

Infarkt-Risiko: LDL-Cholesterinsenkung selten und lückenhaft

Studien: In Deutschlands Arztpraxen gelingt zu selten eine leitliniengerechte Senkung des LDL-Cholesterins - für Betroffene erhöht sich so das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall und Herzversagen. Vor allem Frauen und ältere Menschen von Versorgungsdefizit betroffen

Wer sich vor Herzinfarkt und Schlaganfall schützen will, muss sein LDL-Cholesterin (LDL-C) im Blick behalten und regelmäßig beim Arzt kontrollieren lassen. Zirkuliert zu viel ungenutztes LDL-C im Blut, lagert es sich in den Wänden der Blutgefäße ab und trägt dort zur Bildung sogenannter Plaques bei. Damit nimmt unter anderem das Herzinfarkttrisiko zu. Bei erhöhten LDL-C-Blutwerten empfehlen deshalb internationale und deutsche Leitlinien ein gezieltes Absenken. Das gilt besonders nach einem Herzinfarkt, Schlaganfall, einer Gefäßoperation oder für Patienten, die ein hohes Risiko für solche Ereignisse haben. „Der Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung für die kardiovaskulären Risiken durch Fettstoffwechselstörungen wie erhöhtes LDL-Cholesterin ist weiterhin sehr hoch. Immer noch kommen zu viele Menschen wegen Herzinfarkt oder Schlaganfall in die Klinik und es zeigen sich bei ihnen erhöhte LDL-Cholesterinwerte, die gar nicht oder nur unzureichend behandelt sind“, berichtet der Kardiologe Prof. Dr. Heribert Schunkert, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung und Direktor der Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen am TUM Klinikum Deutsches Herzzentrum München. Grund dafür sind mitunter Lücken in der kardiologischen und hausärztlichen Versorgung, wie Experten in der aktuellen Ausgabe der Herzstiftungs- Zeitschrift HERZ heute anhand von Studiendaten aufzeigen. Und auch Patienten selbst unterschätzen das Risiko hoher Blutfettwerte und nehmen verordnete Lipidsenker nicht regelmäßig ein.

Mit dem Ziel, besonders Risikogruppen dafür zu sensibilisieren, dass eine konsequente cholesterinsenkende Therapie wichtig ist, widmet die Herzstiftung die aktuelle HERZ heute den Fettstoffwechselstörungen mit dem Titel „Zu viel Fett im Blut – Wie ein gesunder Fettstoffwechsel Herz und Gefäße schützt“. Die Ausgabe 1/2026 kann kostenfrei bestellt werden unter <https://herzstiftung.de/bestellung>

Studie: Zu viele Patienten erhalten in Arztpraxen keine Therapie

„In Deutschland gelingt es auffällig selten, Patienten mit erhöhtem LDL-Cholesterin im Blut den medizinischen Leitlinien gemäß zu behandeln“, berichtet der Kardiologe Prof. Dr. Oliver Weingärtner, Oberarzt und Leiter der Lipidambulanz an der Klinik für Kardiologie und Angiologie am Universitätsklinikum Jena, in HERZ heute. Der Kardiologe bezieht sich bei seiner Aussage auf Erkenntnisse aus dem von ihm mitgeleiteten Forschungsprojekt „LipidSnapshot“. Dabei handelt es sich um eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), des Bundesverbands Niedergelassener Kardiologen (BNK) und der Deutschen Gesellschaft für Lipidologie (DGFL). Ziel des Projekts ist zu untersuchen, inwiefern es aufgrund unterschiedlicher Therapieansätze von niedergelassenen Kardiologen und Hausärzten in der Behandlung der Hypercholesterinämie (erhöhtes LDL-Cholesterin im Blut) und atherosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu Versorgungslücken kommt. Ausgewertet wurden Daten von 1500 niedergelassenen Kardiologinnen und Kardiologen sowie 82375 Hausärztinnen und Hausärzten. Die aktuellen Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC/EAS) lauten zum Beispiel für Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung und hohem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse: Das

LDL-Cholesterin soll unter 55 Milligramm (mg) pro Deziliter (dl) Blut gesenkt werden, der Wert soll dabei um mindestens 50 Prozent vom Ausgangswert gesenkt werden. Die Kernergebnisse der Studie:

- Nur etwa ein Viertel (27 Prozent) der bei einem Kardiologen behandelten Patienten erreichen das LDL-C-Ziel weniger als 55 mg/dl.
- In der hausärztlichen Versorgung sind es gerade einmal 12 Prozent.
- Jeder vierte Herzpatient (27 Prozent) in der Hausarztpraxis bekommt gar keine lipidsenkende Therapie verordnet. Alarmierend: Bei jungen Patienten – Menschen unter 50 Jahren – ist die Versorgungslücke noch größer. Fast die Hälfte erhält hier gar keine Therapie. Frauen sind zudem doppelt benachteiligt: Sie werden einerseits seltener optimal behandelt, andererseits steigen ihre LDL-C-Werte mit zunehmendem Alter schneller als bei Männern.

Problem: Therapieziele variieren je nach Leitlinie für Hausärzte oder Kardiologen

Die Ursachen dieser Versorgungslücke sind vielfältig. „Sie reichen unter anderem von systematischen Unterschieden in Leitlinien und Therapiestrategien bis hin zu individuellen Unsicherheiten bei Patienten und Ärzten“, erklärt Weingärtner. Die meisten Hausärzte orientieren sich nach seinen Angaben nämlich an der nationalen Versorgungsleitlinie (NVL, chronische KHK). Zwar soll auch hier allen Patienten mit KHK nach Einschätzung des individuellen Gesamtrisikos zur Reduktion der Morbidität und der Sterblichkeit dauerhaft ein Statin als Mittel der ersten Wahl empfohlen werden – allerdings mit fester Dosis und nicht mit Blick auf einen niedrigen Zielwert. Häufig werde ein damit erreichtes Absenken auf weniger als 70 mg/dl als ausreichend akzeptiert (zum Vergleich: ESC/EAS-Zielwert: 55mg/dl). „Doch schon 15 mg/dl Unterschied im Vergleich zum ESC/EAS-Zielwert können das Risiko massiv beeinflussen“, betont Prof. Dr. Anna Hohnack in HERZ heute. Hohnack ist leitende Ärztin der Lipidambulanz an der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Stoffwechselkrankheiten und Klinische Chemie am Universitätsklinikum Heidelberg. Lipidspezialisten wie Prof. Hohnack und Prof. Weingärtner sehen auch ein Problem darin, dass die Therapie mit PCSK9-Hemmern, die LDL-C besonders stark senken, in Deutschland zunächst nur von bestimmten Fachärzten begonnen werden dürfen, nicht aber von Hausärzten (Fachärzten für Allgemeinmedizin). Die Folgeverordnung sei dann zwar theoretisch möglich, sie werde nur in der Praxis selten umgesetzt. „Gründe dafür sind unter anderem Unsicherheiten bezüglich der Kosten oder Bedenken wegen möglicher Nebenwirkungen sowie fehlende Routine im Umgang mit den neuen Präparaten“, so Hohnack.

Patienten und Ärzte unterschätzen Wichtigkeit konsequenter LDL-C-Senkung

Vielfach unterschätzen Patienten – und manchmal auch ihre behandelnden Ärzte –, wie wichtig die konsequente LDL-C Senkung ist oder sie fürchten Nebenwirkungen wie Muskelschmerzen. „Studien haben jedoch bestätigt: Statine, Ezetimib und PCSK9-modulierende Substanzen sind bei regelmäßiger Überwachung bestens verträglich“, betonen die Lipid-Spezialisten in HERZ heute. „Das Risiko für Muskelschmerzen und andere Nebenwirkungen ist weitaus geringer als oftmals angenommen.“ Infos hierzu unter: <https://herzstiftung.de/podcast-statine-schmerzen> Auch ein Wechsel von einem behandelnden Arzt zu einem anderen kann dazu führen, dass eine dauerhafte leitliniengerechte LDL-Therapie erschwert wird. Ergebnisse der klinischen „JaZ-Studie“ am Universitätsklinikum Jena zeigen zum Beispiel: „Viele Patienten, die anfangs bei einem Spezialisten auf einen Zielwert eingestellt worden sind, verschlechtern ihre Werte wieder, wenn sie zur weiteren Betreuung in die reguläre hausärztliche Versorgung zurückkehren“, berichtet Studien-Mitautor Prof. Weingärtner.

Was tun, um Versorgungslücken zu schließen?

Wie lässt sich verhindern, dass vor allem Risikopatienten mit erhöhtem LDL-C wegen Versorgungsbrüchen einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden – die bei konsequenter Therapie sehr gut vermeidbar wären? Die Lipidspezialisten aus Heidelberg und Jena schlagen unter anderem folgende Punkte vor:

- Alle ärztlichen Berufsgruppen sollten sich auf einheitliche LDL-Zielwerte und Therapieprinzipien einigen.
- Für Patienten sollte mehr Transparenz geschaffen werden, welche Therapieziele verfolgt werden und wie diese kontrolliert werden können.
- Moderne lipidsenkende Medikamente sollten leichter und ohne unnötige Bürokratie zugänglich sein.
- Hausärzte besser in die Versorgung einbinden, etwa durch die bewusste Integration von Telemedizin, strukturierte Nachsorge und regelmäßige Fortbildungen zu neuen Therapien.
- Therapietreue unterstützen durch strukturiertes Nachfassen in Form digitaler Erinnerungen an Nachsorgetermine in Lipidambulanzen oder durch telefonisch geführter Kontrollgespräche.

„Eine unzureichende Therapie erhöhter LDL-C-Werte kann gravierende gesundheitliche Folgen haben“, warnt der Kardiologe und Vize-Vorstandsvorsitzende der Herzstiftung Prof. Schunkert. „Für das Senken erhöhter LDL-C-Werte gibt es mit unserem heutigen Wissensstand keine Ausrede. Denn es ist eindeutig belegt: Je stärker das LDL-Cholesterin gesenkt wird, desto besser sind Herz und Gehirn vor Infarkten geschützt – gerade wenn bereits andere Gefäßrisiken bestehen.“

(wi)

Zusatzinformationen für Redaktionen

Stiller Gefäßkiller LDL-C

Insbesondere hohe Werte des LDL (LDL=Low Density Lipoprotein)-Cholesterins steigern das Risiko für Herz und Gefäße. Denn überschüssiges LDL-C im Blut lagert sich in den oberen Schichten der Gefäßwand ein. Als „stiller Gefäßkiller“ schädigt hohes LDL-C – gemeinsam mit anderen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Rauchen – über die Dauer die Gefäße ohne merkliche Beschwerden für die Betroffenen, bis es im Zuge von Gefäßverkalkungen (Arteriosklerose) zu Herzinfarkt, Schlaganfall, pAVK oder gar Tod kommt.

Info: Blutfette (Lipide)

Lipide haben im Körper viele lebenswichtige Aufgaben. Sie dienen u.a. als Energiespeicher, sind Bausteine von Zellwänden und Grundstoffe für Hormone. Zu den wichtigsten Lipiden im Blut gehören:

- LDL-Cholesterin (das sogenannte schlechte Cholesterin),
- HDL-Cholesterin,
- Triglyzeride (Neutralfette, diese werden vor allem über die Nahrung aufgenommen und sind durch eine Ernährungsumstellung mit Alkoholreduktion gut zu beeinflussen) sowie
- Lipoprotein(a), kurz Lp(a), ein erblich bedingter Risikofaktor

Welcher LDL-C-Zielwert ist anzustreben?

Für eine Behandlung bei hohen LDL-C-Werten ist immer die individuelle Person, also auch ihr Gesamtrisiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu betrachten. Ist zum Beispiel nur das LDL-C leicht erhöht oder liegen noch zusätzliche Herz-Kreislauf-Risikofaktoren und/oder Begleiterkrankungen (Rauchen, Bewegungsmangel, Diabetes mellitus, Bluthochdruck) sowie extreme Risiken wie eine ausgeprägte Arteriosklerose vor? Aktuelle Therapieempfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften stimmen darin überein, dass folgende LDL-Werte anzustreben sind:

- Für gesunde Menschen mit niedrigem Risiko, ohne Risikofaktoren gilt ein LDL-Cholesterinwert

unter 116 mg/dl (<3,0 mmol/l) als Zielwert.

- Bei mittlerem Risiko sollte ein LDL-Cholesterin-Zielwert unter 100 mg/dl (unter 2,6 mmol/l) angestrebt werden.

Zusätzlich relative Senkung um mindestens 50 Prozent gegenüber dem Ausgangswert:

- Bei hohem Herz-Kreislauf-Gesamtrisiko (z.B. Rauchen, ausgeprägter Bluthochdruck, genetisch bedingt hohe Cholesterinwerte) sollte ein LDL-Cholesterin-Zielwert unter 70 mg/dl (unter 1,8 mmol/l) angestrebt werden.

- Bei sehr hohem Herz-Kreislauf-Gesamtrisiko (z.B. Diabetes oder schon vorhandene Herz-Kreislauf-Erkrankung) sollte ein LDL-Zielwert unter 55 mg/dl (unter 1,4 mmol/l) angestrebt werden.

- Bei extrem hohem Herz-Kreislauf-Gesamtrisiko (z.B. bei kardialen Ereignissen trotz Statintherapie, bei Mehrgefäßerkrankungen oder ausgeprägter Arteriosklerose in der Bildgebung) sollte ein LDL-Zielwert unter 40 mg/dl (unter 1,0 mmol/l) angestrebt werden.

Service

Herzstiftungs-Zeitschrift HERZ heute

Mehr Informationen rund um den gesunden Fettstoffwechsel bietet die aktuelle Ausgabe 1/2026 der Herzstiftungs-Zeitschrift HERZ heute mit dem Titel „Zu viel Fett im Blut – Wie ein gesunder Fettstoffwechsel Herz und Gefäße schützt“. Ein Probe-Exemplar dieser Ausgabe kann kostenfrei unter Tel. 069 955128-400 oder unter <https://herzstiftung.de/bestellung> angefordert werden.

Informationen über Ursachen und Folgen hoher Cholesterinwerte sowie Möglichkeiten der Therapie finden Betroffene und Interessierte

unter <https://herzstiftung.de/cholesterin> und <https://herzstiftung.de/cholesterinsenker>

Literatur:

Haertel, F., Weingärtner, O. et al. (2025): Less intensive lipid lowering therapy after ST-elevation myocardial infarction is associated with cardiovascular events. doi: 10.1007/s00392-025-02736-y

Weingärtner, O. et al. (2025): LipidSnapshot – Treatment gaps in hypercholesterolemia in patients with atherosclerotic cardiovascular disease documented by office-based cardiologists and general practitioners in Germany. doi:10.1007/s00392-025-02751-z

2025 ESC Guidelines for the “Focused update of the 2019 dyslipidaemias”, European Heart Journal, 2025, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190>

Authors/Task Force Members; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG); ESC National Cardiac Societies. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. Atherosclerosis. 2019 Nov;290:140-205.