

5. Doppelstunde (Theorie des Rollstuhlbasketballs)

UE

Inhalt

5. Doppelstunde Theorie und Geschichte des Rollstuhlbasketballs

Einführung in den Rollstuhlbasketball

Rollstuhlbasketball

Geschichte

In der (Fach-)Literatur nimmt Rollstuhlbasketball noch wenig Platz ein. Ein allgemein gültiges Standardwerk über die noch junge Sportart fehlt. Der folgende Beitrag über die internationalen Anfänge des Rollstuhlbasketballs basiert größtenteils auf Examensarbeiten sowie auf Kongressreferaten.

Die Geschichte des organisierten Rollstuhlsports (und damit auch des Rollstuhlbasketballs) beginnt nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges und zwar fast parallel in den Vereinigten Staaten sowie in Großbritannien. In beiden Ländern waren die ersten Rollstuhlsportler junge Kriegsverletzte, denen innerhalb ihrer medizinischen Rehabilitation Sport als therapeutische Maßnahme verordnet wurde. Das war damals eine wirklich neue, fast revolutionäre Behandlungsmethode für Rückenmarkverletzte.

Der räumliche Ausgangspunkt für die Entstehung des Rollstuhlbasketballs (RBB) in den USA waren verschiedene Armeekrankenhäuser, die sogenannten Veteran Administration Hospitals (VAH). Die dorthin abgeschobenen jungen Soldaten mit einer Querschnittschädigung suchten einen Mannschaftssport, der ihnen zugleich Spaß und das Gefühl vermittelte, noch leistungsfähig zu sein. Bereits für das Jahr 1946 sind die ersten Rollstuhlbasketballspiele in VAHs dokumentiert. Die Zahl der Teams wuchs ständig, so dass man sich national in der „Paralyzed Veterans of America (PVA)“ organisierte. 1948 wurde der erste PVA-Rollstuhlbasketballtitel ausgespielt.

Der nächste Schritt war die Gründung von sogenannten Home Town Teams (oder auch: Civilian Teams). Denn sowohl die Zivilgeschädigten als auch die aus den Krankenhäusern entlassenen Kriegsverletzten wollten Rollstuhlbasketball in ihren Heimatorten spielen. Im Gegensatz zu den PVA-Mannschaften rekrutierten sich diese Teams nun nicht mehr allein aus Kriegsverletzten, sondern aus Zivilgeschädigten und anderen Behinderten, wie Polio-Erkrankten oder Amputierten.

Die Home Town Teams gerieten schnell in den Ruf, Profis zu sein, da sie vor zahlenden Zuschauern Demonstrationsspiele veranstalteten und dabei auch gegen Nichtbehinderte im Rollstuhl antraten. Für die Austragung dieser Begegnungen suchten sich die Civilian Teams meist einen Sponsor aus dem Bereich des Zivil-, Sozial- und Wohltätigkeitsbereichs.

Historisch für die weitere Entwicklung des amerikanischen RBB war das Treffen von sechs Teams zum „First Annual National Wheelchair Basketball Tournament“ in Galesburg/Illinois im April 1949. Sie gründeten während ihres Turniers die National Wheelchair Basketball Association (NWBA). Die NWBA beschloss damals, jährlich ein Turnier auszutragen, um den nationalen Rollstuhlbasketballmeister zu ermitteln. Diese Entscheidung war der Startschuss für einen USA-weiten Spielbetrieb. Gleichzeitig fasste die neugegründete NWBA den bedeutenden Entschluss, dass nur die behinderten Sportler die wichtigen Entscheidungen für die weitere Entwicklung der Liga treffen konnten.

Die Einführung des funktionellen Klassifizierungssystems (siehe Kap. Klassifizierung) erleichterte mit Beginn der Saison 1984/85 auch anderen Behinderten (Amputierten etc.) die Möglichkeit, Rollstuhlbasketball zu spielen. Die Fixierung auf den reinen Querschnittsgelähmtensport im Basketballbereich war damit endgültig beendet. Allerdings stellen die Querschnittsgelähmten auch heute noch 80 Prozent aller Spieler.

In Deutschland vergrößerte sich mit der Klassifizierung die Zahl der Teams, so dass in der Saison 2000/2001 140 Teams an den Ligaspielen des Fachbereichs Rollstuhlbasketball teilnahmen. Der Spielbetrieb gliedert sich in die 1. und 2. Bundesliga, 4 Regionalligen und 4 Oberligen und – nach Regionen unterschiedlich – in Landes- und Bezirksligen (daneben gibt es noch einige Freizeittteams). Im Vergleich zu den 1970er-Jahren hat sich damit nicht nur die Zahl der Mannschaften, sondern auch die Zahl der Aktiven (z. Z. rund 2.500) vervielfacht.

In der Saison 1990/91 fiel der Startschuss für die 1. Bundesliga (8 Mannschaften), die Durchführung der Spiele erfolgte ab der gleichen Saison sowohl in der 1. Bundesliga als auch in beiden 2. Bundesligen nicht mehr an Sammel-, sondern an Einzelspieltagen. Ab der Saison 1995/96 wurde die 1. Bundesliga auf 10 Mannschaften aufgestockt.

Zur Förderung der Frauen beim Einsatz in Männermannschaften wurde die bestehende Bonusregelung ab der Saison 1990/91 insofern geändert, als der betroffenen Mannschaft für jede auf dem Spielfeld befindliche Spielerin (auch für 1,5- und 1-Punkte-Spielerinnen) ein

Bonuspunkt gewährt wurde. Nach der Europameisterschaft 1997 in Madrid wurde – in Anlehnung an die Regeln der Eurocup-Wettbewerbe – der Frauenbonus auf 1,5 Punkte angehoben. Im Jahr 1993 wurde in Donrath zum ersten Mal die Deutsche Meisterschaft der Frauen ausgetragen.

Auch die technische Entwicklung der Rollstühle nahm im Verlauf der 1990er-Jahre eine rasante Entwicklung. Der Deutsche Rollstuhlbasketball gab hier richtungsweisende Impulse: 1994 wurde der Rollstuhl mit drei Rädern eingeführt, auf der EM 1997 wurde durch die deutsche Delegation der Rollstuhl mit Stützrad den internationalen Gremien vorgestellt und ab der Saison 1997/98 für den Spielbetrieb zugelassen. Hinzu kommen der negative Sturz der Räder und die körpergenaue Anpassung der Wettkampffrollstühle.

Mitwirkung von Minimalbehinderten (MB) und Nichtbehinderten (NB), technische Fortentwicklung der Rollstühle und höherer Trainingsaufwand der Spieler haben Rollstuhlbasketball zu einem auch für die Medien im höchsten Maße attraktiven Wettkampfsport gemacht.

Über viele Jahre wurde in Deutschland die Nachwuchs- und Jugendarbeit für den RBB vernachlässigt. Inzwischen wurde durch die Kommission Kinder- und Jugendsport diese Lücke geschlossen. Im November 1999 fand das erste bundesdeutsche Nachwuchsturnier in Langensteinbach statt. Seitdem werden jährlich in der gesamten Bundesrepublik Jugend-Sichtungsturniere durchgeführt, die sich wachsender Beliebtheit erfreuen.

Klassifizierung im Rollstuhlbasketball

Rollstuhlbasketball war bis Mitte der 1980er-Jahre ein Sport vornehmlich für Querschnittsgelähmte. Heute spielen in den Teams Sportlerinnen und Sportler mit den unterschiedlichsten Behinderungsarten und zum Teil auch Nichtbehinderte zusammen. Grundlage für einen fairen Wettbewerb unter diesen Bedingungen bildet die „Funktionelle Klassifizierung“. Den Spielerinnen und Spielern werden entsprechend ihrer verbliebenen Körperfunktion Punkte von 1 bis 4.5 zugeteilt. Die Summe der Punkte der fünf Spieler*innen auf dem Feld darf 14 Punkte nicht überschreiten. Durch diese Begrenzung wird gewährleistet, dass Spielerinnen und Spieler unterschiedlicher Handicaps in einem Team zusammenspielen können und stärker eingeschränkte Teams (mit vielen niedrigpunktigen Spieler*innen) gegen eine übermächtige Mannschaft (nur hochpunktige Spieler*innen) geschützt werden.

Berücksichtigt werden bei der Klassifizierung nur Körperschäden, die die Spielerin/den Spieler deutlich sichtbar bei den Grundfertigkeiten des Rollstuhlbasketballs (Rollstuhlfahren, Ballkontrolle, Dribbling, Passen, Korbwurf und Rebound) behindern. Die Benutzung von orthopädischen Hilfsmitteln (Korsett, Bein- und Hüftfixierung, Beckengurt etc.) kann die Bewegungsmöglichkeiten einer Spielerin deutlich verbessern. Die Klassifizierung kann sich dadurch zum Teil erheblich (0.5 bis 1 Punkt) verändern. Die wichtigste Fertigkeit zur Beurteilung der Klassifizierung einer Spielerin, insbesondere wenn sie zusätzliche Handicaps aufweist, ist das Starten, Schieben und Lenken des Rollstuhls.

Zum Verständnis der Sitzstabilität im Rollstuhl und der möglichen Rumpfbewegungen bei unterschiedlichen Muskelausfällen gibt der passive Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Bänder) Hinweise. Besonders bewegliche Stellen am passiven Bewegungsapparat sind der Übergang von den Brust- zu den Lendenwirbeln, das Kugelgelenk, gebildet durch die Gelenkpfanne der Hüfte und des Oberschenkelknochens.

Übersicht Klassifizierungspunkte Rollstuhlbasketball:



1-Punkt-Spieler

- keine Fixierung der beweglichen Lendenwirbelsäule durch Ausfall der Bauch- und der unteren Rückenmuskulatur
- keine befriedigende Rumpftorsion durch den Ausfall der schrägen Bauchmuskulatur
- keine Sitzbalance und Torsion des Rumpfes



2-Punkt-Spieler

- keine Kontrolle über Hüfte bzw. Hüftgelenk
- Fähigkeit, den Oberkörper über der Hüfte auszubalancieren
- geringe Fixierung der Lendenwirbelsäule
- Rotation des Rumpfes möglich
- beim Aufrichten des Rumpfes aus der Vorlage bildet sich ein deutliches Hohlkreuz



3-Punkt-Spieler

- ausreichende Hüftkontrolle, kann zumindest aufgerichtet werden
- Kontrolle des Oberkörpers an der aufgerichteten Hüfte beim Vor- und Rückbeugen
- Oberschenkel sind in der Regel geschlossen und vergrößern die Stützfläche für den Rumpf nach vorne



4-Punkt-Spieler

- Abspreizen eines Beines (oder Oberschenkels) zur Seite möglich, zur anderen Seite hin nicht möglich (gelähmtes Bein, Oberschenkelstumpf kürzer als 2/3 der normalen Länge)
- Vergrößerung der Stützfläche des Rumpfes nach einer Seite



4.5-Punkt-Spieler

- können beide Beine abspreizen und damit den Rumpf uneingeschränkt zur Seite beugen. Einseitig Oberschenkelamputierte mit einer Stumpflänge von mehr als 2/3 der normalen Länge sind bereits 4.5-Punkt-Spieler.

Kleine Regelkunde Rollstuhlbasketball

Basics

Körbe, Spielfeld und Spielzeit beim Rollstuhlbasketball haben exakt die gleichen Dimensionen wie im „Fußgänger“-Basketball: Der Korb hängt in 3,05 Meter Höhe, gespielt wird vier mal zehn Minuten, bei Gleichstand entscheidet eine fünfminütige Verlängerung. Jeder Spieler darf maximal fünf Fouls begehen, danach scheidet er aus dem Spiel aus.

Die „kleinen Unterschiede“

Kleine Unterschiede gibt es dennoch: Im Rollstuhlbasketball spielen Männer und Frauen, Behinderte und Nichtbehinderte zusammen – für Chancengleichheit und Gerechtigkeit sorgt die Klassifizierung der Spieler. Den Schrittfehler gibt es im Rollstuhlbasketball auch – nach zwei Schüben an den großen Rädern muss der Spieler den Ball dribbeln – ein Doppeldribbling gibt es nicht: Der Ball kann gehalten oder auf dem Schoß abgelegt werden, das Dribbling darf beliebig oft zum Anschieben unterbrochen werden. Einen Hochball gibt es nur zu Beginn des Spiels. Danach wird in jeder Hochball-Situation alternierender Einwurf gewährt, d. h., die Teams erhalten abwechselnd Ballbesitz, zunächst der Verlierer des Sprungballs. Wer beim nächsten Hochball in Ballbesitz kommt, zeigt der rote Pfeil am Kampfgericht: Er deutet in die Richtung, in die das Spiel fortgesetzt wird, und wird nach jeder Hochballentscheidung der Schiedsrichter gedreht.

Rollstuhl

Der Sportrollstuhl ist ein Highend-Sportgerät – er wird speziell auf die Körpermaße und Bedürfnisse des Sportlers angefertigt und kann 3.000 bis 5.000 Euro kosten. Der Rahmen ist fest verschweißt und äußerst belastbar. Die Räder besitzen einen Achssturz von bis zu 21 Grad. Das macht den Rollstuhl besonders wendig. Die Sitzposition wählt man abhängig von Behinderung und Rolle im Spiel. Höher als 53 Zentimeter darf jedoch niemand sitzen, die Räder dürfen maximal 28 Zoll Durchmesser haben und jeder Rollstuhl muss zur Sicherheit der Spieler einen Rammbügel haben, der nicht mehr als 11 Zentimeter über den Boden liegt.

Strappings (Gurte)

Viele Spieler sind mit einem Gurt fest mit dem Rollstuhl verbunden. Schwerer behinderten Spielern gibt das vor allem mehr Sitzstabilität. Der Gurt gibt zudem bessere Rollstuhlkontrolle, da jede Körperbewegung auf den Rollstuhl übertragen werden kann. Erst durch das „Strapping“ werden spektakuläre Rollstuhllaktionen möglich.

Fouls

Nicht jeder Rollstuhlkontakt ist ein Foul, auch wenn es heftig „kracht“. Im Prinzip gelten die Foulregeln wie im Fußgänger-Basketball, jedoch auf die Besonderheiten des Rollstuhlbasketballs angepasst: Der Rollstuhl nimmt schließlich wesentlich mehr Raum auf dem Feld ein als ein laufender Basketballer und kann auch nicht auf dem Punkt zum Stehen gebracht werden. Besonderheiten: Technische Fouls werden auch verhängt für das Überschreiten der 14 Punkte. Das „Aufstehen“ ist natürlich verboten: Hebt ein Spieler von der Sitzfläche des Rollstuhls ab, um einen Vorteil zu erlangen, wird er mit einem technischen Foul bestraft.

Grundtechniken des Rollstuhlfahrens

Anfahren:

Beim Anfahren ist es wichtig, den Oberkörper leicht nach vorne zu verlagern, damit ein Ankippen des Rollstuhls verhindert wird. Die Hände werden am höchsten Punkt der Greifreifen positioniert, dabei zeigt der Daumen in Fahrtrichtung, der Zeigefinger nach hinten und die restliche Hand wird zu einer Faust geschlossen. Der Rolli wird angeschoben, indem auf beiden Reifen gleichzeitig Druck durch ein Nach-vorne-Strecken der Arme ausgeübt wird. Nach einem Schub bleiben die Arme kurz gestreckt, bevor sie wieder in die Anfangsposition zurückkehren.

Bremsen:

Beim Bremsen muss der Körperschwerpunkt wie beim Anfahren verlagert werden. Der Oberkörper wird aufgerichtet bzw. nach hinten in die Rückenlehne gelehnt. Gleichzeitig werden beide Räder am höchsten Punkt mit ausgestreckten Armen festgehalten.

Drehen am Ort:

Bei dieser Technik bleibt der Oberkörper aufgerichtet, die Hände schieben gegengleich, jedoch gleichzeitig nach vorne bzw. nach hinten. Die eine Hand setzt also vorne am Greifreifen an und die andere hinten.

Kurve:

Bei dieser Technik wird der Körperschwerpunkt wieder nach hinten verlagert, der Oberkörper wird also nach hinten gelehnt. Die Kurveninnenhand greift dann in der Ausgangshandhaltung (Daumen zeigt nach vorne, Zeigefinger nach hinten) an den Greifreifen und erzielt so eine Rollstuhlbewegung in diese Richtung.

Drehen aus der Fahrt:

Diese Technik wird wie eine Kurve begonnen, die Kurveninnenhand bremst den Rollstuhl. Wenn dieser fast zum Stehen gekommen ist, wird der Greifreifen festgehalten und nach hinten gezogen.

Schieben und Bremsen rückwärts:

Beim Rückwärtsfahren wird der Körperschwerpunkt nach hinten verlagert. Die Technik ist dieselbe wie beim Vorwärtsfahren, nur in umgekehrte Richtung, d. h. die Hände werden über den höchsten Punkt des Greifreifens Richtung Knie hinausgeführt. Beim Bremsen muss der Oberkörper demnach nach vorne gelehnt werden, damit der Rollstuhl nicht nach hinten umkippt.

Dribbling und Ballhandling

Korrekte Ballhaltung und Dribbling:

Der Ball wird mit breitgefächerter Hand von oben nach unten gedrückt. Die Handwurzel und die Handfingerkuppen berühren dabei den Ball, nicht aber die Handinnenfläche (Bildvergleich: „Suppenkelle“, „umgedrehtes Körbchen“). Diese Technik sollte gut trainiert werden, da sie später blind durchgeführt werden muss, damit der Spieler das Feld überblicken kann.

Dribbling in der Bewegung:

Der Ball wird in einem hohen Bogen nach vorne geworfen, beide Hände können nun den Rollstuhl anschieben, anschließend wird der Ball wieder aufgenommen.