

H. Gohlke (Vorsitzender)
W. Kübler
P. Mathes
T. Meinertz
G. Schuler
D.B. Gysan
G. Sauer

Empfehlungen zur umfassenden Risikoverringerung für Patienten mit koronarer Herzerkrankung, Gefäßerkrankungen und Diabetes*

Herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung
Bearbeitet im Auftrag der Kommission Klinische Kardiologie durch die Projektgruppe Prävention

Allgemeines

Diese Empfehlungen gelten für Patienten mit der Diagnose einer KHK (z.B. typische Angina pectoris, Hinweise für abgelaufenen Infarkt, ischämie-typische Veränderungen in einer Belastungsuntersuchung, angiographisch nachgewiesene Veränderungen) oder Dokumentation einer Atherosklerose in anderen Gefäßgebieten (z.B. Becken-Beinarterien oder Carotiden), aber auch für Diabetiker ohne manifeste Gefäßerkrankung (Primärprävention).

Durch konsequente Umsetzung von präventiven Maßnahmen wird nachweislich die Prognose und die

Leistungsfähigkeit bei diesen Patienten verbessert. Die Umstellung des Lebensstiles und die Kontrolle der Risikofaktoren hat prognostisch mindestens dieselbe Bedeutung wie alle anderen therapeutischen Maßnahmen. Hierdurch hat der Patient selber die Möglichkeit, aktiv den weiteren Verlauf seiner Erkrankung zu beeinflussen. Die u. a. Maßnahmen sollten bei jedem Patienten individuell umgesetzt werden. Erfahrungsgemäß führen diese Empfehlungen alleine nicht zum gewünschten Erfolg. Die Mehrzahl der Patienten benötigt bei der Umsetzung langfristige Hilfe durch den Arzt.

Ziele der Risikointervention	Empfehlungen
Rauchen: Vollständige Aufgabe des Rauchens	Eindeutige ärztliche Empfehlung, das Rauchen vollständig einzustellen; Einbeziehung des Partners oder der Familie; Vereinbarung eines Termines für den Rauchverzicht. Empfehlung zur weitergehenden Beratung, Verweis auf entsprechende Literatur (Patientenbücher), Nikotinersatz und Raucherentwöhnungsprogramme, z.B. an den Volkshochschulen. Die Aufgabe des Rauchens ist die wichtigste Einzelmaßnahme bei Patienten mit Gefäßerkrankungen.
Ernährung: Fettarme, anti-atherogene Kost	Kaloriengerechte, ballaststoffreiche (>20 g/Tag) fettarme Kost mit nur geringem Anteil an gesättigten Fetten (<10% der Kalorien) und Cholesterin (<300 mg/Tag). Der Verzehr von Fleisch und tierischen Fetten sollte eingeschränkt werden. Die Kost sollte reich an Vollkornprodukten, frischen Gemüsen und Früchten sein mit einem hohen Anteil an Omega-3-Fettsäuren (Seefisch, Walnüsse), wie sie z.B. in der mediterranen oder asiatischen Kost enthalten sind. Moderater Alkoholkonsum (ca. 15 g/Tag) hat keine ungünstige Wirkung auf das kardiovaskuläre und das Gesamtrisiko. Bei höherem Alkoholkonsum (>30 g/Tag) nimmt das Gesamtrisiko zu. Bei Frauen liegen die Grenzwerte niedriger.

Ziele der Risikointervention	Empfehlungen
Übergewicht: Erreichen des Normalgewichtes (BMI < 25) und Elimination der Abdominellen Adipositas	Kalorienreduzierte Kost. Identifikation der Ursachen des Übergewichtes: Alkohol, versteckte Fette in Wurst, Käse und Fertiggerichten, Schokolade, Kuchen, übermäßiger Obstverzehr (Kalorien!). Zusätzlich zu diätetischen Maßnahmen ist in aller Regel eine angemessene körperliche Aktivität (s. u.) notwendig. Dies ist besonders wichtig bei Patienten mit Hochdruck, Diabetes mellitus und erhöhten Triglyceriden.
Hyperlipidämie: Ideal-Ziel: LDL-Chol < 100 mg/dl (2,5 mMol/l)	Erreichen des Normalgewichtes ist wünschenswert, ebenso regelmäßige körperliche Aktivität, besonders bei einem HDL Cholesterin < 35 mg/dl. Wenn das LDL-Ziel trotz Diät nicht erreicht wird, sollte eine medikamentöse Therapie primär mit Statinen erwogen bzw. eingeleitet werden.
Sekundäre Ziele: HDL-Chol > 40 mg/dl (1 mMol/l) LDL-Chol/HDL-Chol < 2,5 Triglyceride < 200 mg/dl	LDL < 100 mg/dl: keine Therapie LDL 100–130 mg/dl: zusätzlich zur strikten Diät sollten Statine erwogen werden LDL > 130 mg/dl: zusätzlich zur Diät medikamentöse Therapie: i.d.R. mit Statinen einleiten
Bewegungsmangel: Ziel: Mindestens 30–45 min. Bewegung 4–5-mal pro Woche	30–45 min. mäßig intensiver Bewegung 4–5-mal wöchentlich (Gehen, Joggen, Radfahren oder eine andere Ausdauerbelastung) unterstützt durch eine aktivere Lebensweise: Spazierengehen in Arbeitspausen, Treppensteigen statt Aufzug, Gartenarbeit. Ärztlich überwachte Programme für Mittel- bis Hochrisikopatienten (Koronargruppe, Übungsgruppe). Die Herzfrequenz sollte bei körperlicher Aktivität stets im ausgetesteten ischämiefreien und beschwerdefreien Bereich liegen. Jedes Mehr an körperlicher Belastung über die Alltagsaktivität hinaus bringt einen günstigen Effekt.
Erhöhter Blutdruck: Zielwert ist ein normaler Blutdruck von ≤ 140/90 mg Hg	Allgem. Maßnahmen: Gewichtskontrolle (1 kg Gewichtsreduktion führt zu ~ 2 mmHg RR-Senkung), regelmäßige Ausdaueraktivität, Versuch der Alkoholkarenz über 6 Wochen, dauerhafte Limitierung des Alkoholkonsums auf < 30 g Alkohol/Tag (Frauen < 20 g/Tag), Versuch der Salzrestriktion. Hinzufügen von Blutdruckmedikation, individualisiert nach Alter und weiteren Erkrankungen, wenn der RR > 140 mmHg systolisch oder > 90 mmHg diastolisch ist. Bei Diabetikern sollte ein RR-Wert von < 135/85 mmHg angestrebt werden, bei diabetischer Nephropathie < 130/80 mmHg.
Aggregationshemmer/ Antikoagulantien:	ASS 100 mg/Tag. Bei Kontraindikation gegen ASS evtl. Einstellung mit Marcumar in einem INR-Bereich von 2,0–3,0; alternativ Clopidogrel 75 mg/Tag.
ACE-Hemmer:	Zur Verhinderung und Behandlung der Herzinsuffizienz bei eingeschränkter Ventrikelfunktion. Zur Verminderung koronarer Ereignisse insbesondere bei Diabetikern und Patienten mit erhöhtem Risiko.
Betablocker:	Bei Post-Infarktpatienten und Hochrisiko-Patienten mit linksventrikulärer Dysfunktion und/oder belastungsinduzierter Ischämie.
Östrogene:	Während eine Neueinstellung einer Hormonersatztherapie allein zur Sekundärprävention nicht empfohlen werden kann, sollte eine seit mehr als 2 Jahren bestehende Hormonersatztherapie unter gynäkologischer Kontrolle weitergeführt werden.
Sonstige Maßnahmen:	Für alle nicht in diesen Empfehlungen aufgeführten Maßnahmen, u. a. z. B. Vitamine, Antioxidantien, ist kein sekundärpräventiver Effekt nachgewiesen.

Diese revidierte Fassung ersetzt die Empfehlungen der DGK von 9/97. Diese Empfehlungen berücksichtigen diejenigen der American Heart Association, Circulation 93:2205–2211, 1996 und der Joint European Societies (ESC, EAS, ESH), Eur Heart J 19:1434–1503, 1998