

# Mitten ins Herz

Wie gefährdet sind  
Sportler durch

**HERZERKRANKUNGEN?**

Und wie können Klubs  
und Verbände das  
Risiko eingrenzen?

Ein Report.

**D**ie Nachricht vom Tod des italienischen Nationalspielers Davide Astori ging um die Welt. Als vorige Woche Damantang Camara beim Training des Berliner SC zusammenbrach und wenig später im Krankenhaus starb, waren die Schlagzeilen kleiner. Beide Male war Herzversagen der Grund. Im Fall des 31-jährigen Astori war keine Vorerkrankung bekannt. Der 24-jährige Camara indes hatte im Jahr 2014 seine Regionalligakarriere wegen eines Herzfehlers beenden müssen und spielte deshalb nur noch in der 6. Liga.

Der plötzliche Herztod kommt bei Leistungs- wie Freizeitsportlern immer wieder vor. Auch der gebürtige Kölner Daniel Engelbrecht hat schon mehrmals persönlich sehr dramatische Situationen erlebt. „Solche Nachrichten wie aus Berlin oder Italien schockieren mich mehr als zu der Zeit, bevor meine Herzprobleme begannen. Weil ich genau nachvollziehen kann, wie es demjenigen ergangen ist. Ich weiß, wie beängstigend dieses Gefühl ist, welches Horrorszenario sich abspielt. Ich habe dasselbe durchgemacht, mit dem Unterschied, dass mich mein implantierter Defibrillator ins

**„Dreimal hat mich mein  
implantierter Defibrillator ins  
Leben zurückgeholt.“**

**DANIEL ENGELBRECHT**

Leben zurückgeholt hat. Dreimal ging das so“, sagt der ehemalige Zweitligaspieler. Im Juli 2013 war er erstmals zusammengebrochen, seinerzeit im Dress des Drittligisten Stuttgarter Kickers. Zunächst führte man es auf die Hitze zurück, später wurden Herzrhythmusstörungen und eine Herzmuskelentzündung diagnostiziert. Engelbrecht bekam einen Defibrillator implantiert. Den Leistungssport wollte er nicht sein lassen, versuchte sich bei Alemannia Aachen, dem TSV Steinbach und Rot-Weiss Essen, wo er im vergangenen Sommer erneut kollabierte. Seitdem macht er eine Sportpause, hospitiert bei der U19 von Bayer Leverkusen und bereitet sich nun mit 27 Jahren auf eine



**„Man kann Herzprobleme von Sportlern gar nicht genug dramatisieren“: Jeff Strasser verlor seine Cheftrainerstelle beim 1. FC Kaiserslautern wegen Herzrhythmusstörungen, Florenz-Kapitän Davide Astori starb an Herzversagen, rechts Daniel Engelbrecht mit Defibrillator.**

Karriere als Trainer oder Scout vor. Ganz abgeschrieben hat er das Fußballspielen auf höherem Niveau allerdings noch nicht. Ende 2018 will er eine erneute Belastungsprobe starten.

Dass in großen Lettern über die Herzprobleme von Sportlern berichtet wird, stört Engelbrecht keineswegs. „Man kann es gar nicht genug dramatisieren. Von Profisportlern wird so viel verlangt, man muss immer funktionieren, auch ich habe so gedacht. Eine Grippe



ist dann kein Grund, sich rauszunehmen. Man denkt: Scheiß drauf, ich trainiere, das wird schon. Das stimmt aber nicht. Bei mir ist es nicht direkt erwiesen, aber ich muss

jetzt wohl für eine Woche, die ich mit Grippe-symptomen trainiert habe, mein Leben lang büßen. Deswegen stecke ich auch in der Klemme, was meine aktive Karriere betrifft“, sagt Engelbrecht und fordert: „Man müsste mehr darüber informieren und strenger mit den Spielern umgehen. Wenn sie eine Grippe haben, muss man ihnen sagen: Hey, ich will dich nicht hier sehen, bleib zu Hause und kuriere es aus.“

Wie ernst solche Erkrankungsanzeichen genommen werden,

hängt vom Zusammenspiel der Mannschaftsärzte mit dem Trainer ab. Und Vorerkrankungen können bei Gesundheitsuntersuchungen erkannt werden. „Gegen Herztod hilft vor allem gutes Screening. Hier ist sich der Fußball seiner Vorreiterrolle bewusst. Leider wird dies in Deutschland häufig von Einzelkämpfern durchgeführt. England ist hier viel weiter“, sagt Dr. Felix Post, Chefarzt am Katholischen

**Lesen Sie weiter auf Seite 84**

Fortsetzung von Seite 83

Klinikum Koblenz. Während es in Deutschland vorkommen kann, dass ein Orthopäde den Befund für ein EKG schreibt, werden auf der Insel die kardiologischen Untersuchungen von geschulten Teams durchgeführt. „Die Daten werden seit Jahren zentral gesammelt und ausgewertet“, ergänzt Post. Der Fall von Fabrice Muamba, der 2012 im Trikot der Bolton Wanderers einen Herzstillstand erlitt, 78 Minuten lang klinisch tot war und trotzdem gerettet wurde, „hat dazu geführt, dass das englische System noch mal auf eine neue Stufe gehoben wurde“, berichtet der Kardiologe.

Die Meinungen, welche Versorgungsmöglichkeiten während der Spiele oder im Training vorhanden sein sollen, gehen selbst im Lager von Fachärzten auseinander, wie ein Dreier-Interview in der neuesten Ausgabe der *Sportärztezeitung*

## Asamoah spielte trotz einer Verdickung des Herzmuskels.

zeigt. In der Fachzeitschrift ist die Herzthematik ein wichtiger Bestandteil. „Seit zwei Jahren befassen wir uns permanent damit“, sagt Geschäftsführer Robert Erbelinger.

Bei den Sportfachverbänden steht das Thema schon viel länger auf der Agenda. Die FIFA intensivierte ihre Programme, nachdem 2003 Marc-Vivien Foé aus Kamerun beim Confederations Cup an Herzversagen gestorben war. FIFA und UEFA schreiben vor, dass bei jedem Spiel ein Defibrillator in Reichweite sein muss. Das gilt auch für die obersten Ligen Deutschlands. Bei den Profiklubs gehören die Geräte inzwischen auch im Training zur Grundausstattung. In Notfällen werden sie von den Physiotherapeuten bedient. Einzug gehalten hat die Technik auch durch Gerald Asamoah. Mit 19 Jahren war bei ihm eine Verdickung des Herzmuskels festgestellt worden. Mehrere Ärzte rieten zum Karriereende. Auf Initiative seines damaligen Mannschaftsarztes bei Hannover 96, Wego Kregehr, ließ sich der Fußballprofi in den USA im National Health Center in Washington beraten. „Das Risiko, an dem Herzfehler zu sterben, liege bei nur einem Prozent“, blickt Asamoah zurück – und blieb von schwerwiegenden Problemen verschont. Das kann man nicht von allen Sportlern behaupten, die trotz einer Herzkrankung ihre Karriere fortsetzen. **MICHAEL EBERT**

Herzspezialist Scharhag über Vorsorge und die Fälle Astori und Strasser

# „Bei Infekten gilt: Weniger ist mehr“

Der Sportmediziner und Kardiologe Prof. Dr. Jürgen Scharhag vom Klinikum rechts der Isar in München ist ein Experte, was Herzprobleme im Sport betrifft. Der Mannschaftsarzt der deutschen U-21-Nationalelf war 2012 auch an der Einführung eines Registers für den plötzlichen Herztod an der Uni Saarbrücken beteiligt.

**Sind Spitzensportler stärker gefährdet als Freizeitsportler, was Herzerkrankungen betrifft, Herr Scharhag?**

Eigentlich nicht. Wenn man zum Beispiel die Ursachen für den plötzlichen Herztod im Sport bei unter 35-Jährigen betrachtet, gibt es keine Unterschiede zwischen Freizeit- und Leistungssportlern. Allerdings trainieren Hochleistungssportler viel umfangreicher und intensiver. Insofern kann eine angeborene Anlage für eine Herzerkrankung durch Leistungssport eventuell verstärkt werden.

**Setzen sich Spitzensportler einer besonderen Gefahr aus?**

Man kann es sich vorstellen wie beim Autofahren: Wenn ich dreimal die Woche mit 80 über die Landstraße fahre, ist das Unfallrisiko geringer, als wenn ich jeden Tag mit 200 Stundenkilometern über die Autobahn brettere. Der Sport ist ein Trigger, also ein Auslöser für Ereignisse. Wenn ich ihn intensiv betreibe und eine Herzerkrankung habe, ist das Risiko höher.

**Sind die jährlichen internistischen Untersuchungen bei Topathleten ausreichend?**

Ja. Die meisten dieser Gesundheitsuntersuchungen, zum Beispiel für die DOSB-Kaderathleten, bestehen aus einer ausführlichen ärztlichen Befragung, körperlicher Untersuchung, Ruhe-EKG, Belastungs-EKG und Ultraschalluntersuchung des Herzens. Beim Ultraschall sind Untersuchungen alle ein bis zwei Jahre ausreichend. Wenn es Auffälligkeiten gibt, kann man natürlich engmaschiger kontrollieren. Aber in der Regel sind solche Auffälligkeiten eher Normvarianten und keine richtigen Erkrankungen, denn sonst stellt sich die Frage, ob der Athlet leistungssporttauglich ist.

**Wie wird bei einem Infekt gehandelt?**

Es sind umfangreiche Untersuchungen notwendig, damit für den Wiedereinstieg ins Training oder den Wettkampf keine Gefahr besteht. In allen Sportarten gilt: Weniger ist mehr. Infekte müssen richtig auskurieren werden.



**„Unser Untersuchungssystem ist gut“: Prof. Dr. Jürgen Scharhag**

**Finden Sie als Mediziner immer ausreichend Gehör?**

Meine eigene Erfahrung ist, dass es bei einem guten Vertrauensverhältnis zwischen Athlet, Trainer und Arzt kein Problem ist. Wir wollen dabei auch gar kein Richter sein und alleine eine Entscheidung zwischen Schwarz oder Weiß herbeiführen. Der bessere Weg ist, dass Arzt, Spieler und Trainer gemeinsam entscheiden. Bisher wurde mein Rat immer befolgt.

**Wie ist der Ablauf bei einem Infekt?**

Wenn eindeutige Krankheitssymptome bestehen oder die Entzündungswerte im Blut auffällig sind, raten wir zu einer Pause. Erkrankte Sportler kommen dann jeden zweiten, dritten Tag zur Verlaufskontrolle. Dadurch können wir gut abschätzen, wann jemand wieder einsteigen kann. Wenn ich mit der U-21-Nationalmannschaft auf Reisen bin, sehe ich die Spieler jeden Tag. Wenn jemand zu Beginn einer Maßnahme krank ist, müssen wir abschätzen, ob die Chance besteht, dass er zum zweiten Spiel gesund und fit werden kann oder ob er besser nach Hause fährt.

**Wie können Todesfälle wie der des italienischen Nationalspielers Davide Astori passieren? Gibt es keine Vorzeichen?**

Italien hat im Prinzip das gleiche Untersuchungssystem wie wir und ebenso hochqualifizierte Sportmediziner. Seit Einführung dieser Pflichtuntersuchungen ist die Todesrate bei Sportlern in Italien auf ein Viertel des ursprünglichen Wertes gesunken. Mit den Untersuchungen werden im wesentlichen angeborene Herzerkrankungen erkannt. Man wird zwar nie alle Fälle herausfischen, bei Astori halte ich es aber aufgrund des bewährten italienischen Untersuchungssystems für eher unwahrscheinlich, dass es ein angeborener Herzfehler war. Eine weitere häufige Ursache für den plötzlichen Herztod bei Sportlern sind Herzmuskelentzündungen.

Bei der Autopsie von Astori wurden laut einer Pressemitteilung keine krankhaften Veränderungen festgestellt. Jetzt muss man die Untersuchungen des Feingewebes abwarten, die in etwa sechs Wochen bekanntgegeben werden sollen.

**Kann so ein Fall auch in Deutschland auftreten?**

Definitiv. Unser Untersuchungssystem ist gut, besser geht es eigentlich nicht mehr. Aber es lässt sich nicht alles ausschließen. Wichtig ist, dass alle Mannschaftsarzte so gut eingebunden sind, dass niemand zu früh wieder mit dem Sport beginnt, was meiner Erfahrung nach der Fall ist. **Welche Rolle spielt der Stress für das Herz?**

Das Problem im Hochleistungssport ist eher die fehlende Regeneration oder die Möglichkeit, einen Infekt auszukurieren. Die Gefahr ist, dass es zu Überlastungssyndromen aufgrund eines engen Spielkalenders, zu vielen Reisen und zu wenig Schlaf kommt. Aber das haben auch die Trainer längst erkannt. Der psychische Stress ist für das Herz nicht das Problem, die sportliche Belastung ist für das Herz höher.

**Wie gefährdet sind Trainer selbst?**

Es gibt auch Trainer mit Herzerkrankungen, die ihrem Beruf nachgehen. Allerdings ist die Belastung für das Herz bei einem Trainer viel geringer als bei einem Athleten, bei dem die Herzfrequenz im Training und Spiel bis auf etwa 200 Schläge pro Minute ansteigen kann. Bei einem Trainer steigt die Herzfrequenz durch den Stress beim Spiel nicht ganz so hoch an, es können kurzfristig aber auch etwa 150 Schläge erreicht werden. Auch der Blutdruck steigt.

**Jeff Strasser verlor seine Cheftrainerstelle, nachdem er in der Halbzeit mit Herzproblemen ins Krankenhaus gekommen war. Laut der FCK-Mitteilung seien Herzrhythmusstörungen nach einer verschleppten Grippe festgestellt worden. Würden Sie zu einem Jobwechsel raten?**

Dazu kenne ich zwar keine Details, aber wenn keine schwere Herzerkrankung vorliegt oder zurückbleibt, dürfte eine Wiederaufnahme des Trainerberufs sicher wieder möglich sein. Allerdings müssen dies die behandelnden Ärzte entscheiden, und er sollte sich regelmäßig von einem Kardiologen kontrollieren lassen. Aber das gilt bei einer Herzerkrankung für jeden, nicht nur für einen Trainer.

**INTERVIEW: MICHAEL EBERT**