



Kardiovaskuläre Prävention

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weiterhin die häufigste Todesursache in Deutschland. Wie diese am besten verhindert werden können, fasst die aktuelle DEGAM-Leitlinie zusammen.

Zielgruppe der Leitlinie sind Personen, die im Rahmen der kardiovaskulären **Primärprävention** beraten bzw. behandelt werden, d. h. ohne bereits manifeste kardiovaskuläre Erkrankung wie koronare Herzkrankheit (KHK), Schlaganfall oder eine klinisch manifeste periphere arterielle Verschlusskrankheit. Symptomfreie Personen mit sonografischem Kalknachweis in den Karotiden, pathologischem Knöchel-Arm-Index und ähnlichen Befunden fallen ebenso in den Geltungsbereich der Leitlinie.

Kardiovaskuläres Risiko

Zur Risikoabschätzung soll ein **evaluiertes Instrument** verwendet werden. Im hausärztlichen Bereich ist hierfür der arriba-Rechner geeignet. Außer bei Extremwerten (systolischer Blutdruck über 200 mmHg, Cholesterin über 360 mg/dl) sollen sich Therapieentscheidungen nach der Höhe des kardiovaskulären Risikos richten und nicht nach einzelnen Messwerten.

Therapieentscheidungen sollen sich nach dem Risiko richten und nicht nach einzelnen Messwerten.

Nichtmedikamentöse Behandlung

Menschen mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko sollen bezüglich gesundheitsbezogener **Verhaltensweisen** (Bewegung, Ernährung, Rauchstopp) beraten werden.

Die Veränderungsbereitschaft wie auch psychosoziale Faktoren sollen erfasst und berücksichtigt, Folgekontakte vereinbart werden. Die Lebensstilberatung sollte nach dem **5-A-Schema** erfolgen (Tab. 1).

Körperliche Aktivität sollte möglichst an 5 Tagen/Woche mindestens je 30 Minuten lang erfolgen. Dabei zählen alle Arten von körperlicher Bewegung. Bei allen Patienten sollte der Nikotinkonsum erfragt und dokumentiert werden. Es soll empfohlen werden, das Rauchen vollständig einzustellen. Der Anteil gesättigter Fette an den Nahrungsfetten sollte möglichst gering sein. Der tägliche Kochsalzkonsum sollte unter 6 g beschränkt werden. Vitamine und Antioxidanzien sollten nicht generell empfohlen, und Vitamin B und Folsäure nicht bei unselektierten Pati-

enten zur Senkung des kardiovaskulären Risikos verwendet werden.

Bluthochdruck

Eine Blutdruckmessung sollte im Regelfall **alle zwei Jahre** im Rahmen der Ge-

sundheitsuntersuchung erfolgen. Ausreichende körperliche Aktivität, gesunde Ernährung und Nichtrauchen sollen vor jeder medikamentösen Intervention besprochen werden bzw. diese begleiten. Die Indikation zur Blutdrucksenkung richtet sich nach **Blutdruckwert und Gesamtrisiko**



Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin, Bremen,
E-Mail: guenther.egidi@posteo.de



Koautor:
Dr. med. Uwe Popert
Arzt für Allgemeinmedizin, Kassel

Tab. 1: Die 5 A der Risikoberatung

Assess/Ask	Mögliche Anlässe für eine Beratung zum Gefäßrisiko bezüglich der Vermeidung von Herzinfarkten und Schlaganfällen und zugleich mögliche therapeutische Konsequenzen.
Advice	Die Veränderungsbereitschaft soll während des Beratungsprozesses erfasst und berücksichtigt werden.
Agree	Nur in Gebieten ohne Chloroquin-Resistenz zur Prophylaxe und Therapie einschließlich der Stand-by-Therapie.
Assist	Nutzen Sie schriftliches Informationsmaterial (z. B. Patienteninformationen der Leitlinie). Nutzen Sie lokale Ressourcen, z. B. Hinweise auf Sportvereine.
Arrange	Vereinbaren Sie einen Termin, an dem Sie die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen besprechen. Oder legen Sie einen Termin fest, an dem die nächste Überprüfung des kardiovaskulären Risikos sinnvoll ist.

(Tab. 2). Ziel der antihypertensiven Behandlung ist die Reduktion des kardiovaskulären Gesamtrisikos. Im Allgemeinen soll ein Blutdruck von maximal 140 mmHg systolisch angestrebt werden.

Bei kardiovaskulärem 10-Jahres-Risiko unter 20 Prozent sollte ein Behandlungsversuch mit einer **Lebensstiländerung** für 4 bis 6 Monate (systolischer Blutdruck 140–159 mmHg) oder für einige Wochen (systolischer Blutdruck 160–179 mmHg) empfohlen werden. Eine **medikamentöse antihypertensive Therapie** sollte bei Nichterreichen des Blutdruckzielwertes nach diesem Intervall empfohlen werden sowie bei einem kardiovaskulären 10-Jahres-Risiko von 20 Prozent und höher und einem systolischen Blutdruck von 140–179 mmHg. Bei Personen mit einem systolischen Blutdruck von 180 mmHg oder höher sollte eine **zeitnahe** medikamentöse Behandlung empfohlen werden. Die Auswahl des Antihypertensivums sollte nach Wirksamkeit, Verträglichkeit, Begleiterkrankungen und Kosten erfolgen. Bei Personen über 80 Jahren kann über Therapiebeginn bzw. -stopp individuell entschieden werden.

Lipidstoffwechsel

Vor Beginn einer lipidsenkenden Behandlung sollten sekundäre Hyperlipoprotein-

ämien bedacht werden (z. B. Hypothyreose). Die Indikation für eine **Statintherapie** ist vom Risiko abhängig. Bei einem absoluten 10-Jahres-Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse über 20 Prozent sollte eine Statintherapie angeboten werden (Tab. 2). Bei Patienten mit einem absoluten 10-Jahres-Risiko von 10 bis 20 Prozent und deutlich erhöhtem altersbezogenem Risiko kann eine medikamentöse Behandlung nach individueller Beratung erwogen werden. Bei Erhöhung des Gesamtcholesterins über 8 mmol/l (über 310 mg/dl) sowie bei familiärer Hypercholesterinämie sollte eine lipidsenkende Therapie (primär: Statine) empfohlen werden.

Eine Statinbehandlung sollte in einer Standarddosierung erfolgen (insbesondere Simvastatin oder Pravastatin 20–40 mg/Tag). Bei Muskelschmerzen unter Statingabe sollte eine Dosisreduktion oder ein Wechsel auf ein anderes Statin erfolgen bzw. sollten Statine abgesetzt werden.

Fibrate sollten nur bei Statin-Unverträglichkeit und dann nur bei Triglyzeridwerten über 2,3 mmol/l (über 200 mg/dl) und einem HDL-Cholesterin unter 1 mmol/l (unter 40 mg/dl) erwogen werden. Eine Kombination verschiedener Lipidsenker wird nicht empfohlen.

Gerinnungshemmung

Hochrisikopatienten (kardiovaskuläres 10-Jahres-Risiko über 20 Prozent) sollten ASS 75–100 mg angeboten bekommen. ASS sollte nicht eingesetzt werden, wenn der Blutdruck unkontrolliert erhöht ist (systolisch über 180 mmHg). Clopidogrel sollte nur bei ASS-Unverträglichkeit eingesetzt werden. Eine doppelte Plättchenhemmung soll in der Primärprävention nicht eingesetzt werden.

Bei **Vorhofflimmern** soll mit dem Patienten das Schlaganfallrisiko und das einer gerinnungshemmenden Therapie anhand eines validierten Risikoscores besprochen und auf dieser Grundlage gemeinsam über eine Behandlung entschieden werden. Bei einer Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten wegen Vorhofflimmern sollte in der Regel eine Ziel-INR von 2–3 angestrebt werden.



Der systolische Blutdruck sollte in der Regel höchstens 140 mmHg betragen.

Tab. 2: Indikationen für Antihypertensiva und Statine

	KARDIOVASKULÄRES 10-JAHRES-RISIKO		
	< 10 %	10–20 %	> 20 %
Blutdruck syst. 140–159 mmHg oder diast. 90–99 mmHg	Lebensstiländerung über 4–6 Monate	Lebensstiländerung über 4–6 Monate => dann ggf. Medikation	Lebensstiländerung + ggf. Medikation
Blutdruck syst. 160–179 mmHg oder diast. 100–109 mmHg	Lebensstiländerung über Wochen => dann ggf. Medikation	Lebensstiländerung über Wochen => dann ggf. Medikation	Lebensstiländerung + Medikation
Syst. Blutdruck >180 mmHg	Lebensstiländerung + Medikation zeitnah	Lebensstiländerung + Medikation zeitnah	Lebensstiländerung + Medikation zeitnah
Gesamtcholesterin > 320 mg/dl und LDL-Cholesterin > 195 mg/dl oder familiäre Hypercholesterinämie	Statin anbieten	Statin anbieten	Statin anbieten
Gesamtcholesterin < 320 mg/dl bzw. LDL-Cholesterin < 195 mg/dl		Bei hohem relativem Risiko Statin anbieten	Statin anbieten

Diabetes

Ein generelles Screening auf Diabetes sollte **nicht** erfolgen. Wenn Erwachsene dennoch auf Diabetes untersucht werden sollen, kann dies alle 2 Jahre im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung geschehen. Orale Glukosetoleranztests sollten in der Hausarztpraxis nicht routinemäßig durchgeführt werden. Auch bei Menschen mit Diabetes soll das **kardiovaskuläre Risiko** (Herzinfarkt und Schlaganfälle) kalkuliert werden.

Bei Menschen mit **Typ-2-Diabetes** sollte nicht regelmäßig das Mikroalbumin im Urin bestimmt werden. Dagegen soll bei Menschen mit **Typ-1-Diabetes** jährlich das Mikroalbumin im Urin bestimmt und bei Vorliegen einer Mikroalbuminurie das kardiovaskuläre Risiko in dreifacher Höhe kalkuliert werden.

Eine medikamentöse Senkung des HbA_{1c} unter 6,5 Prozent bringt keinen Nettonutzen und soll daher nicht zur kardiovaskulären Prävention eingesetzt werden. Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Übergewichtigen Menschen mit Typ-2-Diabetes sollte **Metformin** eingesetzt werden, wenn mit Veränderungen des Lebensstils keine befriedigende HbA_{1c}-Senkung erzielt wird. Zur Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Menschen mit Typ-1-Diabetes soll eine HbA_{1c}-Senkung auf 7,0 Prozent angestrebt werden.



Literatur: DEGAM S3-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“ (Download unter www.degam.de/degam-leitlinien-379.html)

Mögliche Interessenkonflikte: Beide Autoren haben seit Jahren für die DEGAM an der S3-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“ teilgenommen. Sie verdienen mit jeder Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V extrabudgetäres Honorar von 32,98 Euro und haften mit ihrem Honorar für die von ihnen verursachten Medikamentenverordnungen. Weitere Interessenkonflikte haben sie nicht.

FAZIT

Die DEGAM-Leitlinie zur kardiovaskulären Prävention legitimiert an vielen Stellen, was Hausärzte ohnehin tun: nicht einzelnen Messwerten zu sehr vertrauen, sondern einen Blick auf die Gesamtheit der Risikofaktoren werfen. Viele hausärztlich Tätige tun sich zu Recht schwer damit, bei Patienten mit leicht erhöhten Blutdruck- oder Cholesterinwerten eine antihypertensive bzw. Statin-Behandlung zu beginnen, wenn keine weiteren Risikofaktoren bestehen.

Neu dürften für einige der hausärztlich Tätigen folgende zentralen Aussagen der Leitlinie sein:

- Die Notwendigkeit von Lipidkontrollen entfällt unter der Einnahme eines Statins.
- Auch bei Patienten mit Diabetes lohnt die Risikokalkulation. Diabetes bedeutet nicht per se ein hohes Risiko.
- Die zusätzliche Aussagekraft eines Mikroalbumin-Nachweises bei Diabetespatienten ist gering. Die routinemäßige Bestimmung dieses relativ teuren Laborwerts, der zudem bei pathologischem Resultat einen Bestätigungstest braucht, ist entbehrlich.
- Setzen Sie zur Lipidsenkung in der Primärprävention regelhaft keine anderen Substanzen ein als Statine in Standarddosis – meist Simvastatin oder Pravastatin.
- Nutzen Sie arriba, wenn Sie oder Ihre Patienten sich unsicher sind, ob eine primärpräventive medikamentöse Behandlung sinnvoll ist.