

Vom Hochleistungs- bis zum Gesundheitssport

Einige Aspekte der Sportmedizin

"forum" sprach mit Dr. Charles Delagardelle, Kardiologe, Mitinitiator des "Groupe sportif pour cardiaques", seit 4 Jahren Generalsekretär der luxemburgischen sportmedizinischen Vereinigung und designierter Olympia-Arzt für Barcelona.

Rehabilitation durch Sport

"forum": Beginnen wir mit dem Rehabilitationssport. Seit wann gibt es ihn in Luxemburg? Vor 10 Jahren war er hierzulande sicher noch unbekannt.

Dr. Delagardelle: So kann man das nicht sagen. Er war sicher schon bekannt, aber es ist noch nicht viel gelaufen. Es gibt schon seit längerem kleine Gruppen, die auf diesem Gebiet aktiv sind. In dem Zusammenhang muß man den Behindertensport erwähnen, der bei gewissen Behinderungen durchaus auch rehabilitierend wirkt. Die Kardiologen, die Nieren- und die Lungenspezialisten kannten die Wirkung des Rehabilitationssports für ihre Kategorie von Kranken schon länger. Daß dieses theoretische Wissen nicht in die Praxis umgesetzt wurde, wird mehrere Gründe haben, u.a. das Rivalitätsdenken hierzulande oder das Fehlen bestimmter Bedingungen. Denn man muß wissen, wer so etwas anfängt, macht das erstmal einige Jahre lang ehrenamtlich. Für einen einzelnen Arzt, der nicht, wie wir hier, in

ein Arbeitsteam integriert ist, ist es sehr schwierig. Im Team kann man sich organisieren, die anderen übernehmen die Arbeit ihres zeitweilig freigestellten Kollegen. Das sind einige der Gründe, weshalb Rehabilitationssport in der Kardiologie bei uns erst 1984 angefangen hat.

"forum": Rehabilitationssport ist also aus einer privaten Initiative hervorgegangen?

Dr. Delagardelle: Als ich hier anfing, habe ich meinen Kollegen, Dr. Beissel und Dr. Pesch, den Vorschlag gemacht, so etwas hier in Luxemburg zu initiieren. Ich habe Kontakt aufgenommen zu Turnlehrern, Krankenpflegern und Kinesitherapeuten, wir haben eine Sporthalle besorgen müssen etc.

"forum": Das heißt, wie so oft hier in Luxemburg, kommt der Input aus dem Ausland. Haben Sie sich an bestimmten ausländischen Modellen orientiert?

Dr. Delagardelle: Das stimmt, der Input kommt wie bei fast allem in diesem Lande aus dem Ausland. Da ich meine Ausbildung in der Bundesrepublik absolviert habe, habe ich den Rehabilitationssport dort kennengelernt, und am Anfang haben wir ziemlich integral deren System übernommen. Alles konnten wir nicht übernehmen, z.B. ist er in der BRD schon so weit reglementiert, daß die Krankenkassen den Rehabilitationssport finanzieren, zumindest ein Jahr lang. Bei uns war keine Struktur da, die ihn finanziert hätte.

"forum": Wo kommt die Idee des Rehabilitationssports überhaupt her? Ist es eine deutsche Sache oder kommt er aus dem angelsächsischen Raum?

Dr. Delagardelle: Man muß da unterscheiden zwischen den einzelnen medizinischen Spezialitäten. In der Kardiologie kommt die Idee der Rehabilitation durch Sport aus Amerika und aus Schweden hauptsächlich. Früher, das heißt vor 25-30 Jahren, auch hier im Lande, wurde man im Falle eines Herzinfarktes zur Ruhe verdonnert. Herzinfarkt, eine eigentlich häufige Diagnose, war gleichbedeutend mit sozialem out. Nach dem zweiten Weltkrieg, als die Herzinfarkte immer häufiger wurden, bemühten sich bekannte Kardiologen in den USA um einen anderen Umgang mit Herzinfarktpatienten. Sie fingen an, schon im Krankenhaus Readaptation mit diesen Kranken zu machen. Dieselbe Idee kam gleichzeitig aus Skandinavien. Sie verbreitete sich, und 1968 wurde in Genf eine Konsensuskonferenz abgehalten zur Readaptation der Herzkranken, und diese wurde eingeteilt in akute (sofort nach dem Infarkt), mittel- und langfristige Readaptation. (Unser "Groupe sportif pour cardiaques" betrifft die langfristige Readaptation.) In Deutschland konnte die Idee um 1970 Fuß fassen, und es kam zum "Hamburger Modell", den ersten Gruppen, die systematisch Sport für Infarktpatienten durchführten. Der Erfolg war durchschlagend, so daß heute in Deutschland mit ungefähr 2000 dieser Gruppen ein flächendeckendes Netz von Infarktsportgruppen funktioniert.

"forum": Bisher sprachen wir vor allem von Herzkranken. Wie sieht es für andere Patientenkategorien aus, Nieren- oder Lungenkranke?

Dr. Delagardelle: Weil mit Abstand Herzkrankheiten in unserer Gesellschaft am meisten verbreitet sind, spielen sie auch beim Rehabilitationssport zahlenmäßig eine größere Rolle. Bei den Nierenkranken muß man differenzieren, und damit sind wir im Grenzbereich zur Definition des Sports.

Hier im Lande gibt es beispielsweise eine Selbsthilfegruppe von Dialysepatienten, die sich regelmäßig zum gemeinsamen Sport treffen und die bei der Weltmeisterschaft der Dialysepatienten vertreten waren. Das ist dann aber Leistungssport und unterscheidet sich von dem, was wir mit den Herzkranken machen.

Die Sportmedizin unterscheidet vier Kategorien von Sport. Hochleistungssport für Profis, davon haben wir hier im Land wenig. Dann den Leistungssport, das sind Amateure, die zwar schon hart trainieren, aber nicht davon leben. Dann der Breitensport und viertens der Gesundheitssport. In die vierte Kategorie gehören alle, die Sport treiben, um ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen. Sport mit dem

Ziel einen gegebenen Gesundheitszustand zu bewahren, bezeichnet man als primäre Prävention. Wenn das Ziel die Wiedererlangung der Gesundheit ist, spricht man von sekundärer Prävention.

Um auf das Beispiel der Nierenkranken zurückzukommen. Ein Dialysepatient ist nicht gesund, er hat eine ganze Reihe von anderen Beschwerden, z.B. Stoffwechselprobleme, aber er kann trotzdem, wenn er gut dialysiert und stabilisiert ist, einen Hundertmeterlauf machen. Jemand mit nur einem Bein kann wettkampfmäßig 100 m schwimmen. So haben wir beispielsweise Leute, die sich an Behindertenweltmeisterschaften beteiligen.

Beim Herzkranken liegt der Sachverhalt etwas anders. Er darf keinen Leistungssport betreiben, mit ihm werden Übungen gemacht, die ihm teilweise viel abverlangen, aber nicht mit dem Ziel, Erster zu werden. Es hat etwas Mühe gekostet, den Verantwortlichen vom COSL diesen Aspekt des Sports zu vermitteln.

"forum": Wie kommen die Leute zum Rehabilitationssport für Herzranke? Kommen die Patienten aus sich oder werden sie von ihrem Allgemeinarzt oder Herzspezialisten geschickt?

Dr. Delagardelle: Alle drei Optionen, die Sie eben genannt haben, treffen zu...

"forum": ... aber in welchem Größenverhältnis? Kommen die meisten freiwillig, weil sie schon von Ihrer Gruppe gehört haben? Oder schreibt der Arzt seinem Patienten vor, in diese Sportgruppe zu gehen?

Dr. Delagardelle: Ein Arzt kann nichts vorschreiben, er kann höchstens etwas empfehlen. Man muß allerdings hinzufügen, daß nur ein paar Kardiologen systematisch ihre Leute zum Rehabilitationssport schicken. Aber das hat nichts mit der Sache zu tun.

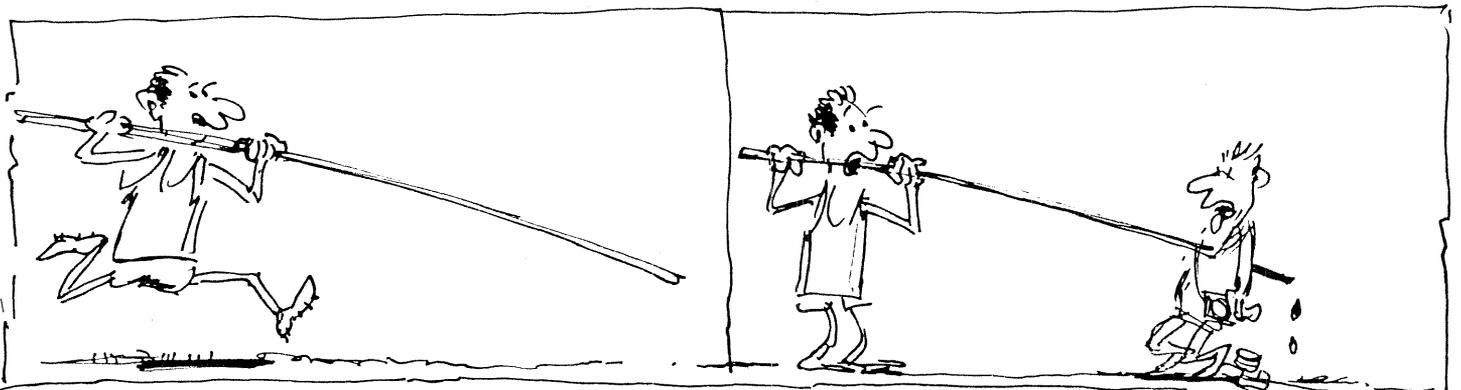
"forum": Lassen die Erfolge sich auch auf der Ebene der Physiologie nachweisen?

Dr. Delagardelle: Diese Frage ist nicht so einfach zu beantworten, weil die Medizin als Beweis eine Untersuchung nach der Doppelblindmethode verlangt. Eine solche Untersuchung ist ethisch nicht vertretbar.

Feststeht, daß Leute, die noch nicht herzkrank sind, aber in einem Endemiegebiet wohnen, und die zweimal in der Woche eine halbe bis dreiviertel Stunde laufen und deren Puls dabei längere Zeit bis über 140, 150 geht, weniger gefährdet sind als seß-

Feststeht, daß Leute, die noch nicht herzkrank sind, aber in einem Endemiegebiet wohnen, und die zweimal in der Woche eine halbe bis dreiviertel Stunde laufen und deren Puls dabei längere Zeit bis über 140, 150 geht, weniger gefährdet sind als seßhafte Leute.

Carlo Schneider



hafte Leute. Es ist natürlich kompliziert, weil noch andere Risikofaktoren eine Rolle spielen. Die statistischen Untersuchungen versuchen aber dieser Komplexität Rechnung zu tragen und teilen die Leute in Raucher und Nichtraucher, mit und ohne hohen Cholesterinspiegel ein, kurz, sie versuchen Gruppen mit gleichen Bedingungen zu konstruieren und zu untersuchen, und dabei kommt heraus, daß sportlich Aktive eine bessere Lebenserwartung haben als Unsportliche.

Auf der Ebene der Sekundärprävention gibt es auch Untersuchungen aus Finnland und USA und eine Sammeluntersuchung aus Deutschland, die zwar statistisch nicht hochsignifikant sind, aber doch beweisen, daß es zu einer leichten Verbesserung der Lebenserwartung kommt. Nicht mehr diskutabel ist die Tatsache, daß die Leute sich besser fühlen, denn nicht nur die Lebensdauer, sondern auch die Lebensqualität wird positiv beeinflußt.

"forum": Der Rehabilitationssport ist also mittlerweile in Luxemburg gut verankert, was den diesbezüglichen Gruppen, Ärzten und sonstigen Fachleuten zu verdanken ist. Wie haben die Fachleute, Ärzte, Kinesitherapeuten, Krankenpfleger, Turnlehrer zusammengefunden, wie funktioniert die Gruppe? Ist es zu einer wirklichen Interdisziplinarität gekommen, kann jeder gemäß seiner Fachausbildung etwas Spezifisches einbringen in den Rehabilitationssport?

Dr. Delagardelle: Das ist ohne Zweifel der Fall. Als ich angefangen habe, habe ich mit Nico Ney, einem Sportlehrer, gesprochen, der sich schnell für die Idee begeistern ließ. Wir haben Fachliteratur studiert, ich habe ihm meine Erfahrungen mit solchen Gruppen aus Deutschland mitgeteilt. Im Anfangsstadium unserer Gruppe sind wir öfters zum Erfahrungsaustausch nach Trier gefahren. Dieser Turnlehrer war zuständig für die praktische Durchführung der Turnstunden, wir kümmerten uns um andere Sachen. Nach und nach hat er auch andere Leute angeleitet. Zwischen Bewegungstherapeuten und Turnlehrern kam es zu einer positiven Symbiose. Als banales Beispiel: die Bewegungstherapeuten kannten sehr gute Übungen für Herzpatienten, dafür ist es aber für sie ungewohnt, mit größeren Gruppen zu arbeiten. Hier konnten die Turnlehrer nützliche Hinweise geben, wie man sich in einem Saal aufstellt, damit jeder in der Gruppe genug sehen kann etc. Andererseits lernten die Turnlehrer Übungen, die sie vorher nicht kannten. Die Ärzte sind bei den Turnstunden immer zugegen und sind mittlerweile auch in der Lage, den Turnlehrer oder Bewegungstherapeuten gelegentlich zu ersetzen.

"forum": Welche Funktion nehmen die Ärzte in der Gruppe wahr?

Dr. Delagardelle: Ihre eigentliche Aufgabe ist die Überwachung. Es gibt für diese Sportgruppen Richtlinien, die wir aus dem Ausland übernommen haben, allerdings adaptiert auf unsere Verhältnisse. In diesen Richtlinien steht, daß eine Turnstunde nur in Präsenz eines Arztes abgehalten werden darf. Vorhanden sein müssen auch bestimmte Geräte, z.B. ein Defibrillator, ein EKG-Gerät, bestimmte Medikamente, damit man im Bedarfsfall sofort eingreifen kann.

Zur Zeit haben wir 130 Aktive, und schon öfters kam es zu kleineren Zwischenfällen. Häufig "Angina Pectoris"-Anfälle, das allerhäufigste waren allerdings Verstauchungen, Sehnenverletzungen, etc. Einmal hatten wir einen sehr schweren Fall, da hatten wir aber gottseidank, einen guten Réanimateur zur Stelle, und der Betreffende konnte gerettet werden. Also ein schwerer Vorfall im 7jährigen Bestehen der Gruppe.

"forum": Besteht der Rehabilitationssport für Herzkrankte hauptsächlich aus Turnen oder dürfen sie auch andere sportliche Aktivitäten verrichten bzw. welche dürfen sie auf keinen Fall machen?

Dr. Delagardelle: Was ein Herzkranker auf jeden Fall vermeiden soll, sind bruske Bewegungen, solche die mit großem Kraftaufwand einhergehen, z.B. ein schweres Gewicht heben, ist für einen Herzkranken absolut kontraindiziert oder auch alles, was stark leistungsorientiert ist. Fahrradfahren ist gut, aber sich hier eine Leistungsnorm zu setzen, kann tödlich sein. Es ist natürlich schwer Sport zu treiben, ohne jeglichen Leistungsgedanken, aber der soll nicht im Vordergrund stehen, und vor allem soll man es nicht ohne ärztliche Kontrolle machen. Empfehlenswerte Sportarten sind Joggen, Gehen, Fahrradfahren und Schwimmen, letzteres unter der Voraussetzung, daß keine Rhythmusstörungen vorliegen.

"forum": Und wie oft?

Dr. Delagardelle: Am besten täglich, aber da die wenigsten sich dafür Zeit nehmen, mindestens 2-3 mal in der Woche.

"forum": Da der eigentlich medizinische Aspekt in einem gesonderten Beitrag behandelt wird, wollen wir zurückkommen zu Fragen der Organisation. Werden die Leiter, Ärzte, Bewegungstherapeuten etc. für ihre Mitarbeit in den Gruppen bezahlt oder tun sie das auf freiwilliger Basis?

Dr. Delagardelle: Die ersten zwei Jahren war die Mitarbeit der Fachleute voll ehrenamtlich, danach bezahlten die Teilnehmer pro Sitzung 50 F, und die Leiter bekamen pro Sitzung, d.h. pro Doppelstunde 500 F als "frais de déplacement".

Nach jahrelangen Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium soll zum 1. September 1991 eine Konvention mit dem Staat abgeschlossen werden, durch die eine regelmäßige Bezahlung der Gruppenleiter, i.e. Turnlehrer, Kinés, Krankenpfleger und Ärzte garantiert wird. Ziel des Vereins ist es, alle gleich zu bezahlen. Wir wissen aber noch nicht, ob das sich praktisch realisieren läßt, weil es den Tarifbestimmungen des Staates zuwiderläuft.

Prävention durch Sport

"forum": Das heißt, daß eine Maßnahme der präventiven Medizin wiederum vom Staat bezahlt wird, an den Krankenkassen vorbei.

Dr. Delagardelle: Ja, das ist richtig. Die Krankenkassen hierzulande haben überhaupt kein Budget für Präventivmedizin vorgesehen. Da läuft gar nichts.

"forum": Wollen sie nicht oder können sie nicht?

Empfehlenswerte Sportarten für Herzkrankte sind Joggen, Gehen, Radfahren und Schwimmen, letzteres unter der Voraussetzung, daß keine Rhythmusstörungen vorliegen.

Dr. Delagardelle: Sie wollen nicht, sie können aber auch nicht. Wo der springende Punkt liegt, habe ich noch nicht rausgekriegt, aber man muß bedenken, daß die Kassen auch vom Ministerium subventioniert werden, und irgendwann wurde dort die Philosophie festgehalten, für Präventivmedizin kein Budget zur Verfügung zu stellen, sondern, falls auf dem Gebiet mal was laufen sollte, das über das Gesundheitsministerium direkt zu finanzieren. Man darf die Krankenkassen hier im Land nicht getrennt für sich sehen, deren Philosophie hängt immer auch ab vom Gesundheits- und sogar vom Finanzministerium.

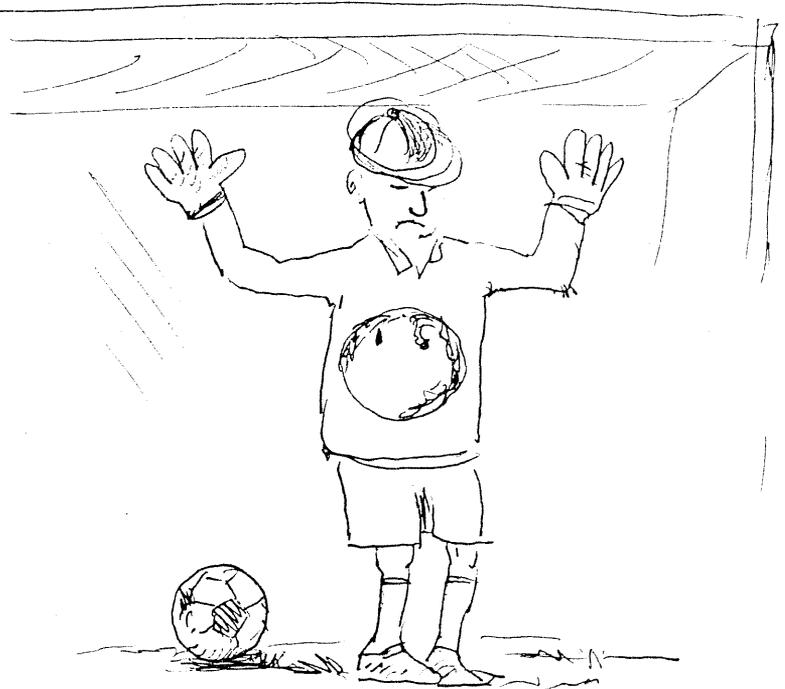
"forum": Die bezahlen lieber teure Reparaturkosten für Leute, die sich nicht schonen, als ...

Dr. Delagardelle: Ja, das habe ich dem Minister auch gesagt, worauf er meinte, daß das halt hier im Lande schon immer so eingerichtet gewesen ist... Also, ich unterstelle dem Minister schon, daß er hier ehrlich und aus innerer Überzeugung etwas unternehmen will. Dabei darf natürlich nicht übersehen werden, daß diese Art von Aktivität für Politiker sehr publicityträchtig sein kann.

Denn eine gewisse Popularität genießt der Rehabilitationssport seit längerem. Schon 1984, bei einem Konferenzzyklus, wie wir sie periodisch organisieren und die in der Regel sehr mäßig besucht sind, war ein Abend zum Thema Sport für Herzkrankte mit 400 Zuhörern massiv besucht. Das heißt schon damals, im Jahre 1984, als wir angefangen haben, stießen wir auf eine große Resonanz. Letztes Jahr auf der "Journée du sportif cardiaque" konnten wir 500 Leute mobilisieren. Bei anderen Veranstaltungen muß man sich mit 10-15 Teilnehmern begnügen.

"forum": Kann man sagen, daß in der Nachkriegszeit Sport quasi identisch war mit Leistungs- und Hochleistungssport, und daß quasi alles, was unter dem Prädikat Sport läuft, die Leute in diese Richtung drängt?

Dr. Delagardelle: Das sehe ich eigentlich nicht so. Es gibt hier in Lande unheimlich viele Leute, die Sport treiben, laufen, Fahrrad fahren, die sehr gute Sportler sind, obwohl sie nicht so hervortreten, die, falls sie Leistungssport treiben würden, möglicherweise die Spitzenklasse erreichen würden. Der allgemeine Trend, mehr Sport zu treiben, kommt aus den USA und hat bei uns im Lande gut Fuß gefaßt. Ich als Kardiologe sehe das ganz positiv. Die Primärprävention, die dadurch erfolgt, wird wahrscheinlich auch hier im Land zu dem gleichen Phänomen führen wie in den USA, nämlich zu einem Rückgang der Herzkrankheiten. Diese sind in den USA in der Tat in signifikanter Weise rückläufig. Es gibt weniger Leute, die ein Infarkt erleiden, und diese verlaufen glimpflicher, wenngleich dies noch andere Ursachen hat. Die Anzahl der Risikofaktoren nimmt auch ab, denn jemand der regelmäßig einen Waldlauf macht, der hört mit Rauchen auf, der ißt weniger Fett, weil er dann weniger Kilos rumschleppen muß, etc. Wie so oft hinken wir zwar etwas nach, aber ich bin überzeugt, daß wir gegenwärtig einen Höhepunkt erreicht haben, und daß, wenn diese sporttreibenden Leute das Alter erreichen, in dem die Inzidenz des Herzinfarktes epidemiologisch gesehen höher ist, wir dann weniger Infarkte zu verzeichnen haben werden.



Carlo Schneider

Ich glaube also nicht, daß man sagen kann, es würde sich alles nur um den Leistungs- und Hochleistungssport drehen. Man muß anerkennen, daß hier im Lande auch viel für den Breitensport gemacht wird. So hat z.B. der "sport pour tous", der von der Stadt Luxemburg organisiert wird, einen Riesenerfolg. Der Andrang ist so groß, daß man sich ein Jahr im voraus anmelden muß.

"forum": Gesundheit durch Sport, schön und gut. Aber wie steht es mit den Verletzungen und Krankenschreibungen bei unseren Sporttreibenden?

Dr. Delagardelle: Lieber mit 27 beim Fußball ein Bein gebrochen als mit 41 ein Herzinfarkt. Um genauso provokatorisch zu antworten. Die Seßhaftigkeit ist schon ein großes Problem heutzutage. Ich kenne aus unserer Gruppe 70jährige, die sind beweglicher als manche 25jährige. Allein dadurch, daß sie beweglicher sind, haben die eine bessere Lebensqualität. Sie sind auch sonst ausgeglichener, ruhiger, können besser schlafen etc., etc.

"forum": Inwiefern fördert ein unstrukturierter Breitensport gewisse Übertreibungen oder, andersherum, inwiefern könnte hier Vereinssport bremsend oder vermeidend wirken, z.B. durch qualifizierte Trainer?

Dr. Delagardelle: Qualifizierte Trainer sind immer gut. Aber ich sehe die Sache aus einem anderen Blickwinkel. Zur Zeit treiben viele Sport, weil es halt "in" ist. Da ist ja nichts Schlechtes dran, aber ich würde unbedingt raten, gewisse Regeln einzuhalten. Wenn z.B. ein 40jähriger plötzlich auf die Idee kommt, laufen zu gehen, ist es unbedingt notwendig, daß er sich vorher durchchecken läßt, vor allem auf Herz und Gefäße, vielleicht auch orthopädisch. Wenn die Achillessehne weh tut, macht man automatisch langsamer. Eine Herzkranzgefäßerkrankung wird vielleicht erst durch eine große Anstrengung manifest. Das ist zwar keine präzise Antwort auf Ihre Frage, aber ich sehe nicht, wie ein Vereinstrainer so

**Lieber mit 27
beim Fußball
ein Bein
gebrochen
als mit 41 ein
Herzinfarkt.**

was auffangen könnte. Da sehe ich eher die Rolle eines guten Sportmediziners.

Sportmedizin

"forum": Noch eine Frage zur Sportmedizin. Inwiefern werden unsere Leistungs- bzw. Hochleistungssportler hier in Luxemburg medizinisch betreut, gezwungenermaßen oder freiwillig?

Dr. Delagardelle: Zuerst einmal zur gegenwärtigen Definition der Sportmedizin. Als weltweit anerkannter Zweig der Medizin, ähnlich wie beispielsweise die Arbeitsmedizin, gibt es sie erst seit Mitte der 50er Jahre. 1958 ist sie offiziell definiert worden als der Zweig der Medizin, der sich theoretisch und praktisch mit den Auswirkungen von Bewegung bzw. Bewegungsmangel auf den gesunden wie den kranken Organismus befaßt. Das ist eine breite Definition, die es erlaubt Brücken zu schlagen zwischen demjenigen, der nach einem Herzinfarkt Sport treibt und dem Hochleistungssportler. Deshalb ist es für mich auch keineswegs paradox, wie manchmal Außenstehende meinen, sowohl die einen wie die anderen medizinisch zu betreuen.

Zur sportmedizinischen Betreuung der Sportler hierzulande. Eine sehr gute Sache und weltweit einzigartig ist der sog. "kleine Médico", die sportmedizinische Untersuchung, die jeder machen muß, der ein Sportlizenz erwerben will. Hier haben wir schon öfters Leiden entdeckt von denen die Betroffenen nichts wußten, beispielsweise jemand, der auf einem Auge blind war oder Fälle von Diabetes oder, was sehr verbreitet ist, zu hoher Blutdruck. Oder jemand will eine Sportart wählen, die nicht vereinbar ist mit seiner Konstitution, z.B. eine Kampfsportart mit nur einer Niere. Kurz, es gibt viele Beispiele, mit denen man die Wichtigkeit des "kleinen Médico", einer Art

"certificat d'aptitude au sport", unterstreichen könnte.

Dann gibt es den sog. "großen Médico" als medizinische Kontrolle des Leistungs- und Hochleistungssportlers. Der ist seit ein paar Jahren hier im Lande eigentlich auch sehr gut organisiert, und die Nachfrage ist groß. Der "großen Médico" wird vom Sportsministerium bezahlt.

"forum": Unterziehen die Hochleistungssportler sich dieser permanenten medizinischen Kontrolle freiwillig oder ist sie auch Voraussetzung, um vom COSL Unterstützung zu bekommen?

Dr. Delagardelle: Es gibt keinen Hochleistungssportler, der diese Kontrolle zurückweisen würde, weil sie alle verstanden haben, wie wichtig sie für sie selbst ist. Es kommt vor und ist auch verständlich, daß einzelne im Ausland untersucht werden wollen. Ausländische Institute mit Vollzeitsportmedizinern und langer Erfahrung haben natürlich andere Möglichkeiten als wir, und wir können von denen lernen.

Beim Hochleistungssportler ist eine medizinische Kontrolle eminent wichtig. Was den traumatologischen Teil, die Behandlung von Sportverletzungen betrifft, so haben wir hier im Lande wahre Spezialisten, die über die Grenzen hinaus bekannt sind. Bei dem anderen, mehr internistischen Teil wurde in den letzten Jahren viel nachgeholt. Der Stellenwert der Immunologie im Zusammenhang mit Sport wird immer wichtiger, weil man festgestellt hat, daß das Immunsystem des Hochleistungssportlers sehr stark beansprucht wird und daß sie häufiger als andere Infekte bekommen können und also diesbezüglich dauernd untersucht werden müssen. Außerdem muß kontrolliert werden, ob sie kein Übertraining treiben.

"forum": Als Abschluß möchten wir Sie noch fragen, ob es neben den Gemeinsamkeiten mit anderen postindustriellen Gesellschaften so etwas gibt wie ein spezifisch luxemburgisches Sportverhalten, sei es eine besondere Sportfreudigkeit, sei es die Bevorzugung bestimmter Sportarten etc? Ich denke dabei an sozialstrukturelle Besonderheiten unserer Gesellschaft: wir sind eine Mittelschichtsgesellschaft und eine sehr wohlhabende dazu. Führen die eher individualistischen Neigungen dieser sozialen Schichten dazu, individuelle Sportarten gegenüber Mannschaftssportarten zu bevorzugen?

Dr. Delagardelle: Ich habe mir vor allem viel Gedanken gemacht über ein Phänomen, nämlich über die Tatsache, daß zwischen 1935 und 1960 Luxemburg eine Dichte an Hochleistungssportlern aufzuweisen hatte, die einzigartig war, besonders bei den Radsportlern. Meiner Meinung nach spielten dabei folgende Gründe eine Rolle: es gab noch mehr Kinder, wir waren nicht so reich, und wenn jemand ein guter

Carlo Schmitz



Sportler war standen ihm vier Möglichkeiten offen: Radsport, Fussball, Turnen, Leichtathletik oder eventuell noch Schwimmen. Ein größeres Potential verteilte sich auf eine geringere Anzahl von Sportarten. Dabei war es keineswegs so, daß nur die individuellen Sportarten erfolgreich waren. Wir hatten in jenen Jahre ausgezeichnete Fußballer.

Nach den 60er Jahren fanden grundlegende Veränderungen statt, es kamen mehrere Ballsportarten dazu, mittlerweile haben wir Bergsteiger, zwei

Rugby-Mannschaften, viele Tri-Athleten etc. Ein sportliches Spezifikum unserer Gesellschaft in jüngster Zeit scheint mir die große Anzahl von Sportarten darzustellen, auf die sich die Aktiven verteilen. Dadurch wird natürlich das Auswahlpotential der einzelnen Disziplinen kleiner und die Wahrscheinlichkeit internationale Medaillengewinner hervorzu bringen geringer.

Mit Dr. Delagardelle sprachen Claude Wey, Charles Margue, Dominique Schlechter