

Sport und Asthma bei Kindern schließen sich nicht aus. Er kann sogar helfen, die Krankheit besser zu bewältigen.

Sport hilft bei Asthma

Der Bewegungsdrang bei Kindern ist den meisten von uns bestens bekannt. Körperliche Aktivität und die damit einhergehenden körperlichen Erfahrungen sind wichtige Bausteine beim Erwerb motorischer und koordinativer Fähigkeiten. Sport vermittelt elementare Gefühle wie Anstrengung, Stärke und Schwäche, er schafft Selbstbewusstsein und Gruppengefühl. Konzentrationsfähigkeit, Teamfähigkeit, Lern- und Leistungsbereitschaft können der Gesundheitserziehung dienen. Aber was ist mit den Kindern und Jugendlichen die aufgrund einer chronischen Erkrankung beim Spielen und Herumtoben Atemnot verspüren? Für viele führt dieses Phänomen zu einem Schonverhalten und damit zur Einschränkung ihres Aktionsradius. Asthma bronchiale ist die häufigste chronische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Bei fast 90 Prozent aller asthmatischen Kinder lässt sich ein Anstrengungsasthma (Exercise-Induced-Asthma) diagnostizieren. Über die genaue Häufigkeit gibt es unterschiedliche Angaben. Dies scheint zum Teil an den unterschiedlichen Testmethoden zu liegen, mit denen Anstrengungsasthma diagnostiziert wird.

Es kann während oder nach körperlicher Belastung auftreten. Am häufigsten kommt es nach Beendigung (zwei bis zehn Minuten) einer Belastung zur Atemnot. Normalerweise bilden sich diese anstrengungsabhängigen Atembeschwerden innerhalb von 30 bis 60 Minuten nach Belastung wieder zurück.

Der wichtigste Auslöser (Triggerfaktor) ist, neben Allergenen (Hausstaubmilbe, Tierhaare, Pollen, Schimmelpilze), Infekten und körperliche Anstrengung, die stets vorhandene Hyperreaktivität des Bronchialsystems. Temperatur- und Wasserverlust an der Bronchialschleimhaut sind ebenfalls Faktoren, die eine Ventilationsstörung hervorrufen. Witterung (Hitze, Kälte), Gerüche (von Farben und Lacken) sowie Luftschadstoffe (Abgase, Zigarettenrauch, Ozon) zählen zu den unspezifischen Reizen.

Es gibt verschiedene Hypothesen über den Entstehungsmechanismus des Anstrengungsasthmas. Gesichert ist, dass es durch veränderte Umgebungsbedingungen und die Belastungsintensität, -dauer, -art beeinflusst wird.

Zur Therapie haben sich pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen als wirksam erwiesen.

Die pharmakologische Therapie beinhaltet eine Prä-(Vor-)Medikation kurz vor einer körperlichen Belastung und eine prophylaktische Dauertherapie, die hauptsächlich auf einer antiinflammatorischen Behandlung beruht.

Die nicht-pharmakologischen Maßnahmen beinhalten Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Balneologie und die Patientenschulung, sprich das Verhaltenstraining.

Obwohl die körperliche Belastung zu den Auslösern eines Anstrengungsasthmas zählt, ist die Sport- und Bewegungstherapie ein wesentlicher Bestandteil im Behandlungskonzept.

Eine regelmäßige sportliche Betätigung verbessert oder verschlechtert nicht die Hyperreaktivität des Atemsystems. Auch wird das vorhandene Anstrengungsasthma nicht „wegtrainiert“, aber die verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit verschiebt die Schwelle, an der ein Anstrengungsasthma ausgelöst wird.

Vorbereitung

Damit die Sport- und Bewegungstherapie bei Kindern und Jugendlichen beschwerdefrei bleibt und eine Atemnotsituation vermieden wird, sind folgende Vorbereitungen und Vorsichtsmaßnahmen zu beachten:

Eine optimale medikamentöse Therapie

Asthmakranke Kinder sollten von ihrem Arzt optimal medikamentös eingestellt sein. Eine konsequente Dauertherapie ist hier eine wichtige Voraussetzung.

Prämedikation

Falls vom Arzt nicht anders verordnet, sollte vor allem der Anstrengungsasthmatiker vor der sportlichen Betätigung ein bronchienerweiterndes Medikament inhalieren.

Aufwärmphase (warming up)

Die mindestens zehn bis 15 minütige Aufwärmphase ist die wichtigste Phase einer Trainingseinheit und schützt in der Regel sicher vor einer Atemwegobstruktion. Bei der Übungsauswahl sollte darauf geachtet werden dass möglichst große Muskelgruppen involviert sind und ein stufenweiser Belastungsanstieg gewährleistet ist.

Die Aufteilung der Aufwärmprogramme in einem allgemeinen (zehn Minuten) und einem speziellen Teil (fünf Minuten) entspricht den Anforderungen in der Praxis. Sehr viele Vorteile bietet das Aufwärmen durch zehn Minuten gymnastische Ganzkörperübungen und fünf Minuten Dehnung. Die Schutzwirkung ist hoch und die Asthmogenität ist sehr gering. Bei Kindern kann durch geeignete Wahrnehmungs- und Kontaktspiele eine unbewusste, intervallartige Belastung durchgeführt und so eine vorbeugende Wirkung auf das Anstrengungsasthma erzielt werden.



Refraktärphase durch aufeinanderfolgende Belastungen

Bei 40 bis 50 Prozent der Anstrengungsasthmatiker kommt es nach einer ersten asthmaauslösenden körperlichen Belastung zu einer so genannten „Refraktärphase“, die individuell unterschiedlich sein kann. Nach Ende der Belastung wird innerhalb von zirka zwei Stunden eine zweite körperliche Belastung (sonst Asthma auslösend) die vorher gemessene Obstruktion geringer oder gar nicht erreichen.

Empfehlungen für geeignete Sportarten

Laufen stellt einen stärkeren Reiz für die Auslösung eines Anstrengungsasthmas dar als Schwimmen, auch wenn der Wärme- und Wasserverlust bei beiden Sportarten identisch gehalten wird. Die Asthmogenität einer Sportart scheint um so grösser zu sein, je stärker das Atemsystem „durchgeschüttelt“ wird. Daher werden bei gleicher Belastungsintensität Radfahren und Skilanglauf besser toleriert als beispielsweise Joggen.

Je nach gewünschtem Trainingsziel muss zwischen einer Ausdauersportart (Schwimmen, Radfahren, Walking), einer Spilsportart (Ballspiele) oder einem Kräftigungstraining ausgewählt werden. So wird fehlende Fitness und Kondition mit gezieltem Ausdauertraining entgegengewirkt, während die Koordinationsdefizite mittels einer Spilsportart verbessert werden.

Schul- und Vereinssport

Die Sportunterrichtsbefreiung der asthmakranken Schüler/innen ist unangemessen und längst überholt. Asthmakranke Kinder sind im „beschwerdefreien Intervall“ ebenso belastbar wie gleichaltrige, gesunde Kinder und Jugendliche. Eine längerfristige Schulsportbefreiung sollte nach Möglichkeit vermieden werden. Dazu einige Tipps.

- ▶ Eine gute Kommunikation und eine vernünftige Zusammenarbeit zwischen Lehrer, Trainer, Übungsleiter, Arzt, Eltern und dem betroffenen Kind oder Jugendlichen sind unbedingt erforderlich.
- ▶ Bei bestehender Atemnot, bei akuten Infekten, zwei bis drei Tage nach einem starken Asthmaanfall und bei schlechter medikamentöser Einstellung sollte trotz aller Vorsichtsmaßnahmen kein Sport getrieben werden.
- ▶ Die Umgebungsbedingungen müssen Beachtung finden, um Atemnot zu vermeiden.
- ▶ Der Lehrer oder Übungsleiter sollte mit der Anwendung und Beurteilung der Peak-Flow-Messung vertraut sein, um den aktuellen Zustand der Atemwege relativ objektiv beurteilen zu können.
- ▶ Das Kind/der Jugendliche sollte sich mit der entsprechenden Handhabung eines Dosieraerosols auskennen. Teilweise empfiehlt es sich, ein Notfallspray direkt beim Sportlehrer zu deponieren (insbesondere bei jüngeren Kindern).
- ▶ Für den Lehrer/Trainer und Schüler ist es hilfreich, wenn er vom behandelnden Arzt und den Eltern eine „Lehrer-/Trainerinformation“ erhält, die asthmaspezifische Informationen und Verhaltensregeln enthält.

Sport und Asthma bronchiale müssen keine Gegensätze darstellen. Bei einer optimalen, dauerhaften medikamentösen Therapie kann sich der Asthmatiker in den Schulsport integrieren und ein dosiertes körperliches Trainingsprogramm absolvieren. Die motorische und koordinative Entwicklung des Kindes muss mit einer ausreichenden Aktivität gefördert werden.

Ein Aufholen dieser Defizite ist im Erwachsenenalter oft nicht mehr in vollem Umfang möglich. Deshalb hat Bewegung, Spiel und Sport speziell im Kindes- und Jugendalter einen hohen Stellenwert und bildet einen wichtigen Baustein für eine positive Krankheitsbewältigung.

Klaus Pleyer

Leiter Physikalische Therapie

Hochgebirgsklinik Davos, Herman-Burchard-Strasse 1

CH-7265 Davos Wolfgang

Klaus.pleyer@hgk.ch