

KOPFSACHE

Leitfaden für den Umgang
mit leichten
Schädel-Hirn-Traumata im Rugbysport

HANDLUNGSEMPFEHLUNG
des DEUTSCHEN RUGBY-VERBANDS

IMPRESSUM

Herausgeber

Deutscher Rugby-Verband
Im Neuenheimer Feld 710
69120 Heidelberg

Colin Grzanna

Head of Physical Performance
Chefrainer Athletik und Medizin

EINLEITUNG

Rugby ist eine komplexe, schnelle und harte Sportart. Die Sportart verlangt ein hohes Maß an athletischer Vorbereitung, mentaler Stärke sowie technische und taktische Fähigkeiten. Rugby ist aber auch eine der attraktivsten und fairsten Sportarten. Trotzdem besteht wie in jeder Sportart auch ein Verletzungsrisiko und insbesondere Gehirnerschütterungen haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass die Sicherheit der Sportart in Frage gestellt wurde.

World Rugby ist in der Forschung rund um die Erkennung und den Umgang mit Gehirnerschütterungen führend im weltweiten sportlichen Vergleich und die ständigen Anstrengungen haben in den letzten Jahren zu einschneidenden Regeländerungen und Strafen für Fehlverhalten geführt.

Player Welfare also die Spielergesundheit wird von World Rugby und Rugby Europe groß geschrieben. Auch der Deutsche Rugby-Verband möchte gemeinsam mit den Vereinen, Trainer:innen und Spieler:innen für mehr Sicherheit rund um das Thema „Gehirnerschütterungen“ schaffen.

Mit der Herausgabe dieser Handlungsempfehlung will der Verband für mehr Klarheit in Bezug auf ein komplexes Krankheitsbild Sorge tragen.

Allgemeines

Gehirnerschütterungen werden in der Fachwelt den sogenannten leichten Schädel-Hirn-Traumata zugeordnet. Insbesondere in Kontaktsportarten wurden diese lange bagatellisiert

und verharmlost. „Sei ein Mann und keine Memme“ oder ein gut gemeinter Klapps auf den Hinterkopf eines leicht benommenen Spielers waren keine Seltenheit. Die Dunkelziffer von Gehirnerschütterungen ist vor allem im Amateur- und Breitensport hoch. Hier liegen bis dato (sportartübergreifend) kaum zufriedenstellende und flächendeckende Daten vor.

Aufklärung, stetiger Informationsfluss und Fortbildungen im Rahmen des FAIR-Kurses und C-Trainer-Lizenz sollen neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zukünftig effektiver verbreiten. Dabei sollen die Erkenntnisse aus dem Profibereich auch im Amateursport Anwendung finden.

Im Profisport können die körperlichen Belastungen durch technische Hilfsmittel sehr genau aufgezeichnet werden. Durch moderne GPS-Technik und Beschleunigungssensoren (z.B. in Zahnschützen) können heute Beschleunigungen (insbesondere auch negative Beschleunigungen in Form von Abbremsungen) gemessen werden. Im Profisport werden regelmäßig Kräfte von über 14G gemessen. Das entspricht der negativen Beschleunigung eines Autounfalls mit ca. 40km/h.

Obwohl man annehmen könnte, dass bei diesen Geschwindigkeiten der Angreifer ein erhöhtes Risiko hat, sich zu verletzen, betreffen 70% aller Gehirnerschütterungen den Verteidiger. Dabei treten 65-75% (je nach Liga) aller Gehirnerschütterungen im Rahmen des Tackles auf. Tacklehöhe, Müdigkeit und schlechte Technik aber auch die Geschwindigkeit der aufprallenden Körper tragen zum Verletzungsrisiko bei.

Weltweit ist durch die Überwachung der Spieler durch moderne Kameratechnik und standardisierter Testverfahren die Zahl der diagnostizierten Gehirnerschütterungen bis vor wenigen Jahren stetig gestiegen. Seit einigen Saisons stagniert die Rate auf einem konstanten Level und ist während der Rugby-Weltmeisterschaft und internationalen Ligen 2019 erstmalig leicht rückläufig.

Die zunächst stark angestiegene Zahl an Gehirnerschütterung stellt nicht eine drastisch steigende Gefahr da, den Sport auszuüben. Vielmehr ist es ein realistischeres Inzidenz dieser Verletzung und wird auch durch neue Überwachungstechniken, strikteren Umgang und bessere diagnostische Tools hervorgerufen.

Ein Beitrag zur Reduktion der Verletzungsraten sind neben Regeländerungen in Bezug auf hohe Tackles vor allem auch die geringe Toleranz in der Detektion von Gehirnerschütterungen. Modernste Überwachungstechniken (Fernsehbilder, multiple Kamerablickwinkel, Head-Injury-Assessments, Apps) haben zu einer signifikant erhöhten Erkennungsrate geführt. Durch besseres Verständnis im Umgang mit den „neuen“ Erkennungstools konnten diese nun auch im Amateursport effektiv und sicher eingesetzt werden.

Der Deutsche Rugby-Verband wird in seinem Handlungsleitfaden die GET-App vorstellen und die Empfehlung zur flächendeckenden, alters- und geschlechterübergreifenden Nutzung aussprechen. Die GET-App ist ein kostenfreies und anwendungsfreundliches Benutzer und enorm effektives Erkennungstools, das nicht nur medizinisch geschultem Personal die Möglichkeit einräumt, Gehirnerschütterungen zu vermuten, zu erkennen, gezielte Schritte einzuleiten und damit die Spieler:Innen zu schützen.

Der Deutsche Rugby-Verband sieht die medizinische Ausbildung und Schulung in Bezug auf Gehirnerschütterung als ein zentraler Baustein in jeder Trainerausbildung. Der stete Informationsfluss wird zu einer Sensibilisierung aller im Sport tätigen Akteure führen.

Bis wir den Weg zum Head Injury Assessment deutschlandweit eingeschlagen haben, wird „**ERKENNEN & ENTFERNEN**“ in allen Alters- und Spielklassen der konsequente Weg im Umgang mit potentiellen Schädel-Hirn-Traumata bleiben. Ein Update in Bezug auf das Head

Injury Assessment (HIA-Prozess) wird in folgenden Updates dieses Handlungsleitfadens besprochen.

Ziele der strikten Herangehensweise ist es, schwere Langzeitfolgen wie die „chronische traumatische Enzephalopathie“ (CTE) oder tödliche Zweitverletzungen wie das Second-Impact-Syndrom (SIS) durch bessere Früherkennung und einen strikten Handlungsleitfaden zu vermeiden.

KOPFSACHE soll allen im Rugbysport Beteiligten die Möglichkeit geben, sich über die Anatomie und die pathophysiologische Entstehung von Gehirnerschütterungen zu informieren. **KOPFSACHE** stellt weltweit etablierte Erkennungstools vor, um Gehirnerschütterungen bereits am Platz zu erkennen und richtig zu handeln. Der Wiedereinstieg in den aktiven Alltag und anschließenden Spielbetrieb soll durch das 6-stufige „Return-to-Play Protokoll“ erleichtert werden.

Nicht jede Kopfverletzung ist auch eine Gehirnerschütterung und so soll **KOPFSACHE** vor allem die zunehmende Angst vor bleibenden Schäden mindern und Rugby zu einem sicheren und weiterhin attraktiven Sport für Kinder, Jugendliche und Erwachsene machen.

Der Deutsche Rugby-Verband möchte der von World Rugby ausgegebenen Direktive des „Player Welfare“ gerecht werden und proaktiv die Gesundheit der Spieler schützen. Diese steht im Zentrum aller unserer Bemühungen.

Colin Grzanna

Head of Physical Performance

Deutscher Rugby-Verband

DIE „FESTPLATTE“ GEHIRN

Unser Gehirn stellt die funktionelle Schaltzentrale des Körpers da. Jegliche Informationen werden hierhin gesendet, verarbeitet und interpretiert. Das Gehirn generiert weitestgehend unterbewusst die notwendigen „Reaktionen“ auf die wahrgenommenen Reize. Diese tägliche Prozessierung von Informationen macht unser Leben erst möglich und gibt dem Gehirn die übergeordnete Rolle in der Aufrechterhaltung des körperlichen Gleichgewichts (Homöostase).

ANATOMISCHE GRUNDLAGEN

Das Gehirn wird von Kopfhaut, dem knöchernen Schädel, sowie den Hirnhäuten straff ummantelt und liegt in einer geringen Menge Flüssigkeit (Liquor cerebralis) „eingebettet“. Die Hirnhäute und der Liquor fungieren wie eine Art „Wasserbett“ und lassen dem Gehirn, bei normalen Beschleunigungen ausreichend Platz, um gut gedämpft zu werden.

Die Blutversorgung von Gehirn und Hirnhäuten erfolgt über zwei paarige Arterien. Diese werden aus zentralen Gefäßen aus dem Aortenbogen kurz nach dem Herzen gespeist, da eine konstante Blutversorgung des Gehirns notwendig ist.

Die konstante Blutversorgung muss gewährleistet sein, damit unser Gehirn mit notwendiger Energie und Sauerstoff versorgt wird. Wie jede Computerfestplatte Strom benötigt, so verbraucht unser Gehirn Sauerstoff und Nährstoffe, um als Verschaltungs- und Verwaltungsorgan optimal zu funktionieren. Bereits kurze Unterbrechungen der Blutversorgung führen zu Ohnmacht. Länger anhaltende

Durchblutungsstörungen (wenige Minutenbereich) können bereits irreversible Schädigungen der Hirnsubstanz hervorrufen.

Unser Gehirn arbeitet ununterbrochen und verbringt die meiste Zeit mit der unterbewussten Filterung sensorischer Reize und Informationen zur Aufrecht-erhaltung des inneren Gleichgewichtes. Diese Informationen werden aus jeder Region des Körpers gesammelt und verarbeitet.

Im Kleinhirn werden beispielsweise die Informationen aus Gleichgewichtsorgan, Gelenken (Tiefensensibilität) und audiovisuellem System (räumliches Hören und Sehen) gesammelt und verarbeitet. Die eingehenden Informationen werden an die Großhirnrinde geleitet, interpretiert und anschließend durch entsprechende motorische Schritte „beantwortet“. Durch ständige Stellungskontrollen wird der aufrechte Gang und Aufrechterhaltung des Gleichgewichts ermöglicht.

Jegliche Bewegungsform, so gezielt sie erscheinen mag, ist eine Reaktion auf Informationen, die unser Gehirn von den Sinnesorganen erhält, verarbeitet und entsprechend interpretiert.

Das Gehirn wird in unterschiedliche Abschnitte eingeteilt, die Informationen verarbeiten. Entwicklungsgeschichtlich sind - stark vereinfacht - die älteren Abschnitte für autonome Prozesse zuständig. Die „neueren“ Abschnitte sind zum Beispiel für Emotionen und Bewertung von Impulsen und Informationen zuständig.

GROßHIRN

Das Großhirn wird in zwei Hemisphären (Halbkugeln) geteilt, die von einem breiten Balken (Corpus callosum) aus Nervenverbindungen verbunden wird. Die Großhirnrinde fasst ca. 16 Milliarden Nervenzellen aus denen die Nervenfasern (Neurone) entspringen.

Die Großhirnrinde wird in unterschiedliche Felder eingeteilt, die definierte Qualitäten und Aufgaben nachkommen. So gibt es primäre Felder, die bestimmte sensorische Informationen oder Bewegungen wahrnehmen und assoziierte Felder (Assoziationsfelder), die bestimmte Funktionen aufeinander abstimmen.

Primäre Rindenfelder sind zum Beispiel der visuelle Cortex, der im hinteren Bereich des Gehirns liegt. Die Verarbeitung von akustischen Reizen liegt im Bereich der Schläfe. Motorische Impulse und Sensorik werden im Bereich hinter der Schläfe verarbeitet (Temporallappen).

Assoziative Felder sind zum Beispiel im Vorderlappen des Gehirns angeordnet. Diese Region ist für das höhere Denkvermögen, Gedächtnis sowie die Zuordnung bestimmter Bewertungen zu aufgenommenen Sinneseindrücken, zuständig.

ZWISCHENHIRN

Zum Zwischenhirn gehören vier Teile:

1. Thalamus (oberer Teil)
2. Hypothalamus und Hypophyse,
3. Subthalamus
4. Epithalamus

Das Zwischenhirn ist die zentrale Vermittlungsregion jeglicher sensorischer und motorischer Signale. Hier werden aber auch Schlaf-Wach-Rhythmus und Temperatur des Körpers geregelt.

KLEINHIRN

Das Kleinhirn ist Hauptgleichgewichtsorgan. Es koordiniert Bewegungen und das Gleichgewicht.

HIRNSTAMM

Die ontogenetische älteste Region des Gehirns bildet der Hirnstamm. Es ist der Übergang zwischen Großhirn, verlängertem Mark (Medulla oblongata) und dem Rückenmark. Als entwicklungsgeschichtlich älteste Region liegen hier auch die Zentren für autonom-ablaufende und -regulierte Funktionen wie Herzschlag, Atmung und Stoffwechsel. Ebenfalls werden hier viele der unbewusst ablaufenden Reflexe gesteuert (Husten- oder Schluckreflex).

Diese ausführliche Beschreibung des Hirns soll die unterschiedlichen Symptome verständlicher machen. Denn in Abhängigkeit des Schädigungsortes können die Symptome sehr unterschiedlich ausfallen und den Patienten auf verschiedene Weise belasten.

„WAS PASSIERT, WENN DAS HIRN GESCHÜTTELT WIRD?“

Das leichte Schädel-Hirn-Trauma – Was ist das genau?

Das Gehirn besteht aus ca. 100.000.000.000 Zellen (100 Milliarden Zellen) mit ca. 1000 Quervernetzungen pro Zelle. Dies ermöglicht eine unvorstellbare Rechenleistung. Das Gehirn ist unsere elektrische, chemische und physikalische Schaltzentrale und fungiert wie eine Festplatte auf lebenswichtigen Prozesse abgespeichert sind.

Eine Gehirnerschütterung ist ein komplexer pathophysiologischer Prozess am Gehirn, bei dem einwirkende, mechanische Kräfte direkt oder indirekt auf das Gehirn übertragen werden können. Bei dieser Energieübertragung kommt es zu Verletzung an den Nervenendigungen (den Axons), so dass die Schaltkreise nicht mehr funktionieren. Neuropathophysiologisch und pathobiochemisch scheint es zu einer Fehlverarbeitung von Informationen im synaptischen Spalt und zu Dehnungen bis hin zum Zerreißen/ Abknicken von Nervenfasern zu kommen.

Die Gehirnzellen verbleiben in den darauffolgenden Tagen nach der Verletzung in einem vulnerablen Zustand. Anders als bei höhergradigen, traumatischen Gehirnverletzungen wie zum Beispiel einer Hirnblutung, die von den leichten Schädel-Hirn-Verletzungen abgegrenzt werden, sind die Veränderungen auf zellulärer und axonaler Ebene, weshalb sie nicht auf radiologischen bildgebenden Verfahren (CT, MRT) dargestellt werden können.

Es gibt bis dato noch keine ausreichend sensiblen und signifikant spezifischen Blutuntersuchungen, die eine Diagnostik von Gehirnerschütterungen zulassen. Ein Speichelschnelltest ist in der Erprobung und hat vielversprechende Ergebnisse gegeben.

DIE DIAGNOSE VON GEHIRNERSCHÜTTERUNGEN IST EINE KLINISCHE DIAGNOSE. ES ZÄHLT, WAS MAN SIEHT UND WAS DER SPIELER FÜHLT!

Neueste Forschungen gehen davon aus, dass die direkten Traumata (Abbildung 1) nur für einen geringen Teil der Verletzungen zuständig sind. Vielmehr verstärkt sich die Vermutung, dass rasante Beschleunigungen (Abstoppen) des Kopfes (Abbildung 2) und die damit verbundene Kraftübertragung auf das Gehirn ursächlich für die Schädigung sind.

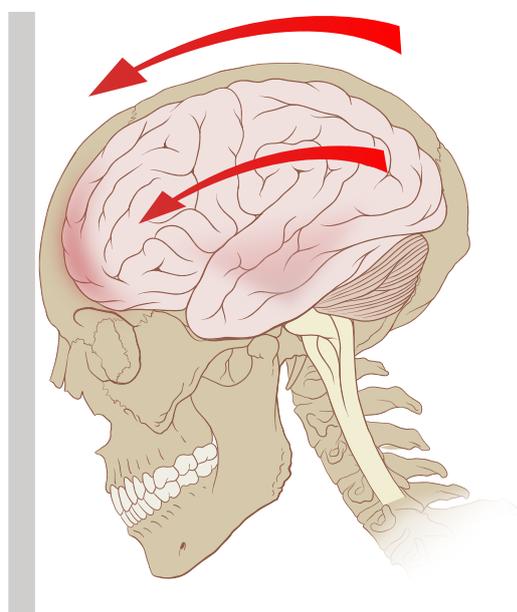


Abbildung 1: Direktanpralltrauma

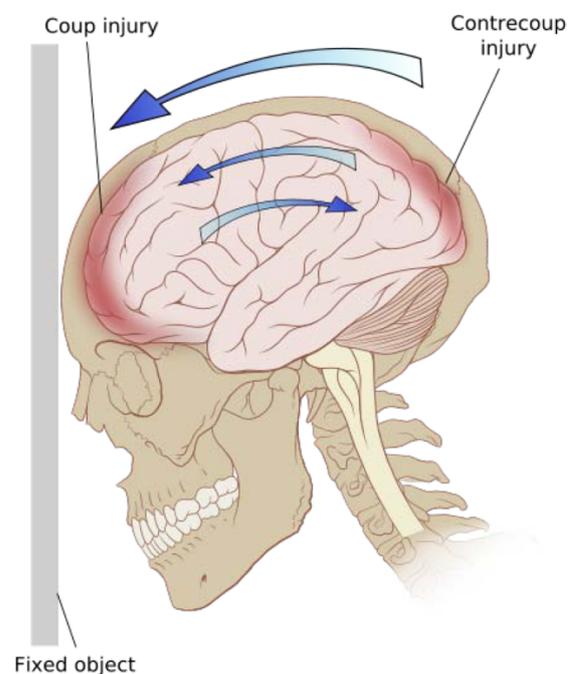


Abbildung 2: Coup (Anprall) und Contre-Coup (Gegenanprall) bei einem rasanten Abstopprauma

Abbildungsquelle: Patrick J. Lynch, medical illustrator

Man spricht dann von Coup und Contre-Coup – Anprall und Gegenanprall. Hierzu bedarf es keines Aufpralls gegen einen Gegenstand. Es reicht auch das abrupte Abstoppen des Kopfes und Zurückschlagen nach einem harten Tackle auf Brusthöhe.

Was im Gehirn auf biochemischer und neuropathophysiologischer Ebene passiert, bleibt weiterhin Gegenstand intensiver Forschungen.

ALLTÄGLICHE GEFAHREN

Das leichte Schädel-Hirn-Trauma tritt in Deutschland in ca. 40.000 – 120.000 Fällen im Jahr auf. Gehirnerschütterungen sind in der Statistik von World Rugby seit ca. 5 Jahren eine der häufigsten Verletzungen im Profisport.

Hierzu sei angemerkt, dass Gehirnerschütterungen bei Kindern und Jugendlichen auch im Alltag auftreten und Aktivitäten wie Fahrradstürze und Skateboarden ein höheres Risiko als der Rugby-Sport haben.

Trotz des vorhandenen Verletzungsrisikos überwiegen die positiven Auswirkungen des aktiven Lebensstils auf die allgemeine Gesundheit sowie das Ausüben eines Mannschaftssports für die soziale Entwicklung das Risiko sich zu verletzen.

Abschließend bleibt festzustellen, dass Gehirnerschütterungen, was den Krankheitsverlauf angeht, in den allermeisten Fällen prognostisch günstig sind. Fast alle Gehirnerschütterungen – ob in der Freizeit oder im Sport – klingen innerhalb weniger Tage (7-10 Tage bei Erwachsenen und zwischen 14-28 Tagen bei Jugendlichen) ab und heilen **FREI VON LANGZEITFOLGEN** aus.

In einigen wenigen Fällen kann die Genesung mehrere Wochen, gar Monate dauern. Hier ist das Aufsuchen eines Spezialisten nicht nur ratsam, sondern wird dringend empfohlen. Die Durchführung spezieller Tests und spezieller physiotherapeutischer Begleitung und mentalem Training ist vor Wiedereintritt in den aktiven Sport sinnvoll.

KATASTROPHALE AKUTFOLGEN & CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Chronisch-traumatische Enzephalopathie

Die Evidenz zeigt einen noch nicht vollständig geklärten Zusammenhang zwischen durch Erschütterungen ausgelöste, wiederholte traumatische Gehirnverletzungen und schweren, teils fatalen (tödlichen) Folgeerkrankungen.

Es besteht der Verdacht, dass nicht ausgeheilte, wiederholte Gehirnerschütterungen zu einer neurodegenerativen Erkrankung namens **chronisch-traumatischer Enzephalopathie (CTE)** führen kann. Das Krankheitsbild erfuhr durch den Hollywood-Film „Concussion“ erstmalig große Aufmerksamkeit und wird durch fröhndementielle Symptome, Depression aber auch untypischen Wesensveränderungen bis hin zu auto- oder fremd-aggressivem Verhalten charakterisiert.

Auch namenhafte Rugby-Spieler haben in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit über Ihre Beschwerden berichtet, zuletzt im Jahr 2021 in England.

Neueste Erkenntnisse der Forschung relativieren zwar den direkt- und monokausalen Zusammenhang zwischen Gehirnerschütterungen und der CTE. Es wird vermutet, dass vorhandene Co-Faktoren die Entstehung begünstigen. Solange aber die Zusammenhänge noch nicht vollständig wissenschaftlich geklärt sind, nehmen Vermeidungsstrategien und Prävention von Gehirnerschütterungen einen wichtigen Stellenwert zwecks Vermeidung dieser Spätfolge ein.

Second-Impact-Syndrom

Das sogenannte **Second-Impact-Syndrom** beschreibt den akuten Zusammenhang zwischen einer zweiten Hirnverletzung während einer noch nicht vollständig ausgeheilten Gehirnerschütterung. Diese zweiten „Einschläge“ führen nicht selten zum Tod oder hinterlassen bei Betroffenen, die das Second-Impact-Syndrom überleben, meist lebenslange Einschränkungen. Ursächlich scheinen hier Mikroblutungen durch Gefäßverletzungen zu sein, die zu plötzlichen, lebensbedrohlichen Blutungen und Druckanstiegen im Hirn führen können.

DIES SIND DIE EXTREMFÄLLE.

Andere Kontakt- und Kollisions-Sportarten haben das Second-Impact-Syndrom beschrieben (Boxen). Derzeit gibt es sehr wenige Fälle im Rugby-Sport, da in diesen Fällen aber vor allem Jugendliche betroffen waren, möchte der Deutsche Rugby-Verband diese Information über akut lebensbedrohliche Syndrom – wenn gleich extrem selten - aus Gründen des Schutzes und der Transparenz verbreiten und nicht vorenthalten.

Das Risiko von Gehirnerschütterungen und Verletzungen werden wir nicht vollständig aus Alltag oder der vom Körperkontakt lebenden Sportart wie Rugby entfernen können. Vielmehr soll der Schutz der Spieler durch eine bestmögliche Erkennung und Erholung von der Verletzung erfolgen.

Deshalb soll im Folgenden das Protokoll „**ERKENNEN – ENTFERNEN - ERHOLEN**“ präsentiert werden.

CHECKLISTE & FAKTEN

Wichtige "Take homes" und Empfehlungen



GEHIRNERSCHÜTTERUNGEN SIND GEHIRNVERLETZUNGEN UND MÜSSEN ALLE ERNST GENOMMEN WERDEN.



ATHLETEN MIT V.A. EINE GEHIRNERSCHÜTTERUNG MÜSSEN VOM SPIELFELD ENTFERNT WERDEN



KEINE TEILNAHME AN TRAININGS- ODER SPIELBETRIEB BIS ERREICHEN DER SYMPTOMFREIHEIT



EINHALTUNG DES RTP-PROTOKOLL



85% ALLER GEHIRNERSCHÜTTERUNGEN HEILEN INNERHALB VON 7-10 TAGEN SYMPTOMFREI AUS.



DER RICHTIGE UMGANG IN DER ERKENNUNG SCHAFFT SICHERHEIT UND NIMMT ÄNGSTE.



ES BESTEHT GRUND ZUR AUFMERKSAM- UND ACHTSAMKEIT, ABER NICHT ZUR PANIK!

Erkennen Entfernen Erholen

Eine Gehirnerschütterung zu **ERKENNEN**, ist nicht immer einfach, da die ersten Zeichen und Symptome nicht zwingend stark ausgeprägt sein müssen und sich erst innerhalb Minuten, Tagen, Wochen oder sogar Monaten ausbilden können.

Entgegen des allgemein angenommen Mythos geht die Gehirnerschütterung nicht zwingendermaßen mit einem Verlust des Bewusstseins einher. Vielmehr sind Spieler mit einer leichten Gehirnerschütterung häufig ansprechbar und orientiert und entwickeln erst im Verlauf die klassischen Symptome.

Deshalb ist es umso wichtiger, an eine mögliche Kopf-Hals-Verletzung („Bei unklaren Verletzungen: Denk Kopf & Hals“) zu vermuten, wenn ein adäquates Trauma – also ein entsprechender Verletzungsmechanismus – vorliegt oder sich der Spieler auffällig verhält. Der Spieler ist vom Spielfeld bei Verdacht zu **ENTFERNEN**.

Sollte eine Gehirnerschütterung vermutet werden oder die Symptome auf eine Gehirnerschütterung hinweisen, muss sich der Spieler davon **ERHOLEN** und schrittweise an Belastungen des Alltages und des Sportes herangeführt werden.

„WIE ERKENNE ICH EINE GEHIRNERSCHÜTTERUNG?“

IM DEUTSCHEN AMATEURSPORT GILT DAS „ERKENNEN & ENTFERNEN“-PROTOKOLL
UND IST BINDEND FÜR ALLE ALTERS- UND SPIELKLASSEN.

Während jeglicher Hilfestellung (ob in der Freizeit oder auf dem Sportplatz) gelten die allgemeinen Regeln der Ersten Hilfe.

„Die eigene Sicherheit geht vor“ – Unfallort sichern und an den Spieler von der Kopfseite herantreten. Ist der Unfallort nicht sicher, muss man sich zunächst selber vor weiteren Gefahren schützen.

„Ansprechen!“ – Erkennen ob der Spieler ansprechbar ist, normal reagiert oder ob er bewußlos ist. Ein wacher, sprechender Spieler atmet.

„Atemwege sichern.“ – Sicherstellen, dass die Atemwege frei sind.

„Atmung!“ – Atmet der Spieler und wenn ja, wie?

„Kreislauf!“ – Ohne Atmung und Sauerstoff kein Kreislauf!

„Was ist mit dem Hals?“ – Kann es durch den Aufprall und Unfallmechanismus zu einer Halsverletzung gekommen sein? Insbesondere bei Stürzen aus größerer Höhe mit/ ohne Bewußtseinsverlust sollte immer an eine Halswirbelsäulen-verletzung gedacht werden.



ERKENNEN

ERKENNEN

Gehirnerschütterungen müssen **NICHT** mit Bewusstseins-**VERLUST** einhergehen. Ganz im Gegenteil können auch wache, ansprechbare Spieler eine Gehirnerschütterung erlitten haben. Es lassen sich körperliche von kognitiven Störungen unterscheiden und auch der Zeitpunkt von Erstsymptomen kann variieren.

GEHIRNERSCHÜTTERUNGEN KÖNNEN SICH JE NACH BETROFFENEM HIRNAREAL STARK VONEINANDER UNTERSCHIEDEN.

KÖRPERLICHE SYMPTOME

Kopfschmerzen (in 70% aller Gehirnerschütterungen vorhanden)
Schwindel (30-50%)

Folgende Symptome müssen häufig erfragt werden:

Übelkeit (mit/ ohne Erbrechen)
Nackenschmerzen
Verschwommenes Sehen
Blitze
Doppelbilder
Licht- und Lärmempfindlichkeit
Gleichgewichtsstörungen
Kribbelgefühl der Haut

KOGNITIVE SYMPTOME

Störungen des Denkprozesses
(Geistige und/ oder körperliche) Müdigkeit
Verlangsamung des Denkprozesses und Reaktionsschnelligkeit
Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
Erinnerungsstörungen
Fehlende Orientation zu Zeit, Ort, Person, Gegner, Spielstand oder Zeitpunkt des Spiels
Gedächtnislücken
Hauben- und Wattegefühl („wie im Nebel“/ „Fühle mich nicht richtig“)
Störungen der Persönlichkeit („... ist anders als vorher“)
Vermehrte Emotionalität (Depressiv/ Labil)
Vermehrte Gereiztheit
„Die Lichter sind an, aber niemand ist zu Hause.“ – Leerer, glasiger Blick.
Fragen wie: „Wo bin ich?“ oder „Was ist passiert?“ sind immer verdächtig.

SCHLAFSTÖRUNGEN

Ein- und Durchschlafstörungen

Die Symptome einer Gehirnerschütterung können sich sofort, innerhalb von Sekunden, Minuten, aber auch erst innerhalb von Tagen, Wochen gar Monaten abzeichnen. Meist präsentieren sich später auftretende Symptome 24-48h nach dem Trauma.

AKUTE ZEICHEN

- Kopfschmerzen
- Schwindel
- Aufmerksamkeits- und Beeinträchtigung
- Leerer Blick
- Verzögerte Reaktion
- Unfähigkeit, sich zu konzentrieren
- Verwaschene Sprache
- Koordinationsstörung
- Desorientierung
- Unnatürliche emotionale Reaktionen
- Gedächtnisstörungen oder Störung des Bewusstseins

SPÄTE ZEICHEN

- Anhaltende vermehrte Kopfschmerzen
- Benommenheit
- Schwindel
- Schlechte Aufmerksamkeit
- Schlafstörungen
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Anhaltende Übelkeit oder Erbrechen
- Reizbarkeit
- Licht- und Geräuschempfindlichkeit
- Angst/ Depression

CHECKLISTE: ERKENNEN

Bei Auftreten eines der unten genannten Symptome oder falscher Beantwortung einer Maddox-Frage, ist der Spieler des Spielfeldes zu entfernen. Eine weitere Teilnahme am Spielbetrieb ist am selben Tag ausgeschlossen!

SICHTBARE ZEICHEN		
Bewußtlosigkeit oder verlangsame Reaktion	Liegt bewegungslos am Boden für > 5 Sekunden	Verlangsamt beim Aufstehen
Unsicherheit auf den Füßen	Gleichgewichtsprobleme oder Fallen	Koordinationsstörung
Sich an den Kopf fassen oder den Kopf mit den Händen stützen	Benommener, leerer oder ausdrucksloser Blick	Verwirrtheit/ nicht des Spiels oder Geschehnisse bewußt
	Krampfanfall	

SYMPTOME, ÜBER DIE DER SPIELER KLAGT			
Übelkeit oder Erbrechen	Benommenheit/ Schläfrigkeit	Reizbarkeit	„Etwas stimmt mit mir nicht!“
Traurigkeit	Nackenschmerzen	Lichtempfindlichkeit	Erinnerungsschwierigkeiten
„Druck im Kopf“	Erinnerungsschwierigkeiten	Kopfschmerzen	Schwindel
Verschwommenes Sehen	Gedächtnislücken	Gefühl, verlangsamt / langsam zu sein	Verwirrtheit
Geräuschempfindlichkeit	Erschöpfung, Ermüdung und/oder wenig Energie	Nervös oder ängstlich	Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren

Symptome können sehr unterschiedlich und subtil sein.

PRÜFUNG DER GEDÄCHTNISFUNKTIONEN (MADDOX-FRAGEN)

“AN WELCHEM SPIELORT BEFINDEN WIR UNS HEUTE?“

„WELCHE HALBZEIT IST JETZT?“

„WER HAT IN DIESEM LETZTEN SPIEL ZULETZT PUNKTEN GEMACHT?“

„GEGEN WELCHE MANNSCHAFT HABT IHR LETZTE WOCHE GESPIELT?“

„HAT DEINE MANNSCHAFT LETZTE WOCHE GEWONNEN?“

AUFFÄLLIGKEITEN IM GESPRÄCH MIT DEM SPIELER

Orientierungslosigkeit

Gibt oben genannte
Symptome an

Der Spieler wirkt „nicht
normal“

Verwirrtheit

WARNZEICHEN

Nackenschmerzen

Verschlechterung des
Bewusstseinszustands

Wiederholtes Erbrechen

Zunehmende Reizbarkeit/ Verwirrtheit

Schwere/ zunehmende
Kopfschmerzen

Ungewöhnliches Verhalten

Krampfanfälle

Schwäche/ Kribbeln in den
Extremitäten (Beine/Arme)

Doppelbilder



**BEI AUFTRETEN EINES WARNZEICHENS IST DIE SOFORTIGE ÄRZTLICHE
VORSTELLUNG DRINGEND EMPFOHLEN!!**



SPÄTE ZEICHEN (NACH 24-48h)

Amnesie –
Gedächtnisverlust

Kopfschmerzen

Überkeit/ Erbrechen

Schläfrigkeit

Gleichgewichtsstörungen

Einschlafstörungen

Vermehrte Emotionalität

Konzentrationschwierigkeiten

Verlangsamte
Reaktionszeiten

Gefühl, verlangsamt zu
sein

Sich nicht „richtig“ oder
wie „im Nebel“ fühlen

Müdigkeit oder Energiemangel

SCHWERWIEGENDE KOPFVERLETZUNGEN ERKENNEN!

„Wann muss die Feuerwehr gerufen werden?“

Bei unten genannten Symptomen, sollte umgehend die Feuerwehr alarmiert werden (112) und die Vorstellung in einer Rettungsstelle erfolgen.

- ANHALTENDE BEWUSSTLOSIGKEIT NACH INITIALER VERLETZUNG
- KRAFTVERLUST, TAUBHEIT ODER KRIBBELN DER EXTREMITÄTEN
 - VERLUST VON KOORDINATION UND GLEICHGEWICHT
 - WIEDERHOLTES ERBRECHEN ODER STARKE ÜBELKEIT
 - SPRACHSTÖRUNG ODER VERWASCHENE SPRACH
 - SEHSTÖRUNGEN, WIE DOPPELSEHEN
 - VERSTÄNDNISPROBLEME
- KLARE FLÜSSIGKEIT AUS NASE ODER OHREN (VERLUST VON HIRNWASSER)
 - BLUTUNGEN AUS EINEM ODER BEIDEN OHREN
 - PLÖTZLICH TAUBHEIT AUF EINEM ODER BEIDEN OHREN
 - SCHWIERIGKEITEN WACH ZU BLEIBEN –
- STÄRKSTE MÜDIGKEIT ÜBER STUNDEN NACH DER VERLETZUNG
- STÄRKSTE, SICH VERSCHLIMMERENDE KOPFSCHMERZEN
 - VERWIRRTHEIT UND INNERE UNRUHE

Abbildung 3: Symptome, die eine ärztliche Vorstellung rechtfertigen

In sehr seltenen Fällen kann es durch Schläge gegen den Kopf oder indirekten Kraftübertragen zu schwerwiegenden Verletzungen des Gehirns und der Strukturen im Kopf kommen. Neben schweren Gehirnerschütterungen werden diese strukturellen

Verletzungen den höhergradigen Schädel-Hirn-Traumata zugeordnet und ihr Verdacht bedarf umgehender Handlung.

TRAUMATISCHE SCHÄDEL-HIRN-VERLETZUNGEN

Im Rahmen von Kopfverletzungen können kleine Blutgefäße zerreißen und zu relevanten Blutungen führen. Obwohl die Inzidenz (also die Häufigkeit des Auftretens) im Sport glücklicherweise sehr gering ist, muss man von ihnen gehört haben.

Da das Gehirn deutlich weicher ist als unsere Schädeldecke führen diese Blutungen nicht selten zu Verdrängungen des Gehirns mit anschließendem Ödemen (Ansammlung von Gewebsflüssigkeit im Bereich der Blutung). Diese Verdrängung des Gehirns kann zu schwerwiegenden Ausfällen, komplexen Folgeerkrankungen und sogar lebensbedrohlichen Zuständen führen.

Diese Blutgerinnsel können sich auch verspätet entwickeln, weshalb eine fachneurologische Untersuchung und Überwachung im Krankenhaus mit engmaschigen Vigilanzkontrollen (Tests der Aufmerksamkeit und Wachheit) bei entsprechendem Trauma angemessen ist.

Sollte der Verdacht auf eine ICB (intrakranielle Blutung) bestehen, so kann diese durch eine Computertomographie bereits nach wenigen Stunden nachgewiesen und/ oder ausgeschlossen werden.

Es ist aber nochmal darauf hinzuweisen, dass die CT-Untersuchung zwar eine Blutung oder eine strukturelle Hirn- und Schädelverletzung wie eine Fraktur nachweisen kann, eine Gehirnerschütterung und die damit zusammenhängenden zellulären Verletzungen aber nicht.

ALARMZEICHEN: SCHWERWIEGENDE HIRNVERLETZUNGEN

Nicht alle Kopfverletzungen sind Gehirnerschütterungen.
Die Alarmzeichen einer schweren Hirnverletzung sind:



FEHLENDE
ANSPRECHBARKEIT
&
ZUNEHMENDE
EINTRÜBUNG



MEHRFACHES
(UNSTILLBARES)
ERBRECHEN



DEUTLICHE
VERSCHLECHTERUNG
EINES/ MEHRERER
SYMPTOME



Sofortige Alarmierung der Feuerwehr

Bewusstlose, bis zum Eintreffen des medizinischen Fachpersonals nicht mehr bewegen.

ALARMZEICHEN: HALS-WIRBELSÄULEN-VERLETZUNG (HWS)

Ein Rasanztrauma (Sturz auf großer Höhe), Tackle oder auch ein zusammenbrechendes Gedränge, können zu Verletzungen der HWS führen.



FEHLENDE
ANSPRECHBARKEIT



STÄRKSTE
NACKENSCHMERZEN



KEINE BEWEGUNG
UND/ ODER
SENSIBILITÄTSSTÖRUNG



Sofortige Ruhigstellung der HWS bei Verdacht auf eine Halswirbelsäulen-Verletzung

Alarmierung der Feuerwehr

Abtransport des Spieler nur von medizinisch qualifiziertem Personal

Umgehende ärztliche Vorstellung



ENTFERNEN

ENTFERNEN

Die Entscheidung, einen Spieler vom Spielfeld zu entfernen, ist nicht immer einfach und manchmal sogar kontrovers. Zur leichteren Entscheidungsfindung wurde die Taschenkarte des Concussion-Recognition-Tools entwickelt und sollte in jedem Club ausliegen und ständig zugänglich sein.

CONCUSSION RECOGNITION TOOL™ Taschenkarte

Hilfe für das Erkennen einer Gehirnerschütterung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

ERKENNEN UND HANDELN
Eine Gehirnerschütterung sollte bei Vorliegen **eines oder mehrerer** der im Folgenden unter Punkt 1 bis 3 genannten sichtbaren Hinweise, Zeichen, Symptome oder bei falschen Antworten auf die Gedächtnisfragen vermutet werden.

1. Sichtbare Hinweise für den Verdacht auf eine Gehirnerschütterung
Jeder der folgenden sichtbaren Hinweise kann auf eine Gehirnerschütterung hinweisen:

Bewusstseinsverlust oder verlangsamte Reaktion
Liegt bewegungslos auf dem Boden/ verlangsamt beim Aufstehen
Unsicherheit auf den Füßen/ Gleichgewichtsprobleme oder Fallen/Koordinationsstörungen
Sich an den Kopf fassen/den Kopf mit den Händen stützen
Benommener, leerer oder ausdrucksloser Blick
Verwirrtheit/ nicht des Spiels oder der Geschehnisse bewusst

2. Zeichen und Symptome für eine mögliche Gehirnerschütterung
Jedes der folgenden Zeichen und Symptome kann eine Gehirnerschütterung anzeigen:

- Bewusstseinsverlust	- Kopfschmerzen
- Krampfanfall	- Schwindelgefühl
- Gleichgewichtsprobleme	- Verwirrtheit
- Übelkeit oder Erbrechen	- Gefühl „verlangsamt/ langsam zu sein“
- Benommenheit/Schlafträgheit	- „Druck im Kopf“
- Emotionaler als gewohnt	- Verschwommenes Sehen
- Reizbarkeit	- Lichtempfindlichkeit
- Traurigkeit	- Gedächtnislücke
- Erschöpfung/Ermüdung oder wenig Energie	- Gefühl „wie im Neben/benebelt zu sein“
- Nervös oder ängstlich	- Nackenschmerzen
- „Etwas stimmt nicht mit mir“	- Geräuschempfindlichkeit
- Schwierigkeiten, sich zu erinnern	- Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren

© 2013 Concussion in Sport Group

3. Gedächtnisfunktion
Wenn eine Frage nicht richtig beantwortet wird, besteht der Verdacht auf eine Gehirnerschütterung.

„An welchem Spielort sind wir heute?“
„Welche Halbzeit ist jetzt?“
„Wer hat in diesem Spiel zuletzt ein Tor erzielt?“
„Gegen welches Team haben Sie letzte Woche/ im letzten Spiel gespielt?“
„Hat Ihre Mannschaft das letzte Spiel gewonnen?“

Jede(r) Sportlerin/Sportler mit Verdacht auf eine Gehirnerschütterung ist UMGEHEND AUS DEM SPIEL ZU NEHMEN und darf nicht zur Aktivität zurückkehren, bevor sie/er medizinisch untersucht worden ist. Sportlerinnen/Sportler mit Verdacht auf eine Gehirnerschütterung dürfen nicht allein gelassen werden und kein Fahrzeug führen.

Bei Verdacht auf eine Gehirnerschütterung ist empfohlen, dass die Spielerin/der Spieler an eine medizinische Fachperson zur Diagnosesstellung, Betreuung und Rückkehr zum Spiel-Entscheid überwiesen wird, auch wenn die Symptome abgeklungen sind.

WARZEICHEN
Bei JEDEM der unten aufgeführten Warnzeichen ist die Spielerin/der Spieler sicher und umgehend aus dem Spiel zu nehmen. Wenn keine medizinische Fachperson verfügbar ist, sollte ein Notfalltransport in das nächstliegende Krankenhaus zur umgehenden ärztlichen Untersuchung erwogen werden.

- Sportler(in) klagt über Nackenschmerzen	- Verschlechterung des Bewusstseinszustandes
- Zunehmende Verwirrtheit/Reizbarkeit	- Schwere oder zunehmende Kopfschmerzen
- Wiederholtes Erbrechen	- Ungewöhnliche Verhaltensänderung
- Krampfanfälle	- Doppelbilder
- Schwäche oder Brennen/Kribbeln in Armen oder Beinen	

Wichtig:

- In allen Fällen müssen die grundlegenden Prinzipien der Ersten Hilfe (Gefahr erkennen, Reaktion prüfen, stabile Seitenlage, Atmung und Kreislauf stabilisieren) befolgt werden
- Nicht versuchen, die Sportlerin/den Sportler zu bewegen (außer, um sie/ihn in die stabile Seitenlage zu bringen), wenn keine spezifische Ausbildung besteht
- Einen (evtl. vorhandenen) Helm nicht abnehmen, wenn keine spezifische Ausbildung besteht.

aus: McCrory et. al, Consensus Statement on Concussion in Sport. Br J Sports Med 47 (5), 2013
© 2013 Concussion in Sport Group

Abbildung 4 Pocket Card des Concussion Recognition Tools

Die Taschenkarte leitet den Tester bei dem Verdacht auf eine Gehirnerschütterung durch die Diagnosesicherung. Sollte die Diagnose unklar sein, empfiehlt sich ein konservatives Vorgehen. Das heißt, eine Entscheidung zugunsten der Gesundheit und Sicherheit des Spielers zu treffen. Insbesondere Schüler- und Jugendliche gilt es vor einer weiteren Teilnahme und etwaigen Folgeverletzungen zu schützen.



IM ZWEIFEL MUSS DER/ DIE SPIELER:IN ENTFERNT WERDEN.

If in doubt, sit them out!

Ein:e vom Spielbetrieb entfernte:r Spieler:in darf am selben Tag nicht mehr spielen und sollte NICHT alleine gelassen werden.

Auf folgende Maßnahmen ist zu achten:

- Überwachung in einem abgedunkelten Raum mit Begleitung gewährleisten
- Beruhigung der gestörten Gehirnfunktion durch Vermeiden von zu vielen audiovisuellen Reizen (kein Handy, keine Videospiele, keine laute Musik, abgedunkelte Umgebung)
- Anwendung kühlender Kompressen
- Kein Essen und nur geringe Mengen klarer Flüssigkeiten (zur Vermeidung von Erbrechen)
- Auf klinische Symptome achten und bei Verschlechterung ärztliche Hilfe umgehend aufsuchen (Verschlechterung der Vigilanz oder häufiges Erbrechen)
- Keine unnötigen Fragen stellen oder den/ die Verletzte(n) unnötig aufregen (Denkprozesse nicht unnötig fordern).
- Kein Alkohol
- Verbot, Auto zu fahren

Bei zunächst fehlenden Symptomen sollte der Spieler im zeitlichen Intervall nach der Verletzung (Training oder auch Spiel) aufmerksam beobachtet werden. Bei dem Verdacht auf eine höhergradige Verletzung oder einer Verschlechterung der Symptome des Spielers, muss eine umgehende ärztliche Vorstellung erfolgen (Transport mit Notarzt kann in Erwägung gezogen werden).



GET-App

Gehirn erschüttert? – Am Platz testen und entscheiden!

Die neue Trainerversion der GET-App richtet sich gezielt an Trainer:Innen und Betreuer:Innen im Mannschaftssport - auch und gerade im Breiten- und Jugendsport. Die Erweiterung erlaubt es erstmals, Baseline-Werte für ein gesamtes Team zu speichern, um im Notfall sofort darauf zurückgreifen und Veränderungen erkennen zu können (Baseline = Ruhewert, der vor der Saison erhoben wird).

Durch einfach anzuwendende Tests unterstützt diese App Sportler, Trainer, Lehrer, Physiotherapeuten, Betreuer, Lehrer und Eltern bei der Früherkennung von Gehirnerschütterungen im Sport und bietet Informationen rund um die Problematik. Innerhalb von wenigen Minuten kann die Möglichkeit einer [Gehirnerschütterung](#) ermittelt werden mittels

- Symptomerfassung
- Gedächtnistest
- Reaktionstest
- Testung der Augenfunktion
- Gleichgewichtstest.

Durch das Anlegen einer Baseline können für die Testung im Notfall individuelle Vergleichswerte gespeichert werden.

Zur Verbesserung dieser Beta-Version können Sie innerhalb dieser App der Übermittlung Ihrer anonymisierten Daten auf einen Server der ZNS - Hannelore Kohl Stiftung einwilligen.

Der Deutsche Rugby-Verband hat unter www.Youtube.com/AppNutzung ein Einführungsvideo gedreht und die erklärt hier hier noch einen Vortrag über die Hintergründe von Gehirnerschütterungen hinterlegt.

Im Rahmen der medizinischen Ausbildung (Von F.A.I.R. bis World Rugby Educator) werden Details im Umgang mit Gehirnerschütterungen



Apps wie CSx werden von World Rugby in Wettkämpfen wie der Weltmeisterschaft, der World Series aber auch in nationalen Wettkämpfen eingesetzt und sind derzeit Weltmarktführer.

Die App ist sehr benutzerfreundlich, ist aber entgegen der GET-App nicht kostenfrei.

Angebote können unter <https://csx.co.nz/get-in-touch/> eingeholt werden.



ERHOLEN

GRADUATED RETURN TO PLAY-PROTOKOLL

ERHOLEN

Vor dem Wiedereintritt in den aktiven Spielbetrieb werden Kinder und Jugendliche zunächst an einen Wiedereintritt in das normale, aktive Leben herangeführt. Das bedeutet zunächst eine Rückkehr in den schulischen Alltag und erfolgt auch in einem Stufenprinzip.

Phase	Inhalt	Mögliche Aktivitäten	Zielsetzung
0	RUHE UND ERHOLUNG Dauer: 24-48h	Vollständige körperliche und mentale Ruhe. Meiden von audiovisuellen Reizen	Erholung und Rückgang der klinischen Symptome
1	ALLTÄGLICHE, KINDSGERECHTE AKTIVITÄTEN 48-72h nach Verletzung	Typische kindgerechte Aktivitäten in der häuslichen Umgebung: Spielen, Lesen, aber auch Zeit am Rechner und Handy sind möglich	Gradueller Aufbau mentaler und körperlicher Belastung mit mentalen Belastungen, die zunächst 5-15 Minuten lang sind
2	SCHULISCHE AKTIVITÄTEN	Durchführung von schulischen Hausaufgaben wie Rechnen, Lesen, Schreiben außerhalb des Klassenzimmers	Langsames Heranführen an geistige Arbeit
3	RÜCKKEHR IN DIE SCHULE (Teilzeit)	Einführung in schulische Aktivitäten (in der Schule) unter Berücksichtigung längerer Pausenzeiten. Rückkehr in Teilzeit ist denkbar	Erhöhung der akademischen und damit mentalen Belastung
4	VOLLSTÄNDIGE AUFNAHME AKADEMISCHER AKTIVITÄTEN	Langsamer Wiedereinstieg in den vollen Schulalltag	Vollständige akademische und damit mentale Belastung

Abbildung 5 Tabelle aus der Konsenserklärung über Gehirnerschütterungen im Sport - 5. internationale Konferenz über Gehirnerschütterungen im Sport, Oktober 2016, Berlin; McCrory P, et al. Br J Sports Med 2017

„WANN DARF WIEDER RUGBY GESPIELT WERDEN?“

Vor der Wiederaufnahme der sportlichen Aktivitäten muss sich das Gehirn **ERHOLEN**. Bei Kinder sollte bei Symptomfreiheit zunächst die Rückkehr in den schulische Alltag angestrebt werden. Symptomfreiheit besteht. Während der Rekonvaleszenzzeit ist das Gehirn anfälliger für weitere Verletzungen. Sollte ein Spieler zu früh wieder in den aktiven Spielbetrieb mit einsteigen, so besteht die Gefahr für:

- Verlängerter Krankheitsverlauf
- Potenziell längerfristige Krankheitssymptome und Spätfolgen (Psychologische Veränderungen oder sogar strukturelle Veränderungen)
- Folge-Gehirnerschütterungen während einer noch nicht ausgeheilten Verletzung sind sogar potenziell lebensbedrohlich (Siehe **SECOND-IMPACT-SYNDROM**)

Gehirnerschütterungen sind ernstzunehmende Krankheitsbilder. Bei richtigem Umgang heilen die unterschiedlichen Symptome in den meisten Fällen innerhalb von 7-10 Tagen bei Erwachsenen und zwischen 14-28 Tagen bei Kindern/ Jugendlichen vollständig und ohne Residuen aus.

Empfehlungen zu Gehirnerschütterungen

Graduated Return to Play (Amateurrugby)

Phase der Erholung		Minimale Zeit		
		U19	Ü19	
Fortschritt zur nächsten Stufe erst, wenn 24h (-48) absolute Symptommfreiheit in der Stufe besteht.				
0	Völlige körperliche und mentale Ruhe		24h	24h
1	SYMPTOMFREIE AKTIVITÄTEN Tägliche Aktivitäten, die keine Symptome hervorrufen. (z.B. Gehen in einem angenehmen Tempo mit leicht erhöhter Atmung.)	SYMPTOMFREIE ÜBUNGEN Langsamer Aufbau der Intensität (z.B. Gehen oder Joggen im Rhythmus, um leichtes Schwitzen hervorzurufen, trotz erhöhter Atemfrequenz ist eine Unterhaltung möglich.)	14 Tage Inklusive einer 24h stündigen absoluten körperlichen/ mentalen Erholungsphase	7 Tage Inklusive einer 24h stündigen absoluten körperlichen/ mentalen Erholungsphase
2	STEIFERUNG DER AEROBEN BELASTUNG Fahrradfahren auf Ergometer (gesteigertem Schwitzen, höhere Atemfrequenz, eingeschränkte Fähigkeit, Gespräche zu führen), Kontaktfreie Übungen		24-48h Diese Phase kann frühestens am 15. Tag begonnen werden	24h Diese Phase kann frühestens am 8. Tag begonnen werden
3	SPORTARTSPEZIFISCHES TRAINING Lauftraining (Intervalltraining), leichtes Techniktraining, Aktivitäten ohne Gefahr des Kopfkontaktes Kein Kontakt- oder Krafttraining		24-48h	24h
4	KONTAKTLOSES TRAINING komplexere Trainingsinhalte (Passen/ Fangen), Beginn des progressiven Krafttrainings Aufstieg in Stufe 5 erst möglich, wenn die Rückkehr zur Schule/ Arbeitsstelle zu diesem Zeitpunkt erfolgte Kein Kontakttraining		24-48h	24h
5	KONTAKTTRAINING Empfehlung zur ärztliche Freigabe durch einen Facharzt der Spezialisten für Gehirnerschütterungen Teilnahme an normalen Trainingsaktivitäten		24-48h	24h
6	RETURN TO PLAY			
Zusammenfassung		U19	Ü19	
Frühester Wiedereinstieg in kontaktloses Training		Tag 17 (-21d)	Tag 10	
Frühester Wiedereinstieg in Kontakt-Training		Tag 18 (-22d)	Tag 11	
Frühestes Return to Play - Wiedereinstieg in den vollen Spielbetrieb		Tag 23	Tag 12	

Deutsche Übersetzung/Anpassung nach World Rugby

RETURN-TO-PLAY NACH SHT I^o

Einstieg nach einer Gehirnerschütterung

Gehirnerschütterungen müssen in jeder Alterstufe ernstgenommen werden. Sie stellen eine große Herausforderung für Athleten:innen, Eltern, Trainer:innen und Betreuer:inne da. Das Gehirn braucht nach einer Verletzung, wie jedes andere Organ auch zunächst eines: **RUHE!** Mit dem richtigen Umgang und konsequenter Behandlung heilen Gehirnerschütterungen in der Mehrzahl gut aus. Gehirnerschütterungen können viele unterschiedliche Symptome aufweisen, weshalb der Umgang mit ihnen erschwert sein kann. Sind Kopfschmerz und Übelkeit bei einer Mehrzahl (70%) der Betroffenen vorhanden, so reichen weitere Anzeichen von kognitiven Ausfällen zu Lern- und Konzentrationsstörungen, von Seh- und Hörstörungen zu vermehrter Emotionalität oder Gereiztheit, von vermehrter Müdigkeit zu Koordinationsstörungen.

Daher empfehlen wir auch ähnlich einem Behandlungsplan bei anderen Verletzungen ein Return-to-Play-Protokoll, die graduelle Belastungssteigerungen sowohl kognitiv als auch körperlich anstrebt. Dabei ist absolut essentiell, dass jede Belastungsstufe absolut beschwerde- und symptomfrei durchschritten wird. Dabei muss jedes körperliche Empfinden, das außerhalb der individuellen Norm liegt als ein mögliches Symptom verstanden werden und auch als solches interpretiert werden. Bei der Gehirnerschütterung ist es empfehlenswert auf der sicheren Seite zu bleiben. Es gilt die Folgeverletzungen und -erkrankungen zu meiden. Das Second Impact-Syndrom kann durch konsequente Handlung vermieden werden. Daher sollte eine weitere Verletzung des Gehirn während der Rekonvaleszenzphase (Erholungsphase) vermieden werden. Das bedarf häufig Geduld und Selbstverantwortung, Symptome einzugestehen, aber **KEINE GEHIRNERSCHÜTTERUNG DARF UNBEMERKT BLEIBEN.**

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Datum der Hirnerschütterung: _____ Anzahl Gehirnerschütterungen: _____ Letzte Gehirnerschütterung (Datum): _____

STUFE 0	RUHE UND ERHOLUNG Das Gehirn braucht direkt nach der Verletzung absolute Ruhe und Erholung. Bestenfalls bedeutet dies Schlaf in einem abgedunkeltem Raum, um dem Gehirn möglichst wenig Reize zuzumuten, die es zur Arbeit zwingen. Insbesondere audio-visuelle Reize oder blaues Licht von digitalen Medien müssen gemieden werden. Schulbesuche oder Alltagsaktivitäten sollten eingeschränkt oder ganz entfallen. Für Erwachsene gilt: KEIN AUTOFAHREN!! Stufe 0 wird erst bei vollständiger Beschwerdefreiheit verlassen.	Symptommfreiheit am: _____ Unterschrift/ Datum: _____
STUFE 1	SYMPTOMFREIE AKTIVITÄTEN Tägliche Aktivitäten, die keine Symptome hervorrufen. (z.B. Gehen in einem angenehmen Tempo mit leicht erhöhter Atmung.) Langsamer Aufbau der Intensität (z.B. schnelles Gehen, leichtes Schwitzen, leicht erhöhte Atemfrequenz möglich, bei Jugendlichen alltägliche körperliche Aktivitäten. Kognitive Belastungen steigern (Spiele spielen). Digitalen Medien in Maßen konsumieren. Stufe 1 wird erst bei vollständiger Beschwerdefreiheit verlassen.	Symptommfreiheit am: _____ Unterschrift/ Datum: _____
STUFE 2	LEICHTES, KURZES AEROBES TRAINING: ERHÖHUNG DER HERZFREQUENZ Leichte Herz-Kreislaufbelastung mit gesteigerter Herzfrequenz (Puls bis 125 pro Min) und Atemfrequenz. Eher stationäres Training wie Fahrradfahren ohne Stoßbelastungen. Stufe 2 wird erst bei vollständiger Beschwerdefreiheit verlassen.	Symptommfreiheit am: _____ Unterschrift/ Datum: _____
STUFE 3	SPORTSPEZIFISCHES INTERVALLTRAINING Rugbyspezifisches Intervalltraining/ leichtes Techniktraining, leichtes Krafttraining. Stufe 3 wird erst bei vollständiger Beschwerdefreiheit verlassen.	Symptommfreiheit am: _____ Unterschrift/ Datum: _____
STUFE 4	MANNSCHAFTSTRAINING OHNE KÖRPERKONTAKT Einstieg in das Mannschaftstraining. Kein Kontakt. Progressives Widerstandstraining. Erhöhte Denkaufgaben während körperlicher Aktivität. Stufe 4 wird erst bei vollständiger Beschwerdefreiheit verlassen.	Symptommfreiheit am: _____ Unterschrift/ Datum: _____
STUFE 5	NORMALES MANNSCHAFTSTRAINING Aufnahme des Kontakttrainings in vollem Umfang. Teilnahme in vollem Umfang an allen Trainingsaktivitäten. Stufe 5 wird erst bei vollständiger Beschwerdefreiheit verlassen.	Symptommfreiheit am: _____ Unterschrift/ Datum: _____
STUFE 6	SPIEL Eingliederung in den Spielbetrieb.	Symptommfreiheit am: _____ Unterschrift/ Datum: _____



CHECKLISTE **G RTP**

Wiedereinstieg in den (sportlichen) Alltag

- Spieler:innen können erst dann zur **Stufe 1** übergehen, wenn sie **symptomfrei** sind.
- Erwachsene Spieler** müssen mindestens **24 Stunden** in jeder Phase verbringen
- Personen unter 19 Jahren** mindestens **24 (-48) Stunden** in jeder Phase verbringen.
- Krafttraining** sollte nur in den **späteren Phasen** (frühestens Phase 4) hinzugefügt werden.
- Kein **Kontakt** bis **Stufe 5**.
- Symptome**, die **länger als einen Monat** bei Kindern und **zwei Wochen bei Erwachsenen** anhalten, sollten fachärztlich vorgestellt werden.
- Eine **spezielle physiotherapeutische Betreuung** mit Übungen für die **HWS** ist in einigen Fällen sinnvoll.

PRÄVENTION VON GEHIRNERSCHÜTTERUNGEN

Eine vollständige Verletzungsfreiheit ist im Sport und Alltag nicht vorstellbar oder erreichbar. Das mit der Ausführung einer Sportart verbundene Risiko lässt sich aber durch gute Vorbereitung (Aufwärmen, spezifisches Training) und die Einhaltung von Richtlinien und Regeln erheblich einschränken.

- Das **World Rugby Activate Programm** (in Deutsch erhältlich) ist ein strukturiertes Aufwärmen vor Spielen und Training reduziert die Verletzungsrate signifikant.
- Das **World Rugby Tackle Ready** Programm stellt Ressourcen bereit, um die Phasen des Tackles zu trainieren und durch verbesserte Technik das Verletzungsrisiko zu senken.
- Sportärztliche Eignungsprüfung für Sportler:innen mit ggfs. sportmedizinischer Diagnostik.
- Sicherstellung einer ausreichenden körperlichen Fitness durch Kraft- und Athletiktraining macht Spieler robuster und resilienter.
- Koordinationsübungen, Neuroathletiktraining und Gleichgewichtsübungen, sowie die Stärkung und Stabilisierung der Schulter-Nacken-Muskulatur haben einen positiven Effekt.
- Protektive Hilfsmittel wie Kopfschütze haben sich in Studien als nicht wirksam gegen Gehirnerschütterungen bewiesen. Vielmehr tragen sie zu einer Minderung der Hemmschwelle bei, da sich die Träger solcher protektiven Kappen häufig in falscher Sicherheit wägen und riskantere Tacklemanöver wagen.
- Das Tragen eines Mundschutz (maßgefertigt) ist unerlässlich für den Schutz vor Zahn- und Mittelgesichtsverletzungen und kann eine gewisse Schutzwirkung bei der Vorbeugung einer Gehirnerschütterung haben.
- Strikte Ahndung von Regelverstößen in Bezug auf Tacklehöhe mit Aushändigung von Strafen zur Sicherstellung eines fairen und sicheren Ablaufs des Rugbyspiels führen zu Verhaltensänderungen der Spieler.

INDIVIDUELLE VERANTWORTUNG

SPIELER

Sollte der Spieler nach einem Spiel Zeichen einer Gehirnerschütterung merken, so sollten diese an den Trainer, Erziehungsberechtigten oder Mitspieler mitgeteilt werden. Eine weitere Teilnahme am Spielbetrieb sollte abgelehnt werden.

TRAINER

Häufig kennen Trainer ihre Spieler sehr gut. Deshalb ist es wichtig das Verhaltensauffälligkeiten ernstgenommen werden. Zum Schutz des Spielers sollten alle Symptome ernstgenommen werden und entsprechende Schritte eingeleitet werden.

Eine Meldung der Verletzung an einen Erziehungsberechtigten ist notwendig.

Sollte der Verdacht auf eine schwere Verletzung bestehen, muss die Feuerwehr (112) sofort alarmiert werden.

SCHIEDSRICHTER

Schiedsrichter sollten die Zeichen von Gehirnerschütterungen gut kennen. Sollten keine Physiotherapeuten oder medizinisches Personal anwesend sein, so kann der Schiedsrichter laut „ERKENNEN & ENTFERNEN“-Protokoll Spieler bei dem Verdacht auf eine Gehirnerschütterung vom Spielfeld entfernen.

ELTERN

Sollte man als Elternteil wahrnehmen, dass sich das eigene Kind anders verhält als sonst, dann ist dies an den Trainer oder Physiotherapeuten mitzuteilen. Das Kind sollte vom Spielfeld entfernt und geprüft werden.

Im Falle einer Gehirnerschütterung muss das Kind überwacht werden und bei Verschlechterung einem Arzt umgehend vorgestellt werden.

MITSPIELER

Insbesondere Mitspieler haben eine besondere Verantwortung, da sie direkten Kontakt zu ihren Freunden haben. Wenn der Verdacht besteht, so sollte dieser dem Trainer mitgeteilt werden und der Mitspieler bestärkt werden, ehrlich zu sein und das Spielfeld zu verlassen.

LITERATURVERZEICHNIS

- ATLS (2012). Advanced Trauma Life Support for Doctors - Student Course Manual. American College of Surgeons.
- Belanger, H.G. & Vanderploeg, R.D. (2005). The neuropsychological impact of sports-related concussion: a meta-analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 345-357.
- Benson, B.W., Hamilton, G.M., Meeuwisse, W.H., McCrory, P., Dvorak, J: Is protective equipment useful in preventing concussion? A systematic review of the literature, *British Journal of Sports Medicine* 2009;43:i56-i67.
- Bey, T. & Ostick, B. (2009). Second impact syndrome. *Western journal of emergency medicine*, 10, 6-10.
- Borg, J., Holm, L., Cassidy, J.D., Peloso, P.M., Carroll, L.J., von Holst, H. & Ericson, K. (2004). WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury: Diagnostic procedures in mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of rehabilitation medicine*, 43, 61-75.
- Cantu, R.C. (2001). Posttraumatic Retrograde and Anterograde Amnesia: Pathophysiology and Implications in Grading and Safe Return to Play. *Journal of athletic training*, 36, 244-248.
- Castile, L., Collins, C.L., McIlvain, N.M. & Comstock, R.D. (2012). The epidemiology of new versus recurrent sports concussions among high school athletes, 2005-2010. *British journal of sports medicine*, 46, 603-610.
- Coppel, D.B., Herring, S.A.: *Traumatic Brain Injury: Sports Concussions*,
- Cross MJ, Tucker R, Rafferty M, et al Tackling concussion in professional rugby union: a case-control study of tackle-based risk factors and recommendations for primary prevention
British Journal of Sports Medicine Published Online First: 11 October 2017. doi: 10.1136/bjsports-2017-097912
- Daneshvar, D.H., Nowinski, C.J., McKee, A.C. & Cantu, R.C. (2011). The Epidemiology of Sport-Related Concussion. *Clinical sports medicine*, 30, 1-17.
- Davis, G.A., Iverson, G.L., Guskiewicz, K.M., Plito, A. & Johnston, K.M. (2009). Contributions of neuroimaging, balance testing, electrophysiology and blood markers to the assessment of sport-related concussion. *British journal of sports medicine*, 43 (1), i36-45.
- Echemendia RJ, Meeuwisse W, McCrory P, et al. The sport concussion assessment tool 5th edition (SCAT5). *Br J Sports Med*. 2017;51:848-50.
- Field, M., Collins, M.W., Lovell, M.R. & Maroon, J. (2003). Does age play a role in recovery from sports-related concussion? A comparison of high school and collegiate athletes. *Journal of pediatrics*, 142, 546-553.
- Gavett, B.E., Stern, R.A. & McKee, A.C. (2011). Chronic traumatic encephalopathy: A potential late effect of sport-related concussive and subconcussive head trauma. *Clinics in sports medicine*, 30, 179-188.

- Giza, C.C. & Hovda, D.A. (2001). The neurometabolic cascade of concussion. *Journal of athletic training*, 36, 228-235.
- Guskiewicz, K.M., Marshall, S.W., Bailes, J., McCrea, M., Harding, H.P., Matthews, A., Mihalik, J.G. & Cantu, R.C. (2007). Recurrent Concussion and risk of depression in retired professional football players. *Medicine and science in sports and exercise*, 39 (6), 903-909.
- Knapik, J.J., Hoedebecke, B.L., et al: Effectiveness of Mouthguards for the Prevention of Orofacial Injuries and Concussions in Sports: Systematic Review and Meta-Analysis; 05/2019, *Sports medicine*, pp 1-16
- Kristman, V.L., Borg, J. et al: Methodological Issues and Research Recommendations for Prognosis After Mild Traumatic Brain Injury: Results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis; *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; olume 95, Issue 3, Supplement, March 2014, Pages S265-S277
- Jones, R., Greig, M.: In-vivo measurement of tri-axial loading at the head during the rugby tackle; *Research in Sports medicine*, Jan. 2017, 437-450.
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2008). Leitlinie Leichtes Schädel-Hirn-Trauma. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie (4. überarbeitete Auflage, S. 654 ff). ISBN 978-3-13-132414-6. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Len, T.K. & Neary, J.P. (2011). Cerebrovascular pathophysiology following mild traumatic brain injury. *Clinical physiology and functional imaging*, 31, 85-93.
- Makdissi, M., Darby, D., Maruff, P., Ugoni, A., Brukner, P. & McCrory, P.R. (2010). Natural history of concussion in sport: markers of severity and implications for management. *American journal of sports medicine*, 38, 464-471.
- Marshall, S.W., Spencer, R.J.; Concussion in Rugby: The Hidden Epidemic; *Journal of Athletic Training*. 2001 Jul-Sep; 36(3): 334–338.
- McCrea, M., Guskiewicz, K.M., Marshall, S.W., Barr, W., Randolph, C., Cantu, R.C., Onate, J.A., Yang, J. & Kelly, J.P. ((2003). Acute Effects and Recovery Time Following Concussion in Collegiate Football Players. The NCAA Concussion Study. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2556-2563.
- McCrea, M., Hammeke, T., Olsen, G., Leo, P. & Guskiewicz, K. (2004). Unreported Concussion in High School Football Players. Implications for Prevention.
- McCrory, P; Davis, G; Makdissi, M.: Second Impact Syndrome or Cerebral Swelling after Sporting Head Injury, *Current Sports Medicine Reports*: January/February 2012 - Volume 11 - Issue 1 - p 21–23
- McCrory P. Does second impact syndrome exist? *Clin J Sport Med*. 2001;11:144–9.
- McCrory, P., Meeuwisse, W.H., Aubry, et al (2013) Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2012. *British journal of sports medicine*, 47 (5), 250-258.
- Patricios J: Tackles, tears and troubles... a South African Sports Medicine Association perspective; *British Journal of Sports Medicine* 2016;50:893.

- Piggin J, Bairner A: What counts as 'the evidence'? A need for an urgent review of injury risk in school rugby; *British Journal of Sports Medicine* 2019;53:10-11.
- Purcell, L. (2009). What are the most appropriate return-to-play guidelines for concussed child athletes? *British journal of sports medicine*, 43 (1), i51-55.
- Provencher, M.T., Frank, R.M., et al: Concussions in Sports; *Orthopedics*. 2019;42(1):12-21
- Putukian M, Raftery M, Guskiewicz K, et al: Onfield assessment of concussion in the adult athlete; *British Journal of Sports Medicine* 2013;47:285-288.
- Rickels, E., von Wild, K., Wenzlaff, P. & Bock, W.J. (Hrsg.) (2006). *Schädel-Hirn-Verletzung*. München: Zuckschwerdt Verlag.
- Rickels, E. (2009). Diagnostik und Therapie von Schädel-Hirn-Traumen. *Chirurg*, 80, 153-163.
- Ruhe, A., Fejer, R., Gänslen, A. & Klein, W. (2014). Assessing postural stability in the concussed athlete: what to do, what to expect, and when. *Sports health*, 6 (5), 427-433.
- Stern, R.A., Riley, D.O., Daneshvar, D.H., Nowinski, C.J., Cantu, R.C. & McKee, A.C. (2011). Long-term consequences of repetitive brain trauma: chronic traumatic encephalopathy. *PM & R: the journal of injury, function and rehabilitation*, 3 (10 Suppl. 2), S460-467.
- Thomas D, Apps J, Hoffman R, McCreia M, Hammeke T. Benefits of strict rest after acute concussion: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2015;135(2):213–23.
- Torres, A.R., Shaikh, Z.I., et al: Brain MRI in Children with Mild Traumatic Brain Injury and Persistent Symptoms in Both Sports- and Non-sports-related Concussion; *Cureus*. 2019 Jan; 11(1): e3937.; Published online 2019 Jan 22
- Tucker R, Raftery M, Kemp S, et al: Risk factors for head injury events in professional rugby union: a video analysis of 464 head injury events to inform proposed injury prevention strategies, *British Journal of Sports Medicine* 2017;51:1152-1157.
- Tucker R, Raftery M, Fuller GW, et al: A video analysis of head injuries satisfying the criteria for a head injury assessment in professional Rugby Union: a prospective cohort study, *British Journal of Sports Medicine* 2017;51:1147-1151.
- Tucker R, Raftery M, Verhagen E: Injury risk and a tackle ban in youth Rugby Union: reviewing the evidence and searching for targeted, effective interventions. A critical review, *British Journal of Sports Medicine* 2016;50:921-925.
- Toth, C., McNeil, S., Feasby, T.: *Central Nervous System Injuries in Sport and Recreation*; *Sports Medicine*; August 2005, Volume 35, Issue 8, pp 685–715
- Vagnozzi, R., Signoretti, S., et al: Assessment of metabolic brain damage and recovery following mild traumatic brain injury: a multicentre, proton magnetic resonance spectroscopic study in concussed patients, *Brain*, Volume 133, Issue 11, November 2010, Pages 3232–3242
- Willer, B. & Leddy, J.J. (2006). Management of concussion and post-concussion syndrome. *Current treatment options in neurology*, 8, 415-426.

William, R.M., Puetz, T.W. et al: Concussion Recovery Time Among High School and Collegiate Athletes: A Systematic Review and Meta-Analysis; March 2018; Sports medicine, Volume 45, Issue 6, 893-903

Zhang, L., Yang, K.H. & King, A.I. (2004). A proposed injury threshold for mild traumatic brain injury. Journal of biomechanical engineering, 126, 226-236.