Mythen und Fakten der KHK-Prävention

Beten hilft nicht, Fernsehen schadet

„Jeder Zweite entwickelt während seines Lebens zumindest ein kardiovaskuläres Ereignis“, so Prof. Georg Nickenig von der Kardiologischen Universitätsklinik Bonn. Um der Manifestation und Progression der KHK entgegenzuwirken, wurden verschiedene Präventionsstrategien entwickelt. Neben Medikamenten werden insbesondere lebensdiätetische Maßnahmen propagiert.

© Klaus Rose

Wenn schon übergewichtig, dann wenigstens Sport treiben!

— In den letzten Jahren wurden nicht nur rationale sondern auch religiöse bzw. spirituelle Einflüsse auf die KHK wissenschaftlich untersucht. „Doch Beten allein hilft nicht“, sagte Nickenig. In einer Studie mit 6000 Teilnehmern ohne KHK hatten religiöse Rituale und spirituelle Eingebungen keinerlei Effekt gezeigt.

Dagegen besteht eine strenge Korrelation zwischen dem kardiovaskulären Risiko und der Zeit, die täglich vor dem Fernseher verbracht wird. „Vermehrter Fernsehkonsum muss als Indikator für eine insgesamt ungesunde Lebensweise angesehen werden“, so Nickenig.

Mäßiger Alkoholkonsum gegen Nachbarschaftskonflikte

Neben klassischen Risikofaktoren dürfen auch psychosoziale Konflikte eine Rolle spielen. So zeigte eine Studie, dass

schlechte nachbarschaftliche Beziehungen das kardiovaskuläre Risiko signifikant erhöhen. „Wer dieses Problem durch einen Umzug nicht lösen kann, sollte zumindest durch einen moderaten Alkoholenuss sein kardiovaskuläres Risiko günstig beeinflussen“, so Nickenigs Empfehlung. Bei den lebensdiätetischen Empfehlungen bewege man sich insgesamt jedoch auf dünnem Eis, da kaum randomisierte Studien vorlägen.

„Adipositas-Paradox“: Dicke Kranke leben länger

Allgemein gilt die Adipositas als einer der wichtigsten Risikofaktoren für die KHK. „Allerdings nehmen die negativen Auswirkungen des Übergewichts auf die Lebenserwartung mit dem Alter deutlich ab“, so Nickenig. Überdies gibt es ein Adipositas-Paradox, d. h. bei manifester KHK oder Herzinsuffizienz haben Adipöse eine günstigere Prognose als Normgewichtige. „Dicke Kranke scheinen länger zu leben“, so Nickenig.

Auch gibt es kaum Studien, die zeigen, dass eine drastische Gewichtsreduktion allein das kardiovaskuläre Risiko verbessert. Nur in einer randomisierten Studie, bei der stark übergewichtige Patienten (BMI von 42 kg/m²) einem bariatrischen Eingriff zugeführt wurden, sank die kumulative Mortalität dadurch um 29%.

Magere Datenlage bei Diäten

Vergleichbar dünn ist die Datenlage bezüglich Diäten. Die Empfehlung, den Fettanteil bei der Energiezufuhr auf 25–35% zu reduzieren, den Gesamtanteil an gesättigten Fettsäuren auf < 7% zu drücken und 4–5 mal täglich Obst und Gemüse zu essen, scheint zwar vernünftig,

ist aber nicht durch randomisierte Studien abgesichert. Welche Art von Reduktionsdiät gewählt wird, dürfte von untergeordneter Bedeutung sein. „In vergleichenden Studien zeigten alle diese Diättempfehlungen langfristig sehr enttäuschende Ergebnisse“, so Nickenig.

Welche Medikamente?

Dass eine optimale Blutdruckeinstellung das kardiovaskuläre Risiko günstig beeinflusst, gilt heute als gesichert. Doch sollten die Therapieziele nicht zu ehrgeizig formuliert werden. Bei KHK-Patienten verläuft die Überlebenskurve J-förmig, d.h. bei Senkung des systolischen Blutdrucks unter 120 mmHg steigt das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis an. Bezüglich Hyperlipoproteinämie sind Statine die einzigen Substanzen, für die ein positiver Effekt im Rahmen der Prävention zweifelsfrei belegt ist.

ACE-Hemmer bzw. AT₁-Blocker sind effektive Antihypertensiva, für die ein über den Blutdruck hinausgehender, vasoprotektiver Effekt diskutiert wird. KHK-Patienten ohne Hypertonie oder Herzinsuffizienz sollten diese Substanzen erhalten, wenn ihr Risiko für ein kardiovaskuläres oder zerebrovaskuläres Ereignis innerhalb der nächsten zehn Jahre über 14% liegt.

Während ASS unverzichtbarer Bestandteil der Sekundärprävention ist, wird ihr Einsatz in der Primärprävention kontrovers diskutiert. „Insgesamt wird die günstige Wirkung im Hinblick auf vaskuläre Ereignisse durch Blutungen, v. a. im Magen-Darm-Trakt, völlig aufgehoben, sodass ASS zur Primärprävention nicht empfehlenswert ist“, so Nickenig.

Ein neuer Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse ist eine Herzfrequenz > 70 Schläge/Min. Bei allen KHK-Patienten und bei Patienten mit Herzinsuffizienz sollte der Puls mit Betablockern oder Ivabradin auf unter 70/Min. gesenkt werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■