

# Kardiovaskuläre Risiken konsequenter adressieren

**Kardiovaskuläre Risiken**-- Deutschland hat Aufholbedarf bei der Prävention kardiovaskulärer (CV) Erkrankungen. Mit dem „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) plante die Bundesregierung, gezielt auf diese Herausforderung zu reagieren. Aufgrund des Endes der Ampelregierung ist dieses Vorhaben aktuell ungewiss. Die Implementierung effektiver Präventionsstrategien bleibt essenziell, um die hohe Sterblichkeitsrate und die Belastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu senken.



**Cholesterinreiche Lipoproteine** wie LDL-C können sich an den arteriellen Gefäßwänden ablagern. © Rasi/stock.adobe.com

Deutschland steht bei der CV-Prävention im internationalen Vergleich nicht gut da, wie seit Längerem bekannt ist. So landet Deutschland in einer aktuellen Studie bei der männlichen Lebenserwartung der EU-15-Staaten (die 15 EU-Staaten vor der EU-Erweiterung im Jahr 2004) auf Rang 14.

Im Vergleich zu weltweit führenden Ländern wie der Schweiz und Japan besteht eine Differenz von drei bis vier Jahren – bei Frauen und Männern [1], obwohl in Deutschland vergleichsweise

viele Ressourcen verfügbar sind und eingesetzt werden.

## Politischer Impuls für bessere Prävention

Die Forschenden führten die unterdurchschnittliche Lebenserwartung wesentlich auf eine erhöhte CV-Mortalität zurück und diese auf erhebliche Defizite in der CV-Prävention [1]. Maßnahmen, wie sie auch mit dem GHG implementiert werden sollten [2], könnten die Prävention stärken: Eine Blutuntersuchung

zur Früherkennung von Fettstoffwechselerkrankungen, insbesondere der familiären Hypercholesterinämie, im Rahmen der Kinder- und Jugenduntersuchungen könnte dazu dienen, diese Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren und entsprechend zu behandeln. Auch eine konsequentere Umsetzung von Kaskaden-Screenings bei im Erwachsenenalter diagnostizierter familiärer Hypercholesterinämie wäre hilfreich. Eine Ausweitung der bereits bestehenden Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen um drei spezifische CV-Check-ups im Alter von 25, 40 und 50 Jahren könnte ebenfalls zu einer altersadäquaten Prävention beitragen. Eine Einladung dazu über die Krankenkassen könnte mehr Verbindlichkeit und Aufmerksamkeit für die Vorsorgeuntersuchungen schaffen.

## Behandlung mit Lipidsenkern gemäß ESC/EAS-Leitlinien

Für die CV-Prävention sind lipidsenkende Therapien von besonderer Bedeutung. Im Mittelpunkt steht dabei das Low Density Lipoprotein-Cholesterin (LDL-C), da es ursächlich für atherosklerotische CV-Erkrankungen (ASCVD) ist [3]. Um das Risiko von ASCVD und CV-Ereignissen zu reduzieren, wird in der Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) und der European Atherosclerosis Society (EAS) eine risikoabhängige Sen-

kung des LDL-C empfohlen, insbesondere durch Veränderung des Lebensstils und durch eine medikamentöse Behandlung mit lipidsenkenden Therapien [4]. Ab einem 10-Jahresrisiko für CV-Ereignisse von 20% können Lipidsenker, meist Statine, zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Die Evidenzlage zeigt jedoch, dass es auch bei hohem oder sehr hohem CV-Risiko eine Unterversorgung gibt [5]: Die LDL-C-Zielwerte werden oft verfehlt, in der Regel, weil eine lipidsenkende Therapie zwar initiiert, aber nicht ausreichend intensiviert wird.

Laut der gemeinsamen europäischen ESC/EAS-Leitlinie von 2019 [4] oder den Empfehlungen der deutschen Lipidliga [6] sollten bei hohem bzw. sehr hohem CV-Risiko Zielwerte für das LDL-C von maximal 70 mg/dl (hohes Risiko) bzw. maximal 55 mg/dl (sehr hohes Risiko) angestrebt werden. Dies lässt sich in der Mehrzahl der Fälle nur durch eine Therapieintensivierung erreichen, die neben Statinen auch Ezetimib und Lipidsenker hoher Effektstärke wie z. B. die PCSK9 (Proprotein-Konvertase Subtilisin Kexin Typ 9)-Antikörper nutzt.

## LDL-C-Zielwerte werden meist nicht erreicht

Die Therapieintensivierung wird in Deutschland vergleichsweise selten genutzt – so die Ergebnisse der deutschen

## LDL-C-Zielwerte werden bei hohem CV-Risiko häufig nicht erreicht.

Kohorte der HEYMANS-Studie [7] und der europäischen SANTORINI-Studie zum Lipidmanagement bei hohem und sehr hohem CV-Risiko [5]. Laut Letzterer werden in Deutschland seltener als in anderen Ländern Statine mit weiteren lipidsenkenden Arzneimitteln kombiniert: Weniger als jede fünfte Person mit Hoch- oder Höchst-Risiko erhält hierzu eine solche intensiviertere Therapie versus mehr als jeder vierte im europäischen Mittel. Die Konsequenz: 78,6% der Personen mit Hoch- oder Höchst-Risiko erreichen die LDL-C-Ziele der ESC/EAS-Leitlinien nicht [4,5]. Eine lange Latenzzeit zwischen vorliegendem Risiko und Therapiestart oder das Nichterreichen der Zielwerte gelten als Hauptgründe für ein hohes Residualrisiko in der Sekundärprävention und sind damit prognostisch sehr ungünstig ■

## Literatur

1. Jasilionis D et al., Eur J Epidemiol 2023, 38:839–850
2. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Herzgesundheit (Gesundes-Herz-Gesetz – GHG), Kabinettsentwurf vom 28.8.2024, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/G/GHG\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GHG_bf.pdf) (letzter Zugriff: 14.10.2024)
3. Ference BA et al., Eur Heart J 2017, 38:2459–2472
4. Mach F et al., Eur Heart J 2020, 41:111–188
5. Stürzebecher PE et al., Dtsch Med Wochenschr 2023, 148:e55–e64
6. <https://www.lipid-liga.de/empfehlungen/> (letzter Zugriff 14.10.2024)
7. Lehrke M et al., Adv Ther 2024, 41:1184–1200

# „Image der Cholesterinsenkung verbessern“

**Interview**-- Die kardiovaskuläre Gesundheit in Deutschland braucht mehr Aufmerksamkeit. Prof. Dr. Heribert Schunkert, Direktor Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen am Deutschen Herzzentrum München und Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Herzstiftung, erklärt, worauf es ankommt.

## Warum ist es sinnvoll, die Versorgung bei familiärer Hypercholesterinämie zu verbessern?

Die familiäre Hypercholesterinämie wird in Deutschland de facto nicht oder kaum diagnostiziert. Das ist ein großes Defizit, wir als Ärzte müssen uns da schon Vorwürfe gefallen lassen. Prinzipiell sehen die Leitlinien bei jungen Menschen mit Herzinfarkt vor, dass eine familiäre Hypercholesterinämie abgeklärt und ein Kaskaden-Screening durchgeführt wird. Das passiert aber kaum, und entsprechend wenig werden Angehörige präventiv therapiert.

Wir gehen davon aus, dass nur circa 1% der von familiärer Hypercholesterinämie betroffenen Menschen in Deutschland überhaupt davon weiß. Dass das viel besser gehen kann, haben uns die Niederländer gezeigt. Da wurden mithilfe des Kaskaden-Screenings die allermeisten Genträger identifiziert.



**Prof. Dr. Heribert Schunkert**,  
Deutsches Herzzentrum  
München © DHM

## In Deutschland wird ein Screening bei Teenagern diskutiert. Welchen Vorteil hätte das?

Der Vorteil am Kinder-Screening ist, dass wir damit erstens potenziell alle erfassen, und zweitens zu einem Zeitpunkt, zu dem die familiäre Hypercholesterinämie noch keine schweren Folgen gehabt hat; auch nicht in Form eines Herzinfarktes bei einem Elternteil, insbesondere, da ein solcher auch schon mal tödlich enden kann. Auch in den Niederlanden wird aus diesen Gründen das Kinder-Screening mittlerweile präferiert.

## Welchen Effekt erwarten Sie davon auf die Bevölkerungsgesundheit?

Wir haben in der VRONI-Studie Erfahrungen gesammelt, bei der wir im Rahmen der U9 getestet haben. Insgesamt wurden 27.000 Kinder in Bayern gescreent und dadurch 250 Familien mit familiärer Hypercholesterinämie identifiziert. Von 1.000 Kindern hatten 50 einen Cholesterin-Wert, bei dem eine Gendiagnostik erfolgte, und von denen hatten zehn eine genetische Ursache. Nur die würde man behandeln, übrigens relativ sanft, wir senken in dieser Altersklasse das LDL-C auf den Durchschnittswert dieser Altersgruppe.

Wir sehen, dass die Akzeptanz einer medikamentösen Therapie in diesem Alter sowohl bei den Kindern als auch deren Eltern sehr hoch ist. Drei Viertel aller betroffenen Kinder in der VRONI-Studie werden mittlerweile behandelt.

## Was würden Sie von drei Herz-Kreislauf-Check-ups im Alter von 25, 40 und 50 Jahren, wie sie z. B. im GHG vorgesehen waren, erwarten?

Ab einem Alter von 40 Jahren haben wir Leitlinien-Empfehlungen für die risikoadjustierte Prävention. Insofern sind die Check-ups mit 40 und 50 Jahren auf jeden Fall zu begrüßen. Der Check-up mit 25 Jahren ist sinnvoll, weil dann Lebensstilfaktoren bewusst gemacht werden können, die früh adressiert werden müssen, damit sie effektiv sind. Das Besondere an den neuen Check-ups ist aus meiner Sicht, dass dazu aktiv eingeladen werden soll. Es gibt quasi ein Ticket, einen Appell, und das macht es verbindlicher.

## Neben fehlender Sensibilisierung für Primärprävention ist auch die Sekundärprävention ein Problem. Die LDL-C-Ziele werden oft nicht erreicht. Wie könnte das geändert werden?

Wir müssen das Image der Cholesterinsenkung insgesamt verbessern. Natürlich muss die Therapie eskaliert werden, wenn die Ziele nicht erreicht werden. Das in die Breite zu tragen, wird uns besser gelingen, wenn wir dafür sensibilisieren, dass die Cholesterinsenkung gesundheitliche Vorteile hat ■

## IMPRESSUM

„Kardiovaskuläre Risiken konsequenter adressieren“,  
Literaturarbeit und Interview

Sonderbericht 537731 in  
Cardio News 11/12, Dezember 2024

Bericht: Philipp Grätzel von Grätz, Berlin

Redaktion: Julia Guldan

Leitung Corporate Publishing:  
Ulrike Hafner (verantwortlich),  
Europaplatz 3, 69115 Heidelberg

Springer Medizin Verlag GmbH  
Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin

Geschäftsführung: Fabian Kaufmann,  
Dr. Cécile Mack, Dr. Hendrik Pügge

© Springer Medizin Verlag GmbH

Die Springer Medizin Verlag GmbH ist Teil der  
Fachverlagsgruppe Springer Nature

Druck: ColdsetInnovation Fulda GmbH & Co. KG,  
Am Eichenzeller Weg 8, 36124 Eichenzell

Die Herausgeberinnen und Herausgeber der  
Zeitung übernehmen keine Verantwortung für  
diese Rubrik.

Mit freundlicher Unterstützung der  
Amgen GmbH, München