

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Editorial: Optimale lipidsenkende Therapie bei sehr hohem kardiovaskulärem Risiko

Pogran E, Burger A, Drexel H
Huber K

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology* 2025; 32
(5-6), 85-86

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Medtronic

Engineering the extraordinary

Expert 2 Expert 2026

15.01. – 17.01.2026, Linz



**Gemeinsam für eine
bessere Patientenversorgung.**



OmniaSecure



Micra 2



Aurora



Affera



LINQ II



TYRX

Vorabmeldung aufgrund limitierter Plätze notwendig.

Bei Interesse bitte bei Ihrem Medtronic Außendienstmitarbeiter anfragen.

Optimale lipidsenkende Therapie bei sehr hohem kardiovaskulärem Risiko

E. Pogran^{1,2}, A. Burger^{1,2}, H. Drexel³, K. Huber^{2,4}

¹Klinik Ottakring, ³rd Medical Department for Cardiology and Intensive Care Medicine, Vienna, ²Sigmund Freud University, Medical Faculty, Vienna, ³Vorarlberg Institute for Vascular Investigation and Treatment (VIVIT), Feldkirch, ⁴Ludwig Boltzmann-Institute for Cardiovascular Research, Vienna, Austria

■ Zusammenfassung

Die historische Unterteilung in Primär- oder Sekundärprävention hat in der Vergangenheit häufig dazu geführt, dass vor allem die Sekundärprävention nach akutem Koronarsyndrom (ACS) und weniger öfter nach koronarer Intervention bei chronischem Koronarsyndrom (CCS) als wichtig erachtet, aber in der klinischen Praxis häufig nicht nach Vorgabe der jüngsten Leitlinien durchgeführt wurde. Zusätzlich erhalten Hochrisikopatienten ohne Gefäßbeteiligung noch seltener eine optimale Lipidsenkung.

Mit diesem Editorial soll ein Umdenken bei behandelnden Ärztinnen und Ärzten, aber auch bei Patienten hinsichtlich der erforderlichen optimalen LDL-C-Senkung bei allen Patienten mit sehr hohem kardiovaskulärem (atherosklerotischem / thrombotischem / ischämischem) Risiko eingeleitet werden.

■ Hintergrund und Leitlinien-Empfehlungen

Die Optimierung der lipidsenkenden Strategien bei Hochrisikopatienten erfordert einerseits den Beginn mit einer Kombinationstherapie (Statin plus Ezetimib) und kurzfristige Kontrollen mit Therapie-Optimierung [1, 2], besonders aber ein Umdenken jenseits traditioneller Präventionsstrategien. Daher plädiert dieses Editorial für einen aggressiven und frühen Ansatz in der lipidsenkenden Therapie bei drei Schlüsselgruppen mit sehr hohem kardiovaskulärem (atherosklerotischem / thrombotischem / ischämischem) Risiko: Patienten mit akutem Koronarsyndrom (ACS), Patienten mit chronischem Koronarsyndrom (CCS), aber auch bei Personen mit sehr hohem kardiovaskulärem Risiko ohne nachgewiesene atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung (ASCVD). Die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Prävention wird dadurch zunehmend irrelevant; stattdessen sollte der Fokus auf der Erreichung optimaler LDL-C-Werte zur Vermeidung von Erst- und Wiederholungsereignissen bei den genannten Schlüsselgruppen liegen.

Trotz klarer Leitlinienempfehlungen besteht noch immer eine erhebliche Diskrepanz zwischen evidenzbasierten Behandlungsstrategien und dem realen Management einer Hypercholesterinämie (LDL-C-Erhöhung). Die Angst vor einer drastischen LDL-C-Senkung ist unbegründet, da keine Schäden durch eine aggressive Lipidsenkung nachgewiesen wurden. Dennoch bleiben im internationalen Kontext bis zu 80 % der Patienten untertherapiert und erreichen nicht die empfohlenen LDL-C-Zielwerte. Verschiedene Gründe (mangelndes Wissen, Verschreibungsoptionen, aber auch die Patientenadhärenz) tragen zu diesem Defizit bei [2]. Es ist daher ein

rasches Umdenken erforderlich, welches alle kardiovaskulären Hochrisikopatienten als Kandidaten für eine intensiviertere lipidsenkende Therapie betrachtet.

Die rezenten Leitlinien betonen die Notwendigkeit einer optimalen LDL-C-Senkung besonders für ASCVD-Patienten. Bei Patienten mit ACS empfehlen die ESC/EAS-Leitlinien LDL-C-Werte unter 1,4 mmol/L (55 mg/dL) mit einer Reduktion um mindestens 50 % vom Ausgangswert. Bei wiederholten kardiovaskulären Ereignissen innerhalb von zwei Jahren sollten noch niedrigere Werte von 1,0 mmol/L (40 mg/dL) angestrebt werden [3]. Patienten mit CCS haben ein erhöhtes Risiko, ein kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden. Ihre LDL-C-Ziele entsprechen denen von ACS-Patienten, was die Notwendigkeit einer aggressiven lipidsenkenden Therapie unterstreicht [4]. Auch Hochrisiko-Patienten ohne nachgewiesene Gefäßbeteiligung mit einem SCORE2 von mindestens 7,5 % bei Patienten unter 50 Jahren oder von mindestens 10 % bei Patienten im Alter zwischen 50 und 69 Jahren sowie einem SCORE-OP von mindestens 15 %, schwerer chronischer Nierenerkrankung (eGFR < 30), Diabetes mit Organschädigung oder einer familiären Vorbelastung für ASCVD mit zusätzlichen Risikofaktoren sollten genauso intensiv behandelt werden wie ACS- oder CCS-Patienten mit sehr hohem Risiko, um das erste kardiovaskuläre Ereignis zu verhindern [5].

Traditionell wird die lipidsenkende Therapie als Primärprävention (vor einem kardiovaskulären Ereignis) oder Sekundärprävention (nach einem kardiovaskulären Ereignis) gesehen [5]. Das hat oft dazu geführt, dass nur definierte ASCVD-Patienten eine intensive lipidsenkende Therapie erhalten haben. Diese Unterscheidung ist jedoch aus klinischen Überlegungen nicht mehr sinnvoll. Entscheidend ist der risikobasierte Präventionsansatz, bei dem Patienten mit einem sehr hohen atherosklerotischen / thrombotischen / ischämischen Risiko genauso aggressiv behandelt werden wie solche, die bereits ein kardiovaskuläres Ereignis erlitten haben.

Das Ziel muss die Prävention von Erst- oder wiederkehrenden Ereignissen bei allen Patienten mit oder ohne kardiovaskuläres Ereignis in der Vorgeschichte, aber auch bei sehr hohem kardiovaskulärem Risiko ohne bekannte atherosklerotische Veränderungen sein. Ein weiteres wichtiges Argument für die aggressive lipidsenkende Therapie bei Hochrisikopatienten liefert die CLEAR-Outcomes-Studie. Diese zeigte, dass die Subpopulation in der Primärprävention mindestens genauso gut abschnitt wie die in der Sekundärprävention, was den Ansatz unterstreicht, das erste kardiovaskuläre Ereignis zu verhindern. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass die Studie nicht explizit auf die Subanalyse von Primärpräventionspatienten

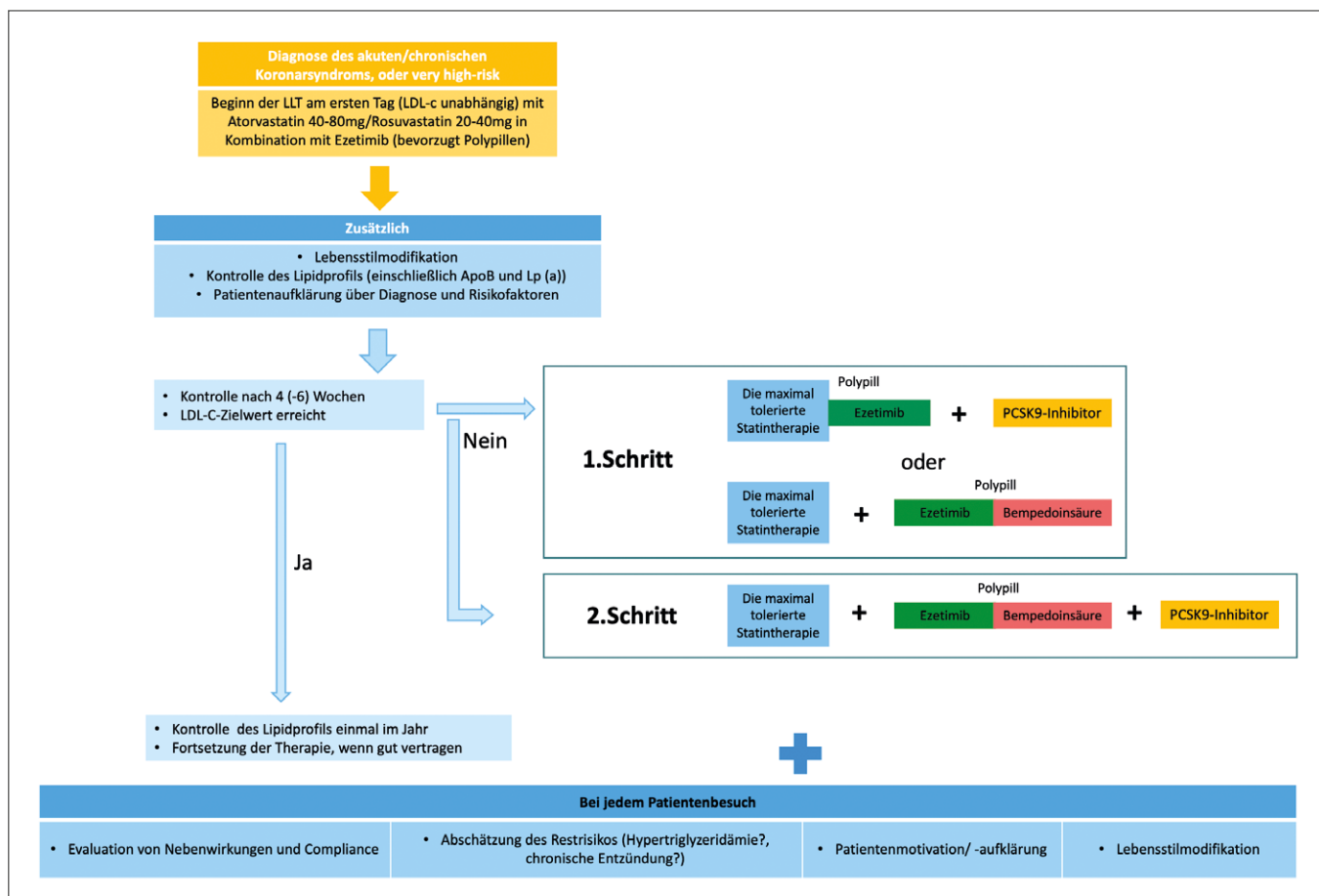


Abbildung 1: Die empfohlene lipidsenkende Strategie (PCSK9-Inhibitor: Evolocumab/Alirocumab/Inclisiran)

ausgelegt war, weshalb die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden sollten [6, 7]. Das zugrunde liegende Prinzip ist jedoch das absolute Risiko, das sowohl durch randomisierte kontrollierte Studien als auch durch Beobachtungsstudien mit geeigneten Kontrollgruppen gut abgeschätzt werden kann.

Ein zukunftsweisender Aspekt ist der Fokus auf das lebenslange Risiko (life-long risk) im Rahmen der Prävention. Es ist logisch und für das Individuum entscheidend, das erste Ereignis zu verhindern, da die Primärprävention der Atherogenese möglicherweise zu spät einsetzt, während die Primärprävention von Myokardinfarkt und Schlaganfall weiterhin eine zentrale Rolle spielen sollte.

Resümee

Die historische Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Prävention sollte nicht mehr die Durchführung einer optimalen lipidsenkenden Therapie beeinflussen. Alle Hochrisikopatienten, egal ob post-ACS, CCS oder auch ohne Gefäßbeteiligung benötigen eine aggressive Lipidsenkung zur Prävention kardiovaskulärer Ereignisse. Eine Kombinationstherapie sollte die Standardstrategie zu einer optimalen Lipidsenkung und nicht die Ausnahme sein. Durch eine proaktive und intensive lipidsenkende Strategie (Abbildung 1) können

kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität erheblich gesenkt werden, wodurch die derzeit bestehende Kluft zwischen Leitlinien und klinischer Praxis geschlossen werden kann.

Literatur:

1. Burger AL, Pograd E, Muthspiel M, Kaufmann CC, Jäger B, Huber K. New treatment targets and innovative lipid-lowering therapies in very-high-risk patients with cardiovascular disease. *Biomedicine* 2022; 10: 970.
2. Pograd E, Burger AL, Zweiker D, Kaufmann CC, Muthspiel M, Rega-Kaun G, et al. Lipid-lowering therapy after acute coronary syndrome. *J Clin Med* 2024; 13: 2043.
3. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2023; 44: 3720–826.
4. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* 2024; 45: 3415–537.
5. Visseren F, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021; 42: 3227–337.
6. Nissen SE, Menon V, Nicholls SJ, Brennan D, Laffin L, Ridker P, et al. Bempedoic acid for primary prevention of cardiovascular events in statin-intolerant patients. *JAMA* 2023; 330: 131–40.
7. Nissen SE, Lincoff AM, Brennan D, Ray KK, Mason D, Kastelein JJP, et al. Bempedoic acid and cardiovascular outcomes in statin-intolerant patients. *N Engl J Med* 2023; 388: 1353–64.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Edita Pograd

3. Medizinische Abteilung mit Kardiologie und Intensivmedizin
 Klinik Ottakring

A-1160 Wien, Montleartstraße 37

E-Mail: edita.pograd@gesundheitsverbund.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung