

IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM BUNDESVERBAND NIEDERGELASSENER KARDIOLOGEN

Redaktion: D. JESINGHAUS, Saarbrücken; I. KRUCK, Ludwigsburg; F. SONNTAG, Henstedt-Ulzburg; N. WITTLICH, Mainz; R. ZIMMERMANN, Pforzheim  
Für den BNK: N. SMETAK, Kirchheim (Erster Bundesvorsitzender); J.-H. WIRTZ, Dinslaken (Stellvertr. Bundesvorsitzender), F. de HAAN, Solingen

20. Jahrgang 2017; Nr. 16

## Herzsport. Profitieren auch nicht KHK-Patienten von Bewegungstherapie?

Die Datenlage und auch die Nutzeffekte für Patienten mit KHK, die an einer Herzsportgruppe teilnehmen, sind gut und auch gut belegt. Ambitioniert ist jedoch die Übertragung von Bewegung als universelles, kostengünstiges und weitgehend nebenwirkungsfreies Universaltherapeutikum für alle Arten kardialer Erkrankungen. Bewegungskonzepte für Patienten mit nicht-KHK-Krankheitsbildern sind weit weniger etabliert und durch Studien gesichert.

Die Datenlage über Risikofaktoren, die eine KHK begünstigen, ist inhomogen und wandelt sich teilweise auch im Laufe der Zeit. Ist beispielsweise die mangelnde körperliche Bewegung zweifelsfrei als kardiovaskulärer Risikofaktor bekannt,<sup>1,2,3</sup> so ändert sich das Wissen um das Idealgewicht. Fokussiert man sich auf aktive Bewegung zur Reduktion des Körpergewichts, sollte man beachten, dass der BMI-Wert mit der höchsten Lebenserwartung in den 70er Jahren 23,7 betragen hatte.<sup>4,5</sup> Um die Jahrtausendwende ist eine Zunahme auf 24,6 zu verzeichnen gewesen. Neueste Daten postulieren derzeit sogar einen BMI-Wert von 27,0 (gilt als Präadipositas) als optimal hinsichtlich der Lebenserwartung. Beachtenswert ist eine schwedische Zwillingstudie, bei der der schwerere von eineiigen Zwillingen länger lebte.<sup>6</sup>

Die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie, die zu über 90 Prozent postmenopausale Frauen trifft, hat im Vergleich zu Patienten mit KHK und durchgemachtem STEMI eine fast doppelt so hohe Letalität im Langzeitverlauf. Auch wenn sich Akutsymptome, EKG-Veränderungen und Myokardnekroseparameter, wie auch deren Verlauf,

sehr ähnlich sind, liegen doch andere Kausalitäten der Entität zugrunde, angiographisch sind die Koronararterien meist vollkommen unauffällig, bzw. nicht ursächlich für die Ventrikelwandbewegungsstörungen zu sehen. Derzeit ist vollkommen ungewiss, inwieweit diese Patienten von einer aktiven Teilnahme an einer Herzsportgruppe profitieren würden.

Nur eine kleine Studie (n = 30) ergibt einen Benefit (Anstieg von  $VO_2$  max., Verbesserung der Lebensqualität, Zunahme von Kraft) für Patienten mit Zustand nach TAVI (Interventions- und Kontrollgruppe > 80 Jahre) nach achtwöchiger Teilnahme an einer Herzsportgruppe.<sup>7</sup>

Für Mitraclip-Patienten gibt es derzeit keine belastbaren vergleichbaren Untersuchungen.

Erkenntnisse aus Studien – insbesondere aktuelle Erkenntnisse – über Patienten mit rezidivierenden Lungenembolien und resultierender pulmonaler Hypertonie, sowie deren Nutzen durch körperliche Bewegung in einer Herzsportgruppe, sind rar. Aufgrund der nur dünnen Datenlage wird dennoch laut Kölner Konsensus-Konferenz 2016 eine Teilnahme an einer Herzsportgruppe favorisiert.<sup>8,9</sup>

Bewegung auf Rezept/Verordnung sollte beim nicht KHK-Herzpatienten eine individuelle Entscheidung sein. Primum nil nocere (lat.: erstens nicht schaden, griech.: μη βλάπτειν) ist hierbei zu beachten.

Thomas Thürauf, Bad Schönborn

**Referenzen:** 1. [www.bnk.de/files/bnk\\_files/presse/pressemitteilungen/PM\\_BNK\\_Bewegung auf Rezept](http://www.bnk.de/files/bnk_files/presse/pressemitteilungen/PM_BNK_Bewegung_auf_Rezept) 2. [www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/sport-und-praevention/rezept-fuer-bewegung](http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/sport-und-praevention/rezept-fuer-bewegung) 3. Khera et al. (2016) NEJM 375: 2349-2358 4. Afzal et al. (2016) JAMA 315 (18): 1989-96 5. Eklund et al. (2016) Lancet 388: 1302-1310 6. Nordström et al. (2016) JAMA intern Med 176(10): 1522-9 7. Pressler et al. (2016) Am Heart J 182: 44-53 8. Grünig-E et al. (2016) DMW 141: S26-32 9. Exercise training improves peak oxygen consumption and haemodynamics in patients with severe pulmonary arterial hypertension and inoperable chronic thrombo-embolic pulmonary hypertension: a prospective, randomized, controlled trial (2015) Nicola Ehlken • Mona Lichtblau • Hans Klose • Johannes Weidenhammer • Christine Fischer Robert Nechwatal • Sören Uiker • Michael Halank • Karen Olsson • Werner Seeger • Henning Gall • Stephan Rosenkranz • Heinrike Wilkens • Dirk Mertens • Hans-Jürgen Seyfarth • Christian Opitz • Silvia Ulrich • Benjamin Egenlauf • Ekkehard Grünig. European Heart Journal, DOI:10.1093/eurheartj/ehv337

Bei Rückfragen kontaktieren Sie uns bitte unter der Fax-Nummer 089/570 95 126.

Ein wissenschaftlicher Service von

SERVIER Deutschland GmbH  
Elsenheimerstraße 53  
80687 München  
[www.servier.de](http://www.servier.de) | [info-de@servier.com](mailto:info-de@servier.com)

Amtsgericht München HRB 105119 - Geschäftsführer: Christian Bazantay

Implicor®  
Procoralan®



VIACORAM®  
TRIVERAM®  
BiPreterax®N