

Am Wohl der Patienten entscheidet sich die Sportmedizin

Viele medizinische Disziplinen und unser Fach haben Techniken und Verfahrensweisen entwickelt, die die medizinische Versorgung von Sportlern fast revolutioniert haben: Bildgebende Verfahren, moderne Interventionsmethoden wie die Arthroskopie, hochwirksame Medikamente. Dies birgt in dieser Zeitschrift schon mehrfach thematisierte Konflikte und Gefahren (4). Die auf den Arzt zukommenden Probleme heißen Fremdbestimmung, finanzielle Zwänge und Abhängigkeiten, unangemessener medizinischer Aufwand oder Gefährdung des Patienten durch bestimmte Methoden.

Auf unsere leistungsdiagnostischen Verfahren und Methoden kann man durchaus stolz sein, viele neue Erkenntnisse wurden erzielt, Trainingsmethoden sportmedizinisch beeinflusst und verbessert. Auch hier dieselben Probleme.

Sportmedizin kann nicht nur den Reparatur- oder Dienstleistungsservice für Sportler darstellen. Der allgemeine Stellenwert unseres Faches im Kontext der Medizin wird auch durch andere Aufgaben bestimmt.

Ein medizinisches Fach wird daran gemessen, welchen spezifischen Beitrag es für die Gesellschaft oder für den medizinischen Fortschritt leistet, für die ärztliche Praxis und für die wissenschaftliche Erkenntnis und für den Diskurs darüber. Wir können nicht besser als die Fachspezialisten sein, wir können aber spezifische Beiträge leisten. Darunter verstehe ich, originäre Aufgaben unseres Faches zu definieren, zu besetzen und zu bearbeiten. Dabei müssen wir ganz besonders auf Patientenorientiertheit achten.

Sicher hat unser Fach in vergangenen Jahrzehnten den Stellenwert von Bewegung in der klinischen Medizin mit neu definiert, sei es Frühmobilisation nach Herzinfarkt, Herzsportgruppen, Krafttraining für Patienten, Frühbehandlung nach Verletzungen, funktionelle Übungsbehandlung und vieles mehr. Wir dürfen uns aber nicht nur über die Vergangenheit definieren, wir müssen uns kritisch fragen, was unser Fach zu den medizinischen Herausforderungen der heutigen Zeit leistet.

Die moderne Herausforderung ist die Epidemie der körperlichen Inaktivität. 1998 haben in Deutschland 43,8 % der Männer und 49,5 % der Frauen überhaupt keine körperliche Aktivität in der Freizeit betrieben, nur 13 % der Männer und 10,3 % der Frauen treiben mehr als 4 Stunden Sport in der Woche (3). Bedenklich ist auch eine geringere sportliche Aktivität in den ostdeutschen Ländern. Zusätzlich nimmt der Anteil der Inaktiven vor allem bei der Jugend zu: Im Osten 15,2 Prozentpunkte und im Westen 4,5 Prozentpunkte Zunahme seit 1990/1992. Es wurde mehrfach gezeigt, dass z. B. Fernsehkonsum und körperliche Aktivität negativ korrelieren (2,5) und dies gilt sicher auch für Computernutzer. Der Ersatz körperlicher Aktivität durch Maschinen und Fahrzeuge, Verlust von freien Spielflächen und vieles mehr führt zur dramatischen Abnahme des täglichen Kalorienbedarfs bei Männern von früher etwa 60 auf nunmehr etwa 30 kcal/kg

Körpergewicht (1,2). Selbst für einfache Tätigkeiten wie das Telefonieren nimmt der Energieumsatz ab, durch Mobilgeräte, Tipptasten. Im modernen Büroalltag verschickt man e-mails und spart Treppegänge.

Und hier kommt die zweite Herausforderung: Der alternde Mensch. Die Lebenserwartung steigt dramatisch (Derzeit pro Jahr etwa um 2-3 Monate)

und viele ältere Menschen bewegen sich fast nicht. Bei den 70-79jährigen beträgt der Anteil der Inaktiven etwa 78 % (3).

Wohin führt das? In USA liegt nach Angaben des CDC die Prävalenz des Übergewichtes (> 15 kg) nur noch in 10 ländlichen Bundesstaaten unter 15%! Wir können prognostizieren, dass sich auch unsere Gesellschaft in Gesunde, Schlanke und Aktive sowie Inaktive, Dicke und Ungesunde spalten wird. Inaktivität, Übergewicht, Hypercholesterinämie, Rauchen, dies sind wachsende gesellschaftliche und gesundheitliche Probleme, die immer noch unterschätzt werden.

Wie reagiert unser Fach? Ich sehe bisher nur Einzelaktionen und wenig koordinierte Aktivität. Dabei sind diese modernen Epidemien eine große Herausforderung und auch eine Chance für unser Fach. Dabei geht es um unsere spezifischen Beiträge und unsere spezifischen Ansätze. In USA haben *Frank Booth* und andere eine Aktion „Researchers against Inactivity-related Diseases“ gestartet, um mehr Interesse und auch eine Verbesserung der Förderungsmöglichkeiten für die Erforschung dieser Probleme zu erreichen (1).

Moderne Forschung heißt auch große epidemiologische Studien, heißt Interventionsstudien und auch die Erforschung von molekularen Mechanismen und Ursachen. Zusammenarbeit mit den klinischen Fächern, mit der Psychologie und Motivationsforschung. Klinische Einbindung heißt auch Rehabilitationsforschung für viele wichtige Krankheitsbilder, kardial, geriatrisch, pulmonal, Stoffwechsel, für Onkologie, Psychiatrie, Neurologie. Hier entscheidet sich die Zukunft unseres Faches. Unsere Zeitschrift wird darüber berichten.



Prof. Dr. Jürgen M. Steinacker, Ulm

Literatur

1. *Booth FW, Gordon SE, Carlson CJ, Hamilton MT*: Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *J Appl Physiol* 88 (2000) 774-787.
2. *Hill JO, Peters JC*: Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science* 280 (1998) 1371-1374.
3. *Mensink GBM*: Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen* 61 (1999) Sonderheft 2 S126-S131.
4. *Steinacker JM*: Ethik, Sport und Sportmedizin. *Dtsch Z Sportmedizin* 50 (1999) 144.
5. *Tucker LA, Bagwell M*: Television viewing and obesity in adult females. *Am J Public Health* 81 (1991) 908-911.