

Tischversion

Kardiovaskuläre Prävention

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen an erster Stelle der Todesursachen. Deshalb ist es wichtig, Patienten mit einem hohen kardiovaskulären Risiko möglichst früh zu identifizieren, um mit geeigneten präventiven Maßnahmen die Manifestation und Progression dieser Erkrankungen zu verhindern bzw. zu verzögern. Zur Senkung des Risikos für Gefäßereignisse (Schlaganfall, Herzinfarkt, KHK oder AVK) sind in der Regel folgende Maßnahmen empfehlenswert

- für alle Personen Beratung zu Lebensstil (Rauchstopp, regelmäßige Bewegung, bedarfsangemessene Kalorienzufuhr, Transfettsäuren vermeiden),
- in der Primärprävention bei einem Erkrankungsrisiko berechnet z. B. mit *arriba*® von > 20% in 10 Jahren: zusätzlich Medikamente,
- in der Sekundärprävention (= Z. n. Gefäßereignis): zusätzlich Medikamente.

Einzelne Risikofaktoren sind selten allein ursächlich für eine Erkrankung. Meistens weist ein Patient mehrere Risikofaktoren auf, die das Auftreten kardiovaskulärer Erkrankungen begünstigen. So zeigt die weltweite INTERHEART-Studie (2004), dass 90% der Herzinfarktpatienten mindestens einen der folgenden neun Risikofaktoren aufwiesen: Rauchen, Hypertonie, Diabetes, Verhältnis Taille-Hüft-Umfang, Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, Alkoholkonsum, Apolipoprotein im Blut und psychosoziale Faktoren. Sie waren unterschiedlich stark mit dem Auftreten eines Herzinfarktes assoziiert, wobei nicht alle in weiteren Studien bestätigt wurden, z. B. Taille-Hüft-Umfang. Übergewicht ist erst ab einem BMI ≥ 30 kg/m² (Adipositas) mit einer höheren KHK-Morbidität assoziiert. Dennoch folgt daraus, dass die Prävention kardiovaskulärer Ereignisse immer unter **gemeinsamer** Betrachtung aller relevanten Risikofaktoren – **der Gesamtrisikokonstellation** – erfolgen sollte.

Risikokalkulation

- In der Primärprävention sollte das absolute Risiko als vorrangige Entscheidungsgrundlage dienen.
- Framingham-Score (*arriba*®) und PROCAM eignen sich für die Risikoabschätzung in Deutschland.
- Das *arriba*®-Instrument ist besonders praktikabel aufgrund der bildlichen Darstellung der Beeinflussbarkeit des kardiovaskulären Risikos durch verschiedene Maßnahmen. Es besteht aus 6 Schritten:
Aufgaben gemeinsam definieren
Risiko subjektiv
Risiko objektiv
Information über Präventionsmöglichkeiten
Bewertung der Präventionsmöglichkeiten
Absprache über weiteres Vorgehen (www.arriba-hausarzt.de)

Zielgruppe für Risikoanalyse {C}

- Risikobestimmung (z. B. mit *arriba*® im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen (insbesondere bei Frauen > 60 Jahre und bei Männern > 55 Jahre),
- wenn es der Patient wünscht,
- während einer Konsultation, falls
 - der Patient Raucher ist,
 - Übergewicht oder Adipositas besteht,
 - ein oder mehrere Risikofaktoren bereits vorliegen (Hypertonie, hohe Lipidwerte, Diabetes mellitus),
 - eine positive Familienanamnese bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen existiert,
 - sich Verdachtsmomente für eine kardiovaskuläre Erkrankung ergeben, z. B. Thoraxschmerzen.

Die Leitlinienautoren sehen auch in Patienten mit psychosozialer Belastung eine Zielgruppe für die Risikoprävention {C}.

Risikoberatung

- Patienten über das kardiovaskuläre Gesamtrisiko informieren, lebensstiländernde und medikamentöse Maßnahmen erläutern, auf die zeitliche Perspektive hinweisen, die Änderungsprozesse benötigen {C}.
- Einbeziehung der Patienten in die Entscheidungsfindung verbessert Umsetzung und Therapietreue {A}.
- Die Phase der Änderungsbereitschaft, in der sich der Patienten befindet, erheben {C}. Im Vergleich zu herkömmlichen Beratungskonzepten zeigt sich hier eine höhere Effizienz und ein ökonomischerer Einsatz der Beraterressourcen {B}.
- Durchführung der Beratung zu lebensstiländernden Maßnahmen nach dem **5A-Prinzip** {A}.
 1. **Assess:** Erfassen des Risikoverhaltens und der Veränderungsbereitschaft (Motivation, Wissen).
 2. **Advise:** Direkte, deutliche Empfehlung zur Verhaltensänderung.
 3. **Agree:** Festlegung von gemeinsamen Zielen unter Berücksichtigung der Änderungsbereitschaft.
 4. **Assist:** Unterstützende Maßnahmen.
 5. **Arrange:** Vereinbarung von Folgekontakten.

Die Erläuterung des Risikoscores sollte nur der Beginn der Gespräche zu diesem Thema sein – **anhaltende Effekte zeigen sich nur bei wiederholten Beratungen und Erinnerungen** {B}.

Interventionen

- Lifestyle-Veränderungen sind vorrangig. Sie verbessern zusätzlich die Lebensqualität und sind unter Medikation fortzuführen {A}. Verhaltensänderungen stellen jedoch eine Herausforderung für Patient und Arzt dar.
- Vorrangig stark erhöhte Risikofaktoren senken {C}.
- Kombination von Interventionen ist besser als Maximierung einzelner Interventionen {C}.

Bewegung

- Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training (mind. 30 Min/Tag mit moderater Intensität) {A}.
- Jede regelmäßige moderate Bewegungseinheit > 10 min zählt {B}.
- Kombination bzw. Auswahl nach Vorlieben / Fähigkeiten {C}.

Rauchstopp

- Jedem Raucher immer Rauchstopp empfehlen/ Kurzintervention {A}.

Ernährung

- Auf bedarfsangemessene Kalorienzufuhr achten, Fastfood möglichst vermeiden, auf abwechslungsreiche Kost achten {C}.
- Kochsalzkonsum auf unter 6g/Tag begrenzen {A}.
- Transfettsäuren vermeiden {B}.
- Alkoholkonsum beschränken {B}.

Senkung erhöhter Blutdruckwerte

- Risikosenkung nur während Blutdrucksenkender Behandlung {B}.
- Auswahl der Antihypertensiva nach Verträglichkeit, Begleiterkrankung.
- Zielwert 140/90 mmHg (für alle) {A}.

Lipidsenkung (bei 10-Jahres-Gesamtrisiko für Gefäßereignisse > 20%) {C}:

- Simvastatin oder Pravastatin 20 - 40 mg/d {A} – auch unabhängig von Lipidwerten {B}.
- Bei Statinunverträglichkeit gibt es keine gleichwertige Alternative; ggf. Fibrat {B}.

Gerinnungshemmung

- ASS 100 mg/d bei Hochrisikopatienten (> 20%/10 Jahre) {A}.

Senkung erhöhter Blutzuckerwerte (Diabetes mellitus Typ 2)

- Zuerst Lifestyle-Maßnahmen (Ziel: Normoglykämie) {C}.
- Bei jungen, neu entdeckten Diabetikern: HbA1c-Senkung durch Lebensstiländerung und/oder Metformin: < 7% {C}; bei langbestehendem Diabetes < 8% {A}.
- Metformin mit weiteren Antidiabetika: Ziel: HbA1c 7-8% {A}.

Adipositas

- Die Leitliniengruppe empfiehlt keine medikamentöse Antiadipositas therapie {C}.

Hinweis

Die Leitlinie wurde von der Hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen gemeinsam mit der DEGAM erstellt.