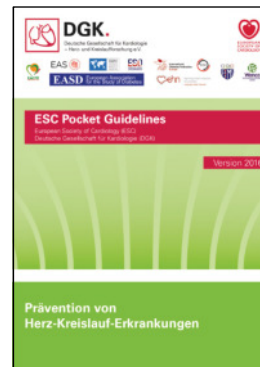


# Guideline Update 2017:

Frankfurt, 18. Februar 2017



<https://leitlinien.dgk.org/>



[www.prof-wendt.de](http://www.prof-wendt.de)

Kardiocentrum Frankfurt



## Offenlegung etwaiger Interessenkonflikte

Prof. Dr. Th. Wendt Partner im Kardiocentrum  
Gutachter  
Buchautor

### Offenlegung finanzieller Beziehungen zu:

AstraZeneca	Scientific Board
Bayer	Referententätigkeit
Berlin Chemie	Referententätigkeit
Boehringer Ingelheim	Referententätigkeit
Bristol-Myers Squibb	Referententätigkeit
Daiichi Sankyo	Referententätigkeit
Pfizer	Referententätigkeit
Sanofi	Referententätigkeit
Solvay	Referententätigkeit

### Offenlegung unvergüteter Tätigkeiten für:

Deutsche Herzstiftung	Mitglied des Wiss. Beirats
Hessischer Rundfunk	Sachverständiger
Hess. Tennisverband	Anti-Dopingbeauftragter
J.W.Goethe-Universität	apl.-Professur
Personal MedSystems	wiss. Kooperation
Infarct Protect	wiss. Kooperation
S + B medVET	wiss. Kooperation



## cv-Prävention – Facetten des Begriffs

---

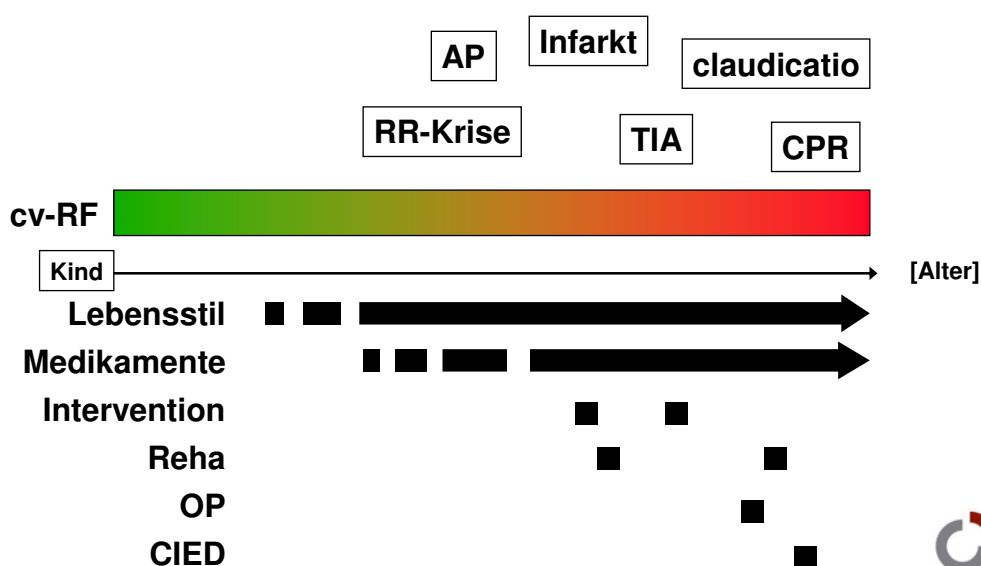
„Prävention“ meint im Kontext der neuen Leitlinie nicht nur Primärprävention, sondern es wird das Konzept einer „life long prevention“ zugrunde gelegt, das eine Universalität des Risikofaktorenmodells und darauf basierender Interventionen postuliert.

Hambrecht et al: Kommentar zu den neuen Leitlinien  
Published online: [www.dgk.org](http://www.dgk.org) (10. Januar 2017)



## life long cv-prevention

---



## Dauerhafte Lebensstiländerungen zur cv-Prävention

---

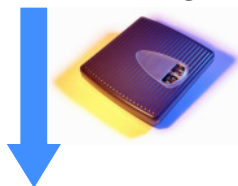
Alter Wein in neuen Schläuchen ?



## Lifestyle modifications to prevent CVD

---

Reduce weight



Increase physical activity



Moderate consumption of:

- alcohol
- sodium
- saturated fat
- cholesterol

Maintain adequate intake of dietary:

- potassium
- calcium
- magnesium

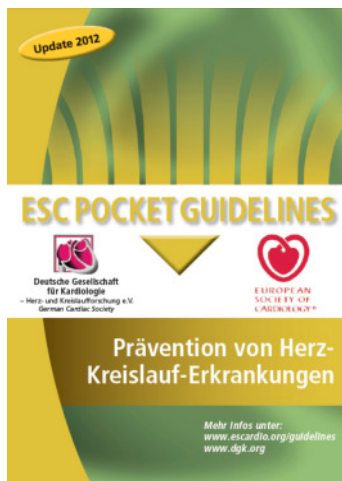


Avoid tobacco

*Joint National Committee VI: Arch Intern Med (1997)*



## Leitlinie 2012 – was war neu (1) ?



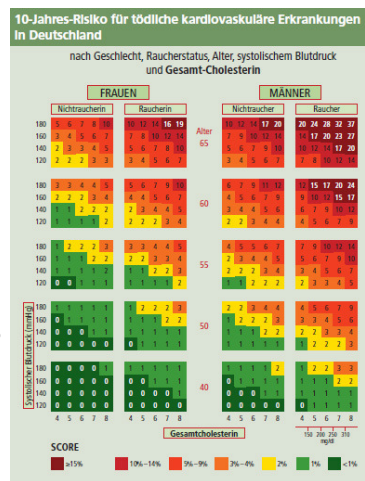
### 10-Jahresrisiko:

sehr hoch  $\geq 10\%$

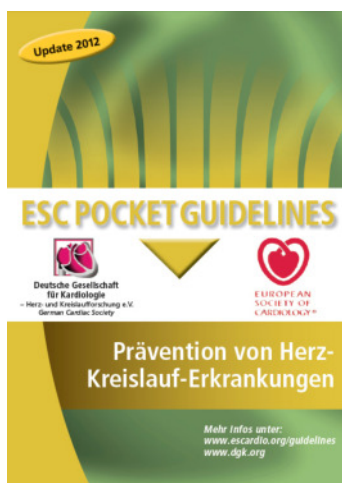
hoch 5 bis  $< 10\%$

mittel 1 bis  $< 5\%$

niedrig  $< 1\%$



## Leitlinie 2012 – was war neu (1) ?



### 10-Jahresrisiko:

sehr hoch  $\geq 10\%$

hoch 5 bis  $< 10\%$

mittel 1 bis  $< 5\%$

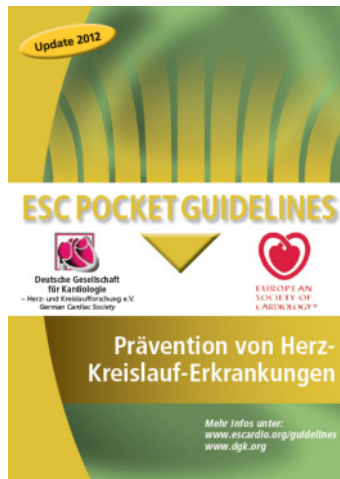
niedrig  $< 1\%$

	invasiv	medikamentös	Lebensstilber.	Kontrollen
sehr hoch $\geq 10\%$	x	x	x	x
hoch 5 bis $< 10\%$		x	x	x
mittel 1 bis $< 5\%$			x	x
niedrig $< 1\%$				x



## Leitlinie 2012 – was war noch neu (2) ?

---



- Bedeutung psychosozialer Risikofaktoren
- Hausärzte haben eine Schlüsselfunktion in der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen
- Jede Form von Passivrauchen ist zu vermeiden



## Rauchen und Gesetzgebung in D

---

**Juli 2007: Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden**

**Raucherinseln**



**Nichtraucherschutz in Restaurants**

**Ausnahmen:**



- Abgetrennte Nebenräume
- Festzelte
- Geschlossene Gesellschaften



## Leitlinie 2016 – rationales



### Prävention ist wirksam

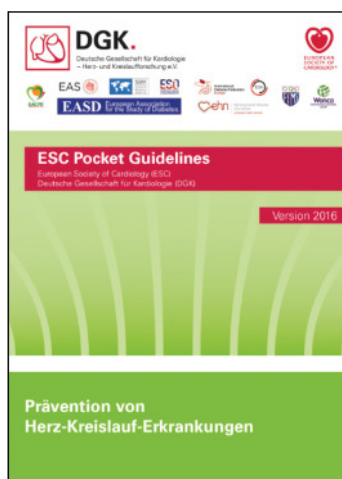
Die Eliminierung von gesundheitsgefährdendem Verhalten könnte mindestens 80% der kardiovaskulären Erkrankungen\* und sogar 40% der Krebserkrankungen verhindern.

### Prävention ist wirtschaftlich

\* Health Professional Follow-up Study



## Leitlinie 2016 – zwei Ziele



Unterstützung der Ärzte bei der Setzung von Prioritäten, der Risikobewertung und dem Management durch Lebensstil-Beratung sowie ggfls. der Verwendung v. Medikamenten.

Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Prävention bzw. einer Senkung der cv-Morbidität.



## Leitlinie 2016 – was ist neu ?

---



### Individualisiertes Vorgehen

Bei wem, wie und wann wirken  
Präventionsmaßnahmen am  
besten?

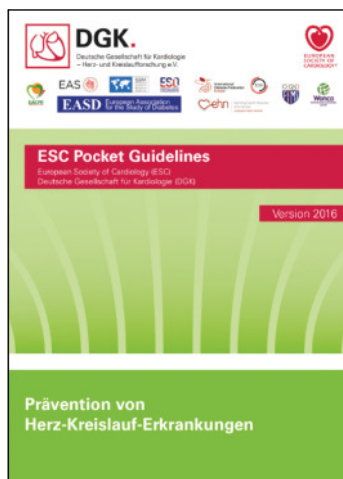
### ...und auf Bevölkerungsebene

Gesundheitspol. Vorschläge:  
Versorgungsstrukturen,  
Verbraucherschutz, Gesetze...



## Leitlinie 2016 – was ist neu ?

---



### ...und auf Bevölkerungsebene

- in Schulen, Vorschulen, Kindergärten
- am Arbeitsplatz
- Kennzeichnung von hochkalorischen Lebensmitteln
- Steuer auf ungesunde LM
- Werbeverbote, Gegenwerbung
- Erhöhung des Benzinpreises



## Beispiele für erfolgreiche Primärpräventionskampagnen

**Rauchfrei 2004**  
10.000 € zu gewinnen!

Wer raucht, ist arm dran

DER LETZTE ZUG

Welt-Nichtrauchertag 31. Mai

Nichtraucher-Initiative Deutschland e.V.  
**Rauchfrei aufwachsen!**  
<http://www.nichtraucherschutz.de>

## Beispiele für erfolgreiche Primärpräventionskampagnen

**Rauchzeichen**

Deutsche Herzstiftung

**Rauchen & Gesundheit**

Die Deutsche Herzstiftung informiert

- 74 Schulen im RheinMain-Gebiet
- eine Doppelstunde in der 7. Klasse
- jährlich > 12000 Schüler/innen
- validiert
- 65 Ärzt/innen (Stand 2/2017)



## -Projekt Rauchzeichen in 7. Klassen



- nächstes Treffen:  
08. März, 19:00h,  
bei der DHS

J. Thomas, M. Kaltenbach, O. Przibille uvam.....



## *Beispiel* für cv-Prävention am Arbeitsplatz

HELABA VITAL 2016  
HERZ UNTER STRESS



Helaba 

Deutsche  
Herzstiftung 

Über 300.000 Menschen erleiden in Deutschland jedes Jahr einen Herzinfarkt. Helaba VITAL hat sich dieses Thema zu „Herzen“ genommen und startet im November eine Vortragsreihe zum Thema „Herz unter Stress“.

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Herzstiftung Frankfurt am Main werden an drei Tagen, jeweils von 17:00 bis 19:00 Uhr, fachlich fundierte und praktische Vorträge zur mentalen Balance präsentiert.

Leitung: Eva Zöllner (Helaba)

Kooperationspartner: Prof. Dr. med. Thomas Wendt (Deutsche Herzstiftung e.V., Kardiologe, Präventions-, Rehabilitations-, Sozial- und Sportmediziner, Frankfurt)



# Besteuerung ungesunder Lebensmittel

Fastfood, Süßigkeiten, Softdrinks

01. November 2013 08:12 Uhr

## Mexiko beschließt Strafsteuer auf Dickmacher

Und bist du nicht willig... Um der grassierenden Fettsucht im Land zu Leibe zu rücken, erhebt Mexiko künftig Steuern auf Fettiges und Süßes.

## Kommt die Limo-Steuer weltweit?



# Gegen-Werbung (EU)



Seit dem 1. Oktober 2003 sind in allen Mitgliedstaaten der EU deutlich sichtbare Warnhinweise auf beiden Breitseiten jeder Zigarettenpackung vorgeschrieben.



## Gegen-Werbung (EU)

Parlamentsbeschluss

### EU führt Schockbilder auf Zigarettenpackungen ein

Raucherlungen, verfaulte Zähne und FüÙe: Künftig sollen Schockbilder auf Zigarettenpackungen den Europäern die Lust aufs Rauchen vermiesen. Das beschloss das EU-Parlament. Die strengeren Tabakrichtlinien gelten ab 2016.



Seit 20.05.2016 auch in D: schockieren statt informieren.



## Benzinpreise

### Empfehlungen für bevölkerungsweite Ansätze zur Förderung von körperlicher Aktivität/Sport (Fortsetzung)

	Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
	Erhöhte Kraftstoffsteuern sollten in Betracht gezogen werden, um einen aktiven Transport/ Pendlerverkehr zu fördern.	IIa	C



## Leitlinie 2016 – was ist neu ?

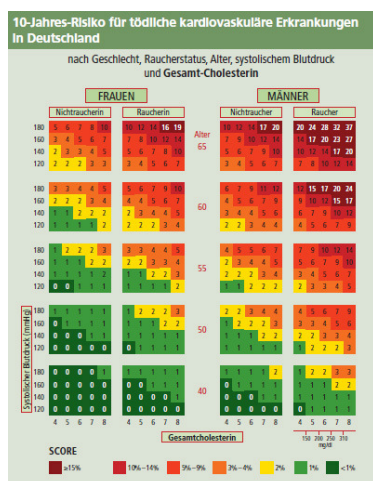


### Individualisiertes Vorgehen

- Screening aller gesunden Erwachsenen > 40J alle 5 Jahre
- Screening Jüngerer mit „relativem Risk Chart“
- Bei der individuellen Bewertung weitere cv-RF berücksichtigen
- Individuelle Beratung mit realistischen Zielen



## Risikoabschätzung mit dem SCORE-Chart (Systematic CORonary Risk Estimation)



- Systematisches, nicht nur „opportunistisches“ screening bei Gesunden über 40 J. alle 5 Jahre (I C)
- Nicht anwenden bei bereits nachgewiesenen Plaques oder per se hohem Risiko wie z.B. DM, chron. Niereninsuffizienz GFR < 30 (I C)
- Memo: alte Personen !
- Memo: junge Personen !



## Risikoabschätzung mit dem SCORE-Chart (Systematic COronary Risk Estimation)

### Diagramm zum relativen Risiko

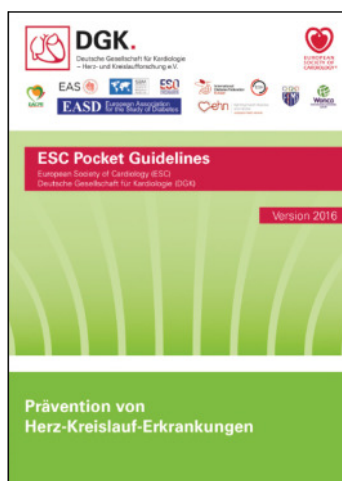
Dieses Diagramm kann bei jüngeren Personen mit Risikofaktoren, aber mit einem niedrigen absoluten Risiko eingesetzt werden, um ihnen zu zeigen, dass ihr Risiko im Vergleich zu anderen ihrer Altersgruppe größer als notwendig ist. Dies kann dabei helfen, die Betroffenen zum Rauchverzicht, zu einer gesunden Ernährung und zu körperlicher Aktivität zu motivieren, aber auch, um Personen zu identifizieren, die mittelfristig eine medikamentöse Prävention benötigen werden.

Systolischer Blutdruck (mmHg)	Nichtraucher					Raucher				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

© 2007 ESC



## Leitlinie 2016 – was ist neu ?



### Individualisiertes Vorgehen

- ✓ Screening aller gesunden Erwachsenen > 40J alle 5 Jahre
- ✓ Screening Jüngerer mit „relativem Risk Chart“
- Bei der individuellen Bewertung weitere cv-RF berücksichtigen
- Individuelle Beratung mit realistischen Zielen



## Einbeziehung weiterer Risikomodifikatoren

---

- sozioökonomischer status
- soz. Isolation, Stress, Feindseligkeit, Depression
- positive Familienanamnese ( $\sigma^{\text{♂}} < 55$ ,  $\text{♀} < 65$ )
- erhöhter BMI mit zentraler Adipositas
- mittels CT ermittelter koronarer Kalkscore
- Knöchel-Arm-Index  $< 0,9$



Erhöhung oder Senkung des SCORE-Wertes !



## Nicht-Einbeziehung bestimmter Parameter

---

- Keine Verwendung von DNA-Tests zur Risikobewertung (III B)
- Keine Verwendung von Biomarkern in Blut und Urin zur Risikobewertung (III B)
- Kein screening der Intima/Media-Dicke der Carotis zur Risikobewertung (III A)



## Einbeziehung weiterer Parameter

---

- › Es besteht ein Zusammenhang zwischen akuten Infekten der Atemwege, insbesondere zu der Zeit, zu der Grippeviren grassieren, und AML.

Empfehlung für Grippeimpfungen		
Empfehlung	Empf-grad	Evidenz-grad
Eine jährliche Grippeimpfung kann bei Patienten mit diagnostizierter CVD in Betracht gezogen werden.	IIb	C



## Einbeziehung weiterer Parameter

---

- › Bei Krebspatienten nach einer erfolgreichen Behandlung mit Chemotherapie oder Radiotherapie ist das Risiko für CVD erhöht.
- › Die höhere Inzidenz von CVD korreliert mit (der Kombination von) onkologischen Therapien und der Dosierungshöhe.
- › Das Vorliegen traditioneller kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Krebspatienten erhöht das kardiovaskuläre Risiko zusätzlich.

Empfehlungen für Patienten während/nach einer Krebsbehandlung		
	Empf-grad	Evidenz-grad
Bei Hochrisikopatienten, die sich einer Typ-I-Chemotherapie <sup>a</sup> unterziehen, sollte zur Prävention einer LV-Dysfunktion eine Kardioprotektion <sup>b</sup> in Betracht gezogen werden.	IIa	B
Während/nach einer onkologischen Behandlung sollte bei den Krebspatienten eine Optimierung des kardiovaskulären Risikoprofils in Betracht gezogen werden.	IIa	C

<sup>a</sup> Fluorouracil





## Einbeziehung weiterer Parameter

- › Rheumatoide Arthritis erhöht das kardiovaskuläre Risiko – unabhängig von den konventionellen Risikofaktoren – mit einem relativen Risiko von 1,4 bis 1,5 bei Männern bzw. Frauen.
- › Es gibt zunehmend Belege dafür, dass andere Immunerkrankheiten wie Spondylitis ankylosans oder frühe schwere Psoriasis ebenfalls das kardiovaskuläre Risiko erhöhen, wobei das relative Risiko ähnlich wie bei rheumatoider Arthritis ist.
- › Eine Post-hoc-Analyse von zwei klinischen Studien mit Statin legt nahe, dass die relative Verminderung der CVD-Inzidenz bei Autoimmunerkrankheiten vergleichbar der bei anderen Krankheiten ist.

Empfehlungen bei Autoimmunerkrankheiten		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei rheumatoider Arthritis sollte ein Multiplikationsfaktor von 1,5 für das kardiovaskuläre Risiko in Betracht gezogen werden, vor allem bei starker Krankheitsaktivität.	IIa	B
Die Anwendung des Multiplikationsfaktors 1,5 für das kardiovaskuläre Risiko kann auch bei anderen entzündlichen Autoimmunerkrankheiten als rheumatoider Arthritis je nach Aktivität/Schwere der Krankheit beim individuellen Patienten erwogen werden.	IIb	C



## Einbeziehung weiterer Parameter

- › Eine Reihe gynäkologischer Komplikationen, insbesondere Präeklampsie und schwangerschaftsbedingte Hypertonie, sind mit einem höheren CVD-Risiko in späteren Lebensjahren assoziiert. Dieses erhöhte Risiko ist zumindest teilweise durch Hypertonie und Diabetes mellitus zu erklären.

Empfehlungen für gynäkologische Erkrankungen		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei Frauen, bei denen zuvor eine Präeklampsie und/oder schwangerschaftsbedingte Hypertonie aufgetreten sind, sollte ein regelmäßiges Screening auf Hypertonie und Diabetes mellitus in Betracht gezogen werden.	IIa	B
Bei Frauen, bei denen zuvor ein polyzystisches Ovarialsyndrom oder ein Schwangerschafts-Diabetes aufgetreten ist, sollte ein regelmäßiges Screening auf Diabetes mellitus in Betracht gezogen werden.	IIa	B
Bei Frauen, die eine oder mehrere Frühgeburten hatten, kann ein regelmäßiges Screening auf Hypertonie und Diabetes mellitus in Betracht gezogen werden.	IIb	B





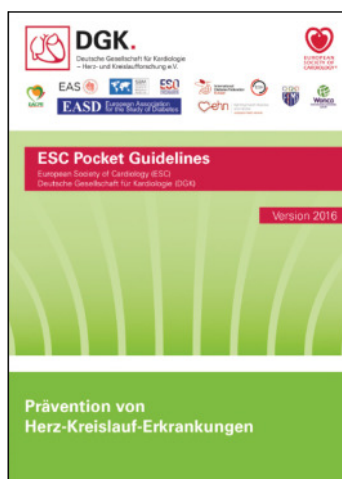
## Einbeziehung weiterer Parameter

- Das CVD-Risiko von Einwanderern unterscheidet sich von Gruppe zu Gruppe stark. Bei einer Herkunft aus Südasien oder der Sub-Sahara ist das Risiko höher, bei Chinesen und Südamerikanern hingegen kleiner.
- Charakteristisch für Südasiaten ist eine hohe Prävalenz und gleichzeitig unzulängliche Behandlung von Diabetes mellitus.
- Die gegenwärtigen Algorithmen zur Risikoabschätzung gestatten keine angemessene Abschätzung des CVD-Risikos bei ethnischen Minderheiten.

Empfehlung für ethnische Minderheiten		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei einer CVD-Risikobewertung sollte die ethnische Herkunft berücksichtigt werden.	IIa	A



## Leitlinie 2016 – was ist neu ?



- ### Individualisiertes Vorgehen
- ✓ Screening aller gesunden Erwachsenen > 40J alle 5 Jahre
  - ✓ Screening Jüngerer mit „relativem Risk Chart“
  - ✓ Bei der individuellen Bewertung weitere cv-RF berücksichtigen
  - Individuelle Beratung mit realistischen Zielen



## Individuelle Beratung - Verhaltensänderung

Empfehlungen zum Erleichtern von Verhaltensänderungen		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bewährte kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien (z. B. motivierende Gesprächsführung) werden empfohlen, um eine Änderung der Lebensweise zu erleichtern.	I	A
Eine Beteiligung multidisziplinärer Fachkräfte des Gesundheitswesens (zum Beispiel Schwestern/Pfleger, Diätassistenten, Psychologen) wird empfohlen.	I	A
Bei Personen mit sehr hohem CVD-Risiko werden Ansätze empfohlen, bei denen medizinische Ressourcen mit Aufklärung über gesunde Lebensweise, körperliche Aktivität/Sport, Stressmanagement und Beratung zu psychosozialen Risikofaktoren kombiniert werden.	I	A



## Individuelle Beratung – psychosoziale Faktoren

Empfehlungen für psychosoziale Faktoren		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei Patienten mit diagnostizierter CVD und psychosozialer Belastung werden kombinierte Verhaltensinterventionen unter Einbeziehung von Gesundheitserziehung, körperlicher Aktivität/Sport und psychologischer Therapie zur Bewältigung psychosozialer Risikofaktoren und der Erkrankung selbst empfohlen, um die psychosoziale Gesundheit zu verbessern.	I	A
Bei klinisch relevanten Symptomen von Depression, Angstgefühlen oder Feindseligkeit sollte eine Überweisung zur Psychotherapie, medikamentösen oder kooperativen Versorgung in Betracht gezogen werden.	IIa	A
Die Behandlung psychosozialer Risikofaktoren zur Prävention einer KHK sollte erwogen werden, wenn der Risikofaktor selbst behandlungsbedürftig ist (zum Beispiel Depression) oder die klassischen Risikofaktoren negativ beeinflusst.	IIa	B



## Individuelle Beratung – körperliche Aktivität

Empfehlungen für körperliche Aktivität/Sport		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Gesunden Erwachsenen aller Altersklassen wird mindestens 150 Minuten gemäßigtes aerobes Fitnesstraining in der Woche (je 30 Minuten an 5 Tagen/Woche) oder 75 Minuten/Woche intensives aerobes Fitnesstraining (je 15 Minuten an 5 Tagen/Woche) oder eine gleichwertige Kombination beider empfohlen.	I	A
Um den Nutzen bei gesunden Erwachsenen zu erhöhen, wird eine allmähliche Steigerung der Dauer von gemäßigtem aerobem Fitnesstraining auf 300 Minuten in der Woche bzw. auf 150 Minuten in der Woche bei intensivem aerobem Fitnesstraining empfohlen. Auch hier ist eine Kombination möglich.	I	A
Eine regelmäßige Erfassung und Beratung zur körperlichen/ sportlichen Aktivität wird empfohlen, um das Engagement zu verbessern und nötigenfalls eine Steigerung der körperlichen/ sportlichen Aktivität im Lauf der Zeit zu unterstützen. <sup>8</sup>	I	B
Personen mit geringem Risiko wird Sport uneingeschränkt empfohlen.	I	C
Sport sollte mehrmals die Woche betrieben werden, jeweils ≥ 10 Minuten dauern und gleichmäßig über die Woche verteilt werden, d.h. auf 4–5 Tage in der Woche, vorzugsweise täglich.	IIa	B
Personen mit bevorzugt sitzender Lebensweise mit CV-Risikofaktoren, die eine intensivere körperliche Aktivität beabsichtigen, sollten sich zuvor einer sorgfältigen klinischen Untersuchung (einschl. Belastungstest) unterziehen.	IIa	C



## Individuelle Beratung - Rauchen

Empfehlungen für den Umgang mit dem Thema Rauchen		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Es wird empfohlen, Raucher zu erkennen und ihnen wiederholt Unterstützung für das Nichtrauchen anzubieten mit Nachbetreuung, Nikotinersatztherapie, Vareniclin und Bupropion einzeln oder in Kombination.	I	A
Es wird empfohlen, mit dem Rauchen von Tabakwaren und anderen pflanzlichen Produkten aufzuhören, weil dieses ein unabhängiger und starker Kausalfaktor von CVD ist.	I	B
Ebenfalls wird empfohlen, Passivrauchen zu vermeiden.	I	B



## Individuelle Beratung - Ernährung

Empfehlungen zur Ernährung		
Empfehlung	Empf.-grad	Evidenzgrad
Eine gesunde Ernährung ist bei allen Menschen ein Grundstein der CVD-Prävention.	I	B

Eine gesunde Ernährung besteht aus
› Gesättigte Fettsäuren, nicht mehr als 10% der Gesamtenergieaufnahme, zu erreichen durch Ersatz mit mehrfach ungesättigten Fettsäuren.
› Trans-Fettsäuren: möglichst wenig, möglichst nicht aus verarbeiteten Lebensmitteln und < 1% der Gesamtenergieaufnahme aus natürlichen Quellen.
› < 5 g Salz täglich.
› 30-45 g Ballaststoffe täglich, möglichst aus Vollkornprodukten.
› ≥ 200 g Früchte täglich in 2-3 Portionen.
› ≥ 200 g Gemüse täglich in 2-3 Portionen.
› Fisch ein- bis zweimal in der Woche, einmal davon fettreichen Fisch.
› 30 g ungesalzene Nüsse täglich.
› Alkoholische Getränke nicht mehr als 2 Gläser (entsprechend 20 g Alkohol) täglich bei Männern und 1 Glas (entsprechend 10 g Alkohol) täglich bei Frauen.
› Vom Konsum gezuckerter Softdrinks und alkoholischer Getränke ist abzuraten.



## Individuelle Beratung - LDL

Mögliche Interventionsstrategien je nach CV-Gesamtrisiko und LDL-C-Konzentration	LDL-C-Konzentration				
	<70 mg/dl <1,8 mmol/l	70 bis <100 mg/dl 1,8 bis <2,6 mmol/l	100 bis <155 mg/dl 2,6 bis <4,0 mmol/l	155 bis <190 mg/dl 4,0 bis <4,9 mmol/l	≥ 190 mg/dl ≥ 4,9 mmol/l
CV-Gesamtrisiko (SCORE) %	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Empfehlungsgrad/ Evidenzgrad	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
≥ 1% bis <5%	Beratung zur Lebensweise	Beratung zur Lebensweise	Beratung zur Lebensweise, wenn unbehandelt, medikamentöse Therapie erwägen	Beratung zur Lebensweise, wenn unbehandelt, medikamentöse Therapie erwägen	Beratung zur Lebensweise, wenn unbehandelt, medikamentöse Therapie erwägen
Empfehlungsgrad/ Evidenzgrad	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	I/A
≥ 5% bis <10%, bzw. hohes Risiko	Beratung zur Lebensweise	Beratung zur Lebensweise, wenn unbehandelt, medikamentöse Therapie erwägen	Beratung zur Lebensweise plus medikamentöse Therapie	Beratung zur Lebensweise plus medikamentöse Therapie	Beratung zur Lebensweise plus medikamentöse Therapie
Empfehlungsgrad/ Evidenzgrad	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
≥ 10% bzw. sehr hohes Risiko	Beratung zur Lebensweise, wenn unbehandelt, medikamentöse Therapie erwägen	Beratung zur Lebensweise plus medikamentöse Therapie	Beratung zur Lebensweise plus medikamentöse Therapie	Beratung zur Lebensweise plus medikamentöse Therapie	Beratung zur Lebensweise plus medikamentöse Therapie
Empfehlungsgrad/ Evidenzgrad	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A



## Weitere, konkrete LL-Empfehlungen zu...

---

Diabetes  
Hypertonie  
KHK  
Herzinsuffizienz  
Hirngefäßerkrankungen  
pAVK  
Vorhofflimmern  
Karzinombegleiterkrankungen  
Alkoholmißbrauch  
Pharmakotherapie



## 3 Wünsche als take home message

---

### Empfehlung für die Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Grundversorgung

Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Es wird empfohlen, dass Allgemeinärzte, Schwestern/Pfleger und alle anderen Mitarbeiter im Bereich der Grundversorgung zur CVD-Prävention bei Patienten mit hohem Risiko beitragen.	I	C

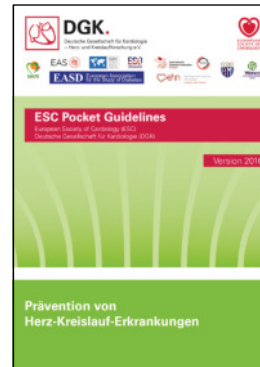
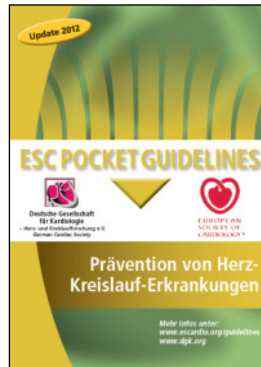
### Empfehlung für CVD-Präventionsstrategien bei akuter Krankenhauseinweisung

Empfehlung	Empf.-grad	Evidenz-grad
Es wird empfohlen, Strategien für die Prävention bei CVD-Patienten zu implementieren, die bei einem akuten Ereignis vor der Entlassung aus dem Krankenhaus wirksam werden, wie Änderungen der Lebensweise, Risikofaktormanagement und pharmakologische Optimierung, um auf diese Weise das Risiko von Mortalität und Morbidität zu senken.	I	A



# Guideline Update 2017:

Frankfurt, 18. Februar 2017



<https://leitlinien.dgk.org/>