

ESC GUIDELINE

sports-cardiology-and-exercise-in-patients-with-cardiovascular-disease

DR. MED. SUSANNE BERRISCH-RAHMEL / KARDIOPRO DÜSSELDORF

Natürlich kann man die ESC-Empfehlungen auch nur als Nachschlagewerk nutzen. Aber einige Facts sollte man im täglichen sportmedizinischen Alltag parat haben. Unsere wiss. Beirätin Frau Dr. med. Susanne Berrisch-Rahmel stellt für Sie kurz und prägnant einzelne Krankheitsbilder und Fragestellungen zusammen. Die vergangenen Artikel dazu finden Sie unter www.sportaerztezeitung.com

SPORTEMPFEHLUNG FÜR MENSCHEN MIT HERZINSUFFIZIENZ?

Ein Sportverbot für Herzinsuffizienz-Patienten ist schon lange überholt. Auch bei diesen Patienten hat sich körperliche Aktivität als sehr günstig für die Prognose herausgestellt.

MIT DEM TRAINING SOLLTE NUR BEI KLINISCH STABILEN PATIENTEN BEGONNEN WERDEN.

Training wird empfohlen bei allen gut eingestellten Patienten, die über mindestens vier Wochen stabil sind. Auch bei Herzinsuffizienz-Patienten hängt die empfohlene Trainingsintensität von der Grunderkrankung und der Sportererfahrung ab. Beides sollte man durch Basisuntersuchungen zunächst abklären mit einem maximaler Belastungstest wie einer (Spiro-)Ergometrie und der Erfassung von Komorbiditäten. Vor Trainingsbeginn sollte auch die linksventrikuläre Pumpfunktion bekannt sein. Das bedeutet, dass ein aktueller Befund der Echokardiographie oder eines Kardio-MRTs mit Bestimmung der EF (Ejection fraction) vorliegt.

JE SCHWERWIEGENDER DIE KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNG IST UND JE SCHLECHTER SICH DIE LINKSVENTRIKULÄRE PUMPFUNKTION DARSTELLT, DESTO RESTRIKTIVER SIND DIE VORGABEN.

Danach erfolgt die Risikostratifizierung. Patienten, die keine Ischämien oder Arrhythmien unter Belastung und eine normale Pumpfunktion aufweisen, gehören der Risikoklasse B an. Für diese Patienten mit niedrigem Risiko und keinen Beschwerden (dem klinischen Bild einer NYHA Klasse I) ist eine körperliche Aktivität bishin zum hochintensiven Freizeitsport möglich.

Grundsätzliche Kontraindikationen für ein körperliches Training sind:

- » Hypotension in Ruhe oder während des Trainings
- » Hypertonie in Ruhe oder unter Belastung
- » instabile Herzerkrankungen
- » Verschlechterung der Symptomatik unter Belastung

Personen der Risikoklasse C sollen vorsichtig mit dem Training beginnen. Dazu zählen jene mit einer Pumpfunktion < 50 %, unbehandelten Koronarstenosen, Angina pectoris, Arrhythmien oder Ischämien unter Belastung. Für stabile, optimal behandelten Patienten mit HFmEF (Ejektionsfraktion von 40–49 %) wird ein niedrig bis moderat intensiver Freizeitsport ohne Wettkampfcharakter empfohlen. Nicht empfohlen wird hochintensives Kraft- und Ausdauertraining bei Patienten mit reduzierte Pumpfunktion, egal ob Beschwerden vorliegen oder nicht.

Bei ICD/CRT-Schrittmacher-Trägern richten sich die Empfehlungen nach der zugrunde liegenden Erkrankung. Ein Sportverbot durch einen implantierbaren Defibrillator (ICD) kann nicht umgangen werden, wenn die Erkrankung es nicht zulässt.

DIE INDIVIDUELLE SITUATION DES SPORTEIBENDEN SOLL BERÜCKSICHTIGT WERDEN, ALSO EINE FALL-ZU-FALL-ENTSCHEIDUNG IN ABHÄNGIGKEIT DES RISIKOS.

Regelmäßige ärztliche Kontrollen (alle 3–6 Monate) zur Überprüfung der Adhärenz und zur Anpassung der Trainingsempfehlungen in Bezug auf Umfang und Intensität sind sinnvoll.

Quelle: Pelliccia A et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease: The Task Force on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC); Eur Heart J 2020, ehaa605, DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa605>

DR. MED. SUSANNE BERRISCH-RAHMEL



ist Fachärztin für Kardiologie / Innere Medizin, Sportmedizin und Sportkardiologie mit eigener Praxis (KardioPro) in Düsseldorf. Sie ist Sprecherin AG Sport und Prävention des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen (BNK) und Autorin des Buches „Sporttherapie und Herzsport“.