

## Handball

<b>Teilnahme von Kindern bzw. Jugendlichen</b>	Im Jahr 2009 waren 220.000 Jungen und 165.000 Mädchen bis 18 Jahre in den Vereinen des Deutschen Handball-Bundes (DHB) organisiert.
<b>Historie</b>	Bereits aus der Antike weisen einige Quellen auf ein „Spielen und Werfen mit der Hand“ hin. Urania und Harpastum genannte Werf- und Fangspiele waren sehr beliebt. Erst im Jahr 1917 verfasste der Berliner Max Heiser die ersten Regeln für das damals noch kampf- und körperlose Spiel und nannte es Handball. Zwei Jahre später wurden Zweikämpfe erlaubt, ein kleinerer Ball eingeführt und das Pellen eingeführt. Mannschaftsgröße und Spielfeld wurden vom Fußball übernommen. Nur im Jahr 1936 (Berlin) war Feldhandball im olympischen Programm. Seit 1972 (München) ist Hallenhandball olympisch.
<b>Kurzcharakteristik</b>	Handball ist eine Mannschaftssportart, bei der zwei Mannschaften mit je sechs Feldspielern und einem Torwart versuchen, den Ball ins gegnerische Tor zu werfen. Sieger ist, wer nach Ablauf der Spielzeit die meisten Tore erzielt hat. Heute wird Handball in der Regel in der Halle gespielt.

### Anforderungsprofil

<b>konditionell (primäre)</b>	Schnelligkeit, Schnellkraft
<b>konditionell (sekundär)</b>	aerobe Ausdauer
<b>Koordinativ</b>	Koordination unter Zeitdruck, Antizipationsfähigkeit
<b>Psychisch</b>	Kampfgeist, Aggressivität
<b>Besonderheiten</b>	In den meisten Spielphasen überwiegt der aerobe Anteil der Energiebereitstellung. Bei den kurzen Schnelligkeits- und Schnellkraftbelastungen werden zunächst die ATP- und CP-Speicher entleert. In den Spielpausen oder -phasen mit niedriger Intensität werden die ATP-Speicher auf oxidativem Weg wieder aufgefüllt. Der anaerobe Abbau der Kohlehydrate und eine damit verbundene verstärkte Milchsäurebildung tritt nur bei seltenen, länger andauernden intensiven Beanspruchungen (wiederholt aufeinanderfolgende Tempogegenstöße) auf.

### Kontraindikationen

<b>absolut</b>	
<b>relativ</b>	Habituelle Schulterluxation, Hüftgelenkdysplasien, Fuß- und Beindeformitäten, Sehschwäche
<b>sportarttypische Verletzungen</b>	Kreuzbandläsionen (v.a. Frauen), Distorsionen im Sprung- und Kniegelenk, Augenverletzungen bes. bei Torwarten, Zahnverletzungen,

	Prellungen und Frakturen Finger- und Handgelenke, Schulterverletzungen, Muskelverletzungen
<b>sportarttypische Überlastungsfolgen</b>	subakromiales Impingement-Syndrom, Sulcus-ulnaris-Syndrom, Tendopathien der langen Bizepssehne, Epicondylitis humeri ulnaris bzw. medialis, Instabilität des ulnaren Kapselbandapparates, Akromioklavikularinsuffizienz, Peritendinitiden bzw. Tendovaginitiden (v.a. dorsale Tibialis anterior-, posterior-Sehne), Wirbelsäulenbeschwerden (v.a. der Lendenwirbelsäule)
<b>Verletzungs- und Überlastungsprophylaxe</b>	ggf. Überpronation bzw. Übersupination beim Laufen mit Einlagen/Schuhen ausgleichen, muskuläre Verkürzungen im Lenden-Becken-Hüftbereich bzw. muskuläre Dysbalancen der Bauch-/Rückenmuskulatur ausgleichen.
<b>spezifische (sport-) medizinische Betreuungsmaßnahmen</b>	Einhalten von Regenerationszeiten bei hoher Wettkampfdichte

### Bedingungen für den Wettkampfsport

<b>Teilnahmebedingungen</b>	keine; Alterseinteilung im Juniorenbereich
<b>Trainingshäufigkeit</b>	2 bis 3 mal pro Woche, im Hochleistungsbereich bis zu 8 Trainingseinheiten pro Woche. Training der Grundlagenausdauer (allgemeine Trainingsinhalte) als Basis für die Energiebereitstellungen bei geringen (GA I) bis mittleren (GA II) Belastungen. Verbesserung der anaerob-alkalischen Ausdauer, stärkere Maximalkraftorientierung im allgemeinen Training und eine Schnellkraft- und Schnelligkeitsorientierung im speziellen Training.
<b>Komplementärsportart</b>	
<b>Anmerkungen</b>	<a href="http://www.dhb.de">www.dhb.de</a>