

# DBS Untersuchungsbogen

## zur Klassifizierung von Leistungssportlern im Deutschen - Behindertensportverband

Beachte: Erläuterungen auf dem zuständigen Merkblatt:

Name des Sportlers:		Vorname:	geb.:
Landesverband:		Verein:	
Leistungssportarten:		Derzeit gültige Wettkampfklassen:	
Untersucher:			
Datum:	Unterschrift:	Stempel:	
Medizinische Diagnose (möglichst vollständig !):			
Folgende Doping-erhebliche Medikamente sind ärztlich angezeigt und nicht austauschbar oder absetzbar (ärztliches Attest erforderlich):			

Rollstuhlabhängigkeit     Ja     Nein     elektrisch     Arm     Beinvortrieb

Sehschwäche / Blindheit: Augenärztliches Attest gefordert !  
8Visus / Gesichtsfeld / Farbseher / Lichterkennung / Progredienz)

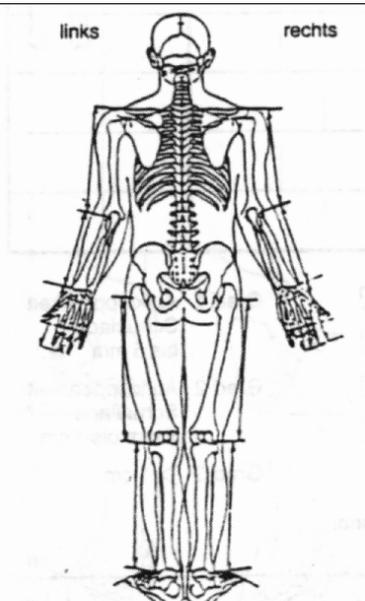
Hörschwäche / Taubheit: HNO / ärztliches Attest gefordert !  
Audiometrieergebnisse)

Zerebralpareesen / andere neurologische Schäden am Zentralorgan:

Tetraspastik     Hemispastik     Diplegie     Athetose     Ataxie

leicht     mittel     schwer    Schwerpunkt:     re.     li.     Arme     Beine

Bitte in Grobaster einstufen. Beurteilung durch offizielle DBS-Klassifizierungsverantwortliche gefordert.)



**Amputationshöhe farbig markieren!**

<b>Körpergröße:</b>		<b>Gewicht:</b>	
rechts:	links:	rechts:	links:
<b>Beinlänge:</b>		<b>Armlänge:</b>	
<b>Stumpflänge:</b>		<b>Rumpflänge:</b>	

**Skoliosehauptschwingung**     rechts konvex     links konvex     BWS     LWS

**Skoliosewinkel nach COBB** (Röntgenmessung)  
(Röntgenmessung obligatorisch !):

**Kyphosewinkel nach COBB:**

**Sonstige Röntgenbefunde:** (Missbildungen, Blockwirbel etc.):

**Prothesenart:**

**Stumpfbeschaffenheit:**

Prothese beim Sport:     Ja     Nein

Orthese beim Sport:     Ja     Nein

**Kürzel – Erläuterungen:**

- NN: Bewegungsumfang (Neutral-Null-Methode)
- BN: Bruchteile der Normalbeweglichkeit: Rumpf, Finger, Knierotation, Fuß (nur 2 Spalten)
- MW: Muskelkraft oder Koordination (Punktwert 0 –5)
- RE: rechts
- LI: links

**Erklärungen im Beiblatt beachten!**

Obere Extremitäten			NN	RE	MW	RE	NN	LI	MW	LI
Schulter	NN	Abd -Add								
Schulter	NN	Ante - Retro								
Schulter	NN	Arot - Irot								
Ellenbogen	NN	Ext - Flex								
Unterarm	NN	Pron - Supin								
Hand- gelenk	NN	Dorsal – Palmar (Ext) (Flex)								
	NN	Radial - Ulnar								
Finger	(BN)	Ext – Flex								
Finger	(BN)	Abd – Add								
Damen	(BN)	Oppos - Repos								
Rumpf	(BN)	Oben (o)	EXT	Flex	EXT-O	FLEX – O	Schober-Zeichen: Finger-Boden-Abstand: Ott-Zeichen: Kinn-Sternum-Abstand:			
Ext -Flex	(BN)	Unten (u)			EXT-U	FLEX – U				
Rumpf Seit Neige	(BN)	re - il	RE SEIT	LI SEIT	RE-SEIT	LI-SEIT				
Rumpf Rotation	(BN)	re - li	RE SEIT	LI SEIT	RE-SEIT	LI-SEIT				
Untere Extremität			NN	RE	MW	RE				
Hüfte	NN	Ext – Flex								
Hüfte	NN	Abd – Add								
Hüfte	NN	Arot - Irot								
Knie	NN	Ext – Flex								
Knie	(BN)	Arot - Irot								
Sprunggelenk	NN	Ext - Flex								
Fuß	(BN)	Pron / Supin								

Instabilitätstest:  
Knie

mediale Aufklappbarkeit	Grad 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Grad 1	Aufklappbarkeit/ Schublade bis 5 mm
laterale Aufklappbarkeit	Grad 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Grad 1	
vordere Schublade	Grad 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Grad 2	Aufklappbarkeit/ Schublade 5 mm bis 1cm
hintere Schublade	Grad 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Grad 3	> 1 cm
Pivot-Shift		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Grad 3	> 1 cm
Schulter	Instabilität	<input type="checkbox"/> vordere <input type="checkbox"/> hintere <input type="checkbox"/> multidirektional		

Sonst. Gelenke

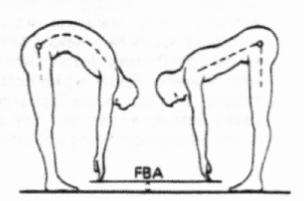
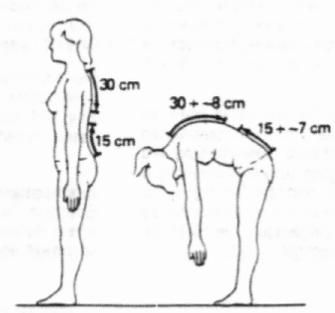
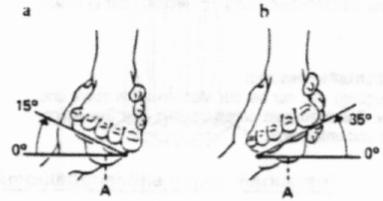
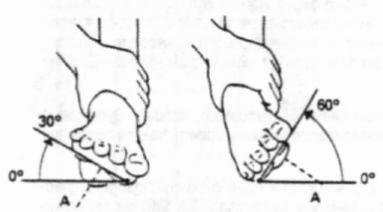
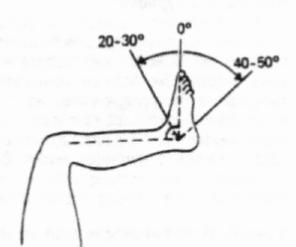
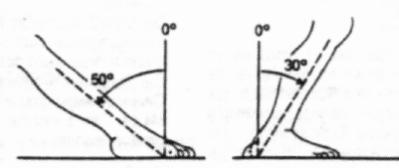
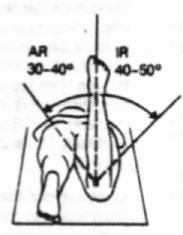
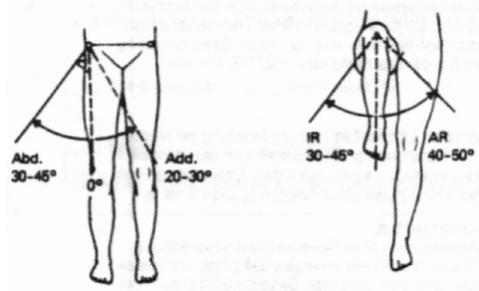
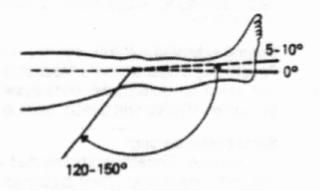
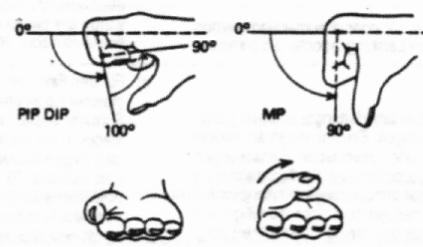
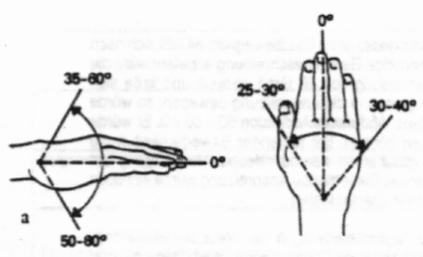
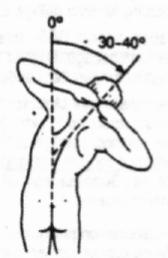
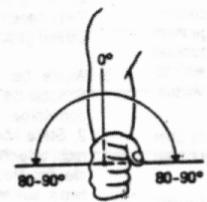
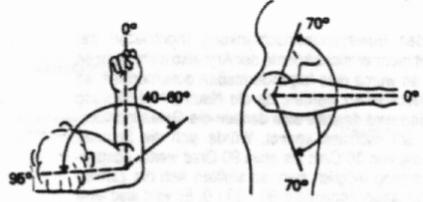
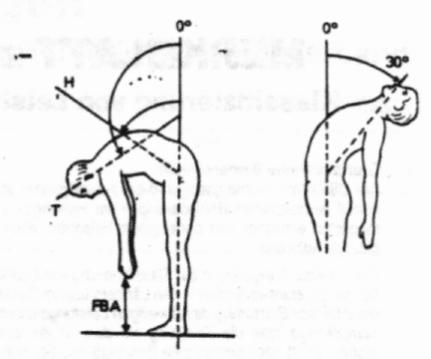
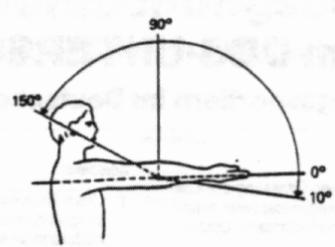
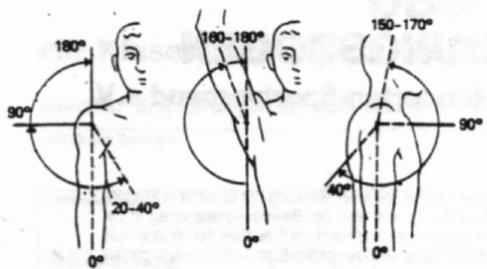
---



---



---



# MERKBLATT zum DBS-UNTERSUCHUNGSBOGEN

## zur Klassifizierung von Leistungssportlern im Deutschen Behinderten-Sportverband e.V.

### Grundsätzliche Bemerkungen:

Der DBS-Untersuchungsbogen dient zur *möglichst objektiven Erfassung der funktionell bedeutsamen Behinderungen* am Haltungs- u. Bewegungsapparat mittels möglichst einfacher und ohne große Hilfsmittel allorts durchführbarer Untersuchungsmethoden.

Der Untersuchungsbogen zur Klassifizierung von Leistungssportlern soll den Klassifizierungsverantwortlichen in den Ländern und im Deutschen Behinderten-Sportverband bei der *Einstufung des jeweiligen Leistungssportlers in die für ihn gültige Wettkampfkategorie bzw. die Belegung mit den für ihn erreichbaren Funktionspunkten* dienen. Er ist nach derzeitigem Beschluß des Sportausschusses des DBS ein notwendiges Dokument für die Teilnahme an Deutschen Meisterschaften und Voraussetzung für eine gültige Eintragung im Startpaß des DBS.

Neben diesem DBS-Untersuchungsbogen müssen weiterhin ein Dokument über die Vereinszugehörigkeit und die allgemeine Sporttauglichkeit entsprechend den Bestimmungen der Länder und der Sportbereiche mitgeführt werden.

Die Inhalte des Untersuchungsbogens dürfen keinesfalls mit denen einer Gesundheitsuntersuchung oder gar einer leistungsdiagnostischen Untersuchung verwechselt werden. Letzgenannte Untersuchungen werden z.B. für Kadernmitglieder des DBS nur von den Verbandsärzten des DBS und den leistungsdiagnostischen Instituten des Bundesausschusses Leistungssport durchgeführt und im Ergebnis gesondert dokumentiert.

### Untersuchungsinhalte:

Grundsätzlich sollten keine Normalbefunde untersucht oder dokumentiert werden. Der Untersucher kann sich auf die vom behinderten Leistungssportler als behindert eingestufteten Körperteile beschränken.

### Medizinische Diagnosen:

Dieser Abschnitt sollte nicht nur die Behinderungen am Haltungs- u. Bewegungsapparat enthalten, sondern auch Sinnesbehinderungen, Erkrankungen an inneren Organen, eventuelle gravierende Risikofaktoren oder psychische Erkrankungen. Der Untersuchungsbogen fordert *bewußt keine gutachterliche Stellungnahme zur Verträglichkeit der gewählten Leistungssportart oder zur Leistungssporttauglichkeit*. Eine freiwillige kritische Aufklärung des Behindertensportlers oder freiwillige kritische Nachbemerkungen auf dem Untersuchungsbogen bleiben dem Untersucher unbenommen.

### Doping-erhebliche Medikamente:

Regelmäßig eingenommene Medikamente sollten mit den Diagnosen erfragt werden. Wenn der Untersucher keine ausreichende Erfahrung oder Information zu dem genannten Medikament besitzt, sollte er es ohne Stellungnahme dokumentieren.

### Sinnesbehinderung:

Im Falle einer Sinnesbehinderung muß vom Sportler ein augenärztliches oder hals-nasen-ohrenärztliches Attest mit den im Untersuchungsbogen geforderten Inhalten beigebracht werden. Das Attest wird dem Untersuchungsbogen angeheftet.

### Spastik:

Es existiert augenblicklich noch kein einheitlicher Beurteilungsmaßstab für *Spastik, Athetose, Ataxie und extrapyramidal-motorische Lähmungen am zentralen Nervensystem*. Betroffene Schäden werden deshalb nach dem vorliegenden Untersuchungsbogen nur grob eingeteilt. Es sollten fachneurologische Gutachten beigelegt oder mitgeführt werden. Über die Einstufung können derzeit nur die *DBS-Klassifizierungsverantwortlichen für die Behinderungsgruppe der Zerebralparetiker* entscheiden. Die Adresse der Klassifizierungsverantwortlichen kann über die DBS-Geschäftsstelle in Duisburg in Erfahrung gebracht werden. Evtl. wird man zu einem späteren Zeitpunkt Koordinationstests vorstellen können, die ähnlich der Muskelkraft mit Punktwerten korrelieren.

### Längen- u. Gewichtsmessungen:

Körpergröße und Körpergewicht sollten in jedem Fall erfaßt sein. Beinlängen, Armlängen und Rumpflänge sind nur bei Amputationen, hochgradiger Skoliose (Rumpferkürzung) oder starker Proportionsstörung von Interesse.

### Skoliose und Kyphose:

Leichte Rundrückenbildungen und leichtere Skoliosen (bis etwa 10 Grad) stellen keine bedeutsame sportspezifische Behinderung dar. In einem solchen Fall ist die Messung des Skoliose- oder Kyphose-Winkels und damit eine Röntgendiagnostik völlig unnötig. Bei höheren Verkrümmungsgraden liegen nahezu regelmäßig *fachärztliche Röntgenaufnahmen vor*. Der röntgenologische Skoliosewinkel oder Kyphosewinkel nach Cobb kann in der Regel ohne großen Aufwand in Erfahrung gebracht werden. Eine erneute Strahlenbelastung oder zusätzliche Kosten können ganz überwiegend vermieden werden. Bei dem eindeutigen Krankheitswert einer hochgradigen Verkrümmung sollte für den seltenen Fall fehlender Befunde eine fachärztliche Untersuchung empfohlen werden.

### Beweglichkeitsmessungen nach der Neutral-Null-Methode:

Die Neutral-Null-Meßmethode umfaßt (immer!) 3 Zahlenwerte. Die mit NN (Neutral-Null-Methode) überschriebene Spalte für die rechte (RE) und linke (LI) Körperseite ist deshalb 3-fach unterteilt. Nur 2-fach unterteilte Meßfelder werden *nicht* nach der Neutral-Null-Methode beurteilt. Die Beweglichkeitsangaben erfolgen dann in Bruchteilen der Normalbeweglichkeit (z.B. 3/4, 1/2, 1/3 usw.).

Die Neutral-Null-Messung folgt einem logischen Prinzip: Die Gelenkstellungen des aufrecht stehenden Menschen mit am Körper anliegenden Armen und Handflächen werden als Neutral-Null-Stellung definiert. Die entsprechende Gelenkstellung wird mit der Ziffer 0 belegt. Wenn im Normalfall eine Bewegung aus der Nullstellung in einer definierten Ebene in zwei Richtungen möglich ist, steht die Zahl Null in der mittleren der 3 Spalten. Die Zahl der gradmäßigen Auslenkung in die eine und in die andere Richtung wird an der 1. bzw. an der 3. Position eingetragen. Die zuerst genannte Bewegungsrichtung wird dabei auch zuerst bezeichnet.

### Beispiele:

- Unser Untersuchungsbogen beginnt mit einer Messung der Schulter in Abstreizung-Anspreizung (ABD/ADD): Es wird also der Bewegungsausschlag in der Abduktion an erster Stelle genannt, es folgt dann bei Erreichen der Neutral-Null-Stellung die Zahl 0. An dritter Stelle wird die gradmäßige Auslenkung in die Anstreizung dokumentiert. Kann also der Sportler seine Schulter um 180 Grad zur Seite heben und um 30 Grad zum Körper hin anspreizen, so würden folgende 3 Zahlen geschrieben: 180 / 0 / 30.
- Würde bei einer weitgehenden Bewegungseinschränkung (Kontraktur) der Schulter die Null-Stellung nicht mehr erreicht, könnte der Arm also nicht mehr an den Körper angelegt werden, so würde dies folgendermaßen dokumentiert: an 2. Stelle könnte keine Null geschrieben werden, da die Neutral-Null-Stellung nicht erreicht wird. Dokumentiert wird deshalb statt dessen die Gelenkposition, die der Neutral-Null-Stellung am nächsten kommt. Würde sich die Schulter bspw. aus einer Abstreizstellung von 30 Grad bis etwa 90 Grad weiter abspreizen lassen, aber keine Anstreizung möglich sein, so stellten sich die Zahlenwerte folgendermaßen dar: Abduktion/Adduktion: 90 / 30 / 0. Es wird also eine Abduktion von 90 Grad erreicht. Der der Neutral-Null-Stellung am nächsten kommende Gelenkwert wäre bei vorliegendem Beispiel 30 Grad Abduktionsstellung (also die Zahl 30). Die Null wechselt an die dritte Stelle, weil keine Adduktion durchgeführt werden kann. Hätte der Sportler die Neutral-Null-Stellung eben erreicht, wäre aber darüber hinaus keine Anstreizung möglich gewesen, würde die zweite und dritte Stelle mit einer 0 geschrieben worden sein (Abduktion/Adduktion: 90 / 0 / 0).
- Für den Fall einer echten *Gelenkankylose* ohne Restbeweglichkeit läßt sich nach gleicher Logik ebenfalls eine eindeutige Gelenkbeschreibung erzielen: wäre die Schulter bspw. in einer Abstreizstellung von 60 Grad versteift und ließe sich weder in die weitere Abspreizung noch in die Anstreizung bewegen, so würde dies folgendermaßen dokumentiert: Abduktion/Adduktion 60 / 60 / 0. Er würde also maximal 60 Grad abduzieren können. Bei fehlender Beweglichkeit in die Adduktionsrichtung wäre dies gleichzeitig der der Neutral-Null-Stellung am nächsten kommende Abstreizwinkel. Die fehlende Anstreizung würde wie oben durch eine Null an der dritten Stelle charakterisiert.

Die Gelenkmeßpositionen und die Normalwerte nach der Neutral-Null-Methode sind auf der Rückseite dieses Merkblattes nach Darstellungen von A. Debrunner abgebildet und sollen dem weniger Erfahrenen bei der Dokumentation behilflich sein. Die Verwendung eines Winkelmessers wird dringend empfohlen.

### Bruchteile der Normal-Beweglichkeit:

Wie bereits oben ausgeführt, wird die exakte Meßmethode der Neutral-Null-Technik nicht für alle Gelenke gefordert. Für die Fingerbeweglichkeit, die Rumpfbeweglichkeit, die Knierotation und die Fußpronation/Supination halten wir derzeit die einfachere Methode des Vergleichs mit der gesunden Gegenseite, bzw. den abstrakten Normalwerten (s. bildliche Darstellung auf der Rückseite dieses Merkblattes) für ausreichend. Die Spalte der Neutral-Null-Methode wird für diese Gelenkmessung 2-gliedrig. Es reicht dann die Angabe der Bruchteile (3/4, 1/2, 1/3, 1/4 usw.).

### Messung der Muskelkraft:

Bei peripheren oder zentralen schlaffen Lähmungen kann die Messung der Muskelkraft auf einfache Weise unter *Einbeziehung der Schwerkraft und des manuellen Widerstandes des Untersuchers* eingestuft werden. Nach den Empfehlungen von Daniels und Worthingham werden 6 Kraftstufen unterschieden (Zahlen 0 bis 5).

Die Zahl 0 bedeutet völligen Funktionsverlust.

Die Zahl 1 wird bei tastbarem Muskelzucken ohne Bewegungserfolg verwendet. Ein Muskel der Lähmungsstufe 2 kann das Gelenk bewegen, allerdings nicht gegen die Eigenschwere oder/und nicht über den gesamten Bewegungsspielraum des Gelenks.

Die Stufe 3 ist erreicht, wenn das Gelenk gegen die Schwerkraft über den gesamten Bewegungsspielraum des Gelenks bewegt werden kann, nicht jedoch gegen den leichten Widerstand des Untersuchers.

Der Punktwert 4 bedeutet eine bereits kräftige Muskelaktion über den gesamten Gelenkbewegungsspielraum gegen mäßigen Widerstand des Untersuchers.

Mit der Zahl 5 wird die Muskelaktion gegen kräftigen Widerstand des Untersuchers gekennzeichnet.

Der Punktwert 5 muß bei kräftiger Aktion gegen starken Widerstand des Untersuchers gegeben werden, auch wenn keine seitengleichen Kraftverhältnisse vorliegen (auch bei sichtbarer Umfangsdifferenz im Seitenvergleich)! Übergänge zwischen den einzelnen Stufen (vor allem 2 bis 5) können mit „Plus“- oder „Minus“-Zeichen deutlich gemacht werden.

Bei der Muskelkraftmessung werden keine Einzelmuskeln, sondern Synergisten beurteilt, also in der Regel zusammenspielende Muskelgruppen, die eine bestimmte Gelenkbewegung bewirken.

Die Muskelkraftwerte (Zahlen 0, 1, 2, 3, 4 oder 5) werden in die durchgängig 2-gliedrige Spalten hinter der Neutral-Null-Methode eingetragen. Sie sind mit der Abkürzung MW (Muskelkraftwert) und der Seitenbezeichnung RE (rechts) oder LI (links) überschrieben.

### Ergänzungen zur Rumpfbeweglichkeitsmessung:

Extension/Flexion (Streckung/Biegung) wird nur bei der Muskelkraft in obere und untere Rückenstreckmuskeln bzw. Bauchmuskeln unterschieden. Die Beweglichkeitsmessung unterscheidet oben und unten nicht.