



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

Herz und Sport – Wer, wann, wieviel?

Zusammenfassung des Vortrages von

Prof. Dr. Ulrich Laufs, Direktor Klinik und Poliklinik für Kardiologie, Universitätsklinikum Leipzig

Aus kardiologischer Sicht ist beim Thema *Herz und Sport* die Betrachtung von drei Domänen vorrangig: Prävention als Maßnahme zum Schutz und Erhalt der Gesundheit; Prävention für Athleten mit hohen Intensitäten während der Trainingsphase oder im Wettkampf; Prävention als Teil der Behandlungsstrategie bei Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Herz-Kreislauf-Erkrankung. Bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen geht es einerseits um das Thema Motivation und Unterstützung von Patientinnen und Patienten, also um den Einsatz von körperlicher Aktivität als Maßnahme zur Prävention und Therapie. Andererseits liegt die Aufgabe der Kardiologie darin, bei den Sportler*innern, die sich mit ganz hohen Intensitäten belasten, zur Sicherheit bei körperlicher Aktivität beizutragen

Grundsätzlich hat sich die Sichtweise der modernen Kardiologie im Zeitverlauf der vergangenen 20 Jahre hinsichtlich des Nutzens von körperlicher Aktivität weiterentwickelt. Wurde früher bei (schwerwiegenden) Herzerkrankungen eher auf Schonung denn auf Belastung gesetzt, hat sich der Ansatz nahezu völlig umgekehrt. Inzwischen gilt es, generell die enormen gesundheitlich positiven Effekte von körperlicher Aktivität zu nutzen und möglichst vielen Menschen Sport zu ermöglichen und sie dazu zu motivieren.

Dennoch gibt es Ausnahmen, die beachtet werden müssen. Ähnlich wie bei Medikamenten gilt es Situationen zu vermeiden, die unerwünschte Begleiterscheinungen begünstigen. So ist körperliche Aktivität im Kontext einer akuten Herzmuskelentzündung kontraindiziert. Bislang war dies eine seltene Konstellation. Dies hat sich im Zuge der zahlreichen COVID-19-Erkrankungen geändert, die mit akuten Herzmuskelentzündungen einhergehen können. Die Problematik betrifft sowohl kardiologisch Vorerkrankte wie auch besonders Wettkampfsportlerinnen und -sportler.

Ebenfalls ist körperliche Aktivität bei schwerwiegenden Klappenerkrankungen, koronarer Herzerkrankung mit hämodynamisch relevanter Stenose oder Herzrhythmusstörungen, die nicht behandelt sind, nicht empfohlen. Für Patientinnen und Patienten mit einem noch nicht kontrollierten arteriellen Hypertonus ist körperliche Aktivität nicht gesundheitsfördernd. Als Faustregel kann ein systolischer Blutdruck von 160 mmHg gelten. Wird dieser erreicht oder überschritten, muss zunächst die Einstellung des Blutdrucks im Vordergrund stehen, bevor über ein Bewegungsprogramm nachgedacht werden kann. Bei schwerwiegenden kardiovaskulären Krankheiten lautet die Reihenfolge: erst um die Erkrankung kümmern, dann die körperliche Aktivität aufbauen.

In der aktuellen europäischen Leitlinie Sportkardiologie und körperliches Training für Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen werden verschiedene Formen der körperlichen Aktivität definiert und empfohlen, die hinsichtlich ihrer metabolisch präventiven Effekte gesundheitsförderlich sind: Geschicklichkeits-, Kraft-, Gewichts- und Ausdauersport. (1) Es scheint so, dass Ausdauer betonte Sportarten einen Vorteil zu haben scheinen gegenüber den reinen kraftbetonten Sportarten. Die Mehrheit körperlicher Aktivitäten greifen auf beide Belastungsformen zu. Für die meisten Menschen



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

wird jedoch im Vordergrund stehen, überhaupt einen Zugang zu körperlicher Aktivität zu finden. Insofern ist es vor allem wichtig, eine Aktivität zu finden, die der persönlichen Neigung entspricht und die auch über längere Zeit ausgeübt werden kann.

Zum Nachlesen:

(1) Pelliccia A et al., Eur Heart J 2021; 42 (1): 17 – 96
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa605>