



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

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 03/2008

Körperliche Aktivität bei chronischer Herzinsuffizienz: Schonung oder Training?

Statement von Prof. Dr. Rainer Hambrecht / Bremen

Körperliche Aktivität als Therapie – Mit diesem Motto könnte man umreißen, wohin sich die klinische Anwendung körperlicher Aktivität seit ihrem Anfang in der Rehabilitationsmedizin entwickelt hat. Heute besteht das Ziel der Bewegungstherapie nicht mehr nur in der Wiedergewinnung früherer körperlicher Belastbarkeit nach einer schweren Erkrankung mit prologierter Immobilisierung, sondern mehr und mehr in der gezielten Prävention und Behandlung kardiovaskulärer Krankheiten. Im Rahmen dieser Entwicklung haben sich auch die Bewertungsmaßstäbe für körperliche Bewegung als Therapie deutlich verändert: Begnügte man sich früher zur Dokumentation des Therapieerfolgs mit dem Nachweis einer verbesserten fahrradergometrischen Belastbarkeit in Beobachtungsstudien, so gelten heute für die Bewertung körperlicher Aktivität im klinischen Kontext die gleichen Kriterien wie bei pharmakologischen Interventionen: Der Wirkungsnachweis muss in prospektiv-randomisierten klinischen Studien erbracht werden, und die Wirkungsmechanismen körperlicher Aktivität sollten wie bei Medikamenten systematisch aufgearbeitet werden.



Prof. Dr. Rainer Hambrecht

Obwohl die Effektivität dosierter körperlicher Ausdauertrainingsprogramme bei stabiler chronischer Herzinsuffizienz (CHI) unstrittig ist und Training bei CHI von Therapieleitlinien eindeutig befürwortet wird, ist bisher die breite Umsetzung der Empfehlungen ausgeblieben. Ein wichtiger Grund für diese Tatsache liegt in der Unsicherheit gegenüber der Risiko-Nutzen-Einschätzung körperlicher Aktivität bei

CHI-Patienten. Vielfach wird auf eine erhöhte Inzidenz des plötzlichen Herztodes, kardialer Dekompensationen oder akuter Myokardinfarkte bei Akutbelastungen hingewiesen. Bei genauerer Betrachtung stellt sich jedoch heraus, dass – wenn überhaupt – Untrainierte gefährdet sind und submaximales Ausdauertraining protektiv wirkt.

Periphere Faktoren haben für die eingeschränkte Belastbarkeit herzinsuffizienter Patienten eine besondere Bedeutung: Ein gestörter Skelettmuskelmetabolismus wie eine ausgeprägte periphere Endotheldysfunktion sind ursächlich bei der Pathogenese der Belastungsintoleranz beteiligt.

Durch körperliches Training können diese extrakardialen Ursachen der Belastungsintoleranz therapeutisch günstig beeinflusst werden. In randomisierten Studien führte körperliches Training zu einer Verbesserung der oxidativen Kapazität der Skelettmuskulatur, zu einer Abschwächung der chronischen Inflammation, zu einer Korrektur der Endotheldysfunktion und Normalisierung einer oftmals pathologischen Ventilation unter Belastung. Aufgrund dieser trainingsinduzierten Adaptationen resultiert eine Verbesserung der maximalen Sauerstoffaufnahme je nach Studie um 15 bis 29 Prozent (durchschnittlich 2 mL/kg min).

Die größte Datenbasis zum prognostischen Nutzen einer therapeutischen Anwendung von körperlicher Bewegung liegt naturgemäß bei stabiler KHK vor. Da die meisten Rehabilitationsprogramme multifaktorielle Interventionen beinhalten, ist der isolierte Effekt der Trainingsintervention auf die Morbidität oder Mortalität nur schwer zu quantifizieren. In ihrer Metaanalyse im Rahmen der Cochrane-Datenbank unterschieden Jolliffe et al. daher zwei Gruppen von Vergleichsstudien zur kardialen Rehabilitation: (1) Studien, die körperliche Aktivität allein zusammen mit normaler ambulanter Betreuung („usual care“) der einfachen normalen Behandlung gegenüberstellten und (2) Studien, die Training als Teil einer multifaktoriellen psychosozialen Intervention zur Risikofaktormodifikation mit der usual care verglichen. Der gepoolte Effekt auf Gesamt- und kardiovaskuläre Mortalität ergab für die Trainingsinterventionen eine 27-prozentige oder 32-prozentige Reduktion der Ereignisse.

Auch die alte Befürchtung, dass Training zu einer hämodynamischen Verschlechterung führen könne, ließ sich nicht bestätigen: Durch die positiven Trainingseffekte auf das neurohumorale System und die periphere Endothelfunktion wurde der periphere Gefäßwiderstand gesenkt und der beschädigte linke Ventrikel entlastet. Inzwischen wurden auch die klinische Effektivität körperlicher Aktivität bei chronischer Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz) in einer großen Metaanalyse prospektiv-randomisierter Trainingsstudien belegt: In der EXTRA-MATCH-Studie mit insgesamt 801 Patienten zeigte sich eine signifikante Reduktion des realtiven Risikos der Gesamtmortalität um 35 Prozent sowie der Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen (Hospitalisierungsrate) um 28 Prozent.

Zusammenfassung

Sport als Therapie sollte genauso wie die medikamentöse Therapie mit klaren Indikationen in individuell angepasster Dosierung unter ärztlicher Verlaufskontrolle angewendet werden. Unter diesen Voraussetzungen sind von einer körperlichen Bewegungstherapie günstige Effekte auf Mortalität und

Morbidität bei koronarer Herzkrankheit und stabiler chronischer Herzinsuffizienz zu erwarten.

Kontakt:

Prof. Dr. Rainer Hambrecht
Klinikum Links der Weser gGmbH
Klinik für Kardiologie
Senator-Weßling-Str. 1
28277 Bremen
Tel.: 0421 / 879 - 1430/31
E-Mail: rainer.hambrecht@klinikum-bremen-ldw.de

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit heute mehr als 6450 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.