

Leserbrief

Kardiovaskuläre Risiko- rechner für über 65-jährige?



Betrifft: Die Werkzeugkiste des Familienarztes: kardiovaskuläre Risikorechner [1]

Als pensionierten Hausarzt beginnen mich gewisse Dinge zunehmend aus Patientenoptik zu interessieren. So habe ich vor kurzem versucht, mein kardiovaskuläres Risiko mit dem AGLA-Rechner zu bestimmen, und habe dabei festgestellt, dass über 65-jährige dort schlicht nicht mehr vorkommen. Da haben es die US-amerikanischen Patienten besser: Auf der Webseite von uptodate.com [2] finden sie einen Calculator, wo Menschen über 65 Jahren noch Antworten finden können – weil sie dort («trotz» ihres Alters) noch berücksichtigt werden.

Denn: Die Frage zum Beispiel, ob ein Statin nach Alter 70 in der Primärprävention noch Sinn machen kann, ist doch legitim. Dass sie nicht einfach zu beantworten ist, kann ich verstehen. Aber dass man sie wenigstens stellen darf und bei einem gängigen kardiovaskulären Risikorechner bei der Datenbeschaffung Unterstützung für die individuelle Beantwortung bekommen kann, ist aus meiner Optik (nun eben aus Sicht des Patienten) doch nicht zu viel erwartet.

Dr. med. Urs Keller-Schnider, 4543 Deitingen

- 1 Neuner-Jehle S. Kardiovaskuläre Risikorechner. *PrimaryCare*. 2012;12(18):350–1–
- 2 www.uptodate.com, «cardiovascular calculator» als Suchbegriff eingeben
- 3 Hippisley-Cox J et al. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. *BMJ*. 2008;336:1475–82. – QRISK2-Rechner bei: www.patient.co.uk
- 4 Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. *Lancet*. 2010; 376:1670–81.
- 5 Ray KK, et al. *Arch Intern Med*. 2010;170(12):1024–31.
- 6 Shepherd J, et al. The PROSPER trial. *Lancet*. 2002;23(9346):1623–30.

Replik

Vielen Dank, lieber Kollege Urs Keller, für den interessanten Input. Die Alterslimitation ist eine Schwäche der Framingham- und PROCAM-basierten «traditionellen» Rechner. Mit zunehmender Alterung dieser Kohorten und deren Re-Analysen bieten aber schon einige Rechner höhere Alterskategorien an, die bis 80 (allgemeines kardiovaskuläres Risiko) oder sogar 85 (Hirnschlagrisiko) Lebensjahre [2, 3] reichen.

Naturgegeben ist das Risiko für Herz-Kreislaufereignisse stark mit dem Älterwerden assoziiert. Die Prognose des individuellen Risikos hat für die Arzt-Patienten-Kommunikation zwar schon einen Nutzen, dieser ist aber dadurch eingeschränkt, dass zum Beispiel die Lipidsenkung mit Statinen in der Primärprävention (inklusive Risikoträgern) umstritten und nicht evident ist [4, 5]. Bestehen aber schon eine Gefässerkrankung, ein Diabetes oder multiple kardiovaskuläre Risiken, so ist das Risiko für ein Ereignis natürlich überdurchschnittlich hoch, und dann bringt der Einsatz eines Statins – sekundärprophylaktisch – auch bei Menschen über 70 mehr Nutzen. Weil der Faktor «Alter» immer noch einer der stärksten Arteriosklerosetreiber ist, bleibt der Nutzen aber eher bescheiden: Die absolute Risikoreduktion in einer Population wie oben beschrieben (70- bis 82-jährige Patienten, ein Statin über eine Dauer von drei Jahren) betrug rund 2%, die NNT also 50 [6].

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, Autor Toolbox-Serie, Redaktor *PrimaryCare*