Die Werkzeugkiste des Familienarztes

In unserer neuen Serie «Die Werkzeugkiste des Familienarztes» geht nicht um physische, sondern um intellektuelle Werkzeuge für unsere tägliche Arbeit. Wir stellen Ihnen in lockerer Folge validierte Tools vor, die einige vermutlich schon kennen und anwenden. Andere haben vielleicht nur davon gehört, haben aber keinen Zugang dazu gefunden. Das Ziel dieser Serie: eine kritische Würdigung existierender Instrumente, im Hinblick darauf, ob sie uns bei der Arbeit nützen und unsere Ergebnisse dadurch effizienter werden. Und natürlich die Web-Adressen, wo sie abholbar sind.

Eine Medizinzeitschrift lebt von der Aktivität ihrer Leserinnen und Leser. Verwenden Sie in der Praxis Instrumente, die Ihnen gefallen und die Sie in unsere Serie einbringen wollen? Wollen Sie Inputs zu bereits vorgestellten Instrumenten geben? Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge! Sie erreichen den zuständigen Redaktor, Stefan Neuner, per Mail unter sneuner[at]bluewin.ch. Danke!

Stefan Neuner-Jehle

Kardiovaskuläre Risikorechner

Ein Beitrag aus der Reihe «Die Werkzeugkiste des Familienarztes»

Die Rechner übersetzen kardiovaskuläre Risikofaktoren in ein 10-Jahres-Risiko, an einem kardiovaskulären Ereignis (Myokardinfarkt, Apoplexie) zu erkranken oder zu sterben. Dadurch kann beim Patienten Motivation für eine Intervention (Verhaltensänderung, Medikation) oder Beruhigung (Niedrigrisikoträger) generiert werden. Hierzulande sind vor allem zwei Rechner gebräuchlich: derjenige der AGLA und derjenige der ESC, seltener auch der deutsche Arriba. Alle sind online frei zugänglich.

Vor- und Nachteile

AGLA-Rechner (www.agla.ch)

- Zeigt Morbiditätsdaten auf, die logischerweise höher ausfallen als Mortalitätsdaten, macht damit mehr «Eindruck» beim Patienten.
- Bei hohem Risiko keine genaue Prozentangabe mehr.
- Die Datengrundlage (PROCAM-Kohorte) ist mit rund 5000 Probanden – nur Männern – bescheiden.

AGLA Risiko-Score

1) Punktwerte je Risikofaktor und Ausprägung		Systolischer Blutdruck (mmHg)		LDL-Cholesterin (mmol/l)	
		< 120	0	< 2.59	0
Alter (Jahre)		120–129	2	2.59–3.36	5
35–39	0	130–139	3	3.37–4.13	10
40–44	6	140–159	5	4.14–4.91	14
45–49	11	≥ 160	8	≥ 4.91	20
50–54	16	Diabetes mellitus		Triglyzeride (mmol/l)	
55–59	21	Nein	0	< 1.14	0
60–65	26	Ja	6	1.14–1.70	2
Positive Familienanamnese		HDL-Cholesterin (mmol/l)		1.71–2.27	3
Nein	0	< 0.91	11	≥ 2.28	4
Ja	4	0.91–1.16	8		
Zigarettenraucher		1.17–1.41	5		
Nein	0	≥ 1.42	0		
Ja	8				

2) Addition der Punktwerte aller Risikofaktoren

3) Absolutes 10-Jahres-Risiko für ein akutes Koronarereignis nach Gesamtpunktzahl

10-Jahres-Risiko für die Schweiz in %*	
0–24 P.	< 1
25–31 P.	1–2
32–41 P.	2–5
42–49 P.	5–10
50–58 P.	10–20
> 58 P.	> 20

Abbildung 1
AGLA Risiko-Score: Schätzung des kardiovaskulären Gesamtrisikos.

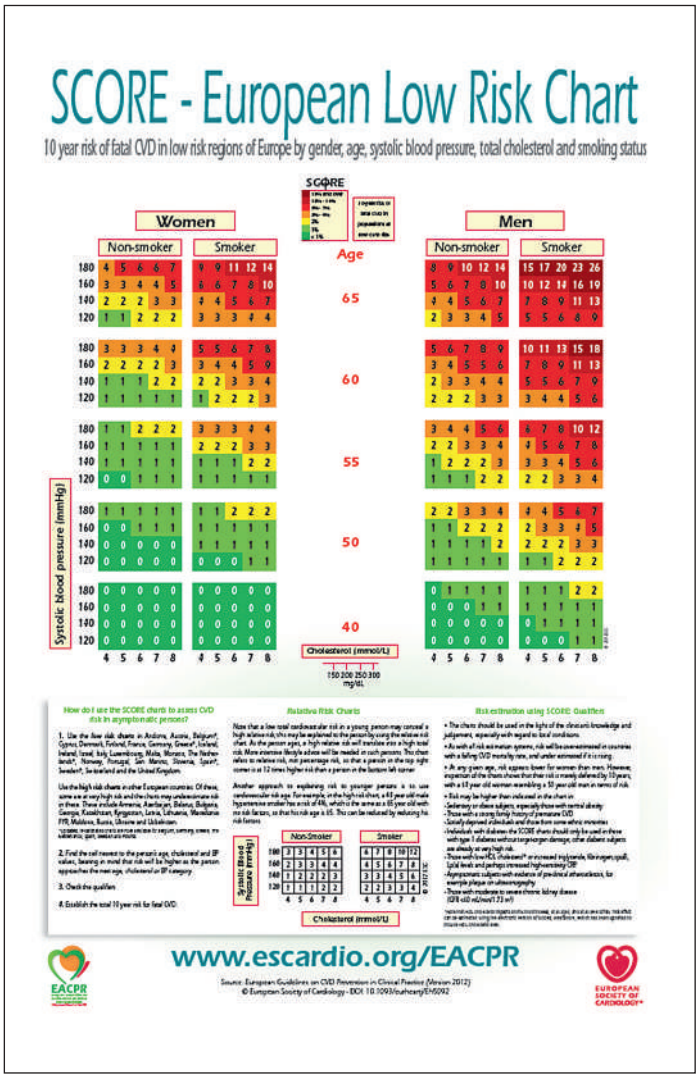

Abbildung 2
SCORE Risk Charts: The European cardiovascular disease risk assessment model.

SCORE (www.escardio.org/communities/EACPR/toolbox)
- Gibt Mortalitätsdaten, die tief scheinen; dies kann bagatellisierend wirken.
- Gepooltes Datenset, mit rund 250 000 Männern und Frauen solide.

Medcalc (www.medcalc.com/heartrisk.html)
- Bedient sich der Framingham-Kohorte und zeigt Morbiditätswerte an.
- Die Website ist auch eine Fundgrube für Rechner in allen möglichen klinischen und epidemiologischen Situationen.

Cardiac Risk Score (www.riskscore.org.uk)
- Der Score aus England beruht auf einem Set von rund 47 000 Europäern und Amerikanern.
- Gibt Mortalitätsdaten und eine Bewertung in vier Risikokategorien.

Arriba (www.arriba-hausarzt.de)
- Bietet nebst gefälligen Grafiken, welche die errechneten Risiken für Patienten verständlicher machen, downloadbare Interventionsvorschläge für die Beratung an.

www.scopri.ch/riskalgorithms.htm
- Statistik-Freaks finden auf der Seite von Michel Romanens und Franz Ackermann aus Olten eine Fülle von Daten, generiert mit verschiedenen Datensets und Algorithmen.

Fazit

Die einzufüllenden Risikofaktoren sind bei allen Rechnern ähnlich, mit kleinen Varianten.

Körperliche Inaktivität oder Stress-Level sind leider in keinem der Rechner vertreten, weil sie trotz ihrer Bedeutung schwierig in Daten übersetzbar sind. Auch dass das Rauchen überall dichotom (ja/nein) und nicht quantitativ (Anzahl Zigaretten pro Tag oder packyears) erfasst wird, ist ein Manko.

Letztlich bieten uns die Rechner Schätzungen, nicht genaue Punktwerte. Dem Benefit der gebesserten Motivation und Adhärenz zur Therapie steht das «Nocebo» von angefachter Angst gegenüber.

Korrespondenz:
Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH
Institut für Hausarztmedizin Zürich
Pestalozzistrasse 24
8091 Zürich
sneuner[at]bluewin.ch