

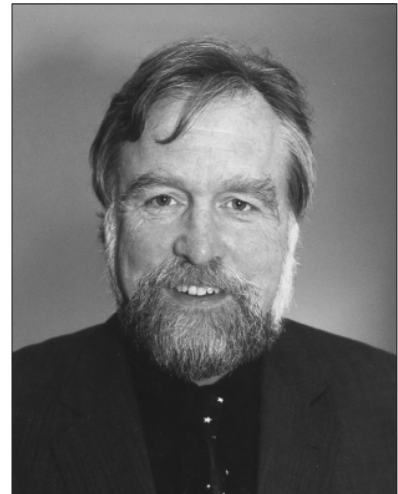
Krafttraining auch bei Kranken und Alten

„Das Herz ist das zentrale Organ unseres Organismus und die maximale Sauerstoffaufnahme der Mittelpunkt der kardiologisch ausgerichteten Sportmedizin!“ – so ließe sich überspitzt und provokativ die zurückliegende, über Jahrzehnte geprägte Einstellung der deutschen Sportmedizin zur körperlichen Aktivität und den motorischen Beanspruchungsformen beschreiben. Hier standen das kardiopulmonale System und mit ihm die Ausdauer und Ausdauerleistungsfähigkeit unangefochten im Vordergrund; zum einen sicherlich wegen ihrer epidemiologischen Nähe zu kardiovaskulären Risikofaktoren bzw. der Herzkreislaufmortalität und der damit verknüpften Prävention von Herzkreislaufkrankungen, zum anderen aber auch wegen der bestehenden traditionellen Wertung unseres Körperbildes. Um Kraft und Muskelmasse wurde nur wenig Aufheben gemacht. Wer die Dinge mit Aufmerksamkeit verfolgt, wird bemerkt haben, dass hierzu eine Umorientierung stattfindet und der Muskel als Organ in seiner Bewertung für die Regulation des Gesamtorganismus und auch der Gesunderhaltung an Bedeutung gewinnt.

Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsstatistiken der letzten Jahre, dass weltweit der Anteil älterer Menschen zunimmt, ist die Wiederentdeckung des Organs Muskulatur auch zwingend notwendig. Es wird interdisziplinär anerkannt, dass Inaktivität neben dem Altern selbst eine wesentliche exogene Einflussgröße auf das körpereigene Gleichgewicht von anabolen und katabolen Faktoren darstellt. Inaktivität kann chronisch-endogene Störungen in diesem Gleichgewicht verstärken, die letztendlich in ihrer Summe für katabole Prozesse im Gesamtorganismus verantwortlich sind. Die gemeinsame Endstrecke dieses Ungleichgewichts ist schließlich die Störung der mitochondrialen Energiebereitstellung – ein Phänomen, das nicht nur die Kardiologen in der Ätiologie der Herzinsuffizienz brennend interessiert, sondern auch Eingang in die neurologische Forschung gefunden hat. So wird in der Ätiologie des Morbus Parkinson über eine Störung im mitochondrialen Energiefluss ähnlich wie bei mitochondrialen Myopathien und CFS diskutiert. Störungen der mitochondrialen Funktion, die über den Muskel als quasi „motorisch-endokrines“ Regulations- und Zentralorgan gesteuert zu werden scheinen, stehen damit aktuell im wissenschaftlichen Focus des Alterns und der mit dem Alter einhergehenden Einschränkung lebenswichtiger Organfunktionen.

Wenn also weltweit der Anteil älterer Menschen zunimmt und die Notwendigkeit, Gesundheit und Selbständigkeit im Alltag zu erhalten, in den Mittelpunkt rückt, so scheint dies vor allem über den Erhalt von Muskelmasse und der motorischen Fertigkeiten gewährleistet zu sein. Trotz Nachweis einer hierzu positiven Wirkung ist eine weitreichende Akzeptanz von Krafttraining noch nicht erreicht. Krafttraining mit älteren und minderbelastbaren Personen wird sowohl im klinischen wie auch im sportlichen Bereich häufig negativ beurteilt. Unter Einbeziehung adressatengerechter Ziele und

evidence-basierter Daten lässt sich allerdings belegen, dass der Großteil der Einschränkungen als unbegründet anzusehen ist. So nahm bereits 1990 das American College of Sports Medicine (ACSM) das Krafttraining in seinen Empfehlungskatalog zum Training mit alten Menschen auf und auch weitere Fachgesellschaften wie die American Heart Association oder die American



Prof. Dr. med. Aloys Berg,
Vorsitzender der DGSP-Sektion
Rehabilitation und Behindertensport

Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation haben inzwischen das Krafttraining offiziell in ihre Präventions- und Rehabilitationsprogramme integriert. Aktuelle Empfehlungen zum Krafttraining bei Herzpatienten sind in den Grundsätzen heute denen für gleichaltrige gesunde Erwachsene ähnlich. Sie unterscheiden sich primär in einer reduzierten Intensität der Übungen, einer verlangsamt erhöhten Trainingsumfänge und einem intensivierten Monitoring von Patienten und Trainingsprogramm.

Aus wissenschaftlicher und therapeutischer Sicht ist ein Krafttraining mit Älteren und chronisch Kranken unter Berücksichtigung der genannten Ziele und Methoden daher grundsätzlich zu unterstützen. Dieses Ziel hatte sich auch die Veranstaltung „Sportmedizin 2002 – Strategien zur optimierten Sekundärprävention“ (Freiburg, 15.-17.11.2002) mit ihrem Schwerpunkt „Sport und Krafttraining bei chronisch Kranken“ gesetzt. Unter der Leitung der DGSP Sektion Rehabilitation und Behindertensport wurde in dieser Veranstaltung die Bedeutung des Krafttrainings für ältere und kranke Menschen interdisziplinär und unter Berücksichtigung sportpraktischer wie auch klinischer Gesichtspunkte beleuchtet. Dabei ist es sicherlich kein Zufall, dass jetzige und ehemalige Mitglieder dieser Sektion (A. Berg, Freiburg; P. Nowacki, Gießen; I. Franz Berlin/Todtmoos) schon zu Beginn der 80er Jahre kraftorientierte Übungsanteile in die von ihnen propagierten Rehabilitationsprogramme einbauten. Erfreulich ist, dass die Freiburger Veranstaltung und mit ihr die zurückliegende Tätigkeit des DGSP Sektion Rehabilitation und Behindertensport mit der Verabschiedung einer Empfehlung zum Thema „Krafttraining mit Älteren und chronisch Kranken“ abgeschlossen werden konnte. Das vorgestellte Positionspapier findet sich als Publikation in diesem Heft (S. 88). Es bleibt nur zu wünschen, dass die Sektionspublikation wie auch die noch folgende Sektionsempfehlung dazu beitragen, dass die Kraft neben der Ausdauer in die Theorie und Praxis von Präventions- und Rehabilitationsprogrammen, insbesondere beim älteren Menschen vermehrt mit einbezogen wird.