



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –  
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org  
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

**Pressemitteilung**

*Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2007*

## **Prävalenz des Metabolischen Syndroms in Deutschland in Abhängigkeit von der verwendeten Definition: Aktuelle Daten aus dem German-Metabolic-and-Cardiovascular-Risk-Project (GEMCAS)**

**Dr. Susanne Moebus et al., Essen**

**Donnerstag, 12. April 2007 (Steigenberger, Festsaal), 8 – 9.30 Uhr**

Das Metabolische Syndrom (MetS) ist eine Verknüpfung kardiovaskulärer Risikofaktoren wie arterieller Hypertonie, erhöhtem Bauchumfang, verminderter Glukosetoleranz, einer Erhöhung der Triglyzeride und niedriger HDL-Cholesterin-Werte. Ihr partiell gemeinsames Auftreten erhöht die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes und kardiovaskulärer Komplikationen. Während das MetS zwar schon seit über 80 Jahren bekannt ist, hat es erst in den vergangenen Jahren eine erhöhte Aufmerksamkeit erfahren, die in der weltweiten Zunahme von Übergewicht begründet ist. Die Komponenten des MetS vereint ihr Bezug zum Stoffwechsel und zu individuellen Verhaltensweisen: Es kann durch Gewichtskontrolle, Ernährungsweise und körperliche Aktivität erheblich beeinflusst werden.



Dr. Susanne Moebus

Die Abschätzung der Prävalenz gestaltet sich aufgrund häufiger Überarbeitungen der Definition des MetS schwierig. Die älteste Definition der WHO von 1999 wurde 2001 von der NCEP/ATP-III-Definition praktisch abgelöst. Diese wurde wiederum in den Jahren 2004 und 2005 von der AHA/NHLBI modifiziert. Die IDF hat im Jahr 2005 eine so genannte weltweite Definition verabschiedet.

Unterschiede in den Definitionen liegen in der Grenzwertsenkung für den Blutzucker und den Taillenumfang sowie in der Berücksichtigung einer bestehenden Pharmakotherapie für Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen oder Diabetes. Wesentliche Unterschiede zwischen der Definition von 2004 und der IDF 2005 ist eine deutlich Grenzwertsenkung für die abdominale Adipositas von > 102 Zentimeter für Männer und > 88 Zentimeter für Frauen (AHA/NHLBI 2004) auf > 94 cm / 80 cm sowie die Betonung der abdominalen Adipositas als zwingenden Bestandteil des Metabolischen Syndroms.

Gegenstand der durchgeführten Analyse war die Bestimmung der Prävalenz des Metabolischen Syndroms in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Dazu wurden im Oktober 2005 in bundesweit 1511 zufällig ausgewählten Arztpraxen 35.869 konsekutive Patienten dokumentiert und die zur Bestimmung der Prävalenz des Metabolischen Syndroms erforderlichen Parameter erhoben. Die Patienten im Alter von 18 bis 99 Jahre hatten im Mittel einen BMI von 27, und rund 25 Prozent waren aktuell Raucher. 15,4 Prozent aller Patienten gaben kardiovaskuläre Ereignisse in der Eigenanamnese an.

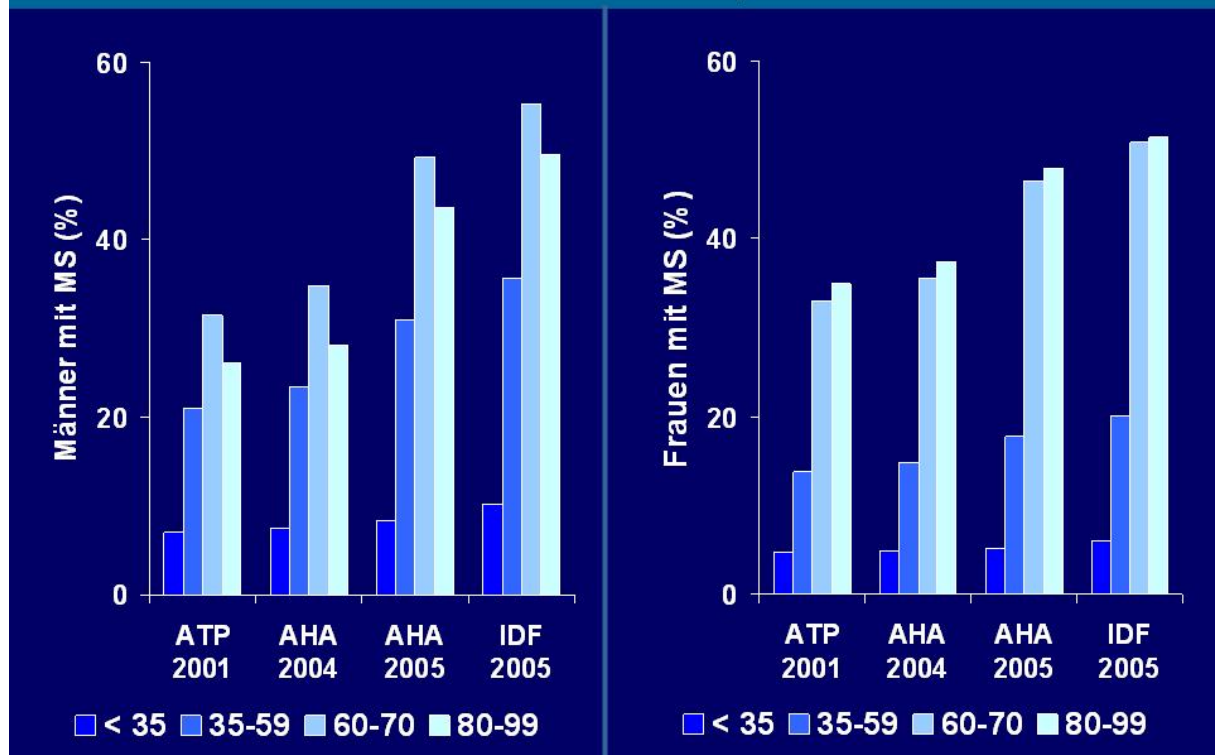
Kernergebnis der vorliegenden Untersuchung war, dass die Prävalenz des Metabolischen Syndroms mit dem Alter deutlich stieg und häufiger bei Männern als bei Frauen diagnostiziert wurde (Ausnahme: Frauen zwischen 80 und 99 Jahren). In Abhängigkeit von der verwendeten Definition stieg die Prävalenz von 19,8 Prozent nach der 2001 NCEP/ATP-III-Definition, 21,5 Prozent (AHA 2004) auf 28,0 Prozent (AHA 2005). Die höchste Prävalenz wurde allerdings mit 31,3 Prozent bei Verwendung der IDF-Definition gefunden, im Wesentlichen verursacht durch die verschärften Kriterien für das Vorliegen einer abdominalen Adipositas. Die verschärften Definitionen wirken sich besonders bei jungen Männern (< 35 Jahre) aus, wenn sie sich auch quantitativ mit zunehmendem Alter am stärksten bemerkbar machten. So nahm zum Beispiel bei den Männern zwischen 60 und 70 Jahren die Prävalenz von 32 Prozent auf über 55 Prozent zu. Für Frauen waren etwas geringere, aber im Wesentlichen vergleichbare Anstiege (33 auf 51 %) zu verzeichnen.

Unter Zugrundelegung gleicher Grenzwerte ist die Prävalenz des Metabolischen Syndroms in Deutschland insgesamt etwas höher als in vergleichbaren Untersuchungen in Irland, Italien, Frankreich und asiatischen Ländern, aber niedriger als zum Beispiel in den USA oder auch Großbritannien. Eine Rationale für die Festlegung einzelner Grenzwerte wie für den Bauchumfang ist nicht erkennbar und scheint eher willkürlich erfolgt zu sein. Die GEMCAS-Analysen zeigen, dass die kontroversen Debatten um das Metabolische Syndrom allein durch die sich ständig ändernden Definitionen nicht beendet werden können. Letztlich bleibt die Frage offen, welche Konsequenzen die Diagnose Metabolisches Syndrom für ärztliches Handeln hat.

## Definitionen

Risk factor	NCEP ATP III, 2001	AHA/NHLBI 2004	AHA/NHLBI 2005	IDF 2005
Abdominal Obesity	Waist M >102 cm W > 88 cm	Waist M >102 cm W > 88 cm	Waist <b>M ≥102 cm*</b> <b>W ≥ 88 cm*</b>	Waist (mandatory) <b>M ≥94 cm</b> <b>W ≥ 80 cm</b>
Blood pressure	≥130 mm Hg SBP / ≥85 mm Hg DBP	≥130 mm Hg SBP / ≥85 mm Hg DBP	≥130 mm Hg SBP / ≥85 mm Hg DBP <b>or drug treatment</b>	≥130 mm Hg SBP / ≥85 mm Hg DBP <b>or drug treatment</b>
Fasting Glucose	≥110 mg/dL or known Diabetes	<b>≥100 mg/dL</b> or known Diabetes	≥100 mg/dL or known Diabetes	≥100 mg/dL or known Diabetes
Triglyceride (TG)	≥150 mg/dL	≥150 mg/dL	≥150 mg/dL <b>or drug treatment</b>	≥150 mg/dL <b>or drug treatment</b>
HDL-Cholesterol (HDL-C)	M <40 mg/dL W <50 mg/dL	M <40 mg/dL W <50 mg/dL	M <40 mg/dL W <50 mg/dL <b>or drug treatment</b>	M <40 mg/dL W <50 mg/dL <b>or drug treatment</b>

## Prävalenz des metabolischen Syndroms nach Alter



## Prävalenz des metabolischen Syndroms in GEMCAS

