste, beim Nordic Walking 0 % (DITTMANN, 2004). Da bei beiden Angeboten der Prozentsatz der regelmäßigen Teilnehmer sehr hoch ist, kann man auch von einer trainingswissenschaftlichen Wirksamkeit ausgehen.

6. Befragung

Im Sinne einer Pilotstudie mit Tendenzcharakter habe ich am 16.11.2004 zwischen 16 und 17 Uhr 20 Teilnehmer des Aqua-Gymnastik Kurses im Thermalbad Aukammtal in Wiesbaden befragt.

Ergebnisse:

- 14 Frauen, 6 Männer
- Keiner davon Kur-/Reha-Gast
- 17 Teilnehmer haben schon davor an diesem Kurs teilgenommen, 3 noch nicht.
- Von diesen 17 haben 12 regelmäßig, 4 haben 2-4 mal und einer hat 1-2 mal teilgenommen.
- Ø Alter 55 Jahre
- Wie gefällt Ihnen der Kurs? Von gar nicht (--) bis sehr gut (++)

Tab. 1: Verteilung der Aussagen „Mir gefällt der Kurs gar nicht bis sehr gut.“ (n = 20)

--	-	0	+	++
0	0	1	5	14

-- = gar nicht; - = nicht; 0 = weiß nicht; + = gut;
++ = sehr gut

- Was für Erwartungen haben sie an den Kurs? (Mehrfach-Nennungen möglich)

Tab. 2: Erwartungen an den Kurs (Mehrfach-Nennung möglich)

Training	12
Entspannung	11
Fitness	17
Gesundheit	11
Abnehmen	9
Wellness	8
keine	2

- Werden Ihre Erwartungen erfüllt?

Tab.3: Verteilung der Aussage „Ja, meine Erwartung wird erfüllt oder nein, meine Erwartungen wurden nicht erfüllt“ (n = 20)

Ja	Nein
18	2

7. Fazit

Das Wellness-Angebot ist in Wiesbaden sehr umfangreich, die Kurbetriebe locken Besucher mit verschiedensten Angeboten, die Hotellerie bietet unterschiedlichste Wellness-Arrangements an und auch viele weitere gewerbliche Anbieter kämpfen um Marktanteile im Wellness-Bereich. Doch gibt es sehr wenige sportbezogene Angebote und diese werden auch fast nicht von Kur-/Reha-Gästen angenommen. Hauptgrund hierfür ist der Gesundheitszustand der Reha-Gäste („frisch aus dem Akut-Krankenhaus, bettlägerig oder nur sehr bedingt mobil“ VOLPERT, 2004), die in den Kliniken behandelt werden. Wenn auch nicht von

den Kur-/Reha-Gästen, wird das Angebot doch sehr gut angenommen und sichert den Kurbetrieben von Wiesbaden wichtige Marktanteile im umkämpften Wellness-Markt. Bedingt durch den hohen Prozentsatz an regelmäßigen Teilnehmern kann man auch von einer trainingswissenschaftlichen Wirksamkeit der Kurse ausgehen, da laut HOHMANN/LAMES/LETZELTER (2002, 153) bei „einem einmaligen Konditionstraining pro Woche die körperliche Leistungsfähigkeit mittel- und langfristig gesteigert werden“. Als Schlussfolgerung der Befragung lässt sich sagen, dass das Angebot sehr gut von den „normalen“ Kunden angenommen wird, da ihre Erwartungen zum Großteil erfüllt werden.

8. Bewertung

Das sportbezogene Wellness-Angebot in Wiesbaden macht keine leeren Versprechungen, es erfüllt die Erwartungen der Nutzer und es hat eine Sofortwirkung, nämlich Wohlbefinden, Training und Entspannung. Im Gegensatz zum Präventiv-Sport, wo man die versprochenen Wirkungen erst in ferner Zukunft spürt, bekommt man beim sportbezogenen Wellness-Angebot sofort seine „Belohnung“.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

DEUTSCHER WELLNESS VERBAND:

- Definition von Wellness. In: URL:

<http://www.wellnessverband.de/infodienst/lexikon/w/wellness.php> [06.12.2004]

-Wellness-Lexikon. In: URL:

<http://www.wellnessverband.de/infodienst/lexikon/listview.php> [06.12.2004]

-Wellness-Lexikon Stichwort Bewegung. In: URL:

<http://www.wellnessverband.de/infodienst/lexikon/b/bewegung.php> [06.12.2004]

DITTMANN, P.: Geschäftsführerin David Sport Forum Wiesbaden (Gespräche vom 30.11.2004)

HOHMANN, A., LAMES, M., LETZELTER, M.: Einführung in die Trainingswissenschaft, Wiebelsheim 2002

KENT, M. (Hrsg.): Wörterbuch Sportwissenschaft und Sportmedizin, Wiesbaden 1998

MÄKE, P. <touristinformation@wiesbaden.de> (15.11.2004)

SCHNEIDER, V.: Individuelle Gesundheitsaspekte im Zusammenhang mit sporttouristischen Aktivitäten, Mainz Fachbereich Sport

Diplomarbeit 2003

VOLPERT, K.: Leiter der Bäder (Gespräch vom 29.11.2004)

Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport WS 2004/05, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer

Referentin: Hanne-Marit Schmeling, Datum: 15.12.2004 E-Mail: marit7@gmx.net

13. Zur Darstellung der gesundheitlichen Funktion des Sports in Lehrbüchern der Sportsoziologie (M)

1. Einleitung

Als Einstieg in die Literaturrecherche habe ich das Buch „Einführungs- und Lehrbücher zur Sportsoziologie“ von DEITERSEN-WIEBER, sowie den Onlinekatalog der Universitätsbibliothek Mainz herangezogen. Da die Inhaltsverzeichnisse und Sachwortregister nicht immer aufschlussreich waren, habe ich vier Werke ausgewählt, in denen die gesundheitliche Funktion des Sports sowohl in eigenen Kapiteln als auch kapitelübergreifend thematisiert wurde.

2. Cachay, Thiel (2000): Soziologie des Sports – zur Ausdifferenzierung und Entwicklungsdynamik des Sports der modernen Gesellschaft. In Teil II Sport als gesellschaftliches Teilsystem, wird in vielen Unterpunkten auf den gesunden Körper Bezug genommen. Beispielhaft sei hierzu 3.3.2 Medizinische Theorien und 3.3.4 Die medizinische Gymnastik genannt. Zudem wird auf die historische Entwicklung der Sportsoziologie und des Sports als Therapie eingegangen. Hier ist besonders der deutsche Arzt und Medizinprofessor Hoffmann (1660-1742), Anhänger der Iatromechanik, zu nennen, durch den die ärztliche Verordnung der Lei

besübungen ihre erste breite Fundierung erfuhr. Gutsmuths und andere Zeitgenossen gingen einen Schritt weiter und beschrieben den Körper als menschliche Maschine, die „in Gang gehalten und zum besseren Funktionieren gebracht werden kann“ (S. 70).

In *III Zentrale Bereiche des „modernen“ Sports* widmen die Autoren ein komplettes Kapitel dem Thema: *Der Sport und das Gesundheitssystem*. Hier geht es um die Prävention, die Gesundheitsförderung und die Gesundheitspolitik (Diskussion über Kostenübernahme seitens der Krankenkassen für präventive Maßnahmen im sportlichen Bereich).

3. Heinemann (1998): *Einführung in die Soziologie des Sports*

Aus Kapitel 2 *Konzepte einer Soziologie des Sports*, ist dem Unterkapitel 2.2 *Schwerpunkte sportsoziologischer Forschung* folgendes Zitat von PLESSNER (1952) entnommen:

„Bewegungsarmut, einseitige körperliche und nervliche Belastungen und Entlastungen führen zu Zivilisationskrankheiten, die sich in Statistiken über die Zunahme von Herzinfarkten, von Managerkrankheiten, von allgemeinen Verschleißerscheinungen bis hin zu Haltungsschäden belegen lassen“ (S. 39).

Des Weiteren wird im gleichen Unterkapitel die kulturelle Ebene (Gesundheits-, Körper- und Schönheitsideale) beleuchtet. In Kapitel 4 *Der Körper als soziales Gebilde*, finden sich Themen wie die schichtenspezifischen Unterschiede, die gesundheitliche Gefährdung durch Sport und die Gesundheitsideale. „So gibt es in unserer Gesellschaft schichtenspezifische Unterschiede in der Definition des Begriffs Gesundheit oder der Zustände, die als ‚krank‘ akzeptiert wurden und entsprechend ein breites Spektrum der Reaktionen auf Störungen des Wohlbefindens“ (S. 143).

4. Weiß (1999): *Einführung in die Sportsoziologie*

Kapitel 3 *Sport und Gesellschaft* behandelt Themen u.a. des Wertewandels im Sport. In dem Unterkapitel 3.2 *Differenzierung und Trends im Sport* heißt es: „Es geht vielfach nicht mehr um das Ausüben einer gesundheitsbewussten Tätigkeit zur Erzielung eines gesunden, leistungsfähigen Körpers, der in Harmonie zum Geist steht“ (S. 62). Sporttreiben wird mehr und mehr „in eine konsumatorische Haltung integriert“ (ebd.).

In Kapitel 4 *Sozialisation und Sport*, finden wir im Abschnitt 4.2.1 *Physischer Habitus* wiederum eine schichtenspezifische Unterteilung. Das daraus resultierende Verhalten wird vor allem auf den Habitus (hier synonym mit „Geschmack“ verwendet) bezogen. In Abschnitt 4.2.2 *Körperethos* wird das Gesundheitsverhalten ebenfalls über die soziale Stellung interpretiert, der Sport wird in die Kultur mit eingegliedert.

5. Voigt (1992): *Sportsoziologie – Soziologie des Sports*

In Kapitel 5 *Sport – Kriterien seiner soziologischen Bestimmung oder: Eine kleine Soziologie des Sports* wird im Unterkapitel 5.1 *Herkunft und Semantik des Wortes Sport* folgendes Zitat als „älteste uns bekannte Definition des Sports im deutschen Sprachraum“ (S. 97) von HESSEN (1908) genannt: „Sport helfe, kulturbedingte *Gesundheitsschäden* zu überwinden – ‚mindestens den gebildeten Schichten‘ winke ‚im Sport Sicherheit und Rettung‘“ (ebd.).

Im gleichen Kapitel auf S. 98 wird eine Studie von MRAZEK (1982) aufgeführt: „Was verstehen Sportstudenten heute unter Sport?“. In einem Punkt darin heißt es: „Sport setzen Sportstudierende praktisch gleich mit *Spiel* und *Gesundheit*“. Die Mehrzahl empfinde Sport als „Antistressaktivität“. In 5.4 *Merkmale und Motive des Sporttreibens* wird als „Oberstes Ziel sportlicher Aktivität [...] Gesundheit und alles, was damit zusammenhängt“ (S. 124) genannt. „Sportlichkeit ist die Verkörperung von Gesundheit und Gelenkigkeit, von Schlankheit und gutem (=jugendlichem) Aussehen“ (Zitat: OPASCHOWSKI (1987), in VOIGT, S. 125). Der gesundheitliche Aspekt des Sports wird mit empirischen Untersuchungen belegt. In Kapitel 6 *Sport und soziale Ungleichheit*, werden, wie bei den bereits genannten Autoren, die schichtenspezifischen Unterschiede herausgearbeitet.

6. Fazit

Sport und Gesundheit werden, vor allem im Kontext der Schichtenzugehörigkeit, zumeist fast synonym verwendet. Bereits in den Anfängen der Sportsoziologie wurde die gesundheitliche Funktion des Sports behandelt. Wegweisend waren hier die Iatromechanik und die Iatrophysik, sowie die Medizinsoziologie. Einige Soziologen beschäftigten sich in gesonderten Kapiteln mit Sport und Gesundheit (so z.B. bei CACHAY, THIEL (2000)), in anderen Werken zog

sich das Thema über mehrere Kapitel und war somit nicht auf den ersten Blick zu finden. Insgesamt wird Sport, die gesundheitliche Funktion betreffend, sowohl positiv als auch negativ dargestellt, wobei die positive Komponente überwiegt. Ein großes Manko ist jedoch, dass Sport in keinem der vorgestellten Werke differenziert betrachtet wird. Es wird in keine Sportarten unterschieden. Ebenso wird über die allgemeine Funktion des Sports – welchen Beitrag kann der Sport für die Allgemeinheit leisten – wenig referiert.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

- CACHAY, K., THIEL, A.: Soziologie des Sports – zur Ausdifferenzierung und Entwicklungsdynamik des Sports der modernen Gesellschaft. Juventa, Weinheim und München, 2000.
- DEITERSEN-WIEBER, A.: Einführungs- und Lehrbücher zur Sportsoziologie. LIT, Münster, Hamburg, 1994.
- HEINEMANN, K.: Einführung in die Soziologie des Sports. Hofmann, Schorndorf, 1998.
- HESSEN R. (1908) zitiert nach: VOIGT, D.: Sportsoziologie – Soziologie des Sports. Diesterweg GmbH & Co., Frankfurt am Main, Sauerländer AG, Aarau, 1992.
- MRAZEK, J. (1982) zitiert nach: VOIGT, D.: Sportsoziologie – Soziologie des Sports. Diesterweg GmbH & Co., Frankfurt am Main, Sauerländer AG, Aarau, 1992.
- OPASCHOWSKI, H. W. (1987) zitiert nach: VOIGT, D.: Sportsoziologie – Soziologie des Sports. Diesterweg GmbH & Co., Frankfurt am Main, Sauerländer AG, Aarau, 1992.
- PLESSNER, H. (1952) zitiert nach: HEINEMANN, K.: Einführung in die Soziologie des Sports. Hofmann, Schorndorf, 1998.
- VOIGT, D.: Sportsoziologie – Soziologie des Sports. Diesterweg GmbH & Co., Frankfurt am Main, Sauerländer AG, Aarau, 1992.
- WEIß, O.: Einführung in die Sportsoziologie. WUV-Universitätsverlag, Wien, 1999.

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
Referent: Sebastian Hennig, Datum 15.12.2004 E-Mail: sebastian-hennig@web.de**

14. Deutsche treiben zu wenig Sport – Vergleich einer EU-Studie mit dem 1. deutschen Kinder- und Jugendsportbericht (U)

1. Einleitung

„Die Deutschen treiben laut einer EU-Studie zu wenig Sport. Nach der in Brüssel veröffentlichten Europastatistik gaben nur 28 Prozent der Deutschen an, sich mindestens zwei Mal wöchentlich sportlich zu betätigen. Im EU-Durchschnitt sind es 55 Prozent und in Luxemburg sowie Finnland sogar mehr als drei Viertel der Befragten“ (o. V., Mai/2004, S. 45).

2. Fragestellung

- Ist die Europastatistik, die für alle Altersgruppen gilt, auf die Kinder und Jugendlichen aus Deutschland übertragbar?
- Treiben die deutschen Kinder und Jugendlichen im Vergleich mit ihren Altersgenossen, aus anderen EU-Ländern, so wenig Sport, wie es die Statistik für alle Deutschen besagt?

3. Studien

Tab.1: Übersicht zu Motorik- und Fitness-Studien (bearbeitet: nach NAUL aus SCHMIDT et al. (Hg.) 2003, S.363)

Autor	Jahr	n	Alter
Helnecke	1993	KEN 34 GER 34	6-10
Rychtecky, Naul & Neuhaus	1996	CZE 126 GER 113	12-14
Ulmer & Bös	2000	San Salvador 41 GER 40	10
Roth, Pauer, Kimura, Ono, Wakayoshi & Momenya	2000b	JPN 1.917 GER 742	10-17
Telama, Naul, Nupponen, Rychtecky, & Vuolle	2002	BEL 2.225 CZE 439 EST 1.290 FIN 1.109 GER 977 HUN 439	12,15
Naul, Hoffmann, Nupponen, & Telama	2003	FIN 1.108 GER 945	15

Tab.2: Übersicht zu Sozialisations- und Lebensstil-Studien (bearbeitet: nach NAUL aus SCHMIDT et al. (Hg.) 2003, S.370)

Autor	Jahr	n	Alter
Krotee, Blair, Naul, Neuhaus, Hardman, Komuku, Matsumura, Numminen & Jwo	1994	ROC 383 ENG 286 FIN 233 GER 287 JPN 320 USA 311	13-15
Steffgen & Schwenkmezger	1995	LUX 2.133 (344) GER 344	10-21
Brettschneider, Brandl-Bredenbeck & Rees	1996	GER 1.086 USA 958	13+ 15+ 18
Telama, Naul, Nupponen, Rychtecky & Vuolle	2002	BEL 2.225 CZE 439 EST 1.290 FIN 1.109 GER 977 HUN 439	12+ 15

4. Schwierigkeiten

- Kleine Samples
- Unterschiedliche Items bei gleicher Fragestellung
- Spärliche Ergebnisse zum Grundschulalter
- (zum Teil nicht vergleichbare Lebensräume)
- Items aus deutschen Studien international fast nicht berücksichtigt
- Komparative Studien fast ausschließlich in englisch
- Manche Testverfahren zur Überprüfung von Talenten bzw. Trainingsfortschritten

5. Tendenzen

5.1 Motorik- und Fitness-Studien

- 10-12jährige Deutsche haben teils bessere, teils gleiche Werte gegenüber EU
 - o Besonders: Schnelligkeit und Schnellkraft
 - o In nachfolgenden Altersstufen wird dies aber von Jugendlichen aus der EU ausgeglichen und übertroffen
 - Besonders deutlich 14-15jährige Mädchen

- Defizite und/oder Entwicklungsverzögerungen aller deutschen Jugendlichen in Beweglichkeit, Flexibilität, Koordination
- Deutsche Jugendliche haben ein höheres Sportengagement in Vereinen und sonstigen außerschulischen Aktivitäten; zeigen aber keine besseren bzw. höheren körperlichen Leistungswerte

5.2 Sozialisations- und Lebensstil-Studien

- Deutsche Jugendliche haben:
 - o Höhere EGO-Orientierung
 - o Größere soziale Kommunikationsorientierung
 - o Höhere Mitgliedschaften in Vereinen
 - o Höher ausgeprägtes Selbstkonzept
- Deutsche Jugendliche sind:
 - o Weniger an motorisch-physischen Aufgabenstellungen interessiert
 - o Im EU-Durchschnitt etwas häufiger sportlich inaktiv
- Deutsche Jugendliche finden:
 - o Die Leistungs- und Wettkampfkomponekte für von geringerer Bedeutung
 - o Den eigenen körperlichen Leistungsaspekt für weniger wichtig

6. Bewertung

Die hier aufgeführten Testergebnisse sind nicht zu generalisieren, da eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Testdurchführungen nicht gegeben ist. Es sind nur verschiedene *Tendenzen* im Kinder- und Jugendsport festzustellen.

Jedoch ist festzuhalten, dass die deutschen Kinder und Jugendliche viel Sport treiben, im Vergleich mit Altersgenossen aus anderen Ländern aber schlechtere Testergebnisse vorweisen.

Viele sportliche Aktivitäten (z.B. Inlineskating) werden in den Tests nicht erfasst. Die deutschen Kinder und Jugendlichen treiben also für die Statistik den falschen Sport.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

- NAUL, R. (2003). Heranwachsende und ihr Sport in internationaler Perspektive. In: SCHMIDT, W. / HARTMANN-TEWS, I. / BRETTSCHEIDER, W.-D. (Hg): Erster Deutscher Kinder- und Jugendbericht. Hofmann Verlag, S. 361-379
- O. V.: „Deutsche treiben zu wenig Sport“. In: Sport/InForm, Mai/2004, S. 45
- TELAMA, R. / NAUL, R. / NUPPONEN, H. / RYCHTECKY, A. / VUOLLE, P. (2002): Physical fitness, sporting lifestyles and olympic ideals: cross cultural studies on youth sport in Europe. Schorndorf

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz**

Leitung: Prof. Dr. Dr. Messing, Prof. Dr. H.-V.Ulmer

Referent: Raphaél Laghnej, Datum 05.01.2005 Email. Laghnej@compuserve.de

15. Die Firma Safs &Beta – Eine Bildungsakademie für Freizeitsportprogramme (U)

Die Ziele und Aufgaben

Die Firma Safs & Beta sieht ihre Aufgabe darin, eine qualitativ hochwertige Ausbildung zu schaffen um individuelle berufliche Ziele im Freizeitsport ermöglichen zu können. Dazu zählt das Anbieten von markt- und zukunftsgerichteten Aus- und Weiterbildungsprogrammen.

Das Ausbildungskonzept

Das Ausbildungskonzept ist in verschiedene Ausbildungsstufen gegliedert. Es beginnt mit dem Grundkurs, welches mit dem Inhalt eines „Praktikums“ gleichgesetzt werden kann. Der Grundkurs gibt Eindrücke über das Arbeitsfeld von Theorie und Praxis des Trainers bzw. Instructors. Es gilt herauszufinden, ob das Tätigkeitsfeld den eigenen Vorstellungen entspricht. Der Basic Level, das Basis-Diplom, ist die sogenannte „Lehrzeit“. Es dient zur Schaffung einer soliden Basis für die weitere berufliche Laufbahn. Der Advanced-Level oder auch „die Gesellenzeit“ erweitert das bisherige Wissen. Hierbei können Schwerpunkte gewählt werden. Das Master-Diplom schließt die Ausbildung ab. Durch die Fortbildung wird es stets ermöglicht, auf Veränderungen des Marktes reagieren zu können und sich kundengerecht fortzubilden.

Der Ablauf der Ausbildung

Die Anmeldung zum Lehrgang erfolgt per Post, Fax oder per Internet. Ist diese eingegangen, bekommt der Teilnehmer eine Buchungsbestätigung des gewählten Lehrgangs zugesandt. Zu Beginn des Lehrgangs erhält jeder die benötigten Lehrgangsunterlagen. Im Präsenz-Unterricht wird der relevante Stoff in Theorie und Praxis Einheiten erarbeitet. Die Prüfungsvorbereitung findet Zuhause statt. In Eigenregie wird das erarbeitete Lehrmaterial wiederholt. Sofern notwendig, muss eine schriftliche Hausarbeit angefertigt und bei Prüfungsantritt eingereicht werden. Den Prüfungstermin kann jeder Teilnehmer individuell bestimmen. Voraussetzung ist jedoch die Anmeldung innerhalb von zwei Jahren nach besuchtem Lehrgang.

Die Zertifikate

Jeder Absolvent erhält nach erfolgreichem Prüfungsabschluss ein Diplom und einen Education-Pass. Das Diplom dokumentiert das Thema, den Inhalt des bestandenen Lehrgangs sowie das Ausstellungsdatum. Der Education-Pass enthält sämtliche Diplomausbildungen, Zusatzqualifikationen und Weiterbildungen bei Safs & Beta.

Die Gültigkeitsregelung

Jedes erhaltene Diplom besitzt eine Gültigkeitsdauer von zwei Jahren. Um diese zu aktualisieren, müssen innerhalb der Gültigkeitsdauer 300 Punkte erzielt werden. Pro besuchten Lehrgang ergeben sich 100 Punkte. Bei einer Teilnahme an einem „Bodylife-“ oder „Safs-Kongreß“ ergeben sich jeweils 50 Punkte. Bei jeder weiteren Safs&Beta- Ausbildung erhält man eine automatische Verlängerung des Diploms.

Bewertung

Grundsätzlich begrüße ich alle Institutionen, die Trainer- bzw. Instruktor-Ausbildungen anbieten, um die für den Gesundheits- und Freizeitsport dringend benötigten Fachkräfte durch Schulen und Fortbilden, zu schaffen. Ob die Bildungsakademie Safs & Beta primär dieses Ziel verfolgt wage ich anzuzweifeln. Wichtige Gründe für meine Behauptung sind zum einen das angebotene Preis- Leistungsverhältnis zum anderen die Umwerbung potenzieller Neukunden. Ihnen wird eine neue Ausbildung oder gar ein neuer Berufsweg versprochen, der aber mit den angebotenen Kursen sicher so nicht möglich ist. Bei einer nachträglichen Anfrage per Email zu den Themen Durchfallquote und Kontraindikation als Lehrstoff, bekam ich keinerlei Auskunft. Bei der telefonischen Nachfassaktion meiner Rückfrage wurde mir die Auskunft verweigert. Darüber hinaus verhielt sich die Firma Safs & Beta während meiner gesamten Recherchen sehr unkooperativ.

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
 WS 2004/05, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Leitung: Prof. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
 Referentin: Nina Gleber, Datum: 05.01.2005 E-Mail: feuertuete205@gmx.de**

16. Bewegungsmuffel und Fettleibigkeit – Was sind die Grundlagen der Katastrophenmeldungen in den Zeitungen ? (M)

1. Einleitung

Gibt man das Wort „Fettleibigkeit“ in die Zeitungsartikel-Suchmaschine im Internet ein, wird eine große Auswahl an Artikeln über dieses Thema geöffnet. *Wo kommt dieser Trend her??* In diesen Artikeln schlagen Mediziner, Sportwissenschaftler, Betroffene oder Minister Alarm, es sei schlecht bestellt um die körperliche Zukunft unserer Jugend. Es wird ein Krisenszenario dargestellt, laut dessen unsere Jugend faul, fett, krank, schlapp ist, sie Haltungsschäden und schlechte Koordination und keine Ausdauer aufweisen.

2. Theoretische Überlegungen

- Attraktivität in den Medien
- Betonung der Wichtigkeit von präventiven Maßnahmen und Organisationen
- Warnung vor Folgekosten für Gesundheitssysteme
- Dramatisierung der Situation
- Schönheitsideal/ Körperbetonung

3. Definition: Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Adipositas ist der erhöhte Anteil an Fettmasse im Verhältnis zum Körpergewicht. Die Einflußfaktoren von alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten müssen bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. Hierzu werden Perzentile, sogenannte alters- und geschlechtsspezifische Referenzwerte verwendet.

Es gibt verschiedene anthropometrische Meßmethoden, um die Körperfettmasse zu ermitteln:

- Hautfaltendickmessungen (direkte Verfahren)
- Größen-Gewichts-Relationen (indirekte Verfahren)
 - Längen-Soll-Gewicht
 - Body Mass Index (BMI = Körpergewicht/ Körpergröße²)

Der BMI wird seit 90 Jahren als Parameter eingesetzt und hat sich weltweit zur Bestimmung von Übergewicht und Adipositas durchgesetzt.

4. Probleme der Datenerhebung

Der Blick auf die nationale und internationale Literatur zeigt, dass die Datenlage zu Quellenangaben und Definitionen äußerst unbefriedigend und auch uneinheitlich ist.

- Derzeit kann keine Methode zur Ermittlung der Körperfettmasse als befriedigend eingestuft werden.
- Die Grenzwerte zur Festlegung der Adipositas variieren in der Literatur.
- Es werden unterschiedliche Meßmethoden vorgenommen in den Untersuchungen.
- Es werden unterschiedliche Definitionen von Übergewicht und Adipositas verwendet.
- Stichprobengröße und die Zusammensetzung der Auswahl sind uneinheitlich.

5. Betrachtung der Studien zur Erhebung des Bewegungsstatus

Auch die Forschungsergebnisse zu sportmotorischen Leistungsfähigkeiten sind widersprüchlich. Der negative Trend im Vergleich zu früher publizierten Befunden läßt sich nicht bestätigen. Mögliche Ursachen:

- In Studien werden verschiedene Variablen (sozial, geographisch, psychisch) der Untersuchungen nicht berücksichtigt
- unterschiedliche Meßverfahren werden verwendet

- verwertbares Vergleichsmaterial, das wissenschaftlichen Ansprüchen ausreicht, ist leider selten
- es gibt zu wenig Studien, die die medizinischen Daten zu Gesundheitskennwerten mit sportmotorischen Befunden verknüpfen

Untersuchungsmethodiken:

- (1) Projekt IDEFIKS („Interdisziplinäre Evaluierung der Fitness und Gesundheit bei Kindern im Saarland“)
- (2) Studie von WIAD-AOK-DSB: „Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (Zeitraum 1999-2000)

6. Zusammenfassung

Wenn man die Kinder und Jugendlichen betrachtet, erscheint die negative und mit Sorge verbundene öffentliche Diskussion über den negativen Trend der Gesundheit zwar berechtigt, doch die vorliegende Datenlage reicht nicht aus, Katastrophenmeldungen in der Anzahl zu veröffentlichen. Es sollte mit Nachdruck daran gearbeitet werden, die schlechte Datenlage zu verbessern.

Kann diese uneinheitliche, widersprüchliche Datenlage die Grundlage für Beurteilung von Gesundheit bzw. sportmotorischer Leistungsfähigkeit sein???

Literatur- und Quellenverzeichnis:

COSLER, D./KLAES, L./ROMMEL, A./ZENS, Y.C.K.: Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. (Studie von WIAD-AOK-DSB) .

www.richtigfit.de/media/downloads/wiad_2003_copy.pdf (25.12.2004).

KLEIN, M./EMRICH, E./SCHWARZ, M./PAPATHANASSIOU, V./PITSCH, W./KINDERMANN, W./URHAUSEN, A.: Sportmotorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen im Saarland – Ausgewählte Ergebnisse der IDEFIKS-Studie (Teil 2). In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 55 (2004) 9, 211-220.

MANN, R./GOLDAPP, C.: Zur Datenlage von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. In: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung 27 (2004) 1, 12-18.

www.wiad.de/projekte/bewstat/index.html (04.12.2004).

SCHMIDT, W.: *Veränderte Kindheit – veränderte Bewegungswelt*. Sportwissenschaft. Nr. 27 (1997): 143-160.

URHAUSEN, A./SCHWARZ, M./KLEIN, M./PAPATHANASSIOU, V./PITSCH, W./KINDERMANN, W./EMRICH, E.: Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen im Saarland – Ausgewählte Ergebnisse der IDEFIKS – Studie (Teil 1). In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 55 (2004) 9, 202-210.

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leitung: Prof. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
Referent: Christian Ständer, Datum: 12.01.2005 E-Mail: staenderch@gmx.de**

17. Unbegrenzte Zunahme der Lebenserwartung als Zeichen der Volksgesundheit (M)

Problemstellung:

Menschen in Deutschland werden immer älter und bleiben häufig auch länger gesund. Wodurch hat sich die Zunahme der Lebenserwartung entwickelt und welche Probleme gehen mit dieser Zunahme einher? Unterstützen alte Menschen selbst aktiv diese Entwicklung?

1. Was sagt der Begriff **Lebenserwartung** aus?

Lebenserwartung ist die Anzahl der Jahre, die ein Mensch eines bestimmten Alters und Geschlechts in einer bestimmten Bevölkerung durchschnittlich noch erleben wird (Meyers Grosses Handlexikon, 1988, S. 488).

2. Was sagt der Begriff **Volksgesundheit** aus?

Der Begriff beschreibt den physiologischen, geistigen und sozialen Zustand einer Lebensgemeinschaft von Menschen, die durch eine gemeinsame Sprache, ein gemeinsames kulturelles Erbe und historisches Schicksal gekennzeichnet ist.

(frei nach: Def.: Gesundheit der WHO; Stichwort: Volk. In Meyers Gr. Handlexikon, 1988, S. 932)

2.2. Nach der Weltgesundheitsdefinition (WHO) 1946:

"**Gesundheit** ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen."

("Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (World Health Organization, 1946))

2.3. Nach dem Soziologen T. Parsons:

Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert (Sozialisation = Einordnungsprozess in die Gesellschaft, Normen- und Werteübernahme) worden ist.

3. Anstieg der Lebenserwartung

(Periodensterbetafel für Deutschland. Statistisches Bundesamt, 2004)

Die durchschnittliche Lebenserwartung eines Neugeborenen ist seit 1871 bis 2003 um knapp 40 Jahre gestiegen. Diese Zahl gibt ohne weitere Recherche ein verfälschtes Bild wieder. Vor, und einige Jahre nach der Jahrhundertwende (19./20 Jh.) lag die Höhe der durchschnittlichen Lebenserwartung bei ca. 40 Jahren. Ein Grund für dieses relativ geringe durchschnittliche Alter ergab sich aus der hohen Säuglingssterblichkeit und tödlichen Kinderkrankheiten. Diese hohe Säuglingsmortalität drückte folglich den Wert der durchschnittlichen Lebenserwartung.

(Periodensterbetafel für Deutschland. Statistisches Bundesamt, 2004)

Betrachtet man die durchschnittliche Lebenserwartung von 60-jährigen 1871 und im Jahr 2003 so erkennt man, dass hier lediglich eine Steigerung von ca. 10 Jahren stattgefunden hat. So hat ein 60-jähriger heute eine Lebenserwartung von ca. 19,7 Jahren, wohingegen er damals noch weitere 12,4 Jahre durchschnittlich zu leben hatte. Hier wird deutlich, dass bereits vor ca. 130 Jahren Menschen in Deutschland durchaus ein ähnlich hohes Alter erreichen konnten wie heute. Voraussetzung dafür war es, die hohe Säuglingssterblichkeit und Kinderkrankheiten unbeschadet zu überstehen.

3.1. Anstieg der Lebenserwartung in zwei Phasen

(Periodensterbetafel für Deutschland. Statistisches Bundesamt, 2004)

Der Anstieg der Lebenserwartung lässt sich in zwei Phasen einteilen. In der ersten Phase von 1871 bis zur Mitte des 20. Jh. Stieg die Lebenserwartung von Neugeborenen um rund 30 Jahre. In der zweiten Phase von der Mitte des 20. Jh. bis 2003 ist die Lebenserwartung lediglich um ca. 12 Jahre gestiegen. Zu begründen ist dies mit einer deutlichen Verringerung der Säuglingssterblichkeit in der ersten Phase dieser Entwicklung, wohingegen in der zweiten Phase dieser Entwicklung die folgende Hauptgründe genannt werden: medizinischer Fortschritt, verbesserte Hygiene und Ernährung, bessere Wohnsituation, bessere Arbeitsverhältnisse und materieller Wohlstand.

4. Problematik & Folgen des Alterns

Im so genannten Ruhestand tritt häufig der Fall ein, dass Ehe- oder Lebenspartner sterben und der nunmehr allein lebende Mensch häufig unter seiner Einsamkeit leidet, darüber hinaus besteht im Alter oft eine größere Distanz zur Familie. Diese Distanz lässt Gefühle des „nichtgebraucht-werden“ entstehen. Neben dem Verlust familieninterner Personen kommt der Ver

lust von Freunden hinzu, so fallen unter Umständen familienexterne Vertrauenspersonen immer weiter weg.

Zu dem wachsenden Gefühl der Einsamkeit kommen problematische Entwicklungen hinzu, wie das Bewusstwerden der zunehmenden Morbidität, das Aufgeben des Berufes und dem damit verbundenen Gefühl keine Aufgaben mehr zu haben und in Folge als unwichtig, wenn nicht gar lästig für die Gesellschaft zu werden. Das Selbstwertgefühl sinkt. Ein Mensch im Ruhestand hat insbesondere viel Zeit, die er in der heutigen Zeit durchaus noch lange gesund bestreiten kann. Diese muss bzw. sollte er nutzen um all diesen und vielen anderen negativen Effekten des Alterns entgegen zu wirken. Hier kann der Alterssport seinen Beitrag leisten, neben den positiven gesundheitlichen Effekten für den Körper bietet er auch gerade im sozialen Bereich älteren Menschen die Möglichkeit sich gesellschaftlich zu integrieren (Lehr 2002; Kolb 1999).

Tab. 1:

Ziele des Alterssport:	Mögliche Motive der Teilnehmer:
<ul style="list-style-type: none"> - allgemeine Gesundheitsstabilität - komplexe Funktionsfähigkeit (physisch & psychisch/sozial) - Körperliche Unabhängigkeit - Wohlbefinden 	<ul style="list-style-type: none"> - Finden sozialer Kontakte - Spaß und Zeitvertreib - Gesundheitsstabilität - Steigerung des Wohlbefindens

(Quelle: zusammengestellt nach Lehr 2002; Kolb 1999)

Trotz der offensichtlich positiven Wirkung des Alterssports in physiologischen, psychologischen und sozialen Bereichen nehmen lediglich 6% der 60-70jährigen an organisierten Sportangeboten teil (Kolb, 1999).

5. Fazit

Sport hilft den 3. Lebensabschnitt in Gesellschaft und gesünder zu gestalten. Außerdem können ältere Menschen im Ruhestand darin neue Aufgaben und Ziele finden. Es ist jedoch darauf zu achten in wie weit der Sport Risiken für die wachsende Multimorbidität einer älteren Person birgt und ob individuelle Kontraindikationen gegen aktiven Sport sprechen, bzw. ob dadurch eine spezielle Betreuung notwendig ist. In Anbetracht der Tatsache, daß relativ wenige Alte an Sportveranstaltungen teilnehmen, betrachtet man den statistischen Wert, so sollte verstärkt Werbung für einen aktiven Alterssport forciert werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

KOLB, M.: Bewegtes Altern. Schorndorf: Hofmann, 1999.

LEHR, U.: Psychologie des Alterns. (6. Aufl.) Heidelberg, Wiesbaden: Quelle & Meyer, 1987.

LEHR, U.: Bewegt Altern – Eine Herausforderung für das Individuum und die Gesellschaft.

In: Baumann, H. & A. Rütten (Hrsg.). Perspektiven bewegten Alterns. Köln: Sport und Buch Strauss, 2002.

Meyers Grosses Handlexikon: 15. Aufl. Stichwort: Lebenserwartung. Mannheim: Meyer, 1988, S. 488.

PARSONS, T.: Definition: Gesundheit. http://www.club24.at/ia/gesundheit/ges_def.html [Stand 14.01.2005]

Periodensterbetafel für Deutschland. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Wiesbaden, 2004

http://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/sfgsuchergebnis.csp?action=newsearch&op_EVASNr=startwith&search_EVASNr=126 [Stand 14.01.2005]

WHO: Definition: Gesundheit. New York: 22.06.1946. <http://www.who.int/about/definition/en/> [Stand 14.01.2005]

18. Macht Joggen blöd? (U)

1. Problemstellung

„Jede Erschütterung des Gehirns reduziert offenbar die Denkfähigkeit. Auch Dauerläufer können betroffen sein“ (o.V. 2004, 1).

So lautet der Beginn eines Artikels, der am 21.03.2004 bei FOCUS Online erschien. FOCUS Online bezieht sich dabei auf einen Bericht der Männer-Zeitschrift „Men's Health“. Diese Zeitschrift wiederum beruft sich auf eine Studie an der Universität von Kalifornien in Los Angeles.

Nachfolgend soll deshalb die These „Joggen macht blöd“ untersucht werden.

2. Wirkungen körperlicher Aktivität auf das Gehirn

2.1 Negative Wirkungen

a) Aussage des Artikels „Macht Joggen blöd?“

- Erschütterungen des Gehirns reduzieren Denkfähigkeit
- dauerhafte Erschütterungen des Kopfes beim Joggen
- JOGGEN FÜR GEHIRN NICHT UNBEDENKLICH (o.V. 2004, 1)!

b) Wissenschaftliche Belege zur Gefahr von Kopfbällen

Besonders für Kinder und Jugendliche gilt:

1. kurzfristige Schäden:

- Verzögerte Fähigkeiten zur Konzentration
- Verzögerte Fähigkeit zur Problemlösung
- Verzögertes Reaktionsvermögen

2. langfristige Schäden:

- schlechtere Leistung des Gedächtnisses (verbal und bildlich)
- schlechtere Leistung im analytischen Vorgehen
- schlechtere mentale Flexibilität

Dennoch gilt: ZIELGENAUES UND VORBEREITETES TREFFEN DES BALLES
 WENIG VERLETZUNGSTRÄCHTIG (GERSTE 2002, 1)!

2.2 Positive Wirkungen

a) regional vermehrte Gehirndurchblutung

Mittels PET und Fahrradergometeruntersuchung konnten signifikante Durchblutungssteigerungen in verschiedenen Gehirnabschnitten festgestellt werden. Eine höhere Belastungsintensität ist hierbei tendenziell mit einer stärkeren Zunahme der Durchblutung gekennzeichnet (HOLLMANN u.a. 1994, 499).

b) stimulierender Faktor für Hirnplastizität

Körperliche Aktivität (allgemein aerob dynamische Ausdauer) führt zu einer Produktionszunahme von neurotrophen Faktoren (HOLLMANN u.a. 1994, 499). Von der Existenz einer genügend großen Menge dieser Faktoren hängt das Lernvermögen ab. Eine durch körperliches Training ausgelöste Plastizitätsförderung sorgt somit für das Überleben von Neuronen (Nervenzellen) und löst neben einem verbesserten Leistungsvermögen eine größere Widerstandsfähigkeit gegenüber Durchblutungsstörungen aus. Gleichzeitig findet eine Neubildung von Blutgefäßen (Angiogenese) statt, welche eine verbesserte Blutversorgung bewirkt. Laut HOLLMANN u. STRÜDER fördert körperliche Bewegung selbst bei Erwachsenen die Anregung zur Bildung neuer Neuronen (HOLLMANN u. STRÜDER 2003, 265).

c) stimmungspositiver Einfluss

Untersuchungen zeigten hoch signifikante schmerzdämpfende Einflüsse von endogenen opioiden Peptiden. Hiermit gingen Stimmungsveränderungen in Richtung Euphorie einher. Bei Ergometerbelastung wird Tryptophan der Eintritt in das Gehirn erleichtert, wodurch ebenfalls stimmungsaufhellende Effekte (Serotoninausschüttung) eintreten (HOLLMANN u.a. 1994, 494). Endorphin- und Serotonin-veränderungen machen darüber hinaus den stimmungspositiven Einfluss von körperlicher Aktivität bei Patienten mit Depressionen verständlich (HOLLMANN u. STRÜDER 2003, 265).

d) Vorbeugung kognitiver Leistungsverluste im Alter

Im Alter von etwa 50-60 Jahren beginnt der Abbau von Dendriten (Bestandteil von Nervenzellen). Untersuchungen von HOLLMANN u. STRÜDER ergaben, dass mit zunehmendem Lebensalter für identische geistige Leistungen größere Gehirnbezirke in Anspruch genommen werden. Die maximale Sauerstoffaufnahme kann durch Ausdauertraining bis zum 50. Lebensjahr annähernd konstant gehalten werden (HOLLMANN u. HETTINGER 1990, 366). Ähnliches gilt für die kognitive Leistungsfähigkeit. So konnte bei älteren Personen, die ein jahrelanges Ausdauertraining absolviert hatten kein signifikanter Unterschied im Vergleich zu jüngeren Menschen festgestellt werden. Bedingt durch die körperliche Aktivität wird im Gehirn die neuronale Differenzierung von Zellen verstärkt, welche auch bei älteren und alten Menschen mit einer Genexpression verbunden ist (HOLLMANN u. STRÜDER 2003, 266).

3. Bewertung

Abschließend gilt es, die Argumente für positive und negative Wirkungen sportlicher Aktivität auf das Gehirn einander kritisch gegenüberzustellen.

Die negative Wirkung von Kopfbällen wurde in dem Zusammenhang zwar für Kinder und Jugendliche bestätigt, bei zielgenauem Treffen geht man nach derzeitigem Kenntnisstand allerdings von einer deutlich geringeren Verletzungsgefahr aus. Trotzdem ist die Bestätigung der Gefahr von Kopfbällen im Hinblick auf mögliche Messfehler der zugehörigen Erhebungen kritisch zu beurteilen. Die Argumente des Zeitungsartikels „Macht Joggen blöd?“ sind nicht zuletzt durch eine nicht ausfindig zu machende Ursprungsquelle bezüglich ihrer Seriosität stark anzuzweifeln.

Demgegenüber stehen die genannten wissenschaftlich fundierten Untersuchungen von HOLLMANN, welche die positiven Auswirkungen körperlicher Bewegung auf die Gehirnplastizität dokumentieren. Allerdings müssen auch HOLLMANN'S Ergebnisse kritisch reflektiert werden. So lässt ein verminderter Blutdurchfluss im Gehirn zwar Leistungseinbußen erkennen, eine übermäßig hohe Gehirndurchblutung führt deshalb jedoch nicht zwangsläufig zu einer Leistungssteigerung (ULMER 2005). In Bezug auf den von HOLLMANN beschriebenen „stimmungspositiven Einfluss“ des Joggens gilt es festzuhalten, dass es einerseits problematisch scheint depressive Menschen von körperlicher Aktivität zu überzeugen (ULMER 2005) und andererseits Laufen nicht als „Allheilmittel zur Problemlösung“ angesehen werden kann (MESSING 2005).

Bedingt durch die Entkräftung der Begründungen für negative Auswirkungen des Sports auf das Gehirn kann dennoch die eingangs formulierte These „Joggen macht blöd“ verworfen werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

HOLLMANN, W./ HETTINGER, TH.: Sportmedizin. Arbeits- und Trainingsgrundlagen. Stuttgart 1990.

HOLLMANN, W./ FISCHER, H. G./ DE MEIRLEIR, K./ HERZOG, H./ HERHOLZ, K./ FEINENDEGEN, L.-E.: The brain – regional cerebral blood flow, metabolism and psyche during ergometer exercise. In:

BOUCHARD, C./ SHEPARD, R. J./ STEPHENS, T. H. (Hrsg.): Physical activity, fitness and health. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign 1994, 490-500.

HOLLMANN, W./ STRÜDER, H.: Gehirngesundheit, -leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 54 (2003), 265-266.

MESSING, M.: Beitrag zu Thema Nr. 18 - Diskussion: 12.01.05

ULMER, H.-V.: Beitrag zu Thema Nr. 18 - Diskussion: 12.01.05

GERSTE, R. D.: Wenn Kinder köpfen, kann das Gehirn ganz schön geschüttelt werden,

Stand: 31.05.02/Eingang: 10.12.04, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/05/31/099a0301.asp?cat=/medizin/sport/sportverletzungen>

o.V.: US-Studie. Macht Joggen blöd?, Stand: 21.03.04/Eingang: 22.03.04,

<http://focus.msn.de/hps/fof/newsausgabe/newsausgabe.htm?id=776>

Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
 WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
 Referentin: Kristina Scheiber, Datum: 19.01.2005 E-Mail: Kristina.Scheiber@gmx.de

19. Zur sozialen Konstruktion von Krisen in den Massenmedien am Beispiel der Interpretation von Forschungsergebnissen über Adipositas, Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen (M)

1. Einleitung

Vieles von dem, was man heute über die Welt, die Gesellschaft, die Natur und die Geschichte weiß, erfährt man aus den (Massen)-medien. Andererseits ist dem Konsumenten aber auch bewusst und bekannt, dass man den Quellen der Massenmedien nicht blauäugig glauben kann. Aber woher weiß man als Konsument, was nun Wirklichkeit ist und was von den Medienmachern konstruiert wurde, denn „die Medien konstruieren zur eigenen Realität noch eine andere“ (Luhmann, 1995, 16).

Ob es wirklich so schlimm steht um das Gewicht, die Gesundheit und die körperliche Leistungsfähigkeit von den Kindern und Jugendlichen heute, soll im Folgenden anhand von Forschungsergebnissen überprüft werden.

2. Problemstellung

Konstruieren die Medien eine Krise bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Gesundheit und des Körpergewichtes von Kindern und Jugendlichen oder bilden sie die Realität wahrheitsgetreu ab?

3. Arbeitsweise der Medien

Die Tricks, die die Medien anwenden, um die Konsumenten zu erreichen, sind vielseitig und psychologisch durchdacht. Anstatt Tatsachen zu berichten, werden prägnante, zum Teil schockierende Bilder gezeigt, die Gefühle und Emotionen beim Konsumenten hervorrufen sollen. Die Verknüpfungen mit bereits bekanntem Wissen ermöglichen es dem Zuhörer die Thematik besser zu verstehen und sich besser damit auseinanderzusetzen. Negative Unterstellungen erwecken das Interesse der Zuhörer. Vergleiche mit der Vergangenheit erschaffen ein verzerrtes Bild der „Guten alten Zeit“. Je einfacher und sensationsfülliger die Berichterstattung ist, desto verständlicher und nachvollziehbarer für den Zuhörer. Die Konsumenten müssen sich so weniger konzentrieren. Durch ständiges Wiederholen falscher oder unpräziser Sachverhalte kann beim Konsumenten der Schein der Korrektheit erzeugt werden.

4. Schlagzeilen aus den Medien

Im Folgenden sollen Beispielschlagzeilen präsentiert werden, die zeigen wie die Medien ihre Konsumenten hinsichtlich der Thematik Ernährung, Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen versuchen. So ist im Stern vom 6.06.2004 von „Generation XXL“ zu lesen. Im Spiegel vom 27.09.2004 liest man „Gelernte Gesundheit: Sie sind fett, faul und lieben Fast Food. Deutschlands Nachwuchs wird immer früher immer dicker“. Solche kurzen, prägnanten Aussagen über die heutige Jugend sind auch in der Ärzte Zeitung vertreten, wie beispielsweise am 09.12.04 „Deutschland, ein Land voll schlapper, dicker Kinder“ oder aber „Auf die Waage zu gucken, reicht nicht“. Reportagen, wie beispielsweise am 9.10.2004 um 21.15 Uhr in VOX tragen Titel wie: „Bist du dick, Mann!“

5. Realität

Wie es in der Realität mit der körperlichen Leistungsfähigkeit, der Gesundheit und dem Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen wirklich aussieht, kann man beispielsweise anhand der Untersuchung zu Gewichtsproblemen bei Schulkindern in Frankfurt am Main erkennen oder in der Saarländischen IDEFIKS- Studie zum Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen im Saarland (Teil 1-3) nachlesen.

6. Forschungsergebnisse

Gewichtsprobleme bei Schulkindern in Frankfurt am Main

Die Frankfurter Untersuchung vom 6. Oktober 2003 zeigt, dass von 4319 Kindern 25,24%, d.h. jedes vierte Kind geschlechtsunabhängig übergewichtig ist.

Um zu sehen, welche Kinder hauptsächlich von Übergewicht betroffen sind, hat man die Kinder in Migrantengruppen aufgeteilt. Von 2138 deutschen Kindern ist jedes fünfte Kind von Übergewicht betroffen. Von 644 getesteten türkischen Kindern ist bereits jedes dritte Kind übergewichtig. Von allen untersuchten Gruppen sind die deutschen Viertklässler am wenigsten, die türkischen am häufigsten von Übergewicht betroffen.

Bei den sechsjährigen SchulanfängerInnen ist ebenfalls bereits jedes fünfte türkische Kind von insgesamt 695 übergewichtig und jedes elfte Kind adipös. Bei den deutschen Kindern ist jedes elfte Kind von insgesamt 2443 übergewichtig und jedes 36. adipös. Auch bei den Schulanfängern sind innerhalb der betrachteten Gruppen die deutschen Kinder am wenigsten, die türkischen Kinder am meisten von Übergewicht betroffen.

Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen im Saarland (Teil I - III)

„Vom Gesamtbild erscheint die negative und mit Sorge verbundene öffentliche Diskussion zum Stand der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zwar berechtigt, im Hinblick auf die vorliegenden Daten aber etwas überzogen“ (Urhausen u.a. 2004, 209).

„Im Vergleich zu früher publizierten Studienergebnissen (von 1975 bis 1993) zeigte sich eine Verschlechterung der Leistung beim Jump-and-Reach-Test, beim Klimmzughang sowie beim Stand-and-Reach-Test. Eine Verbesserung trat beim 20m Sprint sowie beim Einbeinstand auf. Die Leistung des 6-Minuten-Llaufes veränderte sich nicht. Die Befunde deuten auf eine Verschiebung des Gesamtspektrums sportmotorischer Fähigkeiten hin, aber nicht auf eine generelle Verschlechterung der sportmotorischen Leistungen“ (Klein u.a. 2004, 211).

„Eine generelle Verschlechterung motorischer Leistungen im Vergleich zu früheren Untersuchungsergebnissen kann durch die vorliegenden Befunde nicht konstatiert werden“ (Klein u.a. 2004, 220).

„Die Befunde in Bezug auf ein gemeinsames Frühstück könnten als Hinweis auf die soziale Vermittlung gesundheitsorientierter Verhaltensweisen gedeutet werden“ (Emrich u.a. 2004, 229). „Die Schulform hängt eng mit der sozioökonomischen Lage zusammen“.

„Der größere Wettkampfsportanteil bei den Gymnasiasten könnte in den Familien etwas mit höherer Leistungsorientierung zu tun haben“ (Emrich u.a. 2004, 230).

„Insgesamt zeigen sich deutliche Zusammenhänge der untersuchten Variablen zum Freizeitverhalten, dem Sportengagement, der Ernährung sowie den Genussmitteln mit den Faktoren Geschlecht, Schulform und Esskultur“.

7. Fazit

Einerseits zeigen die Medien ein Problem auf, dass in der Realität tatsächlich existiert, andererseits überspitzen Sie die Problematik. Sie greifen Einzelschicksale heraus und verallgemeinern diese. Dadurch konstruieren sie eine Krise, die in dieser Form nicht existiert. Eine Differenzierung bzgl. Migrantengruppen, Kulturen und der sozialen Schichtung ist dabei wichtig.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

LUHMANN, N.: Die Realität der Massenmedien, Opladen, 2., erweiterte Auflage, 1996.

EMRICH, E.; KLEIN, M.; PAPATHANASSIOU, V.; PITSCH, W.; SCHWARZ, M.; URHAUSEN, A.: Soziale Determinanten des Freizeit- und Gesundheitsverhaltens saarländischer Schülerinnen und Schüler – Ausgewählte Ergebnisse der IDEFIKS- Studie (Teil 3). In: Sportmedizin 55 (2004) 9, 222-231.

KLEIN, M.; EMRICH, E.; SCHWARZ, M.; PAPATHANASSIOU, V.; PITSCH, W.; KINDERMANN, W.; URHAUSEN, A.: Sportmotorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen im Saarland - Ausgewählte Ergebnisse der IDEFIKS- Studie (Teil 2). In: Sportmedizin 55 (2004) 9, 211-220.

THIMM, K.: Bewegte Kindheit. In: Der Spiegel (2004) 40, 174-188.

URHAUSEN, A.; SCHWARZ, M.; KLEIN, M.; PAPATHANASSIOU, V.; PITSCH, W.; KINDERMANN, W.; EMRICH, E.: Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen im Saarland - Ausgewählte Ergebnisse der IDEFIKS- Studie (Teil 1). In: Sportmedizin 55 (2004) 9, 202-210.

„GENERATION XXL“

<http://www.stern.de/wissenschaft/mensch/index.html?id=524828> [09.12.2004]

„Bist du dick, Mann!“

<http://www.stern.de/tv/reportage/index.html?id=530331> [11.12.2004]

„DEUTSCHLAND, EIN LAND VOLL SCHLAPPER, DICKER KINDER“?

<http://aerzte-zeitung.de/docs/2004/12/09/225a1401.asp?nproductid=3756> [15.12.2004]

„NUR AUF DIE WAAGE ZU GUCKEN, REICHT NICHT“

<http://aerzte-zeitung.de/dos/2004/12/09/225a0205.asp?nproductid=3756> [02.01.2005]

Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport

WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Leitung: Prof. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer

Referentin: Iris Kredel, Referatstermin: 19.01.2005 E-Mail: iriskredel@gmx.de

20. Walking Stöcke – Prestigesymbol und/oder wirkungsvolles Trainingsmittel (M)

Problemstellung:

Nordic Walking avanciert zur Trendsportart Nummer 1 in Deutschland. Es werden verschiedenste Vorteile für das Training mit Stöcken angepriesen, doch es stellt sich die Frage, ob diese Vorteile auch glaubhaft sind, oder ob Nordic Walking und die damit verbundenen Stöcke nur als Prestigesymbol angesehen werden?

1. Entwicklung und Geschichte des Nordic Walking

Nordic Walking ist eine Sommersportart, die ursprünglich in Finnland als eine den Sommer überbrückende Trainingsmethode für Spitzenathleten der Sportarten Langlauf, Biathlon und Nordische Kombination entwickelt worden ist. Dabei dienen die Stöcke einmal zur Simulation der Skilanglauftechnik, aber zum anderen auch zur Intensitätssteigerung des Trainings, denn es wird sowohl das Herz-Kreislaufsystem als auch 90% der gesamten Muskulatur trainiert. Durch die Zusammenarbeit von Profisportlern, Wissenschaftlern und der Sportindustrie entwickelte sich Nordic Walking zu einer Sportart für Jedermann, die im Frühjahr 1997 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Seitdem ist in Finnland Nordic Walking zum Volkssport geworden. Was folgte, war eine, im Rahmen des Fitnessbooms, rasend schnelle Verbreitung über Skandinavien in die USA, Japan, Mitteleuropa nach Deutschland.

http://www.walking.de/walking/nw_richtig_03.php Stand 10.01.2005

„Spezial 'Richtig Nordic Walken' - der Trend zum Gehen von 2b-Sportredaktion am 30.07.04' unter <http://www.leki.de/html/content.php?lang=de&folder=127&dataentry=2> Stand 10.01.2005

DNV Ausbildungsunterlagen zum Nordic Walking Basic Instructor

2. Vorteile des Nordic Walkings

- ist 40-50% effektiver als Walking ohne Stöcke
- hat wegen der hohen Muskelbeteiligung (90%, also ca. 600 Muskeln) einen enorm hohen Energieverbrauch
- entlastet den Bewegungsapparat um bis zu 30%
- steigert durch aktiven Einsatz der Atemhilfsmuskulatur die Sauerstoffversorgung des gesamten Organismus
- trainiert 4 der 5 motorischen Hauptbeanspruchungsformen: Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination
- löst Verspannungen und erhöht die Beweglichkeit im Schulter- und Nackenbereich
- stärkt die Streck- und Beugemuskeln des Unterarms, die hintere Schultermuskulatur, sowie Bauch-, Brust- und Rückenmuskulatur
- schont Gelenke und Knie, ganz besonders bei übergewichtigen Personen

erhöht durch den Einsatz der Stöcke die Sicherheit auf glattem und rutschigem Untergrund

- verzögert den Alterungsprozess
- fördert den Abbau von Stresshormonen
- ökonomisiert die Herzarbeit
- stärkt das Immunsystem

DNV Ausbildungsunterlagen zum Nordic Walking Basic Instructor

http://www.nordicwalking.com/portal/nordic_walking/deutsch/fakten/ Stand 10.01.2005

3. Die Stöcke

Gute Stöcke sollten möglichst leicht, jedoch gleichzeitig stabil und sicher sein. Gefertigt sind die Stöcke aus Fiberglas, aus Aluminium oder aus Carbon. Es gibt aber auch die Mischung der Materialien untereinander oder die Kombination mit anderen Materialien. Das Material Carbon hat sich als leicht, aber trotzdem als stabil und am vibrationsärmsten erwiesen. Die Stöcke sind in festen Längen oder auch als verstellbare Teleskop-Stöcke erhältlich. Beide Ausführungen haben Vor- und Nachteile.

Teleskopstöcke sind bestens zur Gruppenausstattung (für Personen mit unterschiedlicher Körpergröße) geeignet, um unterschiedliche Schrittfrequenzen oder in bergigem Gelände zu trainieren. Zudem wird die Längenfindung für den Anfänger vereinfacht. Ein weiterer Vorteil ist das geringe Packmaß.

Nachteile sind die Vibrationen beim Aufsetzen der Stockspitze auf den Boden, die in der Regel stärker als beim fixierten Stock sind. Spürbar werden diese kleinen Erschütterungen vor allem in den Hand-, Ellbogen und Schultergelenken. Hinzu kommt, dass das Gelenk, das die Längeneinstellung ermöglicht, die Stöcke instabiler machen kann. Selbst wenn man sich mit vollem Gewicht auf den Stock lehnt, dürfen sich die Gelenke nicht lösen.

Stöcke in Fixlängen sind für Personen, die ihre ideale Stocklänge bereits ausfindig gemacht haben. Sie sind zudem etwas leichter als teleskopierbare Stöcke. Der Nachteil eines Fixlängenstockes ist das längere Packmaß als bei teleskopierbare Stöcke.

<http://www.nordic-wandern.de/a/index2.htm> Stand 10.01.2005

http://www.walking.de/walking/nw_richtig_03.php Stand 10.01.2005

4. Vergleich von billigen und teuren Stöcken

Unter www.leki.de ist ein Beitrag vom 03.05.04 mit der Frage: Was unterscheidet LEKI-Produkte von denen der Billiganbieter und Discounter? zu finden. Hier werden die LEKI-Stöcke mit denen von Billiganbieter und Discountern verglichen. Denn zunehmend werden von Billiganbietern und Discountern Nordic Walking-Stöcke angeboten, die aber aufgrund des niedrigen Preises, niemals die Qualität aufweisen können, wie LEKI dies gewährleisten kann.

Im Folgenden werden ein paar Vergleiche aufgezeigt, die die Unterschiede in der Qualität und somit auch in der Sicherheit verdeutlichen sollen.

Keiner der Hersteller von Billigstöcken hat seine Stöcke einer freiwilligen TÜV-Prüfung unterzogen. LEKI dagegen hat seine Stöcke einer freiwilligen TÜV-Prüfung, die das Verstellsystem (Easy-Lock-System), die Bruchstabilität und die Rückdrehsicherheit prüfte, unterzogen. Für diese Prüfungen hat LEKI das TÜV-Siegel erhalten. Das Verstellsystem der Billigstöcke kann schon bei geringer Belastung in sich zusammenrutschen und stellt somit vor allem im alpinen Bereich eine große Gefahr dar. Das Easy-Lock-System gewährleistet durch die einfache Einstellung eine bestmögliche Kraftübertragung vom Arm auf den Stock und rutscht nicht bei geringen Belastungen in sich zusammen. Betrachtet man den Griff der Billigstöcke, kann es sein, dass auch wenn dieser wie Kork aussieht, der PVC-Kleber-Anteil deutlich zu hoch gegenüber den eingespritzten Korkteilchen ist. Ist dies der Fall, dann kann der Griff nicht schweißabsorbierend wirken und die Hand kann am Griff abrutschen. LEKI dagegen verwendet das Maximum an Korkteilchen und eine Minimum an Bindematerial, das den Kork zusammenhält. Der Korkanteil beträgt 80%. Die feuchtigkeitsabsorbierende Funktion des Korks ist gewährleistet, das Material ist hautfreundlich und der Griff ist in jeder Situation „griffig“. Die Garantie sieht bei beiden Anbietern anders aus. Billiganbieter geben eine dreijährige Herstellergarantie, wohingegen LEKI eine fünfjährige Bruchgarantie und zusätzlich eine zehnjährige Service-Garantie den Kunden gewährt.

Da eine Beratung bei Billiganbietern nicht stattfindet, steht nicht die Qualität und Funktionalität im Vordergrund, sondern nur der Preis.

Zusammenfassend sagt LEKI: Die Stöcke von Billiganbietern sind nicht verbraucherfreundlich und teilweise eher bedenklich, was Funktionalität und Sicherheit angeht, ganz abgesehen von ihrem Preis-Leistungs-Verhältnis.

<http://www.leki.de/html/content.php?lang=de&folder=112&dataentry=1> Stand 10.01.2005

Der Vergleich der Stöcke beider Anbieter zeigt, dass LEKI seine Produkte durch die Schlechtmachung der Stöcke von Billiganbietern ihre eigene Produkte mit mehr Prestige beladen möchte. Doch gerade für einen Anfänger, der noch nicht weiß, ob ihm die Sportart gefällt oder ob er dabei bleibt, sind die günstigeren Stöcke von Vorteil. Für einen Leistungssportler und Freizeitsportler, die oft Nordic Walking betreiben sind Stöcke höherer Qualität sinnvoll.

5. Fazit

Nordic Walking Stöcke sind wirkungsvolle Trainingsmittel, da man durch den Einsatz der Stöcke erhebliche Vorteile im Training erzielen kann. Durch Verwendung der Stöcke erzielt man nicht nur einen enorm hohen Energieumsatz, da fast 90% der Gesamtmuskulatur beteiligt sind, sondern entlastet auch den ganzen Bewegungsapparat. Hinzu kommt noch die verspannungslösende Wirkung im Schulter- und Nackenbereich.

Die Argumente der Firma LEKI gegen die Hersteller von Billigstöcken sind als reine Verkaufsargumente anzusehen. LEKI möchte seine Stöcke verkaufen und hebt durch den Vergleich ihrer Stöcke mit Billigstöcken ihre Stöcke auf einen höheren Stand. Dies wirkt, als ob LEKI-Stöcke mit mehr Prestige verbunden sind. Für einen Anfänger sind Angebote der Billiganbieter und Discounter jedoch ausreichend.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

DNV Ausbildungsunterlagen zum Nordic Walking Basic Instructor

http://www.walking.de/walking/nw_richtig_03.php Stand 10.01.2005

Spezial 'Richtig Nordic Walken - der Trend zum Gehen' von 2b-Sportredaktion am 30.07.04 unter

<http://www.leki.de/html/content.php?lang=de&folder=127&dataentry=2> Stand 10.01.2005

http://www.nordicwalking.com/portal/nordic_walking/deutsch/fakten/ Stand 10.01.2005

http://www.walking.de/walking/nw_richtig_03.php Stand 10.01.2005

http://www.walking.de/walking/nw_richtig_03.php Stand 10.01.2005

http://www.nordic-wandern.de/a_index2.htm Stand 10.01.2005

„Was unterscheidet Leki-Produkte von denen der Billiganbieter und Discounter?“ vom 03.05.04. unter

<http://www.leki.de/html/content.php?lang=de&folder=112&dataentry=1> Stand 10.01.2005

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
Referent: Roger Mallmenn E-Mail: Hans-Hart@web.de**

21. Sport und Werbung unter dem Gesundheitsaspekt

1. Einleitung

„Die Nutzung von Sport als kommunikatives Element im Marketing ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts fast zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Immer häufiger ist zu beobachten, dass Unternehmer sportbezogene Elemente und Bilder in der Mediawerbung einsetzen, sich im

Sportsponsoring engagieren oder Sportevents ausrichten.“ (BRUHN, 2004, S.220).

2. Werbung und Sport

Definitionen der Werbung:

2.1. „Die Werbung ist ein Mittel der Kommunikation. Ihre Funktion ist es einem im voraus möglichst genau zu definierenden Personenkreis aus völliger Unkenntnis [...] zu jenem Stadium hinzuführen, in dem der einzelne Konsument ein ernsthaftes Interesse am Kauf eines bestimmten Produktes zeigt“ (JOHANNEN, 1964, S.12).

2.2. „Werbung ist die verkaufspolitischen Zwecken dienende, absichtliche u. zwangsfreie Einwirkung auf Menschen mittels spezieller Kommunikationsmittel“ (ROGGE, 2004, S.13).

3. Arten der Werbung

3.1. Unterscheidung: Werbung für den Sport ----- Werbung durch den Sport

Grenzen sind fließend: Bsp: soziale Gruppe – Sportartikelhersteller – Pharmaindustrie

3.2. Gesetzliche Bestimmungen: Verbot der gesundheitsbezogenen Werbung (Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz LMBG)

4. Werbebeispiele

4.1 Werbebeispiel der Getränkeindustrie: TV-, Plakat- und Internetwerbung zweier Bierbrauereien.

4.2 Vereinswerbung am Beispiel von Keine Macht den Drogen e.V.

4.3 Werbung der Pharmaindustrie: Zeitschriftenanzeigen im Vergleich: Arzneien – Nahrungsergänzungsmittel

5. Fazit

Im Jahr 2002 wurden für die Werbung mehr als 29 Mrd. € ausgegeben. Das ist eine unglaublich hohe Summe in Anbetracht der Tatsache, dass die meiste Werbung wirkungslos verpufft. Nicht zu vergessen sind die enormen Mengen an Rohstoffen (Bsp: Bäume zur Papiergewinnung) die in einer völlig irrsinnigen Weise verschwendet werden. Dazu folgendes Zitat: *„Die Frankfurter Rundschau vom 16.7.1985 zitiert den Leserbrief, den ein Arzt an die Deutsche Medizinische Wochenschrift geschrieben hat. Der Autor hatte die Portokosten für die Postwurfsendungen berechnet, die er täglich in seinem Briefkasten findet, ungefähr 13 000 Briefe mit einem Gewicht von fünf Zentnern im Jahr. Die Versender zahlen für die Zustellung an einen Haushalt 2000 Mark an die Bundespost, hundert Millionen Mark für alle niedergelassenen Ärzte. Der Briefschreiber, Professor V. Eckard, mahnt: „Das erscheint mir anhand der Probleme unseres Gesundheitswesens eine unerträglich hohe Summe und macht es schwer verständlich, daß der Berg von überflüssigen Zeitschriften und Drucksachen täglich anwächst... Eine drastische Reduktion dieser Wegwerf-Literatur wäre auch ein möglicher Weg zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, wenn die Industrie statt einer Finanzierung von Altpapier die Arzneikosten senken würde.“* (RAUTER, 1988, S.95).

Auch der Aussage von ROGGE (2004, S.13), Werbung sei ein „zwangsfreies Einwirken“ auf Menschen stehe ich skeptisch gegenüber. Bei 1800 Werbebotschaften (vgl. JOHANNEN, 1964), denen der Konsument täglich ausgesetzt ist, ist es fast unmöglich sich der Werbung zu entziehen.

Werbung ist subjektiv. Das heißt, es ist in der Regel eine einseitige Darstellung der Vorteile eines Produktes, einer Dienstleistung, einer Institution, usw. unter Verschweigen seiner Nachteile.

Für den Sport sehe ich zur Zeit keine große Gefahr durch die (Aus-)Nutzung der Werbewirtschaft. Vielmehr profitiert der Sport in großen Teilen von den Werbeeinnahmen, wenn auch meist nur die medienpopulären Sportarten bzw. die momentan im Trend liegenden Sportarten. Jedoch wird der Sport oft nicht so dargestellt, wie er in der Realität ist. Dopingfälle beispielsweise kratzen am positiven Image des Sports und die zunehmende Kommerzialisierung könnte in Zukunft vielleicht zu einem Überdruß der Sportkonsumenten führen und von dem ist die Werbewirtschaft bekanntlich abhängig.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

Apothekenrundschaue, Heft Dezember 2004

BRUHN, M.: Der Einsatz von Sport als kommunikatives Marketinginstrument. In: Die Ökonomie des Sports in den Medien. Bd.1, Köln, 2004, S. 220-243

JOHANNEN, U.: Psychologie in der Werbung. Frankfurt a. M., 1964

RAUTER, E.A.: Wofür arbeiten wir eigentlich? Hamburg, 1988

ROGGE, H.-J.: Werbung. 6.Auflage, Ludwigshafen, 2004

SPRINK, R.: Sponsoring als Marketinginstrument – Theorien und Erkenntnisse über einen integrativen Einsatz. In: Die Ökonomie des Sports in den Medien. Bd.1, Köln, 2004, S.246-259

<http://www.erdinger-alkoholfrei.de/index.php?file=gesundheit&aktiv=gesundheit> (26.01.2005)

<http://www.flexicon.doccheck.com/Medikament> (26.01.2005)

http://www.franziskaner.info/0_start/index.htm (26.01.2005)

<http://www.kmdd.de/indexie.html> (26.01.2005)

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz**

Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer

Referent: Falk Putzke, 26.01. 2005 E- Mail: falkputzke@gmx.de

**22. Sport als „atavistisches Raubverhalten“ – Thorstein Veblens (1899).
Kritik am Sport der englischen Oberschicht (M)**

Fragestellung:

1. Wie äußert sich Veblen zu dem Thema Sport und Gesundheit?

1. Die Müßige Klasse (Oberschicht)

- Diese nicht-produktiven Beschäftigungen der Oberklasse lassen sich in vier große Gruppen einteilen, in Regieren, Kriegführen, religiöse Aufgaben und Sport.
- leben nicht in, sondern von der industriellen Gesellschaft
- Aufnahme in die Klasse: Ausübung finanzieller Talente und Fähigkeiten
- Lebensweise der Oberklasse verkörpert die Gewohnheiten und Ideale der frühen barbarischen Periode (barbarischen Züge leben durch Vererbung heute noch in uns allen und äußern sich u. a. als triebhafter Hang zu Betrug und Gewalt)
- Diese Lebensart wird mehr oder weniger den unteren Schichten aufgedrängt (Menschenmaterial formen)

2. Charakter des Sports

„Die Vorliebe für den Sport gründet in einer archaischen geistigen Konstitution, nämlich in der relativ stark ausgebildeten räuberischen Neigung für den Wettbewerb“ (VEBLEN, 1899, S. 148).

→ Daraus ergeben sich folgende Eigenschaften für den Sport:

- zählt zur Kategorie der Heldentat (räuberischen Temperament)
- naive und unüberlegte, miteinander wetteifernde Äußerungen der Grausamkeit, zum Teil Handlungen, die bewusst im Hinblick auf einen Prestigegewinn unternommen werden
- Sport ist geprägt durch physische Zerstörungslust, feindseligen Kampf als auch Geschick, List, Kniffe und Trick
- Ein Demonstrativer Müßiggang wird durch Sport bewiesen

→ „Sport ist in ganz besonderem Ausmaße Ausdruck einer zum Stillstand gekommenen geistigen und moralischen Entwicklung“ (VEBLENS, 1899, S. 149).

2. Sport und Gesundheit

Veblens andauernde Charakterisierung des Sports mit einer Heldentat („...Ritual der Heldentat..., ...wilden jugendlichen Heldentaten ..., ...Hang zu Heldentaten..., ... abenteuerlichen Heldentaten..., usw.) lässt folgenden Schluss zu:

- Heldentaten waren schon in der Antike davon geprägt, dass der Held ohne Rücksicht auf seine körperlicher Versehrtheit handelte
- Beispielsweise Achilleus, der Kampfheld der »Ilias« schlechthin, opferte sein Leben und starb im Kampf als Held (DURWEN, K.-J, 2002) → Mit Gesundheit nach heutigen Maßstäben hat das nichts mehr zu tun.
- Das heldenhafte Motiv der Grausamkeit: Grausamkeit und Gesundheit sind schon ein Widerspruch in sich
- ⇒ Damit ist die Meinung Veblens über Sport in Bezug auf die Gesundheit eindeutig. Sport ist ungesund → Man ruiniert mit Sport seinen Körper und damit seine Gesundheit

3. Regeln der Wohlanständigkeit der räuberischen müßigen Klasse

„Der Sport, der in der räuberischen Kultur eine ehrenvolle Beschäftigung und die vollkommenste Ausdrucksnorm der täglichen Muße darstellte, ist heute die einzige Art einer Beschäftigung im Freien die von der Wohlanständigkeit voll und ganz sanktioniert wird“ (VEBLEN, 1899, S. 150)

→ gesellschaftliches Prestige und Selbstachtung.

„Erst wenn die verdeckte Sinnlosigkeit einer gegebenen Handlung als ein dem normalenzweckgerichteten Lebensprozess wesensfremdes Element bewusst wird, übt sie eine abschreckende Wirkung auf die Wahrnehmung des Einzelnen aus.“ (VEBLEN, 1899, S. 151)

Werkinstinkt der Arbeiterklasse

Streben nach zweckvollem Handeln

Werkinstinkt tritt spontan in Erscheinung

Normen der müßigen Klasse

schreiben eine strikte und umfassende Sinnlosigkeit vor

Gesetze der Wohlanständigkeit wirken langsam und nachhaltig

4. Fazit

Veblen äußert in seinem Werk sicherlich eine berechtigte Kritik an der englischen Oberschicht. Er ist in seiner Meinung seiner Zeit teilweise schon voraus, da gewisse Punkte auf die heutige Zeit übertragbar sind. Jedoch ist diese Meinung extrem negativ, was ein sehr einseitiges Bild des Sports widerspiegelt.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

VEBLEN, T. B.: Sport als Atavistisches Raubverhalten. In: Lüschen, G., Weis, K.: Soziologie des Sports, Darmstadt 1976

AURELIUS, M.: Handhabung und Nachweis von Websites, Stand: 30.09. 2003/Eingang: 10.01.2005, <http://www.brainworker.ch/waldphilosophie/wertesystem.htm>

DURWEN, K.-J.: Handhabung und Nachweis von Websites, Stand: 2002/Eingang: 27.02.2005, <http://www.ureda.de/php/lexikon/anzeige.php3?id=8>

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
Referentin: Peter Gunkel, Datum: 07.02.2005 E-Mail: pitgu@justmail.de**

23. „Plötzlicher Tod beim Training – Sportler sterben meist am Infarkt“ (Medical Tribune 2004)

1. Einleitung

Das Thema wurde aus dem Medical Tribune vom April 2004 übernommen. Der akute Myokardinfarkt (AMI), die koronare Herzerkrankung ist heute in unserer Gesellschaft als Volkskrankheit Nummer eins anzusehen. Sie steht mit 47,2% an erster Stelle der Todesursachenstatistik. Erfreulich ist, dass die Sterberate kontinuierlich zurückgeht, allerdings nur langsam (DEUTSCHE HERZSTIFTUNG, Jahresbericht 2002).

Auch im Sport sind plötzliche Todesfälle mit Abstand am häufigsten auf Herz- Kreislauf- Erkrankungen zurückzuführen. Koronare Herzkrankheit (KHK) und Herzinfarkt stellen in Deutschland unverändert die häufigste Todesursache dar, weit vor Krebs und Infektionskrankheiten (FERTIG 1997³, 39 u. 43).

2. Mögliche Ursachen des plötzlichen Herztodes beim Sport

Plötzliche Todesfälle beim Sport sind meist durch ein bereits vorgeschädigtes Herz bedingt. Hier kann man sagen, dass höhere Belastungsintensitäten beim Sport mit einer größeren Gefährdung einhergehen (KINDERMANN 1999, 16).

Definition Herzinfarkt/ akuter Myokardinfarkt (AMI):

Unter einem akuten Myokardinfarkt versteht man einen durch den akuten Verschluss eines Herzkranzgefäßes herbeigeführten Untergang von Herzmuskelgewebe (BOB 2001, 143).

Definition plötzlicher Herztod (Sudden Cardiac Death SCD):

...unerwartet auftretenden Tod durch einen Herzstillstand. Definitionsgemäß handelt es sich nicht um verletzungsbedingte Todesfälle, die innerhalb einer Stunde nach Beginn von Symptomen auftreten. Ein durch Sport ausgelöster plötzlicher Herztod wird angenommen, wenn dieser während oder bis zu einer Stunde nach sportlicher Betätigung geschieht (KINDERMANN 1999, 5).

Im Folgenden werden mögliche Ursachen für einen plötzlichen Herztod während des Sports aufgezeigt (KINDERMANN 1999, 19- 36):

- Kammerflimmern,
- Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM),
- Myokarditis,
- Koronare Herzkrankheit (KHK),
- Angeborene Koronaranomalien,
- Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (RV-Dysplasie),
- Mitralklappenprolaps (MKP),
- Erkrankungen der Aorta,
- Störungen der Reizbildung und Reizleitung,
- Sporttypische Einwirkungen auf den Thorax.

3. Zahlen und Fakten

In Deutschland erleiden jährlich über 100.000 Menschen einen plötzlichen Herztod, davon aber „nur“ einige hundert bei sportlicher Betätigung. Die statistischen Angaben liegen zwischen 1:1.000.000 und 10:1.000.000 bei den Sporttreibenden. In den USA wird das Risiko für Hochschulsportler mit 1:100.000 angegeben. Länderunabhängig sind Männer häufiger betroffen als Frauen. Bei sportlicher Aktivität besteht zwar ein höheres Risiko einen plötzli

chen Herztod zu erleiden als in Körperruhe, doch liegt die Rate der Herz- Kreislauf- Erkrankungen einschließlich plötzlicher Herztodesfälle bei Trainierten deutlich niedriger als bei Untrainierten. Wissenschaftliche Befunde belegen die Aussage, dass durch regelmäßiges Ausdauertraining sogar höhere Lebenserwartungen erzielt werden können (KINDERMANN 1999, 8- 10).

Das Risiko eines Herzinfarktes ist abhängig von Geschlecht, Alter, von der Belastungsintensität und besonders vom Trainingszustand. Regelmäßig intensiver Trainierende und somit auch Leistungssportler haben ein geringeres Risiko eines plötzlichen Herztodes beim Sport. Die höchste Gefährdung besteht bei über 40- jährigen männlichen (Wieder-) Einsteigern. Bei jüngeren Personen mit einem Alter von unter 35 bis 40 Jahren stellen Herzmuskelerkrankungen, die oft erblich bedingt sind, die häufigste Todesursache dar. Weitere häufigere Todesursachen bei jüngeren Sportlern sind akute und chronische entzündliche Herzerkrankungen sowie angeborene Gefäßanomalien des Herzens. Bei älteren Sporttreibenden, d.h. oberhalb eines Lebensalters von 40 Jahren, ist die koronare Herzkrankheit eindeutig die häufigste Ursache. Auch beim Leistungssport besteht zwar während des Sporttreibens im Vergleich zur Ruhe eine größere ... Wahrscheinlichkeit eines kardialen Zwischenfalls, allerdings sollte nicht vergessen werden, dass regelmäßiges sportliches Training das Gesamtrisiko um fast die Hälfte vermindert (KINDERMANN 1999, 16- 17, KINDERMANN 2003, 19).

4. Prävention

Für eine Vorbeugung plötzlicher Herztodesfälle ist von Bedeutung, dass fast die Hälfte der später verstorbenen Personen bereits im Vorfeld Beschwerden angaben, die eine frühzeitige Diagnose möglich gemacht hätten. Das heißt aber auch, dass fehlende Beschwerden eine lebensbedrohliche Herzerkrankung, die durch eine sportärztliche Vorsorgeuntersuchung aufgedeckt werden könnte, nicht immer ausschließen (KINDERMANN 1999, 17).

→ Wichtig sind also auch die möglichst frühe und schnelle Erkennung von typischen Symptomen und entsprechend zügiges Handeln.

Risikofaktoren begünstigen die koronare Herzkrankheit. Die KHK führt zum Herzinfarkt, der Infarkt endet jedes Jahr hunderttausendfach im plötzlichen Herztod (FERTIG 1997³, 45 u. 48).

Risikofaktoren:

- Bluthochdruck,
- Zuckerkrankheit,
- Fettstoffwechselstörungen,
- Rauchen,
- Bewegungsmangel,
- Stressfaktoren,
- Übergewicht.

5. Schlussbetrachtung

Eine Gefahr geht von Werbekampagnen aus, wie z.B. vom DSB „Sport tut Deutschland gut“. Gefährlich ist natürlich nicht die Kampagne an sich oder die Aussage, die mit Sicherheit zutrifft. Das Problem besteht eher darin, dass zu viele „Nichtsportler“ den Sport als Allheilmittel und Medizin gegen ihre Beschwerden und Krankheiten ansehen ohne zu wissen, wie man wirklich „richtig“ trainiert, in Bezug auf Belastbarkeit, Intensität und Umfang. Besonders Herzrisikopatienten sollten hier über Risiken aufgeklärt werden, die der Sport mit sich bringen kann. Eine Ärztliche Voruntersuchung ist also bei bekannten Herzproblemen unabdingbar, was eine Untersuchung ohne bekannte Beschwerden nicht ausschließen soll. Regelmäßige med. Check-ups würden hier auch bei bereits regelmäßig sportlich Aktiven ein gewisses Maß an Sicherheit geben.

Sport – tut gut, bei einem individuell angepassten und gesunden Maß an Belastbarkeit, Intensität und Umfang.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

BOB, A., BOB, K.: Innere Medizin, Stuttgart 2001

DEUTSCHE HERZSTIFTUNG: Jahresbericht 2002, Stand: 06.2003/Eingang: 25.01.2005,
www.herzstiftung.de/pdf/Jahresbericht_2002.pdf

DEUTSCHE HERZSTIFTUNG: Jahresbericht 2003, Stand: 06.2004/Eingang: 25.01.2005,
www.herzstiftung.de/pdf/Jahresbericht2003.pdf

FERTIG, B. (Hrsg.): Strategien gegen den plötzlichen Herztod, Wien 1997³

KINDERMANN, W., URHAUSEN, A.: Plötzlicher Herztod beim Sport, was sich Aktive und Betreuer zu Herzen nehmen sollten, 1. Auflage Köln 1999

KINDERMANN, W. u. a.: Sportkardiologie, Darmstadt 2003

Medical Tribune: Plötzlicher Tod beim Training, Stand: 01.04.2004/Eingang: 27.10.2004,
http://volltext/volltext/PDF/2004//MT_Deutschlanf//12_mtd//MTD_12_S03_neu.pdf

**24. Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport
 WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg- Universität Mainz
 Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
 Referent: Tom Burkhardt, Datum: 2.02.2004**

Thema 24: Stellenwert der Gesundheit beim Deutschen Sportabzeichen (U)

1. Problemstellung

Die Gesundheit spielt beim Deutschen Sportabzeichen (DSA) eine große Rolle, zumindest wenn man den Aussagen des Initiators, dem DSB und den Sponsoren des DSAs Glauben schenken darf. In meinem Vortrag möchte ich, der Frage nach dem Stellenwert der Gesundheit beim DSA auf den Grund gehen.

2. Definition Gesundheit

Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit.

Definition laut WHO (World Health Organisation): Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen. (BRAUER, M./ GOTTSCHALK, K.: Sportmedizin von A - Z, 1996)

3. Seelisch-geistige Faktoren der Gesundheit (aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie)

1. Geliebt sein und selbst lieben können:

- Lebenspartner, Kinder, Familie, Mitmenschen
- Freundlichkeit, Kontaktfähigkeit, soziale Kompetenz

2. sich wertvoll empfinden; Selbstachtung, Selbstvertrauen

- Erfolg und Anerkennung: Bestätigung, Arbeitsklima, Kritik und Lob (Feedback)

3. Sicherheit: Gefühl der Geborgenheit, Religion bzw. Lebenssinn

4. Freiheit: - Gestaltungsmöglichkeiten, auch für das eigene Leben; lohnende Ziele
 - Möglichkeit zur Artikulation, Gedankenfreiheit, Redefreiheit

5. Verbundenheit: - zum Partner, zu Freunden und/oder zu anderen
 - Erlebnisse mit Erinnerungswert.

4. Das Deutsche Sportabzeichen (DSB)

Im 90. Jahr seines Bestehens (2003) ist das Deutsche Sportabzeichen (DSA) nach wie vor ein Aushängeschild und Spitzenprodukt des Breitensports. Es nimmt einen herausragenden Rang in unserer Gesellschaft ein. Einige Merkmale, die diese Aussage begründen:

1. Das DSA ist weltweit das einzig staatlich anerkannte Ehrenzeichen des Breitensports mit Ordenscharakter.
2. Es hat sich im Laufe der 90 Jahre den Ruf der Unbestechlichkeit, der Attraktivität und der Seriosität erworben und erhalten.

3. Es hat mit 72% einen hohen Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung.
4. Fast 2 Millionen Menschen stellen sich jährlich der Herausforderung. Fast 900.000 der Bewerber/innen legen erfolgreich die Prüfung ab.
5. 18,7% der Deutschen haben in Ihrem Leben schon einmal das DSA abgelegt.
6. Im Zusammenhang mit der politischen Diskussion um Gesundheitsfragen und Prävention haben sich einige Krankenkassen entschieden, dass DSA oder Teile davon in ein Bonus-system für ihre Versicherten einzubinden.

4.1 Das Deutsche Sportabzeichen tut Deutschland gut (DSB)

Einige Kernaussagen auf einen Blick:

1. Das DSA trägt dazu bei, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten.
2. Das DSA trägt dazu bei, dass gelebte Werte zwischen Menschen immer wieder erfahren werden.
3. Das DSA trägt dazu bei, dass das Gesundheitsbewusstsein der Bürger/- innen wächst. Etc.

4.2 Vorstellung der unterschiedlichen Wettbewerbe (DSB)

- Schüler-Sportabzeichen (8-12 Jahre)
- Jugend-Sportabzeichen (13-17 Jahre)
- Das Deutsche Sportabzeichen (über 18 Jahre)
- Vereinswettbewerb/ Familienwettbewerb/ Mannschaftswettbewerb/ Firmenfitness

4.3 Gibt es gesundheitliche Risiken beim Deutschen Sportabzeichen? (DSB)

Spezielle gesundheitliche Risiken für das Sportabzeichen sind nicht bekannt. Im Gegenteil: Durch die Vorbereitung tun Sie eine Menge für Ihre Gesundheit. Allerdings sollten Sie einige Regeln beachten: Grundsätzlich ist eine sportmedizinische Untersuchung beim Arzt immer von Vorteil. Eine Wiederholung wird alle fünf Jahre empfohlen. Wenn Sie aber über 40 Jahre alt sind und sich das erste Mal auf das Sportabzeichen vorbereiten, sollten Sie sich auf jeden Fall einer solchen Untersuchung unterziehen und sie nun alle drei Jahre wiederholen. Ebenfalls sollten Sie den Arzt aufsuchen, wenn Sie Probleme im Training bekommen oder wenn Sie nach der letzten Prüfung krank waren.

5. Warum machen Menschen das Deutsche Sportabzeichen? (DSB)

Das Gesundheitsbewusstsein in unserer Bevölkerung steigt ständig und Fitness boomt. Viele Menschen haben es längst begriffen: regelmäßige körperliche Bewegung, verbunden mit dem Prinzip Ausdauer, tut richtig gut. Man fühlt sich fit an Körper und Seele. Man fühlt sich wohl und ist zufrieden.

6. Sponsoren (Sportbund Rheinland, SportInForm)

Das Sportabzeichen erfreut sich einer immer größeren Beliebtheit und die Teilnehmerzahlen steigen immer mehr an. Ein Hauptgrund dafür ist der Schulsportabzeichenwettbewerb. Dieser wird schon seit über 30 Jahren von der BARMER Ersatzkasse besonders unterstützt. Seit dem Jahr 2003 ist RATIOPHARM ein weiterer Förderer des DSA.

Warum unterstützen die beiden Hauptsponsoren das Deutsche Sportabzeichen?

BARMER: Interview mit Friedhelm Ochs, dem Landesgeschäftsführer der BARMER in RHP: „Zunächst einmal ist es die Verpflichtung einer gesetzlichen Krankenkasse, Hilfestellung zu einer gesunden Lebensführung zu geben. Und das der Sport einer der Hauptschlüssel zur Gesundheit ist, ist unbestritten. Die BARMER setzt hier nach dem Motto: Was Hänschen nicht lernt... an. Wir alle wissen, wie schwer es mitunter Erwachsenen fällt, sich zu regelmäßiger sportlicher Aktivität aufzuraffen. Wer schon in jungen Jahren erfährt, wie viel Spaß Sport macht und wie wichtig Bewegung ist, der wird auch als Erwachsener stärker motiviert sein“. (Sportbund Rheinland, SportInForm)

RATIOPHARM:

Das DSA ist ein messbarer Ausdruck eines auf Ganzheitlichkeit ausgerichteten Lebensstils, der körperliche Fähigkeiten gezielt einsetzt und in diesem Sinne nutzt. Es „zu schaffen“ dokumentiert das Bewusstsein für ein Mehr an Lebensqualität, Fitness, körperlichen Wohlbefinden, überdurchschnittlicher Leistungsfähigkeit - oder kurz gesagt: Gesundheit. Das partnerschaftliche Engagement des DSB und RATIOPHARM beim DSA ist auch deshalb möglich, weil es auf gemeinsamen Werten basiert:

- Leistungsfähigkeit, körperliches Wohlbefinden
- Eigenverantwortlichkeit und gemeinwesensorientierte Mitverantwortung
- Förderung eines gesunden und aktiven Lebensstils

(http://www.ratiopharm.com/de/de/dep/magazin/events/deutscher_sportbund.cfm)

7. Fazit

Gesundheit spielt in unserer Gesellschaft ein sehr große Rolle, denn es ist ein kostbares Gut welches man pflegen muss. Genau darauf zielt auch das DSA ab. Wenn man von der weitläufigen Definition der Gesundheit laut WHO ausgeht bzw. von den vorher erwähnten seelisch - geistigen Faktoren, dann hat die Gesundheit einen hohen Stellenwert beim DSA, sowohl aus Sicht der Sportler als auch aus Sicht des DSB` s und deren Sponsoren. Das DSA spricht nämlich sowohl das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden an. Außerdem kann es durch die Sporttreffs und unterschiedlichen Wettbewerbe dazu beitragen, die Kontaktfähigkeit zu verbessern, sich selbst als wertvoll zu empfinden, Selbstvertrauen zu gewinnen, das Familienleben durch gemeinsames Trainieren wieder in Schwung zu bringen, das Mannschaftsgefühl zu stärken etc.

Literatur und Quellenverzeichnis:

BRAUER, B., GOTTSCHALK K.: Sportmedizin von A - Z, Heidelberg, 1996

o.V.: Kostbare Gesundheit, In: SportInForm, S.46, Mai 2004

Gesundheit: Seelisch - geistigen Faktoren der Gesundheit

- <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheit> (5.01.2005)

Warum unterstützt ratiopharm den DSB beim Deutschen Sportabzeichen?

- http://www.ratiopharm.com/de/de/dep/magazin/events/deutscher_sportbund.cfm (6.01.2005)

Das Deutsche Sportabzeichen:

- <http://www.deutsches-sportabzeichen.de>

Gibt es gesundheitliche Risiken beim Deutschen Sportabzeichen?

- <http://www.deutsches-sportabzeichen.de/pages/de/sportabzeichen/faq/index.html#299>

(13.02.2005)

**Interdisziplinäres Seminar „Sport und Gesundheit“WS 2004/05,
Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz**

Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer

Referentin: Melanie Ihmig, Datum 09.02.2005

e-mail: m.ihmig@gmx.de

Thema 25: Prognostizierte Spannungen zwischen älterer und jüngerer Generation in Frank Schirrmachers „Das Methusalem-Komplott“ in ihrer Bedeutung für die Wechselwirkung von Sport und Gesundheit (M)

1. Problemstellung

Im Rahmen der Diskussion am 08.12.2004 zum Vortrag Nr. 11: „Langes Leben – die Lebenserwartung der Deutschen auf dem Hintergrund der sogenannten ungesunden Lebens

weise“ verwiesen die Professoren Ulmer und Messing auf den Bestseller „Das Methusalem-Komplott“ von Frank Schirrmacher, der sich mit dem, aufgrund des sich ändernden Altersaufbaus der Bevölkerung, zu erwartenden Generationenkonflikt beschäftigt. Ziel dieses Seminar-Vortrages ist, Schirrmachers Darstellung der Problematik widerzugeben, sowie eine mögliche Rolle des Sports beim „Komplott“ vorzustellen.

2. „Das Methusalem-Komplott“

2.1 Die alternde Gesellschaft

Die stetig steigende Zahl älterer Einwohner in Deutschland ist unmittelbare Folge einer sich im letzten Jahrhundert vollzogenen demographischen Entwicklung, die durch wachsende Lebenserwartung und durch sinkende Geburtenhäufigkeit gekennzeichnet ist (HAHLEN 2003, 1). Schirrmacher spricht von „den gesprengten Fesseln der Lebenserwartung“ (SCHIRRMACHER 2004, 17), die schon bald die ersten „Lebenszeitmillionäre“ hervorbringen werden, d.h. Menschen, die 1 Million Stunden leben (114 Jahre) (SCHIRRMACHER 2004, 16).

In absehbarer Zeit werden alle über 60-Jährigen 35 Prozent der Bevölkerung bilden, was zu Streit um ökonomische und finanzielle Ressourcen mit den Jungen, womöglich aber auch innerhalb der Altersgruppe selbst führen wird (SCHIRRMACHER 2004, 45). Es wird ein Krieg der Generationen geführt werden, in dem die Gesellschaft dem Alternden alles nimmt: das Selbstbewusstsein, den Arbeitsplatz, die Biographie (SCHIRRMACHER 2004, 9). Sozialforscher haben gezeigt, „dass die negative Besetzung und Stigmatisierung des Alters tatsächlich zu den negativen Stereotypen und Handlungen führt: Verlust des Selbstbewusstseins, Kontrollverlust, Reduzierung der Kreativität und Denkleistung“ (SCHIRRMACHER 2004, 100).

2.2 Das Komplott

Bekämpfen wir nicht die rassistische Diskriminierung der Älteren, erwartet Schirrmacher eine Katastrophe, die uns selbst betreffen wird. Daher sieht er es als unmittelbar notwendig an, das Altern der Menschen neu zu definieren (SCHIRRMACHER 2004, 63). „Es geht um eine Verschwörung gegen die besondere Form menschlichen Selbsthasses, die in der Diffamierung des Alters liegt“ (SCHIRRMACHER 2004, 63). Extremistische Unterstellungen gegenüber Älteren bestehen meist im Zweifel an ihrem Gehirn, wonach ein Komplott gegen den Rassismus des Alterns auch im Kopf beginnen müsse (SCHIRRMACHER 2004, 176-177). Schirrmacher schließt daraus, dass wir psychische und körperliche Abwehrstrategien gegen die Gehirnwäsche aufbauen müssen, um so die Ideen über das Altern und damit das Altern selbst zu verändern. Durch diese Veränderung der Kultur können wir ein freundschaftsfähiges Selbstbild schaffen und so die 50 Jahre selbst gestalten, die in unserem natürlichen Überlebensprogramm niemals vorgesehen waren (SCHIRRMACHER 2004, 193).

2.3 Die Rolle des Sports in „Das Methusalem-Komplott“

Schirrmacher (einer der Herausgeber der FAZ) erwähnt den Sport nur am Rande seiner Ausführungen: Er sieht den Sport lediglich als einen Einflussfaktor auf die gesteigerte Lebenserwartung und verweist auf die Botschaft der Sportmedizin, dass man sich auf die Bedingungen der Steinzeit einlassen müsse, um gesund zu bleiben, auch wenn das bedeute, jeden Morgen mit kontrolliertem Puls 60 Minuten im Kreis herumzulaufen (Schirrmacher 2004, 183).

3. Der Generationenkonflikt in Wechselwirkung mit Sport und Gesundheit

3.1 Gesundheit

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (World Health Organization 1946). Der von Schirrmacher thematisierte Altersrassismus bewirkt eine Beeinträchtigung des geistigen und sozialen Wohlbefindens, demzufolge ein Großteil der Bevölkerung zukünftig als „nicht gesund“ anzusehen wäre.

3.2 Sportspezifische Konzepte

- a) Fachtagung: Familie & Sport des Deutschen Sportbundes:
Durch die veränderten Rahmenbedingungen der modernen Industrie- und Leistungsgesellschaft steht die Familie zunehmend im Blickpunkt der Gesellschaft (KAPUSTIN 2003a, 6-7). Der DSB strebt ein Netz von Angebotsformen für Familien an, um gemeinsame sportliche Aktivitäten und gesundheitlich orientiertes Handeln zu fördern. „Bewegung, Spiel und Sport sind stark kommunikativ und bei entsprechender Gestaltung auch integrativ“ (KAPUSTIN 2003b, 13).
- b) Familien-Triathlon-Festival
- c) Tischtennis-Familiade und RP-Family-Cup
- d) ODDSET-Street-Soccer-Cup für Familien
- e) Skatingfreunde Nordfriesland e.V.

3.3 Soziale Integration im Sport

„Soziale Integration heißt (a) die gleichberechtigte Einbindung verschiedenartiger Personen, Personengruppen oder Kollektive in ein offenes soziales System und (b) die Vermittlung der in sozialen Systemen bzw. in der Gesellschaft geltenden Werte und Normen, so dass der einzelne allgemein anerkanntes Mitglied dieses Systems wird“ (HEINEMANN 1998, 179). Der Sport befindet sich jedoch in einer Zwickmühle zwischen sozialer Integration (Sport für alle) und dem Solidarcharakter des Vereins (Segregation) (HEINEMANN 1998, 180-181). Daher ist fraglich, ob die integrative Kraft des Sports generelle Auswirkungen auf die Gesellschaft hat.

4. Fazit

Sport ist geeignet, Konflikte zwischen Generationen zu bewältigen, ist aber nur ein kleiner Teil, der dazu beitragen kann. Ebenso wichtig sind weitere Subsysteme der Gesellschaft wie Medien, Musik, Literatur usw., um ein positives Selbstbild der älteren Generation sichern zu können. „Der Familiensport kann nicht alle Probleme in den Familien lösen. Er kann aber einen entscheidenden Beitrag zur Stärkung der Familie als Ganzes und ihrer einzelnen Mitglieder leisten“ (KAPUSTIN 2003a, 7).

Literatur:

- HAHLEN, J.: Statement zur Pressekonferenz „Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050“ des Statistischen Bundesamts am 06. Juni 2003 in Berlin. Eingang 28.01.2005, <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2301022.htm>
- HEINEMANN, K.: Einführung in die Soziologie des Sports. Sport und Sportunterricht Band 1. 4. Auflage. Schorndorf 1998.
- KAPUSTIN, P.: Grusswort zur Fachtagung. In: Deutscher Sportbund (Hrsg.): Dokumentation der Fachtagung Familie & Sport vom 12. und 13. September 2003. Frankfurt 2003a, S. 7-9.
- KAPUSTIN, P.: Familie und Sport – Eine Standortbestimmung. In: Deutscher Sportbund (Hrsg.): Dokumentation der Fachtagung Familie & Sport vom 12. und 13. September 2003. Frankfurt 2003b, S. 9-25.
- KIEFFER, S.: Spaß für Groß und Klein. In: Deutscher Fußball-Bund (Hrsg.): DFB-Journal. 15. Jahrgang, Ausgabe 3/2003. Frankfurt 2003, S. 78-79.
- SCHIRRMACHER, F.: Das Methusalem-Komplott. 28. Auflage. München 2004.
- SCHLEHUFER, H.-J.: Porträt – Skatingfreunde Nordfriesland. Stand: September 2004/Eingang 28.01.05, <http://www.nordfriesland-skating.de/freunde/portraet.pdf>
- SCHUNACK, C./WEYERS, N.: Workshop B: Familie & Sport in Spitzenverbänden. In: Deutscher Sportbund (Hrsg.): Dokumentation der Fachtagung Familie & Sport vom 12. und 13. September 2003. Frankfurt 2003, S. 49-54.
- STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND: Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Alterspyramide 2001-2050. Stand 2003/Eingang 28.01.2005, http://destatis.de/basis/d/bevoe/bev_svg_var.php
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: Definition: Health. Stand 1946/Eingang 28.01.2005, <http://www.who.int/about/definition/en/>



Thema 26: Zur Häufung von Asthmakranken unter Spitzensportlern im Vergleich zur durchschnittlichen Verbreitung – fingierte Krankheit als Weg zu höherer sportlicher Erfolgswahrscheinlichkeit (U)

Definition: Asthma

„Asthma ist eine chronische, das heißt lang andauernde und anfallsweise auftretende Erkrankung der Atemwege. In den Atemwegen des Asthmatikers besteht eine ständige leichte Entzündungsbereitschaft, die mit Schleimhautschwellung, Ansammlung von zähem Schleim und Verengung der Atemwege einhergeht und durch unterschiedliche Einflüsse verstärkt werden kann. Für den Betroffenen bedeutet dies: vorübergehende oder dauerhafte Krankheitszeichen wie pfeifende Atmung, trockener Husten, Engegefühl in der Brust oder Luftnot. Asthma ist bisher nicht heilbar, aber sowohl durch Medikamente als auch durch bestimmte Atemtechniken und das Vermeiden spezieller Stoffe und Situationen (so genannte Trigger) in den meisten Fällen gut behandelbar“ (MEDIZINISCHES WISSENSNETZWERK DER UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE, 2004).

Es werden drei Formen von Asthma unterschieden:

Asthma, das nur allergisch bedingt ist (extrinsic), Asthma, das keine allergische Diathese oder Auslöser hat (intrinsic) und eine Mischform aus beiden, bei der allergische sowie nicht allergische Auslöser verantwortlich sind (RIEGER, 1999, 747).

Auslösende Ursachen eines akuten Asthmaanfalls sind z.B. inhalative Reizstoffe, respiratorische Virusinfektionen, körperliche Anstrengung (bei Anstrengungsasthma) und kalte Luft. Eine weitere Form von Asthma ist das Anstrengungsasthma. Wahrscheinlich wird diese Asthmaform durch einen Verlust an Wärme und Feuchtigkeit im Bronchialsystem ausgelöst, wobei kalte Luft ganz wesentlich daran beteiligt ist. Durch das Einatmen durch den Mund entfallen die Vorwärmung und Anfeuchtung. Dadurch trifft die Luft unmittelbar auf die Bronchialschleimhaut, löst einen Kältereiz aus und trocknet die Bronchialschleimhaut auch etwas aus. Dadurch wird der Schleim zäher, die Bronchialmuskulatur verkrampft und die Bronchialschleimhaut schwillt stark an, wodurch die Luftwege verengt werden (INSITUT FÜR MEDI-ZIN UND GESUNDHEITSPFLEGE, 2002).

Medikamente/Therapie

Beim Einsatz im Leistungssport ist nur die inhalative Anwendung zugelassen.

Hierbei kommen verschiedene Medikamente zum Einsatz:

- Medikamente, welche die verengten Atemwege direkt entspannen und entkrampfen: sogenannte Bronchodilatoren wie Terbutalin, Salbutamol, Theophyllin und Ipratropiumbromid (sind nicht alle zugelassen)
- Medikamente, welche die chronische Entzündung beeinflussen: sogenannte Glukokortikoide wie Budesonid

Oftmals müssen verschiedene Präparate gemeinsam eingenommen werden (ANDREA-NORIS ZAHN AG, 2005).

In der Therapie wird zwischen kausaler und symptomatischer Therapie unterschieden.

Die kausale Therapie ist nur teilweise in begrenztem Maße möglich, sie ist bei allergischem Asthma und bei nicht allergischem Asthma anzuwenden. Beim allergischen Asthma wird eine Allergenkarenz oder eine Hyposensibilisierung versucht. Nicht allergisches Asthma wird mittels Vermeidung und konsequenter Therapie respiratorischer Infekte behandelt.

Die symptomatische Therapie geschieht mit Hilfe der 4-Stufen-Therapie. Das Ziel dieser Behandlung ist die Optimierung durch eine Kombinationstherapie (HEROLD 2001).

Verbreitung des Asthmas in der Normalbevölkerung

Betroffen sind ca. 5 % der Erwachsenen und bis zu 10 % der Kinder weltweit. Es ist ein weltweiter Trend zur Zunahme der Prävalenz zu erkennen. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beträgt 2:1, was sich ab dem 30. Lebensjahr aber wieder ausgleicht. Die höchste Prävalenz herrscht in Schottland und Neuseeland vor; die niedrigste in Osteuropa und in Asien.

Das allergische Asthma beginnt meist im Kindesalter, wohingegen das nicht allergische Asthma im mittleren Alter (> 40 J.) auftritt (KASPER et al. 1994).

Zur Häufung der einzelnen Asthmaformen gibt HEROLD (2001) an, dass je 10 % der erwachsenen Asthmatiker an einem extrinsic bzw. intrinsic asthma leiden und 80 % der Erwachsenen an einer Mischform aus beiden.

IV. „Zugelassene“ Asthmasprays im Sport

Die Anwendung durch Inhalation von Beta-2-Agonisten (Bedarfsmedikation), wie z.B. Salbutamol und Terbutalin, ist nur zur Vorbeugung und/oder Behandlung von Asthma unter bestimmten Bedingungen zugelassen. Ein Lungenfacharzt oder Mannschaftsarzt muss der zuständigen medizinischen Stelle vor dem Wettkampf schriftlich mitteilen, dass der Sportler/ die Sportlerin unter Asthma leidet (OLYMPISCHE BEWEGUNG, 2001).

Zur Dauermedikation bei Asthmatikern werden Kortikosteroide, wie z.B. Beclometason und Budesonid, angewandt. Auch hierbei ist nur die Inhalation zugelassen.

Der Einsatz von Beta-2-Agonisten und Kortikosteroiden ist seit dem 01.01.2005 mit Lungenfunktionstest ohne und mit Medikation anzeigepflichtig.

Die Medizinische Ausnahmeregelung, die in diesem Fall zwingend ist, kann von der Homepage der Nationalen Anti Doping Agentur (NADA) heruntergeladen werden (www.nada-bonn.de).

Um fingierte Angaben zu erschweren, wurde die Medizinische Ausnahmeregelung, die in einem solchen Fall notwendig ist, geändert. So muss nun seit dem 01.01.2005 für den Einsatz von Beta-2-Agonisten und Kortikosteroide ein Lungenfunktionstest mit und ohne Medikation zur Medizinischen Ausnahmeregelungsantrag beigelegt werden (NADA, 2004).

V. Verbreitung der Asthma-Atteste im Leistungssport

Die Zahl der gemeldeten Asthmatiker im Leistungssport steht in einem engen Zusammenhang mit der Sportart. So wurden bei den Olympischen Spielen 1996 in Atlanta ca. 50 % der Radsportler als Asthmatiker gemeldet. Bei der Schwimm-WM in Perth wurden insgesamt 80 % der Athleten als Asthmatiker geführt; 100 % der britischen Nationalmannschaft wurden hierbei festgestellt. Im Wintersport wurden bei den Olympischen Winterspielen 1994 in Lillehammer 70 % aller Athleten Asthma-Atteste anerkannt.

Laut der Informationsschrift „Sport ohne Doping“ (DEUTSCHE SPORTJUGEND 2004) hat sich die Zahl der Atteste bei den Olympischen Spielen zwischen 1996 bis 2000 verdoppelt. Da 82 % der Medaillengewinner im Skilanglauf ein solches Attest vorlegten, werden diese Atteste seit den Olympischen Winterspielen 2002 in Salt Lake City intensiver geprüft (LEISTUNGSSPORT.COM, 2005; ÄRZTE ZEITUNG ONLINE, 2001; ASTHMA UND SPORT, 2001).

VI. Bewertung

Durch die verstärkte Überprüfung der vorgelegten Atteste, kann man davon ausgehen, dass weniger SportlerInnen Asthma mit Hilfe eines fingierten Attests vortäuschen. Meiner Meinung nach sind trotz dieser Änderung bis zu 50 % der vorgelegten Atteste nicht korrekt. Zu dieser Meinung komme ich durch den Vergleich der Verbreitung von Asthma in der Normalbevölkerung mit der Zahl der vorgelegten Atteste bei internationalen Meisterschaften.

Literatur

- ÄRZTE ZEITUNG ONLINE: Spitzensportler leiden oft unter Asthma – aber so oft wie angezeigt?, Stand: 21.06.01/Eingang: 28.11.04,
<http://www.aerztezeitung.de/suchen/default.asp?q=spitzensportler+Asthma&boolean=und&image1.x=9&image1.y=16>
 ANDREA-NORIS ZAHN AG (ANZAG): Asthma bronchiale – Therapie, Eingang: 29.01.05,
<http://www.gesundheit.de/medizin/erkrankungen/lunge/asthma-bronchiale-therapie/index.html>

- ASTHMA UND SPORT, Stand: 21.06.01/Eingang: 28.11.04,
<http://www.sportmedinfo.de/asthma-sport.htm>
- DEUTSCHE SPORTJUGEND (Hrsg.): Sport ohne Doping. Frankfurt am Main 2004
- HEROLD, G.: Innere Medizin – eine vorlesungsorientierte Darstellung. Köln Gerd Herold
 2000, 208 – 297
- INSITUT FÜR MEDIZIN UND GESUNDHEITSPFLEGE: Anstrengungsasthma bei Kindern
 und Jugendlichen, Stand: Mai 02/Eingang: 03.03.05, [http://www.medizin-
 aspekte.de/0502/aarane_patient/](http://www.medizin-

 aspekte.de/0502/aarane_patient/)
- LEISTUNGSSPORT.COM: „Falsche Asthmatiker“ inhalieren Salbutamol, Eingang: 28.11.04,
<http://www.leistungssport.com/index.php?site=122&unav=1234567894>
- MCFADDEN: Asthma. In: ISSELBACHER, K.J., BRAUNWALD, E., WILSON, J.D., MARTIN,
 J.B., FAUCI, A.S., KASPER, D.L. (Hrsg.): Harrison's Principles of Internal Medicine 13th
 edition, Vol. 2. New York McGraw-Hill Inc. 1994, 1167 - 1172
- MEDIZINISCHES WISSENSNETZWERK DER UNIVERSITÄT WITTEN/HERDECKE: Defini-
 tion Asthma, Stand: Januar 04/Eingang: 10.02.05,
http://www.patientenleitlinien.de/Asthma/body_asthma.html#PatientenleitlinieAsthma1
- NATIONALE ANTI DOPING AGENTUR: Einsatz von Beta-2-Agonisten zur Behandlung,
 Stand: 20.12.04/Eingang: 29.01.05, [http://www.nada-
 bonn.de/DEUTSCH/D_INFO/DOP_A-Z/Einsatz%20von%20Beta%20-2-A.pdf](http://www.nada-

 bonn.de/DEUTSCH/D_INFO/DOP_A-Z/Einsatz%20von%20Beta%20-2-A.pdf)
- OLYMPISCHE BEWEGUNG: Anti-Doping-Regelwerk, Stand: 01.01.03/Eingang: 29.01.05,
<http://www.ta7.de/txt/sport/spor0030.htm>
- RIEGER, C. u.a.: Pädiatrische Pneumologie. BerlinHeidelbergNewYork Springer-Verlag
 1999

Interdisziplinäres Seminar „Sport und Gesundheit“
Studienschwerpunkt Freizeitsport
WS 2004/05, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leitung: Prof. Dr. H.-V. Ulmer, Prof. Dr. Dr. M. Messing
Referent: Thomas Neuheiser E-Mail: neuheiser@aol.com

27. Evaluationsbericht zum Interdisziplinären Seminar “Sport und Gesundheit” (U)

1. Einleitung

Am 9.02.05 wurden Evaluationszettel an die Seminarteilnehmer verteilt. Anhand dieser ausgeteilten „Handzettel“ konnten die Seminarteilnehmer anonyme Angaben über das Seminar vornehmen. Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Prioritäten und welche Merkmale des Seminars den Studenten zugesagt haben oder nicht.

Die Studenten hatten die Aufgabe, einen „Top“ oder einen „Flop“ zu benennen, mit der Aufgabe nur jeweils eine Angabe zu machen. Weiterhin bestand die Möglichkeit, eine extra Angabe unter „Sonstige Bemerkungen“, in die Befragung eingehen zu lassen. Diesen Angaben sollten die Seminarteilnehmer noch eine Wertigkeit hinzufügen. Das Spektrum der Wertigkeit gliederte sich folgendermaßen auf: 1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = etwas wichtig.

2. Auswertung der Evaluationszettel

Es nahmen 19 Studenten an der Befragung teil. Sieben von ihnen machten eine Angabe unter „Sonstige Bemerkungen“. Die angefallenen Rohwerte sind nach bestimmten Kriterien geordnet worden, d.h. es fand eine Gewichtung der Wertigkeit statt. Somit erhält die Wertigkeit „sehr wichtig“ (SW) drei Punkte, die Wertigkeit „wichtig“ (W) zwei Punkte und die Wertig

keit „etwas wichtig“ (EW) einen Punkt. Weiterhin sind die Ergebnisse in der folgenden Auswertung schon in grobe Thematische Schwerpunkte eingeteilt, um eine übersichtliche Darstellung zu gewährleisten. Folgende Hierarchisierung (Nr.) und Punktwerte (PW) der Ergebnisse konnte festgestellt werden:

Tabelle 1a: Kurzformen zu den „Topangaben“ der 19 Seminarteilnehmer, Klartextversionen siehe Anhang 1

Nr.	PW
1. Power Point = 3 x SW, 3 x W	15
2. Diskussion der Referate = 1 x SW, 2 x W	7
3. Kombination Medizin und Soziologie = 3 x W	6
4. Themenauswahl = 2 x SW	6
5. Organisation des Seminars = 1 x SW	3
6. Art des Themenvortrags = 1 x SW	3
7. Erreichbarkeit der Professoren = 1 x SW	3
8. Verhalten der Seminarleiter = 1 x W, 1 x EW	3

Tabelle 1b: Wie Tabelle 1a, jedoch für „Flop“

Nr.	PW
1. Diskussion der Tischvorlage = 1 x SW, 2 x W, 2 x EW	9
2. Dauer der Diskussionen = 2 x W, 1 x EW	5
3. Schwierigkeitsgerade der Vorträge differenzieren = 2 x W	4
4. Themenauswahl = 2 x W	4
5. Optimale Tischvorlage = 1 x SW	3
6. Probleme bei der Erfüllung der Formalia = 1 x SW	3
7. Diskussion des Sportbegriffs = 1 x W	2
8. Zeitüberschreitungen = 1 x W	2
9. Verbindung der Ulmer und Messingthemen = 2 x EW	2

Sonstige Bemerkungen:

Zu „Sonstige Bemerkungen“ wird noch eine positiv bzw. negativ Bewertung beigefügt um die Angabe, der Intention entsprechend, deutlich zu machen.

Tabelle 1c: Wie Tabelle 1a, jedoch für „Sonstige Bemerkungen“

Nr.	PW
1. Seminarklima (positiv) = 2 x W	4
2. Diskussionshilfe der Professoren (positiv) = 1 x SW	3
3. Nicht vorhandene Mustertischvorlage (negativ) = 1 x SW	3
4. Schwierigkeitsgrade der Vorträge differenzieren (negativ) = 1 x SW	3
5. Verschiedene Anmerkungen zu Literaturangaben (negativ) = 1 x W	2
6. Ungenaue Themenwiedergabe/Diskussion (negativ) = 1 x W	2

3. Bewertung des Seminars durch den Berichtersteller Thomas Neuheiser

3.1 Bewertung aufgrund der Handzettel

Durch dieses Seminar wurden vielfältige Aspekte vermittelt, die nicht nur den interdisziplinären Teil des Seminars betrafen. Außer den vielfältigen Themen, die auch in Art und Umfang durchaus differenzieren konnten, war immer ein aktueller Bezug zu finden. Durch die Evaluation ist deutlich geworden wie viel unterschiedliche Angaben von den Seminarteilnehmern zu diesem Seminar gemacht worden sind.

Vergleicht man die Angaben und die Ergebnisse der diesjährigen Evaluation mit der des letzten Jahres, so erkennt man durchaus Überschneidungen und Gemeinsamkeiten. Im Prinzip kann man zwischen den beiden Evaluationen nur zwei Unterschiede ausmachen. Zum einen findet sich in der letztjährigen Evaluation keine Angabe zum Bereich der Power Point Präsentationen und zum anderen gibt es Unterschiede, die den Bereich der Formalia und der Diskussionen betreffen. Im Gegensatz zur letztjährigen Evaluation gibt es in der diesjährigen Evaluation tendenziell mehr positive Angaben im Bereich der Diskussionen wie z.B. durch den Top 2 (s. Anhang) und mehr negative Angaben im Bereich der Formalia wie z. B durch den Flop 17 (s. Anhang).

Generell kann man aber feststellen, dass sich die diesjährigen Seminarteilnehmer mit ihren Angaben kaum von denen des letzten Jahres unterscheiden. Einzig allein der Bereich der sich auf die Vorstellung der Arbeiten bezieht, die Power Point Präsentation, zeigt einen Unterschied zwischen den beiden Evaluationen, da hierzu keine Angaben in der letztjährigen Evaluation gemacht wurden.

3.2 Bewertung aus Sicht des Berichterstatters

Die Evaluation hat gezeigt, dass das Seminar einen vielfältigen Charakter aufweist, durch den unterschiedlichste Sichtweisen möglich sind. Vor allem unter den Angaben die die Themen/Themenauswahl und Vorträge betreffen, wie man vor allem in den Klartextantworten im Anhang erkennen kann, deckt das Seminar mit seinen unterschiedlichen Themen ein sehr breites Spektrum ab. Vor allem aber die Diskussionen zu den einzelnen Themen ermöglichten es, einen immer besseren Einblick in das jeweilige Thema zu erhalten. Die Besprechung der Formalia zum Ende der Stunde hin hat zumeist kaum Begeisterung hervorgerufen, war jedoch zum Erlernen des „Handwerkszeugs“ unerlässlich, wie sich sehr oft gezeigt hat.

Anhang zum Evaluationsbericht (Nr. 27):

1. Eine Auflistung aller Klartextantworten analog zur Homepage
2. Eine Auswertung der Ergebnisse anhand thematischer Schwerpunkte

1. Anhang mit den Klartextantworten

1.1 Die Tops der Evaluation

Nr.	Tops	PW
1	Power Point Präsentation ist wichtig	2
2	Diskussionen	1
3	Sehr gut organisiertes Seminar	1
4	Auswahl der Themen, größtenteils	1
5	Hervortreten der gegensätzlichen Charaktere der Dozenten in der Diskussion	3
6	Power Point	2

7	Die Einleitung und Diskussion der Referate	1
8	Die Vorträge (fast) alle durch Power Point	2
9	Seminarleiter „haben sich die Bälle gut zugespielt“	2
10	Meine erste gestaltete Power Point Präsentation mit der Funkmaus	1
11	Meist gut laufende Diskussionen mit unterschiedlichen Meinungen	2
12	Fast alle Vorträge/Themen haben mit gängigen Vorurteilen aufgeräumt oder neue Richtungen aufgezeigt, Insgesamt bis auf wenige Ausnahmen Interessant	1
13	Die meisten Vorträge mit Power Point	1
14	Die Kombination aus medizinisch und soziologischen Werten	2
15	z. T. gute Diskussionen	2
16	Alle Vorträge mit Power Point -> sehr übersichtlich	1
17	Erreichbarkeit von Herrn Prof. Ulmer ist Top	1
18	Interessante Themen, da sie von der Soziologischen und Physiologischen Seite betrachtet wurden	2
19	Erkenntnis Sport ist nicht gleich gesund	2

1.2 Die Flops der Evaluation

Nr.	Flop	PW
1	Manchmal langweilige Themen	2
2	Ständige Korrekturen der Handouts; besser zu Beginn 2-3 Termine Handouts korrigieren	2
3	Zu sehr auf die Formalia der Handouts geachtet	2
4	Manche Themen waren zum größten Teil vortragsübergreifend	3
5	15 min. für Formalia (sollten mit der entsprechenden Person besprochen werden)	3
6	Leider wurden immer nur die negativen Seiten der Handouts/Tischvorlagen genannt, eine optimale Vorlage hätte viele Probleme beseitigt	1
7	Nie rechtzeitig/pünktlich die stunde beendet	2
8	Die Probleme einiger Mitstudenten die formalen Vorgaben zu erfüllen	1
9	Zu viel Wert auf Formalia gelegt	2
10	Zu Intensive Diskussionen über Punkte, Kommata und Literaturangaben, Automatische Silbentrennung	1
11	Sport -> der Begriff wurde teilweise endlos diskutiert, ob nun gut oder schlecht, meist blieb der Eindruck Sport sei ungesund	2
12	Der ein oder andere Vortrag war sehr oberflächlich	2
13	Einige Themen waren nicht so interessant	2
14	Messing und Ulmer Themen könnten vielleicht mehr in Verbindung gebracht werden (Bezogen auf die Vorträge an einem Tag)	3
15	Manche Vorträge bzw. das Thema	2
16	Extreme Genauigkeit der Seminarleiter	2
17	Sehr lange Diskussionen über Formalia zu Ende der Stunde	2
18	Gegen Ende des Semesters hat es genervt immer wieder die Fehler in den Tischvorlagen zu besprechen	3
19	Themen oft sehr Negativ dargestellt, Info's zu oberflächlich und allgemein	2

1.3 Sonstige Bemerkungen

Nr.	Sonstige Bemerkungen	PW
1	Anmerkungen zu Literaturangaben kamen mir jedes Mal anders vor!	2
2	Lockere Atmosphäre	2
3	Sehr gutes Klima im Seminar	2
4	Eine Mustertischvorlage wäre nett gewesen, um die Formalia mal zu sehen	1
5	Schwierigkeitsgrad der einzelnen Themen (und damit verbundener Arbeitsaufwand) variiert sehr stark	1
6	Es wurde teilweise um das Thema herum diskutiert	2
7	Professoren sind jederzeit bereit, wenn keine Diskussion zustande kam, eingesprungen	1

2. Auswertung der Ergebnisse anhand thematischer Schwerpunkte

(die erste Ziffer bezieht sich auf die jeweilige Nummer des Handzettels und die Ziffer in Klammer auf die Wertigkeit)

a) Präsentation der Arbeiten

Tops: 1: Powerpointpräsentation ist wichtig (2); 6: Power Point (2); 8: Die Vorträge (fast) alle durch Power Point (2); 10: Meine erste gestaltete Powerpointpräsentation mit der Funkmaus (1); 13: Die meisten Vorträge mit Power Point (1); 16: Alle Vorträge mit Power Point -> sehr übersichtlich (1)

Flops: Keine Angaben

Sonstige Bemerkungen: Keine Angaben

b) Wissenschaftliches Arbeiten und Formalia

Tops: Keine Angaben

Flops: 2: Ständige Korrekturen der Handouts; besser zu Beginn der Veranstaltung 2-3 Termine Handouts korrigieren (2); 3: Zu sehr auf Formalia der Handouts geachtet (2); 5: 15 min. für Formalia (sollten nur mit betreffender Person besprochen werden) (3); 6: Leider wurden immer nur die negativen Seiten der Handouts/Tischvorlagen genannt, eine optimale Vorlage hätte viele Probleme beseitigt (1); 8: Die Probleme einiger Mitstudenten die formalen Vorgaben zu erfüllen (1); 9: Zu viel Wert auf Formalia gelegt (2); 18: Gegen Ende des Semesters hat es genervt immer wieder die Fehler in den Tischvorlagen zu besprechen (3)

Sonstige Bemerkungen: 1: Anmerkungen zu Literaturangaben kamen mir jedes Mal anders vor (2); 4: Eine Mustertischvorlage wäre nett gewesen, um die Formalia mal zu sehen (1)

c) Diskussionen und Ergebnisse

Tops: 2: Diskussionen (1); 7: Die Einleitung und Diskussion der Referate (1); 11: Meist gut laufende Diskussionen mit unterschiedlichen Meinungen (2); 15: z.T. gute Diskussionen (2); 19: Erkenntnis Sport ist nicht gleich gesund (2)

Flops: 10: Zu Intensive Diskussionen über Punkte, Kommata und Literaturangaben, Automatische Silbentrennung (1); 11: Sport -> der Begriff wurde endlos diskutiert, ob nun gut oder schlecht, meist blieb der Eindruck Sport sei ungesund (2); 17: Sehr lange Diskussionen über Formalia zu Ende der Stunde (2)

Sonstige Bemerkungen: 6: Es wurde teilweise um das Thema herum diskutiert (2); 7: Professoren sind jederzeit, wenn keine Diskussion zustande kam, eingesprungen (1)

d) Themen/Themenauswahl und Vorträge

Tops: 4: Auswahl der Themen größtenteils (1); 12: Fast alle Vorträge/Themen haben mit gängigen Vorurteilen aufgeräumt und neue Richtlinien aufgezeigt, insgesamt bis auf wenige Ausnahmen interessant (1); 14: die Kombination aus medizinischen und soziologischen Werten (2); 18: Interessante Themen, da sie von der soziologischen und physiologischen Seite betrachtet wurden (2)

Flops: 1: Manchmal langweilige Themen (2); 4: Manche Themen waren zum größten Teil vortragsübergreifend (3); 12: der ein oder andere Vortrag war sehr oberflächlich (2); 13: einige Themen waren nicht so interessant (2); 14: Messing und Ulmer Themen könnten vielleicht mehr in Verbindung gebracht werden (Bezogen auf die Vorträge an einem Tag) (3); 15: Manche Vorträge bzw. das Thema (2); 19: Themen oft sehr negativ dargestellt, Info's zu oberflächlich und allgemein (2)

Sonstige Bemerkungen: 5: Schwierigkeitsgrade der einzelnen Themen (und damit verbundener Arbeitsaufwand) variiert sehr stark (1)

e) Seminarbedingungen

Tops: 3: Sehr gut organisiertes Seminar (1)

Flops: 7: Nie rechtzeitig/pünktlich die Stunde beendet (2)

Sonstige Bemerkungen: 2: Lockere Atmosphäre (2); 3: sehr gutes Klima im Seminar (2)

f) Angaben zu den Seminarleitern

Tops: 5: Hervortreten der gegensätzlichen Charaktere der Dozenten in den Diskussionen (3); 9: Seminarleiter „haben sich die Bälle gut zugespielt“ (2); 17: Erreichbarkeit von Herrn Prof. Ulmer ist Top (1)

Flops: 16: Extreme Genauigkeit der Seminarleiter (1)

Sonstige Bemerkungen: Keine Angaben

**Seminar Sport und Gesundheit, Studienschwerpunkt Freizeitsport,
Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer
Autor: Carsten Redwanz e-mail: carstenredwanz@hotmail.com**

28. Kommentare zu den Seminarbeiträgen (soweit beim Abgabetermin vorhanden)

Thema1

Sollte die Werbung für Nahrungsergänzungsmittel, die bei falscher Anwendung zu ernsthaften körperlichen Schädigungen führen können bzw. mit fehlerhaften Dosierungshinweisen versehen sind und zu ähnlichen Schäden führen können, verboten werden? Ist es nicht sinnvoller den Gebrauch von Nahrungsergänzungsmitteln unter ärztliche Aufsicht zu stellen um so gezieltem Missbrauch vorzubeugen? Und ist dies in der Praxis überhaupt möglich, da in

vielen Fitness-Studios unter der Hand auch mit schlimmeren Mitteln gehandelt wird und so der Gebrauch weiter in die Illegalität abrutscht? Darf dies ein Hinderungsgrund für die restriktivere Anwendung von Nahrungsergänzungsmitteln sein?

Thema 2

Sport tut Deutschland gut!

Tut Sport Deutschland wirklich gut oder ist eher das Gegenteil der Fall? Tun schwere Sportverletzungen oder falsches ausführen von Übungen oder muskuläre Dysbalancen durch falsches Training Deutschland wirklich gut?

Tut Sport Deutschland gut wenn man krank ist und Sport macht?

Oder tut Sport Deutschland gut egal wie falsch er ausgeführt wird, weil er ja die Psyche beflügelt nach dem Motto: Ich habe heute Sport gemacht und mir meine Schokolade redlich verdient.

Viele machen falsch Sport und schädigen sich damit bzw. ihren Körper sehr.

Besser als alleine Sport zu machen wäre die Gruppenalternative unter sachkundiger Anleitung, bei der Fehler direkt abgestellt werden können.

Thema 3

Sinn und Unsinn von Behindertensport lässt sich 1:1 auf andere Sportarten übertragen. Sind die Leistung und der Wille eines behinderten Sportlers höher einzustufen als die eines nicht behinderten Leistungssportlers? Ist es für einen von Geburt an behinderten Sportler einfacher sich dem Leistungssport zuzuwenden weil er/sie länger Zeit hatte sich mit seiner/ihrer Behinderung zu arrangieren als jemand, der später durch einen Unfall oder eine schwere Krankheit durch eine körperliche Behinderung beeinträchtigt wird?

Ist es nicht viel einfacher bei den Paralympics eine Medaille zu gewinnen als im regulären Leistungssport weil es weniger Konkurrenz gibt?

Thema 4

Welchen Sinn hat das Deutsche Sportabzeichen? $\frac{3}{4}$ aller Sportabzeichen wird von Jugendlichen in der Schule gemacht, ein Großteil der Abzeichen von Erwachsenen wird bei der Bundeswehr gemacht, weil dies zwingend für Beförderungen erforderlich ist. Wie aussagekräftig sind nun die restlichen Absolventen des DSA? Gibt es einen weiteren Grund für „normale“ Bürger das DSA abzulegen? Die Antwort ist wohl eher nein, da der Sinn und Zweck des DSA nicht eindeutig erkannt werden kann.

Es kann jedoch festgehalten werden, dass das DSA ein deutliches Maß an Sportlichkeit erfordert, auf das zudem hintrainiert werden muss, weil es i.d.R. zu schwierig ist um es aus der normalen körperliche Verfassung heraus abzulegen.

Thema 5

Warum gibt es so viele widersprüchliche Aussage der Wissenschaft zu diesem Thema.

Wie aussagekräftig sind die durchgeführten Tests? Wird tatsächlich das gemessen, was gemessen werden soll? Kann man durch die Tests wirklich auf Sportlichkeit oder Unsportlichkeit schließen? Und lässt die Zahl der Probanden einen Rückschluss auf die Grundgesamtheit der Kinder zu? Sind die Stichproben überhaupt zufällig ausgewählt worden?

Warum scheint es so schwer einen einheitlichen Test zu entwickeln, der die motorische Leistungsfähigkeit verschiedener Altersgruppen miteinander vergleichbar macht?

Thema 6

Es hat sich gezeigt dass es Probleme bei der Definition von Prävention gibt. Was genau ist darunter zu verstehen? Kann man mit Prävention tatsächlich auch Geld sparen, oder sind die Kosten durch evtl. körperliche Schäden und Sportverletzungen nicht viel höher?

Es gibt darauf wohl keine eindeutige Antwort, weil dies stark von der Sportart die man ausübt abhängt und ob es Kontrollen durch Ärzte oder Trainer gibt.

Und was ist eigentlich Lebensqualität? Es hat sich herausgestellt das es sich hierbei um eine sehr subjektive Sichtweise handelt, denn das Rauchen einer Zigarre vor dem Fernseher ist für den einen Lebensqualität, für den anderen allerdings das Gegenteil.

Thema 7

Viele Freizeitsportler denken: "Warum sollte ich wegen ein wenig Ozon denn nun keinen Sport mehr machen?" Viele Sportler sind anscheinend nicht oder nur ungenügend über die Folgen von körperlicher Ertüchtigung bei hohen Ozonwerten informiert. Dies ist allerdings sehr kritisch zu sehen. Im allgemeinen passt dies aber ins Bild des Freizeitsportlers, der uninformiert und möglicherweise trotz späterer Schäden zwingend Sport machen will, weil Sport ja nur gesund sein kann. Das Gegenteil des eigentlichen Ziels, also des gesünderen Körpers, wird erreicht.

Thema 8

Sollen alkoholische Getränke mit Warnhinweisen wie bei Zigaretten versehen werden? Hier gab es ganz unterschiedliche Meinungen im Plenum. Sie reichten von der klaren Kennzeichnung des Alkohols und seiner Folgen sowie die Gleichstellung mit anderen Drogen über einen vorsichtigeren Umgang mit Alkohol bzw. einer langsamen Bewusstseinsänderung in der Gesellschaft Alkohol auch als Gefahr wahrzunehmen bis zu einer Meinung, alles beim alten zu lassen. Der Alkoholkonsum vor allem von Zuschauern bei Sportveranstaltungen und von Mannschaften nach Spielen ist in der Gesellschaft fest verankert.

Bei der Bierwerbung spielt die Sportart doch eine starke Rolle, vor allem bei klassischen „Männersportarten“ wie Fußball.

Thema 9

Wenn eine Salbe bei körperbewussten Menschen wie Sportlern wirkt und überzeugt, dann überzeugt sie auch andere Menschen. >>Sportler sind besonders kritisch. Wenn man sie überzeugen kann, dann erreicht man auch andere Kunden.

Aber sind Sportler wirklich besonders kritisch, oder geht man nur davon aus?

Zumindest sind Sportler ein großer möglicher Kundenkreis für die Firma.

Die Broschüre spricht die Risiken von Sportlern an, also welche Verletzungen aus welchen Sportarten resultieren können. Ist sie dadurch ehrlicher als andere? Oder zieht sie daraus einen Nutzen, weil die Broschüre auch gleichzeitig die Behandlungsmethode und die passende Salbe anbietet.

Thema 11

Die stetig steigende Durchschnitts-Lebenserwartung steht im Widerspruch zur ständig angeprangerten ungesunden Lebensweise der Deutschen. Wie kann man trotz Alkohol, Nikotin und mangelnder Bewegung sowie schlechter Ernährung immer älter werden? Ist dies ausschließlich durch die enorme Macht und Entwicklung der Medizin zu erklären? Ist die Hygiene so weit fortgeschritten, dass sie keinen negativen Einfluss mehr auf unser Leben mehr nimmt? Oder ist es vielleicht möglich, dass die Lebensweise der Deutschen gar nicht so ungesund ist wie von vielen angenommen?

Und führt nicht jeder Mensch auf eine gewisse Art und Weise ein ungesundes Leben?

Hat nicht jeder ein Laster?

Führt ungewollte Arbeitslosigkeit zu ungesunder Lebensweise, weil man depressiv und frustriert wird und evtl. zu Alkohol greift?

Thema 12

Je organisierter das Programm und je geringer die Eigenverantwortlichkeit zu sein scheint, desto besser wird das Programm angenommen. Den Teilnehmern wird die eigene Planung abgenommen, man muss „nur noch“ zu der Veranstaltung selbst hingehen und teilnehmen. Anscheinend nehmen viele Menschen solche Angebote regelmäßig aber dennoch unverbindlich an, weil es Ihnen Spaß macht und es Ihnen gut geht.

Aber was genau sind nun Wellness-bezogene Sportangebote? Ist die Festlegung der Industrie auf den Begriff Wellness nur eine Werbekampagne weil sich der Begriff so gut anhört und beim Konsumenten eine positive Stimmung hinterlässt?

Auf jeden Fall bietet dieser Teilbereich der Sportindustrie Arbeitsplätze vor allem für Freizeitsport-Experten.

Thema 13

Der Sport liefert eine Antwort auf verschiedene Gesundheitsproblematiken des Menschen. Allerdings sind einige Funktionszuschreibungen des Sports von den Autoren empirisch nicht belegt worden, dies ist allerdings in der Sozialforschung unabdingbar. Des Weiteren bleibt die Frage offen, ob sich gesund und leistungsfähig als Begriffe des Sports gleichsetzen lassen?

Thema 14

Die verschiedenen durchgeführten Tests basieren auf unterschiedlichen Messverfahren und auf unterschiedlichen Datengrundlagen, sie sind somit in keiner Weise vergleichbar. Zudem sind die Tests teilweise nicht valide, weil nicht genau gesagt werden kann, ob sie Sportlichkeit oder sportliche Fähigkeiten überhaupt messen können.

Thema 15

Wie seriös ist eine Firma, bei der man regelmäßig kostenpflichtige Fortbildungen machen muss um die nötige Qualifikation nicht zu verlieren? Um eine einigermaßen grundlegende Kenntnisse betreffende Qualifikation vorzuweisen, müssen die TeilnehmerInnen finanziell einiges aufbringen. Allerdings arbeitet tatsächlich eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Fitness-Studios mit dieser Firma zusammen, so dass den bei Safs & Beta ausgebildeten Trainern zumindest eine Job-Perspektive offen steht. Dennoch bleibt ein etwas merkwürdiger Beigeschmack durch die ständige kostenpflichtige Weiterbildung und die nicht besonders günstige „Grundausbildung“ zum Zertifikat. Es stellt sich die Frage, ob sich im Job genug Geld verdienen lässt, dass diese finanzielle Belastung rechtfertigt bzw. lohnenswert macht. Natürlich für die TeilnehmerInnen.

Thema 16

Leider scheinen die Medien das Aufgreifen von Schlagworten wie Fettleibigkeit der konkreten und objektiven Berichterstattung über die Probleme des Übergewichts bei Kindern vorzuziehen. Leider gibt es auch keine einheitliche aussagekräftige Methode zur Messung des Körperfettwerts. Auch bei dieser Problematik lassen sich die verschiedenen Forschungsergebnisse nicht miteinander vergleichen, allein aufgrund der verschiedenen Messverfahren.

Thema 17

Können viele Ältere Menschen überhaupt noch Sport machen oder ist die Zielgruppe sehr klein? Macht Werbung für Seniorensport überhaupt Sinn?

Beim Seniorensport muss stark auf die körperliche Konstitution der einzelnen Teilnehmer Rücksicht genommen werden, dabei ist teilweise nicht der Sport sondern die soziologische Komponente wichtiger (mal wieder unter Leute kommen oder überhaupt das Haus oder die Wohnung verlassen).

Für einige ältere Menschen ist die Teilnahme am Seniorensport eine neue feste Komponente im Leben, aber natürlich nicht für alle.

Die Schwierigkeit liegt bei der Mobilisierung von allein lebenden älteren Menschen um sie überhaupt zum Sport zu bewegen.

Thema 18

Die These „joggen macht blöd“ lässt sich durch keinerlei empirische Grundlagen belegen. Zudem lässt sich letztlich kein Autor oder eine Quelle ausfindig machen, die für den Artikel verantwortlich ist, somit kann auch keine wissenschaftliche Überprüfung der Aussagen durchführen. Dies ist weder seriös noch wissenschaftlich und sollte nicht übernommen werden. Lassen sich positive und negative Einflüsse von Erschütterungen des Gehirns gegeneinander aufrechnen?

Thema 19

Werden Deutsche Kinder immer dicker oder ist die Mehrzahl der Kinder nicht übergewichtig? Anscheinend werden dicke Kinder einfach noch dicker während die meisten Kinder die sog. Normalfigur behalten, allerdings ist die Problematik von Untergewicht bzw. Bulimie nicht genau angesprochen.

In den unteren Schichten ist das Problem Adipositas ausgeprägter als in der Mittelschicht oder der Oberschicht.

Auch türkische Kinder haben häufiger Probleme mit Übergewicht als Kinder anderer Nationalitäten. Dies liegt aber z.t. am vorher festgestellten Fall der häufigeren Probleme von Unterschichtkindern mit Adipositas, denn viele türkische Familien gehören der Unterschicht an. Es wurde die Vermutung angestellt, dass Immigranten vor das Ernährungsproblem gestellt sind wenn sie europäisches Ernährungsverhalten übernehmen und nicht bei ihren traditionellen Ernährungsgewohnheiten bleiben.

Thema 20

Kann ein Produkttest auf der Herstellerseite mit dem eigenen Produkt als Testsieger überhaupt aussagekräftig sein? Ist das eine geeignete Verkaufsstrategie? Und wäre der Test wohl auf der Homepage aufgetaucht wenn ein anderes Produkt von einer anderen Firma Testsieger geworden wäre?....

Fast einhellige Meinung des Plenums: Auch günstige Stöcke von Tchibo oder Aldi können geeignet sein und ihren Zweck erfüllen.

Thema 25

Wie viele Menschen kann man dazu bewegen an diesen Aktionen mitzumachen, die vorher nicht Familienbezogene Unternehmungen gemacht haben?

Warum hat Schirmmacher keinen Bezug zum Sport als Konfliktlösung genommen? Erschien ihm dies nicht relevant genug als Lösungsansatz?

Welche empirischen Bezüge bilden die Grundlage für Schirmmacher Buch?

Anhänge

Anhang 1: Umfrage am vorletzten Seminartag zu „Sport bei Risikopatienten“

Sport bei Risikopatienten

von H.-V. ULMER, Mainz.

Den Teilnehmern des Interdisziplinären Seminars „Sport und Gesundheit“ wurde in der vorletzten Stunde am 9.2.2005 eine in vorherigen Umfragen mehrfach verteilte Frage mit der Bitte um eine Antwort vorgelegt. Auf dem Zettel stand nachfolgende Fragestellung und die Bitte, die als besonders wichtig angesehene Frage an den Vater einzutragen: (vgl. auch <http://www.uni-mainz.de/FB/Sport/physio/pdf/Umfrage-Risikopat03SS-SS04.pdf>).

Fragebogenauswertung zum 9.2.2005 (Seminarteilnehmer „Sport und Gesundheit“)

von N. Reznizak

Fragestellung: Ihr Vater (Alter: 55 Jahre, Körperhöhe: 180 cm, Körpergewicht: 95 kg) berichtet, sein Arzt hätte ihm wegen etwas erhöhten Blutzuckerwerten und Bluthochdrucks gesagt, endlich wieder Sport zu machen.

Welche wichtige Frage würden Sie Ihrem Vater stellen?

Nr.	Antwort
1	Welchen Sport hat er früher betrieben?
2	Bist Du Dir über die Risiken bewusst?
3	Welchen Sport willst Du jetzt machen?
4	Welche Sportart willst Du betreiben?
5	Hast Du bisher Sport betrieben; wenn ja welchen?
6	Was war das für ein Arzt (Fachrichtung)?
7	Was für Sport; welche Sportart soll er machen?
8	Hast Du körperliche Beschwerden; wenn ja welche?
9	Welcher Sport würde Dich denn interessieren; und was passt zu Dir?
10	Woher weißt Du, wie hoch die Trainingsintensität und der Trainingsumfang für Dich und Deine Ziele ist?
11	Familiäre oder genetisch bedingte Arterienverkalkung?
12	Welchen Sport?
13	Wie hoch soll die Belastung sein?
14	Hat der Arzt auch gesagt, welche Art von Sport Du betreiben sollst?
15	Wird vorher auch ein entsprechender Gesundheitscheck durchgeführt?
16	Hast Du Dich komplett untersuchen lassen?
17	Vertraust Du Deinem Arzt oder möchtest Du Dir noch eine 2. Meinung einholen?
18	Was für Sport sollst Du betreiben? (Sport ist sehr allgemein)
19	Wie viel Zeit hast Du für Sport?
20	Willst Du nicht lieber noch zu einem zweiten Arzt gehen?

Auswertung nach absoluten Häufigkeiten

Welche Sportart will er jetzt machen?	n = 7
Welche Sportart wurde früher betrieben?	3
2. ärztliche Meinung?	2
vorheriger Gesundheitscheck ?	2
Körperliche Beschwerden; wenn ja welche?	1
Trainingsintensität und Trainingsumfang?	1
Familiäre oder genetisch bedingte Arterienverkalkung?	1
Wie hoch soll die Belastung sein?	1
Bist Du Dir über die Risiken bewußt?	1
Was war das für ein Arzt (Fachrichtung)?	1
Ergometrie-EKG: Null !	0

Beim Vater handelt es sich um einen ausgesprochenen Risikopatienten im Formenkreis Arteriosklerose/ Metabolisches Syndrom. Er ist erheblich Herzinfarkt-gefährdet, vor allem bei unkontrolliertem Ausdauersport = „Gesundheitssport“ mit höheren Intensitäten, wie sie Freizeitsport-typisch sind. „Ein Gesundheitscheck“ reicht da nicht aus, es muß schon eine "Herzuntersuchung" dabei sein, zumindest ein Ergometrie-EKG, um ein von der Intensität her relativ gesundes Sporttreiben zu ermöglichen. Diese Antwort (EKG) wurde von keinem einzigen Seminarteilnehmer angegeben, obgleich das Thema mehrfach im Seminar angeschnitten wurde und besonders auch noch in der vorangegangenen Seminarstunde.

Aus soziologischer Sicht* macht das Ergebnis erneut deutlich, wie fest verankert auch bei Sportstudierenden im Hauptstudium die kritiklose, undifferenzierte Verknüpfung von „Sport und Gesundheit“ als Folge einer entsprechenden Propagierung von „Sport und Gesundheit“ durch Sport- und Fachverbände, Politiker, Krankenkassen und auch von Vertretern aus dem Bereich der Sportwissenschaften ist. Diese feste Verankerung wird dadurch unterstrichen, daß die differenzierte Behandlung des Themas „Sport und Gesundheit“ zu den Zielen des Seminars gehörte, die spezielle Frage „Herzinfarkt und Sport“ in der vorangegangenen Stunde behandelt wurde und die Umfrage trotzdem wie dargelegt ausfiel.

* gemäß Feststellung des 2. Seminarleiters Herrn Prof. Dr. Dr. Messing

1.3.2005 H.-V. Ulmer

Anhang 2: Sportsoziologischen/ physiologische Kleinstudie zu einem Trainingslager (Zusatzaufgabe)

Seminar – Sport und Gesundheit – Studienschwerpunkt Freizeitsport

WS 2004/2005, Fachbereich Sport, Johannes Gutenberg - Universität Mainz

Leitung: Prof. Dr. Dr. M. Messing, Prof. Dr. H.-V. Ulmer

Falk Putzke E-Mail: falkputzke@gmx.de

In einem Trainingslager ergeben sich soziologische Vorgänge, die meiner Meinung nach typisch für Leistungssportler sind. Mit den Erfahrungen und Wissen aus vergangener Trainingslagern, konnte ich gewisse Eigenarten herausfiltern.

Das Ziel eines Trainingslagers ist es, die individuelle Leistung zu verbessern. Dabei unterscheidet sich das Trainingslager vom normalen Trainingsalltag dahingehend, dass äußere Ablenkungen und Stress so minimal wie möglich gehalten werden sollen, um sich voll und ganz auf den Sport zu konzentrieren.

Diese Vorgänge dokumentiert das folgende Beispiel des Fahrradtrainingslagers in Südspanien.

Schon im Vorfeld des Trainingslagers konnte man eine gewisse Vorfreude spüren. Abwechslung vom Arbeitsalltag, nach den langen Wintermonaten wieder Sonne und milde Temperaturen, dies sind alles Gründe, die ausschlaggebend für diese Vorfreude waren.

Der erste Tag war von Euphorie und großer Motivation geprägt. (Übermotivation) Jeder wollte schon am ersten Tag in der Sonne Alles zeigen, nur keine Schwäche. Dieser Übermut rächte sich bei zwei von uns drei am nächsten Tag. Diese Begebenheit ermöglichte eine Situation, die laut Veblens in der Natur des Menschen liegt. Diese sind die Barbarei, die Grausamkeit, die relativ stark ausgebildete räuberische Neigung für den Wettbewerb. Ich war

nicht kaputt, da mein Trainingszustand erheblich besser war, als der der anderen, konnte also schneller fahren, ohne das es mir viel ausmachte. Ich verspürte eine gewisse Genugtuung, sogar Freude daran, die anderen Zwei „zu quälen“. Ob es dabei bei mir, wie Veblen als Erklärung angibt, zu einem „zum Stillstand gekommenen geistigen und moralischen Entwicklung“ gekommen ist, kann ich nicht bestätigen.

Das Schlimmste, was in einem Fahrradtrainingslager auftreten kann ist Regen. Dies betraf uns am dritten Tag. Die Stimmung aller sank auf einen leichten Tiefpunkt, da der vorher gefasste Trainingsplan nicht eingehalten werden konnte. Alle waren ein wenig gereizt, was eindeutig im Umgangston zu erkennen war. Dennoch versuchten alle das Beste daraus zu machen, aber es ist doch unglaublich, was so eine natürliche Begebenheit der Natur für gravierende Auswirkungen haben konnte. Die gute Aussicht auf den nächsten Tag steigerte am Abend die Stimmung erheblich.

Am nächsten Tag trat genau das ein, was trainingsmethodisch völliger Unsinn ist. Der Wille, das nachzuholen oder auszugleichen, was man am Tag vorher eventuell nicht machen konnte.

Jeder war voll motiviert und so wurde das Training angegangen, schnell, lang und bergig. „Schwarz gefahren“, wie man es im Radfahrerjargon ausdrückt. Das Resultat war eine Magen- Darm Grippe und ein lädiertes Knie. „Sport“ – Leistungssport- „ist Mord!“ oder wie von Winston Churchill passend beschrieben: „No Sports!“ traf hier ganz und gar zu. Ein Außenstehender kann das nicht verstehen. Warum auch, wenn man in dieser Art und Weise seine Gesundheit gefährdet/ ruiniert. Und das war noch nicht alles. Trotz erheblicher Knieschmerzen, gegen alle Vernunft steigt man aufs Rad und fährt unter Schmerzen. Auf der anderen Seite geht die Tendenz in unserer Gesellschaft auch in diese Richtung. Trotz Krankheit auf die Arbeit gehen, da man eventuell um seinen Arbeitsplatz zittern muss. In beiden Fällen spielt die Angst, letztendlich zu versagen, eine Rolle.

Erklärungen für solche, für Außenstehende, seltsame Verhaltensweisen, liegen in der Eigenart des Sports. Das jedoch macht meiner Meinung nach die Faszination Sport erst aus.

Anhang 3: Schlußbetrachtungen zum Seminar Sport und Gesundheit WS 2004/2005 von H.-V. Ulmer (Stand: 2.3.05)

Obgleich das Seminar schon mehrfach – allerdings mit anderen Themen – durchgeführt wurde, verlief es auch diesmal wieder mit vielen Überraschungen für den Autor.

1. In den ersten Stunden merkte man die Überraschung so mancher Teilnehmer, die anderes erwartet hatten, weil sie *Sport und Gesundheit*, wenn nicht gar als synonym, so doch wenigstens als Zwillinge angesehen hatten. Für diese Situation gab Prof. Dr. Kümmel, ehemaliger Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin (zwar in einem anderen Zusammenhang, jedoch auch hierzu passend) am 1.2.05 folgenden Kommentar ab: „Verunsichern gehört zu den Aufgaben einer Wissenschaft“.

2. Aus Vorträgen und vor allem Diskussionsbeiträgen ergab sich für das Seminar ein neues Stichwort: Instrumentalisierung des Sports einschließlich des Komplexes von Sport und Gesundheit. Damit ließen sich Ungereimtheiten erklären, so beispielsweise

– der sportpolitische Ausspruch: „Das Sportabzeichen boomt“ im Gegensatz zu dem geringen

Prozentsatz an erwachsenen Teilnehmern, Sportstudierende eingeschlossen

– Marketing-Aktivitäten mehrerer Krankenkassen zugunsten „Sport und Gesundheit“, trotz zahlreicher Folgekosten durch Sportunfälle

– Bonuspunkte der Krankenkassen für das Sporttreiben, aber jeder Leistungssportler soll sich gemäß Deutschen Sportärztebunds wegen des Herzinfarkttrisikos sportärztlich auf eigene Kosten (IGeL-Liste für nicht von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommene individuelle Gesundheits-Leistungen) untersuchen lassen.

3. Zu einer Sternstunde geriet der Vortrag über: „US-Studie: Macht joggen blöd?“ (Überschrift einer Veröffentlichung der Zeitschrift FOCUS, am 22.3.04 im Internet zugänglich gewesen unter: <http://focus.msn.de/hps/fof/newsausgabe/newsausgabe.htm?id=776>). Nach der ersten Anfrage der Studentin bei der Zeitschrift vom 6.12.04 war das Dokument am 7.12.04 nicht mehr und bis heute nicht zu öffnen. Es wurde deutlich, wie beharrliches Quellenstudium zu überraschenden Ergebnissen führen kann und wie leichtfertig Magazine mit ihren Quellen umgehen, sowohl inhaltlich, als auch zeitlich: 1 ½ Jahre waren „Ewigkeiten her“. Es ist denkbar, daß die Recherchen der Studentin zum Löschen dieser merkwürdigen Datei geführt hatten.

4. Dieses und mehrere, besonders qualifizierte Diskussionsbeiträge trösten über das nicht mehr so überraschende Phänomen hinweg, daß bis zum Schluß immer wieder die gleichen Formfehler bezüglich des im Seminar angesprochenen Wissenschaftlichen Arbeitens gemacht wurden, trotz zahlreicher Hinweise im Seminar. Wollen diese Studierenden bis zu ihrer Abschlußarbeit warten, um aus Fehlern zu lernen? Das Verhalten im Seminar und der Ist-Zustand zahlreicher Abschlußarbeiten lassen dies leider vermuten.

5. Kommentar zur Umfrage „Ihr Vater“. Mehrere Angaben zum Vater wiesen diesen als einen ausgesprochenen Risikopatienten für Herzinfarkt aus, wobei das Infarkt-Risiko durch Ausdauersport (= „Gesundheitssport“) deutlich erhöht ist, wenn dieser unkontrolliert durchgeführt wird, vor allem bezüglich der Intensität. Diese Thematik wurde mehrfach im Seminar angeschnitten und noch in der vorangegangenen Sitzung am 2. 2. ausführlich diskutiert. Deshalb und trotz ähnlicher Ergebnisse (<http://www.uni-mainz.de/FB/Sport/physio/pdf/Umfrage-Risikopat03SS-SS04.pdf>) vorangegangener Umfragen bei Examenskandidaten war doch überraschend, daß nur 2 von 20 Teilnehmern ihren Vater nach einem Gesundheitscheck gefragt hätten, die übrigen hätten ihren Vater ohne vorangegangene ärztliche Untersuchung in ein erhebliches Infarktrisiko hineinlaufen lassen (die Frage nach einem Ergometrie-EKG wäre die richtige Antwort gewesen, sie wurde explizit von keinem der 20 Studierenden angegeben). Dies unterstreicht erneut die blauäugige Instrumentalisierung von Sport und Gesundheit auch in der Vorstellung von Sportstudierenden trotz mehrfacher, gegenteiliger Informationen im Seminar. An dieser Meinung ändern die in der Nachbesprechung vom 16.2. geäußerten Argumente wenig:

Es ist doch wohl nicht selbstverständlich, daß ein Arzt bei einem noch beschwerdefreien Patienten (der wegen Arteriosklerose trotzdem ein Risikopatient sein kann) ein Ergometrie-EKG durchführt oder veranlaßt. Daß eine gewisse Skepsis vorlag, zeigte sich ja an den beiden Angaben: „2. ärztliche Meinung“. Das Argument, man hätte die Frage gar nicht medizinisch, sondern sportwissenschaftlich gesehen, überzeugt auch nicht, denn dann wäre die Frage nach der Intensität des „Gesundheitssports“ aus der Sicht von „Sport und Gesundheit“ eine sehr wichtige gewesen, die war aber nur von 2 der 20 Studierenden gestellt worden.

6. „Sport und Gesundheit“ – ein differenziertes Betätigungsfeld für Experten, da Sporttreiben häufig auf Bedürfnisbefriedigung beruht und dabei eine Konkurrenz zwischen der gesundheitsförderlichen psychosozialen Komponente und der gesundheitsgefährdenden physischen Komponente (vgl. WHO-Definition) entstehen kann. Wenn das Sporttreiben auch physisch gesund sein soll, dann darf man es nicht pauschal für gesund erklären und man sollte einen expertenbetreuten Sport – vom Übungsleiter bis zum Hochschulabsolventen – einfordern.

25.3.05

Prof. Dr. med. H.-V. Ulmer