

### Kardiovaskuläre Risikoberatung – Wann und bei wem?

Eine kardiovaskuläre Risikoberatung soll ab dem Alter von 35 Jahren empfohlen werden:

- Menschen mit erhöhtem kardiovaskulären Risikoprofil
- Menschen mit Hinweisen/Anzeichen für hohe psychosoziale Belastungen
- Menschen mit niedrigem Bildungsgrad oder sozialer Schichtzugehörigkeit
- Wenn anspruchsberechtigte Patientinnen es wünschen bzw. eine entsprechende Besorgnis äußern.

Eine kardiovaskuläre Risikoberatung sollte empfohlen werden:

- Wenn ein oder mehrere der folgenden Risikofaktoren neu festgestellt werden:  
Rauchen, erhöhte Blutdruckwerte, erhöhte Lipidwerte, Typ-2-Diabetes mellitus, positive Familienanamnese, erniedrigte eGFR (< 60 ml/min oder nicht altersentsprechende eGFR) und/oder pathologische UACR  $\geq$  Stadium A2, Adipositas, Diagnose einer rheumatischen Erkrankung (chronisch entzündliche Erkrankung), Gichtanfall, (geplanter) Beginn einer Behandlung mit Sexualhormonen, Hinweise auf ausgeprägten Bewegungsmangel
- Ab dem 50. Lebensjahr anlasslos und unabhängig von bekannten Risikofaktoren.

Eine kardiovaskuläre Risikoberatung sollte bei hohem familiärem Risiko auch zwischen dem 18. und dem 35. Lebensjahr einmalig empfohlen werden.

Eine erneute Beratung soll empfohlen werden:

- Wenn Maßnahmen zur Senkung des kardiovaskulären Risikos vereinbart wurden.
- Wenn sich kardiovaskuläre Risikofaktoren verändert haben.
- Bei chronischen Erkrankungen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko
- Bei niedrigem sozioökonomischem Status und Risikogruppen für Unterversorgung

Eine kardiovaskuläre Risikoberatung sollte nicht empfohlen werden:

- In palliativen Situationen
- Menschen mit deutlich eingeschränkter Lebenserwartung
- Wenn aufgrund von Begleiterkrankungen weder eine Lebensstiländerung noch eine zusätzliche medikamentöse Therapie umsetzbar erscheint bzw. abgelehnt wird.

### Entscheidungsfindung

Entscheidungen zu Maßnahmen der kardiovaskulären Primärprävention sollen gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin getroffen werden. Die partizipative Entscheidungsfindung sollte durch Entscheidungshilfen unterstützt werden. Nach der Risikoabschätzung mit einem validierten Score (z. B. arriba, ESC Charts, PROCAM) sollte in der hausärztlichen Versorgung für die Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung das arriba Instrument eingesetzt werden.

### Schätzung des kardiovaskulären Risikos

Für die Beratung von Menschen ohne klinisch-manifeste kardiovaskuläre Erkrankung soll das globale, absolute kardiovaskuläre Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall als vorrangige Entscheidungsgrundlage dienen.

Die individuelle Einschätzung des kardiovaskulären Risikos sollte durch validierte Scores unterstützt werden (z. B. arriba, ESC Charts, PROCAM)

Von den im Weiteren genannten Risikofaktoren/Risikomarkern sollte routinemäßig keiner zusätzlich zu den traditionellen Risikofaktoren zur Schätzung des kardiovaskulären Risikos erhoben werden: Koronarer Kalziumscore, (CAC), Intima-Media-Dicke der A.carotis, Albuminurie und eGFR, hochsensitives CRP, Knöchel-Arm-Index, Lipoprotein(a), Polygene Risikoscores. (Hinweis: Die Fachgesellschaften DGK, DGIM, DDG, DHL, DGSP und DGPR stimmen dieser Empfehlung nicht zu (siehe Langfassung).

Bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 soll das kardiovaskuläre Risiko kalkuliert werden.

Bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 sollte bei der Kalkulation des kardiovaskulären Risikos das durchschnittliche HbA1c des letzten Jahres mit einbezogen werden.

Bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 sollte das Mikroalbumin im Urin (Urinschnelltest) nicht routinemäßig bestimmt werden.

Weil bei Menschen mit Typ 1 DM und Mikroalbuminurie das kardiovaskuläre Risiko im Vergleich zu Menschen ohne DM etwa 3-fach erhöht ist, soll jährlich die uACR im Urin bestimmt werden.

### Nicht-medikamentöse Behandlungsoptionen

Erwachsenen sollte im Rahmen der kardiovaskulären Risikoberatung unabhängig von der Höhe ihres individuellen kardiovaskulären Risikos eine Ernährungsweise empfohlen werden, die sich an der mediterranen Ernährung orientiert.

Erwachsenen soll im Rahmen der kardiovaskulären Risikoberatung unabhängig von der Höhe ihres individuellen kardiovaskulären Risikos eine regelmäßige Bewegung empfohlen werden. Auch ein geringes Maß an regelmäßiger Bewegung ist besser als keine Bewegung. Empfohlen wird sich über eine Woche mindestens 150 Minuten mit moderater Intensität oder mindestens 75 Minuten mit starker Intensität zu bewegen. Durch mehr Bewegung und spezielle Trainingsformen (z. B. Muskelkräftigung) können zusätzliche gesundheitliche Vorteile erzielt werden.

Erwachsenen sollte im Rahmen der kardiovaskulären Risikoberatung unabhängig von der Höhe ihres individuellen kardiovaskulären Risikos empfohlen werden, die im Sitzen verbrachte Zeit (sedentäres Verhalten) so gering wie möglich zu halten. Sitzen durch körperliche Aktivität jeglicher (auch leichter) Intensität zu ersetzen bietet Vorteile für die Gesundheit.

Menschen, die rauchen, soll unabhängig von der Höhe ihres individuellen kardiovaskulären Risikos empfohlen werden, das Tabakrauchen vollständig einzustellen.

Menschen, die Alkohol konsumieren, soll unabhängig von der Höhe ihres individuellen kardiovaskulären Risikos empfohlen werden, keinen oder möglichst wenig Alkohol zu trinken.

Es sollte nicht empfohlen werden zur Reduktion des koronaren Risikos geringe Mengen Alkohol zu konsumieren.

Personen außerhalb einer Schwangerschaft, ohne chronische Erkrankungen und ohne Hinweise auf oder Nachweis eines Mangels

- a. soll von einer Supplementation von Betacarotin abgeraten werden.
- b. sollte die Supplementation von Vitamin D und Vitamin E nicht empfohlen werden.

### Verhaltensorientierte Beratung

Kriterien einer hausärztlichen Beratung zum gesundheitsbezogenen Verhalten (Lebensstil):

- In der Beratung sollen die individuellen Präferenzen, Ressourcen Möglichkeiten und Lebenssituationen der Patient:innen sowie ihre Veränderungsbereitschaft Berücksichtigung finden.
- Das Beratungsgespräch sollte auf einzelne Gesundheitsverhaltensweisen fokussieren, wobei die Auswahl durch die Präferenzen, Ressourcen und Änderungsbereitschaft der Patient:innen bestimmt wird.
- Die Kommunikation soll wertschätzend erfolgen. Eine Stigmatisierung soll dabei vermieden werden.
- Kernelemente einer kurzen motivierenden Beratung sind neben der Erhebung des jeweiligen Gesundheitsverhaltens und der Empfehlung zur Verhaltensänderung vor allem das Angebot von Unterstützung. In der Beratung sollten strukturierte Kurzberatungsansätze (z. B. 3As oder ABC/5As) sowie Elemente der motivierenden Gesprächsführung (z. B. 5Rs) Berücksichtigung finden.

Erwachsenen mit einem kardiovaskulären 10-Jahres-Risiko > 10 % oder einem erhöhten altersbezogenen Risiko, die zu einer Umstellung des Ernährungs- und/oder Bewegungsverhalten bereit sind, sollte eine strukturierte und intensive verhaltensorientierte Beratung empfohlen werden.

### Medikamentöse Behandlungsoptionen

#### Lipidsenker

Vor Beginn einer Lipid-senkenden Behandlung sollten Ursachen für eine sekundäre Hypercholesterinämie bedacht werden (z. B. Hypothyreose, exzessiver Alkoholkonsum, entgleister Diabetes, Leber- und Nierenerkrankungen, Folgen einer medikamentösen Therapie).

Bei einem absoluten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse  $\geq 20\%$  in 10 Jahren soll Personen  $\leq 75$  Jahren eine Statintherapie empfohlen werden.\*

Bei einem absoluten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse von  $10 \leq 20\%$  und deutlich erhöhtem altersbezogenem Risiko sollte eine Statintherapie empfohlen werden.\*

Bei über 75-jährigen ohne manifeste kardiovaskuläre Erkrankung kann keine Empfehlung für oder gegen eine Statintherapie gegeben werden.\*

Eine Statin-Behandlung sollte als „Fixdosistherapie“ in einer moderaten Dosierung empfohlen werden.\*

Muskelschmerzen unter einer Statintherapie sind meist nicht kausal auf die Statine zurückzuführen. Treten unter einer Statintherapie Muskelbeschwerden auf, soll empfohlen werden:

- Statin-Auslassversuch, -Wechsel oder Dosisreduktion mit dem Ziel, die Plausibilität eines Zusammenhangs zu prüfen und gegebenenfalls eine tolerierbare Therapieoption zu finden.
- erneute kardiovaskuläre Beratung und Diskussion alternativer Handlungsoptionen (z. B. Ernährungsumstellung Maßnahmen, zur Blutdrucksenkung).

Wenn der Abbruch einer Statintherapie wegen Unverträglichkeit oder Nebenwirkungen indiziert ist, kann bei einem kardiovaskulären Risiko  $\geq 20\%$ /10 Jahre eine alternative Medikation mit Ezetimib oder Bempedoesäure oder Fibraten empfohlen werden.\*

Zur Wirksamkeit der PCSK9-Hemmer im Hinblick auf kardiovaskuläre Endpunkte kann bei Menschen in der Primärprävention keine evidenzbasierte Aussage gemacht werden.\*

Menschen mit familiärer Hypercholesterinämie (FH) haben ein sehr hohes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. Zur Detektion gibt es validierte Kriterien. Erwachsene, die die Simon-Broome-Kriterien für eine mögliche oder definitive familiäre Hypercholesterinämie (FH) erfüllen ODER die einen Punktwert > 5 nach den Dutch Lipid Clinic Network (DLCN)2 Kriterien haben, sollten zu einer spezialisierten Abklärung einer möglichen familiären Hypercholesterinämie (FH) überwiesen werden.

Bei über 75-jährigen sollte das Absetzen einer bereits länger andauernden (> 2 Jahre) primärpräventiven Statintherapie nicht allein aufgrund des Alters empfohlen werden.

Bei Menschen mit limitierter Lebenserwartung (< 1 Jahr) sollte das Absetzen einer bestehenden Statintherapie empfohlen werden.

#### ASS

Bei einem absoluten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse  $\geq 20\%$  in 10 Jahren kann ASS 75-100 mg empfohlen werden.

Bei einem absoluten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse < 10 % in 10 Jahren soll ASS nicht eingesetzt werden.

\* Hinweis: Die Fachgesellschaften DGK, DGIM, DDG, DHL, DGSP und DGPR stimmen den gekennzeichneten Empfehlungen nicht zu (siehe Langfassung).

### Diagnose und Behandlungsoptionen weiterer Risikofaktoren

Risikofaktor	Leitlinien
<b>Rauchen</b>	S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“
<b>Diabetes mellitus</b>	S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) „Diabetes mellitus Typ 2“, Version 3.0
<b>Hypertonie</b>	S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) „Hypertonie“, Version 1.0
<b>Vorhofflimmern</b>	S3-Leitlinie Vorhofflimmern
<b>Alkohol</b>	S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, Version 3.1
<b>Psychische Störungen</b>	S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) „Unipolare Depression“, Version 3.2
<b>Adipositas</b>	S3 Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“, Version 5.0
<b>Chronische Niereninsuffizienz</b>	S3-Leitlinie, Nicht-dialysepflichtige chronische Nierenkrankheit in der Hausarztpraxis. Version 2.0

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF22012 gefördert.

**Versionsnummer:** 2.0  
**Erstveröffentlichung:** 12/2016  
**Überarbeitung von:** 11/2024  
**Nächste Überprüfung geplant:** 11/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online